

Die Pflegeversicherung

Gaertner, Gansweid, Gerber, Schwegler,
von Mittelstaedt (Hrsg.)

Die Pflegeversicherung

Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung,
Beratung und Fortbildung

Herausgeber

Thomas Gaertner, Barbara Gansweid, Hans Gerber
Friedrich Schwegler, Gert von Mittelstaedt

2., aktualisierte und erweiterte Auflage



de Gruyter
Berlin · New York

Herausgeber

Dr. med. Thomas Gaertner
Leiter Stabs- und Servicebereich Wissen
und Kommunikation
MDK Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

Dr. med. Friedrich Schwegler
Leiter Referat Pflegeversicherung
MDK Nordrhein
Bismarckstraße 43
40210 Düsseldorf

Dr. med. Barbara Gansweid
Leiterin des Fachreferates Pflege
Leiterin der SEG 2 „Pflege“
MDK Westfalen-Lippe
Hermannstraße 1
33602 Bielefeld

Dr. med. Gert von Mittelstaedt
Leitender Arzt und kommissarischer
Geschäftsführer
MDK Hessen
Zimmersmühlenweg 23
61440 Oberursel

Dr. med. Hans Gerber
Leitender Arzt
Leiter der SEG 2 „Pflege“
MDK Bayern
Putzbrunner Straße 73
81739 München

Das Werk enthält 11 Abbildungen und 40 Tabellen.

Im Hinblick auf einen verständlichen und flüssigen Sprachstil wurde an verschiedenen Stellen im Text auf die Ausformulierung in der weiblichen Sprachform verzichtet.

ISBN 978-3-11-020709-5

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© Copyright 2009 by Walter de Gruyter GmbH & Co. KG, 10785 Berlin. – Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Printed in Germany.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Projektplanung und Projektmanagement: Dr. Petra Kowalski.

Herstellung: Marie-Rose Dobler.

Gesamtherstellung: Druckhaus „Thomas Müntzer“, Bad Langensalza.

Einbandgestaltung: deblik, Berlin.

Geleitwort

Die im Jahre 1994 beschlossene soziale Pflegeversicherung ist mit Blick auf die demografische Entwicklung, veränderte Familienstrukturen und die Möglichkeiten einer Hochleistungsmedizin, die auch älteren Menschen zu Gute kommt, aus den sozialen Sicherungssystemen nicht mehr wegzudenken. Sie hat sich als fünfte Säule der Sozialen Sicherung fest etabliert. Mit ihr war und ist die Tätigkeit der Medizinischen Dienste fest verbunden. Anders als in anderen Sozialleistungsbereichen ist die Feststellung des sozialrechtlichen „Versicherungsfalles“ der Pflegebedürftigkeit unabdingbar mit der Begutachtung durch den MDK verbunden. Ohne MDK-Begutachtung gibt es keine Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Diese Sondersituation und die vielfältigen Aufgaben der Qualitätssicherung einer bedarfsgerechten Pflege stellen hohe Ansprüche mit zugleich großer Verantwortung. Dass die Medizinischen Dienste diesen Ansprüchen auch aus der Sicht des Gesetzgebers gerecht geworden sind, machen die MDK-bezogenen Aufgabenerweiterungen durch das am 01. 07. 2008 in Kraft getretene Pflegeweiterentwicklungsgesetz deutlich. Beispielfhaft seien genannt:

- Begutachtung unter Berücksichtigung besonderer Betreuungsbedarfe für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
- spezielle Anforderungen für die Begutachtung von Kindern
- umfassende Berücksichtigung eines etwa vorhandenen Rehabilitationspotentials
- umfassende, periodische Prüfung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen mit dem Schwerpunkt Ergebnis-Qualität
- Qualitäts-Dokumentation als valide Grundlage für einrichtungsbezogene Transparenz geprüfter Pflegeeinrichtungen
- Verkürzung des Verwaltungs- und Begutachtungsverfahrens

Ich bin sicher, dass die MDK-Gemeinschaft – unterstützt durch verdienstvolle systemische Vorarbeiten der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) und gemeinsam mit den Pflegekassen – auch diese neuen Herausforderungen souverän bewältigen wird. Das vorliegende Werk stellt dazu auch aus der Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine nahezu unverzichtbare theoretische und zugleich praxisorientierte Handlungsgrundlage dar. Es ist über den MDK hinaus eine ergiebige Wissensbörse für alle mit der Pflege befassten Akteure: Pflege-Einrichtungen, Pflegekassen, Kommunen, Beratungs- und Sozialdienste und viele andere.

K.-Dieter Voß

Vorstand

GKV-Spitzenverband zugleich Verband
der Pflegekassen

Vorwort

Im Jahre 1994 wurde das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit verabschiedet. Um der gesamtgesellschaftlichen Verantwortung Rechnung zu tragen, wurde die Pflegeversicherung als soziale Pflegeversicherung für die gesetzlich Krankenversicherten und als private Pflege-Pflichtversicherung für die bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen Versicherten geschaffen. Seit ihrem Bestehen hat sich die Pflegeversicherung als ein wichtiger Baustein bei der Absicherung sozialer Risiken erwiesen. Versicherte erhalten Leistungen bei häuslicher Pflege seit dem 01. 04. 1995 und bei stationärer Pflege seit dem 01. 07. 1996. Gegen Ende des Jahres 2008 erhielten über zwei Millionen Pflegebedürftige Leistungen der Pflegeversicherung, davon mehr als zwei Drittel im häuslichen Bereich.

Neben den allgemeinen Grundsätzen der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit gilt für die Pflegeversicherung der Vorrang von Prävention und Rehabilitation sowie der Vorrang von häuslicher Pflege. Durch geeignete Maßnahmen soll der Eintritt von Pflegebedürftigkeit verhindert und Unterstützung gewährt werden, damit pflegebedürftige Menschen so lange wie möglich ein selbst bestimmtes und selbständiges Leben in ihrer häuslichen Umgebung führen können. Um diesen Ansprüchen bedarfsgerechter entsprechen zu können, traten im Jahr 2002 das Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sowie das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege in Kraft. Damit konnte in einem ersten Schritt der Betreuungsaufwand von Menschen mit demenziellen Erkrankungen, mehr als dies bisher der Fall war, berücksichtigt, die pflegenden Angehörigen entlastet und die Qualität in der Pflege weiter verbessert werden.

Mit Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung im Jahr 2008 wurde der Vorrang von Prävention und Rehabilitation gestärkt. Die Leistungen der Pflegeversicherung, insbesondere auch für demenziell Erkrankte wurden erhöht. Die Beratung der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen wurde institutionalisiert und deutlich ausgebaut. Die Frequenz der MDK-Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wurde stark angehoben. Die Prüfergebnisse sind laienverständlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form zu veröffentlichen.

