

Vergleich Pflegeversicherungen Deutschland – Niederlande bei ambulanten Leistungen: 1. Ergebnisse (Stand Sommer 2005)

Mit dieser Übersicht sollen die bisherigen Ergebnisse im Vergleich der Pflegeversicherungssysteme Niederlande – Deutschland bei ambulanten Leistungen, die ich anhand von konkreten Fallbeispielen durchgeführt habe, zusammengefasst und verallgemeinert werden. Dabei gehe ich von den derzeit bestehenden Systemen aus – im Wissen allerdings, dass in beiden Ländern Veränderungen anstehen. Dazu am Ende einige Tendenzen.

Deutschland

Die Pflegeversicherung wurde in 1995 eingeführt, zunächst mit Leistungen im ambulanten Bereich, ab 1996 dann auch für die stationäre Pflege.

Im deutschen System wird ein deutlicher Unterschied gemacht zwischen stationärer und ambulanter Pflege. Dies gilt insbesondere für die Finanzierung. Das Grundprinzip ist jedoch gleich. Pflegebedürftig kann als persönliches Risiko gesehen werden, wobei die Pflegekassen bei erheblichem Pflegebedarf einen Beitrag leisten, um die Pflegekosten zu reduzieren. Voraussetzung dafür ist die Anerkennung der (mindestens erheblichen) Pflegebedürftigkeit: Abhängig vom Pflegebedarf wird durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MdK) eine Einstufung nach Pflegestufen vorgenommen.

Bei der Feststellung der Leistungen werden berücksichtigt: Leistungen der Grundpflege (in etwa vergleichbar mit „persoonlijke verzorging“) sowie hauswirtschaftliche Leistungen.

Im ambulanten Bereich sind einzelne definierte Leistungen (bzw. Leistungskomplexe) mit Punktwerten bewertet. Der jeweilige Leistungserbringer (Pflegedienst) handelt mit den Pflegekassen einen Punktwert aus, dadurch ergeben sich dann die Preise je Leistung. Die Preise für die hauswirtschaftlichen Leistungen liegen für Caritas und Diakonie im Kreis Borken bei ca. 26,50 € je Stunde, die Preise für die grundpflegerische Versorgung bei ca. 28,50 € je Stunde. Die Preise können je nach Region und Anbieter variieren.

Hinzu kommen die behandlungspflegerischen Leistungen. Diese werden nicht mit der Pflegekasse, sondern mit der Krankenkasse abgerechnet. Auch dafür werden die Preise je Anbieter verhandelt. Dabei werden u.a. die Rahmenbedingungen berücksichtigt. So können z.B. im betreuten Wohnen niedrigere Sätze vereinbart werden, als für eine Sozialstation.

Der Pflegebedürftige kann in der Pflegeversicherung zwischen Sach- und Geldleistungen wählen (auch Kombinationen sind möglich). Entsprechend der Pflegestufe bekommt er dann bei Geldleistungen einen festen Betrag ausbezahlt, (s. Tabelle), bzw rechnet der Pflegedienst seine Leistungen direkt mit der Pflegekasse ab. Gehen diese Beträge über die entsprechenden Sätze hinaus, muss der Pflegebedürftige die Mehrkosten selber tragen. Unterschreiten die Kosten für Leistungen eines ambulanten Dienstes die Sätze der jeweiligen Pflegestufe, kann der Pflegebedürftige sich den verbleibenden Betrag anteilig auszahlen lassen.

Übersteigen die Pflegekosten die Beträge der Pflegeversicherung, so muss die zu pflegende Person nicht alleine mit seinem Einkommen, sondern auch mit dem Einsatz seines Vermögens für die Begleichung dieser Kosten aufkommen. Ist er dazu nicht (mehr) in der Lage, kann er Sozialhilfe beantragen. Das Sozialamt prüft dann aber auch, ob es Familienangehörige (Kinder) gibt, die in Anspruch genommen werden können.