Für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) stellt die Pflegeversicherung ein umfangreiches Aufgabengebiet dar. Bis 2009 hat der MDK annähernd 20 Millionen Einzelfallbegutachtungen und mehr als 40.000 Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Über die Jahre hat sich dadurch ein hohes Maß an Professionalität in beiden Aufgabenfeldern herausgebildet. Ebenso gewinnt die Beratung der Pflegekassen und ihrer Verbände durch den MDK, beispielsweise bei der

Entwicklung neuer Konzepte, der Ausgestaltung der Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen sowie in Form der Mitarbeit in Gremien, einen immer höheren Stellenwert. Zur Gewährleistung des hohen Niveaus der aufgeführten Leistungen und zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung erfolgen regional und überregional koordinierte Fortbildungsmaßnahmen.

Um den gesamtgesellschaftlichen Auftrag zur Verbesserung der Situation der Pflegebedürftigen zu erfüllen, erfolgte von Anfang an eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Pflege-Versicherungsgesetzes. Aktueller Ausdruck hierfür ist die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Um eine ständige Aktualität der Ausführungsbestimmungen, die Anpassung an den wissenschaftlichen Fortschritt sowie die Einheitlichkeit der sachverständigen Tätigkeit des MDK sicherzustellen, hat die MDK-Gemeinschaft für den Bereich der Pflegeversicherung die sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) eingerichtet. Diese hat bei der notwendigen Neuauflage des vorliegenden Handbuchs das aktuelle Wissen zur Pflegeversicherung gebündelt.

Das vorliegende Buch soll das Spektrum der Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung sowie angrenzende Themenfelder der Pflege darstellen, Problembereiche deutlich machen und Lösungsansätze für eine Weiterentwicklung der Pflegeversicherung aufzeigen. Es richtet sich nicht nur an die Mitarbeiter des MDKs, sondern darüber hinaus an mit der Thematik befasste Institutionen, Leistungserbringer und Kostenträger, an Ärzte, Pflegefachkräfte und Juristen, an die Experten in der Politik sowie weitere interessierte Leser.

*Thomas Gaertner
Barbara Gansweid
Hans Gerber
Friedrich Schwegler
Gert von Mittelstaedt*

Inhalt

Abkürzungsverzeichnis	XIII
1 Sozialgeschichtliche Aspekte und ordnungspolitische Reformen der Pflegeversicherung	1
<i>Thomas Gaertner</i>	
2 Grundlagen und Ziele der sozialen Pflegeversicherung	11
2.1 Menschenrechte in der Pflege und Pflegeversicherung	11
<i>Valentin Aichele</i>	
2.2 Systemimmanente Prinzipien und Funktion der sozialen Pflegeversicherung	16
<i>Thomas Gaertner</i>	
2.3 Sozialmedizinische Dimensionen bei der Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung	19
<i>Thomas Gaertner und Gert von Mittelstaedt</i>	
2.4 Pflege-theorien und Bewertung des Hilfebedarfs	34
<i>Martina Süß</i>	
3 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung	43
<i>Friedrich Schwegler und Heinz Paul Buszello</i>	
3.1 Leistungen für Pflegesettings bei häuslicher Versorgung des Pflegebedürftigen	44
3.2 Leistungen für Pflegepersonen	49
3.3 Leistungen für Pflegesettings bei stationärer Versorgung des Pflegebedürftigen	50
3.4 Beratung der Pflegebedürftigen	51
4 Besonderheiten der privaten Pflege-Pflichtversicherung	53
<i>Ulrike Diedrich</i>	
4.1 Gesetzliche Grundlagen	53
4.2 Systemunterschiede	54
4.3 Versicherungsleistungen	55
4.4 Verfahrensfragen	57
5 Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI	61
5.1 Terminologie: Grundbegriffe zum Begutachtungsverfahren nach SGB XI ..	61
<i>Thomas Gaertner und Brigitte Seitz</i>	
5.2 Richtlinien nach dem SGB XI und deren Zielsetzungen	65
<i>Barbara Gansweid und Ulrich Heine</i>	

5.3	Merkmale der Pflegebedürftigkeit	66
	<i>Barbara Gansweid und Ulrich Heine</i>	
5.4	Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen	68
	<i>Barbara Gansweid und Ulrich Heine</i>	
5.5	Die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.	72
	<i>Barbara Gansweid und Ulrich Heine</i>	
5.6	Typologie der Begutachtung nach SGB XI.	87
	<i>Thomas Gaertner und Brigitte Seitz</i>	
5.7	Erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz bei Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung der Demenz	93
	<i>Sandra Bischof, Bernhard Fleer, Christoph Jonas Tolzin und Friedrich Schwegler</i>	
5.8	Begutachtung von Kindern	103
	<i>Barbara Gansweid und Martina Stahlberg</i>	
5.9	Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei Kindern	106
	<i>Brigitte Seitz und Hans-Christoph Vogel</i>	
5.10	Bundesweite Ergebnisse der Begutachtung nach § 18 SGB XI	112
	<i>Friedrich Schwegler</i>	
5.11	Qualitätssicherungsverfahren der Begutachtung gemäß SGB XI	115
	<i>Paul-Ulrich Menz und Dorit Büchner</i>	
6	Rehabilitation und Pflegeversicherung	123
6.1	Medizinische Rehabilitation	123
	<i>Thomas Hagen und Barbara Gansweid</i>	
6.2	Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation	128
	<i>Norbert Lübke</i>	
6.3	Rehabilitation bei Demenz	132
	<i>Norbert Rösler und Bernhard Fleer</i>	
7	Weiterentwicklung des Begutachtungsassessments	139
7.1	Planung und Durchführung des Modellprojektes	139
	<i>Holger Berg</i>	
7.2	Entwicklung eines neuen Begutachtungsinstruments	140
	<i>Barbara Gansweid, Klaus Wingefeld und Andreas Büscher</i>	
7.3	Anpassung des Verfahrens an die Begutachtung von Kindern	149
	<i>Volker Meintrup, Sieglinde Eckardt und Christa Bükér</i>	
7.4	Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens	155
	<i>Matthias von Schwanenflügel</i>	
8	Besonderheiten bei der Begutachtung.	161
8.1	Begutachtung im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR)	161
	<i>Friedrich Schwegler</i>	
8.2	Pflegebegutachtungen bei Migrantinnen und Migranten	164
	<i>Susanne Glodny, Yüce Yilmaz und Sylke Butenuth-Thör</i>	

8.3	Begutachtung bei vermuteten Pflegefehlern	171
	<i>Cornelia Michalke und Wolfgang Seger</i>	
9	Prüfung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege	177
9.1	Entwicklung der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen	177
	<i>Hans Gerber und Friedrich Schwegler</i>	
9.2	Gesetzliche Grundlagen der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen ..	180
	<i>Hans Gerber</i>	
9.3	Qualitätsprüfungen in Einrichtungen der ambulanten und stationären Pflege.	186
	<i>Winfried Fischer und Hans Gerber</i>	
9.4	Transparenz der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen	188
	<i>Hans Gerber</i>	
9.5	Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege	194
	<i>Eckhart Schnabel</i>	
10	Beratung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung	201
10.1	Beratung der Pflegekassen	201
	<i>Friedrich Schwegler</i>	
10.2	Beratung von Pflegeeinrichtungen	206
	<i>Friedrich Schwegler und Wolfgang Machnik</i>	
11	Kompetenz und Fortbildung des Medizinischen Dienstes im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung.	211
	<i>Gert von Mittelstaedt und Thomas Gaertner</i>	
12	Ausblick	219
12.1	Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen unter demografisch- epidemiologischen Aspekten	219
	<i>Ulrich Mueller</i>	
12.2	Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung	225
	<i>Reiner Kasperbauer und Harold Engel</i>	
13	Wichtige Urteile des Bundessozialgerichts zum SGB XI.	235
	<i>Brigitte Seitz</i>	
	Autorenverzeichnis	255
	Verzeichnis des online-Zusatzmaterials	259
	Literaturverzeichnis	261
	Register	275

Abkürzungsverzeichnis

A	Anleitung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
ABDEL	Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens
ADL	Activities of Daily Living
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
B	Beaufsichtigung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIVA	Betreuungsangebote im Alter und bei Behinderung e. V.
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BRI	Begutachtungs-Richtlinien
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
DAlzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.
DemTect®	Demenz-Detektion
DHL®	Deutsche Hochdruckliga
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung e. V.
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e. V.
DGSMP	Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e. V.
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DV	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft
EN	Europa Norm
ET 6-6	Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre
EU	Europäische Union (European Union)

EuGH	Europäischer Gerichtshof (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften)
EWK	Europäischer Wirtschaftsraum
e. V.	eingetragener Verein
FIM®	Functional Independence Measure
FTDD	Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung
FuWRi	Richtlinien über die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung im Medizinischen Dienst
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GES	Griffiths Entwicklungsskalen
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GSbG	Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen
HeimG	Heimgesetz
HRI	Härtefall-Richtlinien
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
ICIDH-2	International Classification of Impairments, Activities, and Participation – Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation
ICN	International Council of Nursing
IfSG	Infektionsschutzgesetz
InfoMeD	Informations-Datenbank der Medizinischen Dienste
InfoMeD-KK	Informations-Datenbank der Medizinischen Dienste für die Kranken- und Pflegekassen
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
IPW	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
KC	Kompetenz-Centrum (der MDK-Gemeinschaft)
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
KCO	Kompetenz-Centrum Onkologie
KCPP	Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
K. d. ö. R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
KE	Kompetenz-Einheit (der MDK-Gemeinschaft)
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KQP	Kontinuierliche Qualitätsprüfung
LA	Lebensaktivitäten
MBO-Ä	(Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte
MB/PPV	Musterbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung
MD	Medizinische Dienste
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (vormals: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V.)
MiMi	Migranten für Migranten
MMSE	Mini-Mental State Examination
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NOC	Nursing Outcomes Classification
NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PfIRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PTVA	Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant
PTVS	Pflege-Transparenzvereinbarung stationär
PV	Pflegeversicherung
PYLL	Potential Years of Life Lost
QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
RAI®	Resident Assessment Instrument
RAI 2.0	Resident Assessment Instrument, Version 2.0
RAI HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
ROT	Realitätsorientierungstherapie
RVO	Rechtsversicherungsordnung
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe (der MDK-Gemeinschaft)
SEG 2	Sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“
SET	Selbst-Erhaltungs-Therapie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
SINDBAD	Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
SPV	Soziale Pflegeversicherung
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung

TQM	Total Quality Management
TÜ	Teilweise Übernahme (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
U	Unterstützung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
VÜ	Vollständige Übernahme (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
WHO	World Health Organisation – Weltgesundheitsorganisation
YLD	Years Lived with Disability
ZePB	Zentrum für Pflegeforschung und Beratung

1 Sozialgeschichtliche Aspekte und ordnungspolitische Reformen der Pflegeversicherung

Thomas Gaertner

Eine allgemeingültige Bestimmung des Wesens des Menschen stößt in einer liberalen und multikulturell formierten Gesellschaft auf Schwierigkeiten. Keines der tradierten Deutungsmuster des Menschseins¹ bleibt substantiell unwidersprochen, keines kann alleinige Geltung beanspruchen, keines kann daher in einem demokratischen und sozialen Staat² zur ausschließlichen Legitimation des Sozialsystems dienen. Die Herausstellung der Hilfsbedürftigkeit im Sinne eines umfassenden Angewiesenseins auf fremde – gegenseitige oder instrumentelle – Hilfe als wesenhaftes Merkmal des Menschen ist Ausdruck einer bestimmten Anschauung, nämlich der Interpretation des Menschen als Mängelwesen. Hilfsbedürftigkeit kann somit nicht als allgemein verbindlich soziale Interventionen und Institutionen begründend herangezogen werden [Ladeur 2006]. Folgerichtig erscheint der Terminus Hilfsbedürftigkeit weder im Grundgesetz (GG) noch im Sozialgesetzbuch (SGB).

Demgegenüber bietet der kontextabhängig auszulegende Begriff der Hilfebedürftigkeit – in sozialrechtlichen Verfügungen operationalisiert als Hilfebedarf bzw. weiterhin spezifiziert als Pflegebedarf – grundgesetzkonforme, die Menschenwürde verbürgende Handlungsoptionen. Nur als unterstützendes Angebot tangiert wohlfahrtsstaatliche Hilfe nicht das Recht jedes Einzelnen „auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ (Art. 2 Abs. 1 GG). In diesem Sinne hat das Subsidiaritätsprinzip³ seine konstitutive Bedeutung als übergeordnetes Wirkprinzip des Systems der sozialen Sicherung [Brennecke 2004, Gansweid 2005, Kesselheim 2000]. Im SGB XI findet dies seinen Niederschlag im § 6 Eigenverantwortung und § 8 Gemeinsame Verantwortung und dies in Übereinstimmung mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (World Health

¹ Exemplarisch herausgegriffen seien: vernunftbegabtes Wesen – gemeinschaftsgestaltendes Wesen (zoon logon echon – zoon politikon, Aristoteles), Ebenbild Gottes (jüdisch-christliche Tradition), Prädestination (Johannes Calvin 1536), Maschinenmensch (L'Homme Machine, Julien Offray de La Mettrie 1748), Mängelwesen (Arnold Gehlen 1940).

² „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ (Art. 20 Abs. 1 GG)

³ Das Subsidiaritätsprinzip erhält seine Bedeutung gerade nicht ausschließlich dadurch, dass ihm zufolge bei Überforderung Einzelner oder gesellschaftlicher Gruppen staatliche Institutionen unterstützend oder ausgleichend eingreifen. Essentiell ist seine sozialphilosophische Intention, dass sowohl in Bezug auf das Individuum wie auch auf Gemeinschaften die Ausbildung persönlicher Kompetenzen und der konstruktive Einsatz unmittelbaren Potentials den Vorrang haben vor kompensatorischen Eingriffen oder regulativer Einflussnahme behördlicher Instanzen.