	Pflegestufe 1 (erheblich pflegebedürftig)	Pflegestufe 2 (schwer pflegebedürftig)	Pflegestufe 3 (schwerst pflegebedürftig)
1. Täglicher Hilfebedarf bei Tätigkeiten aus dem Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität):	mind. einmal täglich für mind. zwei Tätigkeiten	mind. dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten	rund um die Uhr, auch nachts
2. Wöchentliche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung:	mehrfach	mehrfach	mehrfach
3. Zeitaufwand für Leistungen im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung im Tagesdurchschnitt:	mind. 90 Minuten	mind. drei Stunden	mind. fünf Stunden
4. Davon (3.) wöchentlicher Zeitaufwand für die Grundpflege im Tagesdurchschnitt:	mehr als 45 Minuten	mind. zwei Stunden	mind. vier Stunden
Leistungen der Pflegeversicherung			
Vollstationäre Pflege je Kalendermonat	1.023 EUR	bis 1.279 EUR	bis 1.432 EUR (in Härtefällen 1687 EUR)
Kurzzeitpflege (vollstationär) je Kalendermonat	bis 1.432 EUR	bis 1.432 EUR	bis 1.432 EUR
Verhinderungspflege (bei Ausfall der Pflegeperson)	bis 1.432 EUR im Jahr	bis 1.432 EUR im Jahr	bis 1.432 EUR im Jahr
Tages- oder Nachtpflege (teilstationär) je Kalendermonat	bis 384 EUR	bis 921 EUR	bis 1.432 EUR
Pflegesachleistung durch ambulanten Pflegedienst für häusliche Pflegehilfe je Kalendermonat	bis 384 EUR	bis 921 EUR	bis 1.432 EUR (in Härtefällen bis 1.918 EUR)
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen je Kalendermonat	205 EUR	410 EUR	665 EUR
Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (Verbrauchsmittel, technische Hilfsmittel)	bis 31 EUR im Monat	bis 31 EUR im Monat	bis 31 EUR im Monat
Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen je Kalendermonat	bis 119 EUR	bis 239 EUR	bis 358 EUR
Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen	kostenlos	kostenlos	kostenlos
Zusätzliche Betreuung für demente, psychisch erkrankte oder geistig behinderte Pflegebedürftige mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf	bis 460 EUR im Jahr	bis 460 EUR im Jahr	bis 460 EUR im Jahr

Abb. 1: Stufen der Pflegebedürftigkeit (nach ASB)

Niederlande

Die Pflegeversicherung wurde bereits in den 60er Jahren eingeführt / zu einem Zeitpunkt, als der Staat durch die Erdgasgewinnung in der Nordsee über relativ hohe Einkommen verfügte, zugleich aber die Arbeitslosigkeit hoch war. Seitdem ist das System mehrfach angepasst worden - und die nächsten Veränderungen stehen für 2006 ins Haus. Das Grundprinzip der AWBZ (algemene wet bijzondere ziektekosten) ist jedoch unverändert: Die „besonderen Krankheitskosten“, die nicht durch die Krankenkasse gedeckt sind, werden durch diese Volksversicherung übernommen (Volksversicherung bedeutet, dass jeder Bürger einen Anspruch auf Leistungen hat, die Beitragspflicht ist an die Einkommenssteuer gekoppelt). Im Laufe der Jahre sind die Leistungen zunehmend ausgeweitet worden. Die AWBZ in der heutigen Form umfasst Leistungen der persönlichen Versorgung (Grundpflege), der Pflege (i.S.v. Behandlungspflege), der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Betreuung im allgemeinen sowie in Tagesangeboten im speziellen, der aktivierenden Pflege und Betreuung in der häuslichen Situation sowie verschiedene medizinische Leistungen (Behandlung). Zielgruppe der Pflegeversicherung sind nicht nur ältere Menschen mit Pflegebedarf, sondern auch Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit Behinderungen oder psychiatrischen Erkrankungen (einschl. Abhängigkeitserkrankungen).

Auch im niederländischen System wird (noch) ein Unterschied gemacht zwischen extramuralen und intramuralen Pflegeleistungen, diese werden jedoch zunehmend aneinander angeglichen.

Die Pflegebedürftigkeit wird über die Indikation, die durch ein zentrales Organ erfolgt, festgestellt. Diese ist die Voraussetzung dafür, dass überhaupt Pflegeleistungen erbracht werden dürfen. Voraussetzung für den Zugang zu Leistungen ist die Feststellung, dass mindestens eine der folgende Einschränkungen vorliegt:

- somatische
- psychogeriatrische
- psychiatrische
- behinderungsbedingte
- schwere psycho-soziale Einschränkung

Ist das gegeben, dann wird geprüft, für welche **Funktionen** (in welchem Umfang) Leistungen erforderlich sind:

- hauswirtschaftliche Versorgung
- persönliche Versorgung
- Pflege
- unterstützende Begleitung allgemein oder als Tagesangebote
- aktivierende Begleitung allgemein oder als Tagesangebote
- Behandlung allgemein oder Verbleib in einer Einrichtung
- vorübergehender oder andauernder Verbleib in einer Einrichtung

Für jede dieser Funktionen sind „typische“ Produkte definiert (s. Übersicht). Die entsprechenden Leistungen sind mit Hilfe der Pflegeversicherungen zu organisieren. Leistungen, die durch „mantelzoger“ erbracht werden, werden nicht berücksichtigt. Darüber hinaus wird mit der Indikation eine Aussage getroffen, wieviel Zeit für die jeweilige Funktion zu veranschlagen ist. Dies wird in **Klassen** ausgedrückt.