Organization – WHO) vom 21. November 1986. Sie bestimmt nämlich als zwei der fünf prioritären Handlungsfelder: gesundheitsgezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen sowie persönliche Kompetenzen entwickeln.

Erst in zweiter Instanz hat dann die gemäß dem Solidarprinzip⁴ gestaltete Sozialversicherung einzutreten. Deren Maximen werden im Sozialgesetzbuch einleitend wie folgt festgelegt: „Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“ (§ 1 Abs. 1 SGB I).

Abhängigkeit bedeutet, den Anforderungen des täglichen Lebens selbstständig und aus eigener Kraft nicht mehr gewachsen zu sein.⁵ Anhaltende Abhängigkeit von pflegerischen Maßnahmen kann den Persönlichkeitsrechten entgegenstehen und Autonomieverlust besiegeln [Niehoff 2005]. Zur Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos wurde daher als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung (SPV) geschaffen. Sie wurde organisatorisch der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angelehnt. Als Solidargemeinschaft ist somit auch die soziale Pflegeversicherung nach § 70 SGB V den allgemeinen Grundsätzen der Qualität, Humanität⁶ und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Dem übergeordnet fanden die Subsidiaritäts- sowie das Solidarprinzip unmissverständlich ihren Niederschlag in der sozialgesetzlich formulierten Zielsetzung der Pflegeversicherung (§ 2 SGB XI):

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

Die soziale Pflegeversicherung ist Teil der deutschen Sozialversicherung, die in Etappen entstanden ist. So wurde zunächst im Anschluss an vornehmlich im 18. und 19. Jahrhundert in England und Frankreich geleistete morbiditätsbezogene epidemiologische Untersuchungen und Entwicklungen eines paternalistischen Wohlfahrtsgedankens auch in Deutschland Krankheit als gesellschaftliches Problem medizinisch-wissenschaftlich betrachtet. In der Bewegung der „sozialen Medizin“ der Jahre 1848/49 fanden diese Erkenntnisse durch Vertreter wie Salomon Neumann

⁴ Der Höhe des Beitrags zur Sozialversicherung richtet sich nach den jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Unabhängig davon haben alle Versicherten als Solidargemeinschaft den gleichen Anspruch auf angemessene Leistungen.

⁵ Demgegenüber zeichnet sich eine autonome Person nach einer gängigen Auffassung gerade dadurch aus, nicht nur über den eigenen, mit selbsterwogenen Entwürfen zur Deckung gebrachten Aktionsradius persönlich frei entscheiden zu können, sondern auf der Grundlage solcher Erwägungen außerdem handlungsfähig zu sein [Beauchamp / Childress 1979/2008].

⁶ Gerade dem Humanitätsaspekt wird im § 8 Abs. 2 SGB XI besonders Rechnung getragen: „Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer *humanen* Pflege ... wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der *mitmenschlichen* Zuwendung hin.“

(1819–1908) und Rudolf Virchow (1821–1902), von 1880–1893 Mitglied des Reichstags, politisch motivierten Ausdruck [Hurrelmann et al. 2006].

Zu Beginn des Jahres 1881 wurde dann ein erster Entwurf eines Sozialversicherungsgesetzes vorgelegt, in dem es hieß: „daß der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchem die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staatserhaltender Politik“. Die sich daran anschließende Sozialgesetzgebung zur Absicherung der großen Lebensrisiken intendierte somit gerade auch die Herstellung des inneren Friedens. Zur Eröffnung des 5. Deutschen Reichstags am 17. November 1881 verlas dann der damalige Reichskanzler Otto Fürst von Bismarck die sogenannte und wohl auch von ihm redigierte Kaiserliche Botschaft Wilhelms I. Sie leitete die eigentliche deutsche Sozialgesetzgebung ein. Diesem staatlichen Fürsorgeprogramm zur institutionellen Absicherung der Arbeiter gegen die Risiken und Folgen von Betriebsunfällen, Krankheit sowie Alter oder Invalidität wird in der kritisch-historischen Geschichtsschreibung nicht unwidersprochen der Charakter einer sozial-politischen magna charta zugestanden [Lüschen 2000]. Sie markiert aber eine deutliche Akzentverschiebung sozialstaatlichen Verständnisses, insbesondere im Vergleich zu den sozialpolitischen Entwicklungen in Großbritannien und Frankreich.⁷

Nach den Ankündigungen in der Kaiserlichen Botschaft nahm dann während der Jahre 1883 bis 1891 die soziale Gesetzgebung im Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, im Unfallversicherungsgesetz und im Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersabsicherung Gestalt an. Dies war auch für das Ausland vorbildlich. Im Verlauf von mehr als hundert wechselvollen Jahren führte die Gesetzgebung über die Zusammenfassung in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom Jahre 1911 zur Grundlage des gegenwärtigen Wohlfahrtsstaates. Das System der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland (BRD) basiert als Teil eines gesellschaftlichen Netzwerks auf

- dem Prinzip der Versicherung,
- dem Prinzip der Verknüpfung von staatlicher Rahmengesetzgebung und sozialer Selbstverwaltung und
- dem Prinzip der organisatorischen Vielfalt der Versicherungsarten und -träger.

Das bundesdeutsche Sozialversicherungssystem auf der Grundlage der sozialen Marktwirtschaft ist so zu einem konstitutiven Element unserer heutigen Gesellschaft geworden. Seine Zweige sind selbstverwaltete Institutionen mit der Intention einer solidarisch organisierten Selbsthilfe. Neben den Sozialleistungsträgern der Kommunen ruht das System der sozialen Sicherung der BRD somit auf den folgenden historisch gewachsenen fünf Säulen:

⁷ Auf den Erfahrungen mit der aufkommenden Industrialisierung beruhten die Annahmen der Planbarkeit von Zukunft, der rationalen Erfassbarkeit der Phänomene und ihrer Rekonstruktion nach Zwecken. „Deutschland, genauer: Preußen mit seiner rigiden militärisch-bürokratischen Staatlichkeit, ist folgerichtig zu dem Land geworden, das die Sozialpolitik im modernen Sinn ausgebildet hat: als sozialphilosophisches Konzept wie als politische Institution“ [Metz 2008].

- gesetzliche Krankenversicherung (SGB V vom 20. 12. 1988)
1. 12. 1884 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15. Juni 1883
- gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII vom 7. 8. 1996)
1. 10. 1885 Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884
- gesetzliche Rentenversicherung (SGB VI vom 18. 12. 1989)
1. 1. 1891 Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 28. Mai 1889
- Arbeitsförderung (SGB III vom 24. 3. 1997)
16. 7. 1927 Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung
- soziale Pflegeversicherung (SGB XI vom 26. 5. 1994)
1. 1. 1995 Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26. Mai 1994

Nach heftigen parlamentarischen Debatten und zähen Verhandlungen im Vermittlungsausschuss wurde das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) am 24. Mai 1994 verabschiedet. Gegenstand der Kontroversen war nicht zuletzt die Finanzierungsfrage. Konträre Positionen wurden vor allem im Hinblick auf die Lohnnebenkosten vertreten: Kapitaldeckungsverfahren versus Umlageverfahren, Privatversicherung versus Sozialversicherung, arbeitnehmerseitige versus paritätische Finanzierung. Ein Kompromiss wurde in einer umlagefinanzierten Sozialversicherung mit eingeschränkt paritätischer Finanzierung gefunden. So wurde als sozialgeschichtliches Novum in der BRD erstmals nach dem Grundsatz vom Umbau des Sozialstaates mittels *Kompensation* vorgegangen. Als Ausgleich für die aus den Arbeitgeberbeiträgen entstehenden Belastungen der Wirtschaft haben die Länder mit dem Buß- und Betttag einen landesweiten gesetzlichen Feiertag aufgehoben, der stets auf einen Werktag fällt. Lediglich in Sachsen wurde dieser Feiertag beibehalten; ausgleichend zahlen dort allerdings die Arbeitnehmer einen höheren Eigenanteil.

Mit Wirkung vom 1. Januar 1995 wurde die soziale Pflegeversicherung als vorerst letzte Säule der Sozialversicherung stufenweise etabliert [Jung 1997]. Einige organisationsrechtliche Vorschriften wurden bereits am 1. Juni 1994 wirksam, wie die Vorschriften über die Anschubfinanzierung für die Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern (Art. 52 PflegeVG) und die Vorschriften über die Ermächtigung der Krankenkassen zu vorbereitenden Arbeiten (Art. 46 PflegeVG).

Das Pflege-Versicherungsgesetz sichert keine umfassende Versorgung im Sinne einer Vollversicherung gegen das Risiko individueller Hilfebedürftigkeit. Es soll allerdings wesentlich dazu beitragen, einen Teil des pflegebedingten Hilfebedarfs zu kompensieren. Zudem sollen dadurch Privatpersonen wie kommunale Haushalte finanziell entlastet und die Beanspruchung von Sozialhilfe reduziert werden. In gemeinsamer Verantwortung zur Beteiligung leistet die Pflegeversicherung also nur einen ergänzenden Beitrag zur gesamtgesellschaftlichen Aufgabe der pflegerischen Versorgung der Versicherten (*Teilabsicherung*). Dazu gehört auch, dass durch die unterstützenden Leistungen des Pflege-Versicherungsgesetzes die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege besser ausgeschöpft werden können. Die Anspruchsvoraussetzungen sind gebunden an Art und Häufigkeit der Verrichtungen, bei denen Hilfebedarf besteht, Zuordnung der Verrichtungen zum Tagesablauf und an den Zeitaufwand. Berücksichtigungsfähig ist nur der Hilfebedarf bei gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung.

Das Pflege-Versicherungsgesetz enthält als Artikel 1 das Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Es umfasst die Regelungen sowohl zur sozialen Pflegeversicherung und als auch zur sogenannten privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV). In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss gemäß § 1 Abs. 2 SGB XI eine private Pflegeversicherung abschließen, daher die Bezeichnung private Pflege-Pflichtversicherung. Die Leistungen der PPV müssen denen der SPV gleichwertig sein. Allerdings tritt an die Stelle der Sachleistungen die Kostenerstattung.

Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 21. 06. 2001, das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. 12. 2001 und das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PflWG) vom 28. 05. 2008 sind wesentliche Eckpfeiler der Reformbestrebungen der Pflegeversicherung. Sie stellen ordnungspolitische Reaktionen auf Forderungen zur Qualitätsverbesserung, zur Sicherstellung der Versorgung sowie zur Transparenz dar. Einige wichtige Stationen zur dynamischen Entwicklung der SPV, ihrer gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften werden nachfolgend im Überblick aufgeführt.

26. 05. 1994 Verabschiedung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

07. 11. 1994 Beschluss der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) gemäß § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V als Grundlage der Begutachtung

01. 01. 1995 Beginn der Beitragszahlungen

01. 04. 1995 Beginn der Leistungen zur häuslichen Pflege (1. Stufe)

29. 05. 1995 Beschluss der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V

10. 07. 1995 Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3 SGB XI (Härtefall-Richtlinien, geändert durch Beschlüsse vom 19. 10. 1995, 03. 07. 1996 und 28. 10. 2005)

10. 07. 1995 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege

18. 08. 1995 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege

21. 12. 1995 Ergänzungsbeschluss zu den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

07. 03. 1996 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen

14.06.1996 Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

- Schaffung eines Leistungsanspruchs für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
- Festlegung des für die einzelnen Pflegestufen jeweils mindestens benötigten Zeitaufwands in bezug auf die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI
- § 53a SGB XI Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

01.07.1996 Beginn der Leistungen zur stationären Pflege (2. Stufe) mit Ergänzung der Begutachtungsanleitung durch eine „Vorläufige Begutachtungshilfe zur Einführung der 2. Stufe des Pflege-Versicherungsgesetzes“

21.03.1997 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) aufgrund der §§ 17, 53a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V als Ersatz der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“

12.09.1997 erste bundesweite verbindliche MDK-interne Qualitätssicherungsmaßnahme „ambulanter“ und „stationärer“ Pflegegutachten zunächst gemäß BRi Abschnitt E

29.04.1998 Gemeinsame Auslegungshinweise der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V. und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zur Anwendung der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

29.05.1998 Zweites Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die BRi ersetzen die vorläufige Begutachtungshilfe; mit Einführung der Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die Verrichtungen der Grundpflege zunächst befristet bis zum 31.12.1999, einmal verlängert bis zum 31.12.2002. Die zeitliche Befristung der Anwendung der Zeitorientierungswerte wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 23.10.2002 aufgehoben.

05.06.1998 Drittes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch Festschreibung der Leistungsbeträge der Pflegekassen für die stationäre Pflege im § 43 SGB XI vom 1. Januar 1998 bis 31. Dezember 1999.

01.01.1999 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken vom 08.12.1997

21.07.1999 Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

- Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes: Damit wird sichergestellt, dass die Pflegeperson das Pflegegeld möglichst ungeschmälert erhält.
- Zahlung des Pflegegeldes im Sterbemonat, damit wird sichergestellt, dass zu viel gezahltes Pflegegeld im Sterbemonat nicht zurückzufordern ist. Diese Regelung ist mit der Regelung bei den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar.
- Finanzierung der Pflegeeinsätze durch die Pflegekassen. Vom 01.08.1999 an werden die Kosten für die Pflegeeinsätze, die bei Pflegegeldleistungen abgerufen werden müssen, von der Pflegekasse getragen.

- Verhinderungspflege (z. B. bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegeperson) durch Familienangehörige oder durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Familienangehörige bei Ausübung der Verhinderungspflege Leistungen bis zum Höchstbetrag von 1.432 Euro mit der Pflegekasse abrechnen.
- Erhöhung der leistungsrechtlichen Höchstbeträge in der Tages- und Nachtpflege.
- Wegfall der Wartezeit bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege. Bisher musste für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege grundsätzlich eine Pflege von einem Jahr vorausgegangen sein. Diese Voraussetzung ist nun entfallen.