Eine Indikationsbeschluss kann dann z.B. folgendermaßen aussehen:

Auf Grund der körperlichen Beeinträchtigung werden folgenden Funktionen und Produkte anerkannt:

- hauswirtschaftliche Versorgung: 6 Stunden je Woche für Unterstützung bei Hausreinigung und Wäsche
- Pflege: 1 h / W für Medikamente stellen und reichen
- persönliche Versorgung: 10:30 h / W für Körperpflege, An- und Auskleiden, Begleitung beim Aufstehen, zu Bett gehen
- persönliche Begleitung: 3:30 h / W für Unterstützung, um einfache tägliche Anforderungen selber auszuführen und zur Tagesstrukturierung
- Tagesaktivitäten: 4 halbe Tage / W mit dem Schwerpunkt auf Beschäftigung und sozialrekreative Aktivitäten

(Anmerkung: dies ist einem konkreten Beispiel entnommen. Die anerkannten Zeiten sind im Vergleich mit anderen Beispielen sehr großzügig bemessen)

Der „zorgvrager“ kann für jede einzelne anerkannte Funktion wählen zwischen Sachleistung („zorg in natura“) und Geldleistung (persönliches Budget). Sofern die Sachleistung gewählt wird, kann er angeben, welcher Anbieter diese ausführen soll. Dieser rechnet dann die Stunden direkt mit der Pflegekasse („zorgkantoor“) ab. Der Pflegebedürftige leistet entsprechend seinem Einkommen einen Eigenbeitrag zu den Leistungen der Pflegeversicherung. Dieser wird durch ein zentrales Büro festgestellt.

Der Anbieter muss mit dem Zorgkantoor einen Vertrag schließen. Darin werden auch die Stundentarife je Funktion vereinbart. Dafür sind landesweit maximale Tarife festgesetzt, der Tarif im Einzelfall ist u.a. abhängig von den örtlichen Gegebenheiten (z.B. ob weite Wege zurückzulegen sind) und den vereinbarten Qualitätskriterien. Als Beispiel hier die derzeitigen Tarife für das Dr. Jenny WZC (extramuraal, das bedeutet in den „aanleunwoningen“):

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| ▪ hauswirtschaftliche Versorgung: | 25,00 € |
| ▪ persönliche Versorgung: | 35,10 € |
| ▪ Pflege | 52,80 € |
| ▪ persönliche Begleitung | 39.70 € |

Diese Tarife beinhalten die Dienstleistung vor Ort, sowie Wege- und Overheadkosten (einschl. Beratungsgespräche).

Im Einzelfall kann Dienstleistung auf Abruf indiziert werden, dann liegen die Tarife für die nicht geplanten Einsätze etwas höher (Zuschläge je Funktion zwischen 1,50 € und 3,70 €).

Produkte persönliche Versorgung
1.1 sich waschen: Teil- oder Ganzkörper
1.2 sich kleiden: an- und auskleiden
1.3 Aufstehen, zu Bett gehen
1.4 lagern, Hilfe bei Bewegung und Haltung
1.5 Toilettengang und Körperhygiene
1.6 essen und trinken
2.1 persönliche Pflege (Zähne, Haare, Nägel, Haut)
2.2 Prothesen anlegen
2.3 Beratung in Bezug auf persönliche Versorgung
Produkte hauswirtschaftliche Versorgung