24. 9. 1999 Genehmigung (bzw. Zustimmung) des „gestrafften“ Gutachtenformulars und der Ausfüllhinweise dazu durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Ergänzung der BRi

22. 12. 1999 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz)

22. 08. 2001 Verabschiedung der neuen Richtlinien über die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung im Medizinischen Dienst (Fort- und Weiterbildungsrichtlinien – FuWRi) vom 22. 08. 2001

23. 10. 2001 Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achtes Euro-Einführungsgesetz)

01. 01. 2002 Inkrafttreten des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 09. 09. 2001

01. 01. 2002 Inkrafttreten des Heimgesetzes (HeimG) in der Fassung vom 05. 11. 2001 (Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes – Heimgesetz-Novelle)

01. 01. 2002 Inkrafttreten des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PflEG) vom 14. 12. 2001

01. 01. 2002 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) in der Fassung vom 22. 08. 2001

10. 01. 2002 Übergangsregelung des Verfahrens zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 10. 01. 2002

01. 08. 2002 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22. 03. 2002 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt

24. 07. 2003 Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzes und anderer Gesetze

01. 01. 2004 Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14. 11. 2003

01. 01. 2005 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung in der Fassung vom 23. 09. 2004

01.01.2005 Inkrafttreten des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht der sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15. 12. 2004

28.10.2005 Ergänzungsbeschlüsse zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRI) vom 10. 07. 1995 (zuvor geändert durch Beschlüsse vom 19. 10. 1995 und vom 03. 07. 1996)

01.04.2008 soweit nichts Abweichendes bestimmt, Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26. 03. 2007

01.07.2008 Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PflWG) vom 28. 05. 2008:

- Anhebung des Beitragssatzes von 1,7 auf 1,95 Prozent
- schrittweise Anhebung von Sachleistungen in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege
- Erhöhung des Pflegegeldes
- zusätzlicher Betreuungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zwar auch für Personen, die nicht die Pflegestufe I erreichen
- Finanzierung zusätzlichen Personals für Demenzkranke bei vollstationärer Pflege
- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)
- Förderung von betreuten Wohnformen und Wohngemeinschaften
- Pflegezeit: maximal sechsmonatige unbezahlte Freistellung von der Arbeit für Arbeitnehmer, die Angehörige pflegen (nur in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten)
- verbindliche Standards für Pflegequalität
- Intensivierung der Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen mit Aufbereitung von Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes (MDK) in allgemein verständlicher Sprache
- Entscheidung über beantragte Pflegeleistungen innerhalb von fünf Wochen (§ 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)
- Portabilität der Altersrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung
- Möglichkeit zur Einstellung von Betreuungsassistenten
- Förderung niedrigschwelliger Angebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe

17.12.2009 Beschluss der Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

29.01.2009 Beschluss der Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

29.01.2009 Vorlage des Berichts des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (einschließlich der Vorstellung des neuen Begutachtungsverfahrens)

13. 07. 2009 Inkrafttreten der geänderter Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 08. 06. 2009

Gemäß § 10 SGB XI hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei und ab 2011 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu berichten. Am 16. Januar 2008 billigte das Kabinett den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstellten „Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung“. Der Bericht zieht auf der Grundlage der Leistungsdaten und wegen Schaffung von 300.000 Arbeitsplätzen in der Pflege ein durchweg positives Resümee. Wegen der im Rahmen der Pflegereform vorgesehenen Leistungsverbesserungen wurde schon zu diesem Zeitpunkt mit der Anhebung des Beitragssatzes kalkuliert.

Über die Interpretation von Leistungsdaten hinaus bedürfen funktionelle und struktur-innovative Modifikationen des Sozialsystems allerdings eines kritischen Bewusstseins, einer sorgfältigen Planung und einer unabhängigen Versorgungsforschung. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung leisten dazu mit ihren Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einen maßgeblichen Beitrag. Die Ergebnisse werden im Abstand von drei Jahren zusammengefasst dargestellt. Im August 2007 wurde bereits der 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem BMG vorgelegt. Daraus geht deutlich und nachvollziehbar hervor, „dass die Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt“ [MDS 2007a]. Ergänzt werden diese Erhebungen durch gezielte Analysen einzelner Medizinischer Dienste, wie beispielsweise zur Ernährungssituation der Pflegebedürftigen [Deitrich et al. 2003].

Die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Sozialstaates werden aus vielen Gründen als sich zunehmend verschlechternd beurteilt. Aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird die Finanzierbarkeit des medizinischen, zunehmend aber auch des pflegerischen öffentlichen Versorgungssystems einer kritischen Bewertung unterzogen sowie Alternativen der Steuerung und Finanzierung erörtert, insbesondere da die in den letzten Jahrzehnten erlassenen Gesetze und Einzelbestimmungen zur Reform, Strukturverbesserung und Neuordnung des Gesundheitswesens die kontinuierlich steigenden Ausgaben nicht dauerhaft beeinflussen konnten. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) wurden die Grundlagen für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung geschaffen. Bei der Änderung des SGB XI per Gesetz vom 14. 12. 2001 ist ein entsprechender Passus auch für die SPV als § 8 Abs. 3 eingefügt worden. Für diese Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26. März 2007 ermöglicht zudem, dass Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 SGB V Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten können (§ 92b SGB XI).

Am 1. November 1993 trat der von den zwölf Regierungschefs der Europäischen Gemeinschaft (EG) geschlossene Vertrag von Maastricht über die Schaffung einer Europäischen Union (EU) mit einer einheitlichen Währung in Kraft. Die nationalen Sys-

teme der sozialen Sicherung werden vom Prozess der europäischen Einigung nicht unbeeinflusst bleiben. Grenzüberschreitende Versorgungsprojekte, beispielsweise zu akut-stationären und rehabilitativen Versorgung in der Oberrheinregion, werden bereits durchgeführt und unter Beteiligung des MDK begleitet und ausgewertet [Simoes et al. 2009]. Im Rahmen sogenannter „EU-Twinning-Projekte“ entstehen staatsübergreifenden Partner-/Partnerschaften zwischen den Behörden zum Aufbau von öffentlichen Strukturen im Einklang mit vorbildlicher europäischer Verwaltungspraxis. Bei dem Projekt „Enhancing Anticorruption Activities in Poland“ ist auch der MDK maßgeblich im Expertengremium beteiligt. Über die Regelungen der EU und des europäischen Wirtschaftsraums (EWR) hinaus hat Deutschland bereits jetzt mit weiteren Staaten Europas sowie Afrikas, Asiens und Amerikas Vereinbarungen zur sozialen Absicherung ausländischer Arbeitnehmer und Touristen getroffen.

Die durch die sogenannte Globalisierung der Märkte notwendig gewordene internationale Ausrichtung der Sozialversicherungssysteme ist schon jetzt mit gesundheitspolitischen Anpassungsbestrebungen zur Harmonisierung der Verfahren und Vereinheitlichung der Ansprüche verbunden. Eine Distanzierung von den oben genannten Grundprinzipien nach dem Motto vom „Umbau des Sozialstaates“ jedoch, etwa im Sinne einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens nach dem amerikanischen Muster des *managed care* mit Steuerung der medizinischen Versorgung nach marktwirtschaftlichen Regeln der Gewinn-Maximierung (*health care industry*) bedeutete Systembruch und Abkehr von der sozialpolitischen Ausrichtung solidarischer Prägung [Gaertner et al. 1999]. In Anbetracht der internationale Finanzmarkt-Krise dürfte das Vertrauen in die Selbstregulierungs- und Selbstheilungskräfte des Marktes erschüttert sein.⁸ Damit ist evident, dass gerade die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleiben muss.

⁸ „Der Markt ist keine ewige Naturordnung, sondern eine immer wieder neu geschaffene Illusion, deren Schein sich in periodischen Zusammenbrüchen von Volkswirtschaften und diversen Crashes zeigt“ [Brodbeck 2000].

2 Grundlagen und Ziele der sozialen Pflegeversicherung

2.1 Menschenrechte in der Pflege und Pflegeversicherung

Valentin Aichele

Menschenrechte bieten als Fundamentalnormen Orientierung für menschliches und organisatorisches Handeln. Mit dieser Funktion haben sie Relevanz in allen Lebens- und Arbeitsbereichen. Dies gilt auch für den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Altenpflege (einschließlich der Kurzzeitpflege) mit den dort tätigen Personen. Insbesondere werden damit die Führungskräfte und Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) angesprochen. Beziehen sie menschenrechtliche Normen bewusst in das professionelle Handeln ein, eröffnet das große Chancen für die Pflege, insbesondere für Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung.

Die Lebenslage „Pflegebedürftigkeit“ ist gekennzeichnet durch einseitige Abhängigkeitsverhältnisse der pflegebedürftigen Person. Auch wenn in dieser Lebenssituation die Geltung der Menschenrechte zwar theoretisch eine Selbstverständlichkeit ist, stellt ihre angemessene Beachtung die Praxis jedoch immer wieder vor große Herausforderungen. Gerade die Achtung und Gewährleistung der fundamentalen Rechte des Menschen erfordert an den Orten, an denen Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf leben, besondere Anstrengungen aller Beteiligten.

2.1.1 Menschenrechtliche Grundlagen

Alle, die mit Menschen in der Pflege thematisch oder praktisch zu tun haben, verfügen über ein Vorverständnis dessen, was Menschenwürde und Menschenrechte sind. Dennoch seien an dieser Stelle die menschenrechtlichen Grundlagen kurz in Erinnerung gerufen. Die Menschenrechte finden ihren Grund in der Menschenwürde [Bielefeldt 2008]. Die Menschenwürde erhebt den gleichen grundlegenden Achtungsanspruch für alle Menschen und ist in jedem Menschen gleichermaßen zu respektieren. Der Respekt für die Menschenwürde zeigt sich im Allgemeinen darin, dass jeder Mensch als *Subjekt freier Selbstbestimmung und freier Mitbestimmung* geachtet wird. Die Menschenrechte gelten gemeinhin als Ausdruck des grundlegenden inhärenten Achtungsanspruchs des Menschen als Würdenträger.

Die Menschenrechte gelten für alle Menschen gleichermaßen. Das Geschlecht einer Person, ihre ethnische Herkunft, ihre Religion oder ihr Alter beispielsweise, insbesondere ob oder in welchem Umfang sie Hilfe- oder Pflegebedarf hat, macht für die Anerkennung dieser Rechte keinen Unterschied. Die Menschenrechte stehen für die fundamentalen Rechte eines Menschen, die er unabhängig von sozialen Rollen oder Leistungen allein aufgrund seines Menschseins hat.

Die Menschenrechte haben mit der Verabschiedung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahr 1948 sowie in zahlreichen internationalen Übereinkommen und auch in Verfassungen eine fortschreitende rechtliche Ausgestaltung und damit auch Konkretisierung erfahren.⁹ Gerade die menschenrechtlichen Übereinkommen verbriefen die Menschenrechte und erzeugen in diesem Zuge auch staatliche Verpflichtungen für ihren Schutz. Nichtstaatliche Akteure stehen, vermittelt über diese Übereinkommen, nicht direkt in der rechtlichen Pflicht, sind aber nach allgemeiner Auffassung von der *moralischen Verantwortung* gegenüber den Menschenrechten nicht entbunden.

Die Achtung der Menschenwürde und das damit gekoppelte Bekenntnis zu den unverletzlichen und unveräußerlichen universellen Menschenrechten bilden auch die Grundlage der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland. Das Grundgesetz bringt das bereits im Artikel 1 unmissverständlich zum Ausdruck:

1. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
2. Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.

Auf dieser Grundlage entfaltet sich die gesamte Rechtsordnung mit den einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften auf den Ebenen von Bund und Ländern. Das Gesetzesrecht buchstabiert – wenn auch nicht explizit und auch nicht immer hinreichend – die menschenrechtlichen Rechtsansprüche in Bezug auf unterschiedliche Rechtsverhältnisse aus.¹⁰ Hinter all diesen Regelungen steht im Grunde der Anspruch, den Menschen immer auch als Subjekt freier Selbstbestimmung und Mitbestimmung zu erkennen und zu achten.

Die staatliche Gewalt ist über die Verfassung und aufgrund menschenrechtlicher Übereinkommen an diesen grundlegenden Achtungsanspruch gegenüber den Menschenrechten gebunden. Gerade wenn ein Mensch hilfe- und pflegebedürftig ist, kann es aufgrund seiner Lebenssituation erforderlich sein, zusätzliche und spezifische Maßnahmen zu ergreifen, um seine allgemeinen Rechte zu sichern.

Insbesondere ist die so genannte menschenrechtliche Schutzpflicht des Staates darauf gerichtet, dass gerade *nichtstaatliche* Akteure wie Angehörige, Nachbarn, Pfle-

⁹ Zentral für die völkerrechtliche Absicherung sind der „Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ und der „Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte“. Beide Übereinkommen sind im Zusammenhang der Vereinten Nationen entstanden und 1966 von der Generalversammlung verabschiedet worden. Mit der Ratifikation durch Deutschland ist die deutsche Staatsgewalt mit seinen Organen, insbesondere auch die Körperschaften des öffentlichen Rechts, an diese Normen gebunden.

¹⁰ So gibt es hierzulande zahlreiche Regelungen in Bezug auf ältere Personen, die wegen des speziellen lebensalterlichen Bezugs als „Recht der älteren Menschen“ zusammengefasst werden können. Das Recht älterer Menschen bezieht sich beispielsweise auf die Bereiche Unterhalt, Familie, Betreuung, Gesundheit und Pflege. Es gehören außerdem dazu die Regelungen zum Schutz der körperlichen Integrität (etwa des Strafrechts) oder zum Schutz personenbezogener Daten (nach den Datenschutzgesetzen), um hier nur einige wesentliche Regelungsbereiche zu nennen [Igl / Klie 2007].

gekräfte oder Leiterinnen und Leiter von Pflegeeinrichtungen in die fundamentalen Rechte älterer Personen nicht eingreifen. So kann beispielsweise die staatliche Befugnis, private Leistungsträger im Bereich der ambulanten sowie stationären Pflege zu kontrollieren – etwa auch in Form unangemeldeter beratungsorientierter Prüfungen –, unmittelbar auf die staatliche Schutzpflicht zurückgeführt werden.

Die Rechtsgewährleistungen halten den Staat überdies an, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen die Menschenrechte von pflegebedürftigen Personen in all ihren unterschiedlichen Lebenslagen hinreichend zum Tragen kommen beziehungsweise praktisch gelebt werden können. So geht es bei der Pflege deshalb nicht allein darum, was gemäß des Pflege-Versicherungsgesetzes, insbesondere des Sicherstellungsauftrages der Pflegeversicherung, an Leistungen erwartet werden kann. Es geht vielmehr um die Schaffung und Aufrechterhaltung eines Systems, das hinreichend gewährleistet, den fundamentalen Rechten aller hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in ihrer konkreten Lebenssituation Geltung zu verschaffen.

2.1.2 Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Seit einiger Zeit ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Charta) in der fachlichen und öffentlichen Diskussion [BMfSJ/BMG 2006]. Die Charta ist ein Dokument, das die fundamentalen Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Personen in allgemein verständlicher Sprache zusammenfasst. Sie informiert hilfe- und pflegebedürftige Personen über ihre Rechte. Für andere ermöglicht sie, sich die *Perspektive eines pflegebedürftigen Menschen* – wie durch die „Rechtsbrille“ – schnell und themenbezogen zu vergegenwärtigen. Mit den von ihr angesprochenen Inhalten zu Fragen der körperlichen Integrität, Wohnen, Gesundheit, Privat- und Intimsphäre, Nichtdiskriminierung etc. weist die Charta enge Bezüge zu den international verbrieften Menschenrechten auf [Schneider 2006]. Sie soll deshalb in den Mittelpunkt der weiteren Ausführungen gestellt werden. Gerade für die Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung bietet die Charta vielfältige Ansatzpunkte.

Die Charta geht auf eine Arbeitsgruppe des „Runden Tisches Pflege“ zurück, der im Herbst 2003 von zwei Bundesministerien einberufen worden war [BMfSJ/BMG 2006]. Ziel des Runden Tisches Pflege war, die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern. An der Ausarbeitung der Charta haben Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden der Leistungserbringer und Kostenträger, aus Ländern und Kommunen, aus Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen, Berufsverbänden sowie aus Praxis und Wissenschaft mitgewirkt. Als Ergebnis dieses Arbeitsprozesses wurde die Charta im Herbst 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt [Sulmann / Tesch-Römer 2007].

Der Charta kommt im Wesentlichen eine *Erinnerungs- und Klärungsfunktion* zu. Sie schafft keine neuen Rechte, sondern sie erinnert an den Bestand der anerkannten Rechte und klärt über die mit den Rechten verbundenen Verpflichtungen anderer Akteure auf. Artikel für Artikel stellt sie dar, welche Erwartungen hilfe- und pflegebedürftige Menschen von Rechts wegen an ihre soziale Umwelt herantragen und damit auch einfordern können. Sie verfolgt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bleibt auf der Verpflichtungsseite vielfach exemplarisch.

Artikel 1 der Charta bekräftigt das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbst-

bestimmtes und selbständiges Leben führen zu können; Artikel 2 bestätigt das fundamentale Recht von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden; Artikel 3 der Charta ruft das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre in Erinnerung; Artikel 4 buchstabiert das Recht auf eine an dem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung aus; Artikel 5 bezieht sich auf das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung; Artikel 6 stellt fest, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat; Artikel 7 betrifft das Recht, entsprechend der eigenen Kultur und Weltanschauung zu leben und seine Religion auszuüben; Artikel 9 unterstreicht das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, in Würde zu sterben.

Zwar ist die Charta als Dokument rechtlich nicht verbindlich, sie verweist aber in weiten Teilen auf unmittelbar geltendes Recht, mit dessen Hilfe die fundamentalen Rechte – wenn vielleicht auch für die Praxis nicht hinreichend – bereits verbindlich abgesichert sind. Vor diesem Hintergrund hat die unter den Fachverbänden öffentlich diskutierte Frage, ob die Charta gezeichnet und damit als wichtiger Maßstab akzeptiert werden kann, in der Öffentlichkeit zu Recht große Irritationen ausgelöst. Denn diese Akteure sind bereits heute – im Rahmen des geltenden Rechts und im Rahmen ihrer Zuständigkeiten – rechtlich gebunden, die in der Charta dargestellten Rechte zu gewährleisten. Soweit die Charta menschenrechtliche Aspekte abdeckt, die im deutschen Recht auf die einfachgesetzliche oder untergesetzliche Ebene herunter gebrochen sind, scheint die Vorstellung grundsätzlich problematisch, die Verantwortung für diese Rechte ins eigene Belieben stellen zu wollen. Menschenrechte stehen grundsätzlich nicht zur Disposition. Eine Entscheidung gegen die Charta ist damit nicht denkbar.

2.1.3 Konkrete Anwendungsbeispiele

Die Charta dient hilfe- und pflegebedürftigen Personen, sich über ihre fundamentalen Rechte einen schnellen Überblick zu verschaffen. Einrichtungen ziehen sie bereits zur Beratung und zum Beschwerdemanagement als Instrument heran. Darüber hinaus sind für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen (eingeschlossen Kurzzeitpflege) konkrete Anwendungsansätze denkbar. Diese Ansätze werden teilweise auch schon in die Praxis umgesetzt. So kann die Charta beispielsweise als Instrument der Organisations- und Personalentwicklung genutzt werden. Im Rahmen von Qualitätsmanagement kann sie Anstoß und Grundlage wichtiger Fortentwicklungen sein. Hieraus ergibt sich etwa die Möglichkeit, die eigenen Strukturen und Prozesse zu optimieren und mit Blick auf die Ergebnisse konkrete Anforderungen zu bekräftigen oder auch Prioritäten neu zu setzen. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sollten die Charta als Gegenstand für Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden sowie Führungskräfte verwenden. Sie kann überdies dem individuellen Heim- oder Leistungsvertrag als Anhang angefügt werden. Auch die Leitbilder können im Anschluss an entsprechende personale und organisatorische Veränderungen auf die Inhalte der Charta hin ausgerichtet und fortentwickelt werden.

Die Arbeit mit der Charta kann nachgewiesenermaßen zu vielfältigen Veränderungen in der Organisation führen und insbesondere zum Aufbau einer an den fun-