1.1 Einkäufe für das tägliche Leben
1.2 Mahlzeiten zubereiten
1.3 warme Mahlzeiten zubereiten
1.4 einfache Reinigungsarbeiten, aufräumen
1.5 Hausreinigung
1.6 Wäscheversorgung
1.7 Haushalt in Ordnung halten
2.1 Andere im Haushalt bei der Selbstversorgung unterstützen
2.2 Andere bei der Zubereitung von Mahlzeiten unterstützen
2.3 tägliche Organisation des Haushalts
3.1 Psychosoziale Begleitung, ggf. Beobachtung
3.2 Beratung in Bezug auf hauswirtschaftliche Versorgung
Produkte Pflege
1.1 Behandlungspflegerische Handlungen
1.2 Körperfunktionen kontrollieren
1.3 Wund- und Stomaversorgung
1.4 Unterstützung bei Ausscheidung (katheter etc.)
1.5 Medizin stellen und reichen
1.6 Mit Klient üben, selber zu injizieren
1.7 pflegerische Begleitung im Umgang mit Erkrankung
1.8 Beratung in Bezug auf Krankheit und Gesundheit
2.1 spezialisierte behandlungspflegerische Handlungen
2.2 Beratung
3.1 pflegerische palliative Begleitung: Präsenz
3.2 pflegerische palliative Begleitung: mehrmaliges Aufsuchen pro Tag
Produkte Begleitung allgemein
1.1 Probleme lösen, Beschlüsse fassen und Folgen einschätzen
1.2 einfache tägliche Anforderungen selber ausführen (Essen zubereiten, Wäsche machen...)
1.3 komplexere Anforderungen ausführen (Organisation des Haushalt / eigener Abläufe)
1.4 tägliche Struktur regeln
1.5 tägliche Anforderungen regeln: Aktivitäten planen und ausführen
2.1 Kulturtechniken (lesen, schreiben, rechnen)
2.2 Umgang mit Geld
2.3 administrative Dinge erledigen
2.4 Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln
2.5 Umgang in Geschäften, bei Post, Bank etc.
3.1 Kommunikation: andere verstehen
3.2 Kommunikation: sich selbst verständlich machen
3.3 Kommunikation: ein Gespräch führen
3.4 Hilfsmittel zur Kommunikation benutzen (Telefon, Computer...)
4.1 Orientierung in der Zeit
4.2 Orientierung im Raum: wo bin ich?
4.3 Orientierung im Raum: den Weg im Haus und in der Umgebung finden
4.4 Orientierung zur Person
5 Andauernde Belastung der pflegenden Angehörigen reduzieren
Aktivitäten bei denen Begleitung erforderlich ist
1 Aktivierende Pflege in der häuslichen Situation

Vergleich der Deutschen Pflegeversicherung und der Niederländischen AWBZ im ambulanten (extramuralen) Bereich

Aus den Darstellungen werden die großen Unterschiede bereits deutlich. Im deutschen System wird davon ausgegangen, dass bei erheblicher und schwerer Pflegebedürftigkeit seitens der Pflegekasse ein Beitrag zu den Kosten der Pflege (hauswirtschaftliche und persönliche Versorgung) geleistet wird. Zusätzlich wird die häusliche Krankenpflege vergütet.

In den Niederlanden ist dagegen die Schwelle, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können, niedriger. Und die Leistungen sind umfassender: Neben Leistungen der Grund- und Behandlungspflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung wird auch Betreuung (in verschiedenen Formen) als Leistung anerkannt. Mit diesen verschiedenen Formen ist auch die Grenze zwischen ambulanter und stationärer Pflege weniger starr.

Ein Vergleich der beiden Systeme ist aber auch deshalb schwierig, weil die Abgrenzung zwischen den einzelnen Leistungskomplexen unterschiedlich vorgenommen wird (so zählen viele Leistungen, die in Deutschland zur Behandlungspflege gerechnet werden, in den Niederlanden zur Grundpflege). Die Leistungskomplexe („Funktionen“) sind weniger eindeutig voneinander abgegrenzt, die Zuordnung der Leistungen erfolgt z.T. aus ihrem Kontext heraus. Außerdem kennt insbesondere das Niederländische System viele Sonderregelungen. Ein Beispiel ist die 80:20 Regel: Wenn der Anteil (z.B. der Behandlungspflege) nicht mehr als 20% beträgt und die entsprechenden Verrichtungen durch dieselbe Person (die z.B. die Grundpflege leistet) mit übernommen werden können, wird Behandlungspflege i.d.R. nicht extra indiziert.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied ist der Abrechnungsmodus: In den Niederlanden werden mit der Indikation Stundenkontingente festgelegt („Klassen“). Bei der Festsetzung dieser Stundenkontingente wird zwar von einzelnen zu erbringenden Leistungen (bzw. Leistungskomplexen) ausgegangen, der Leistungserbringer rechnet jedoch ausschließlich auf der Basis von Zeit ab (im Rahmen des wöchentlichen Kontingentes), die einzelnen Leistungen werden nicht ausgewiesen.

In Deutschland hingegen wird von der Pflegekasse die Pflegestufe festgestellt. Danach richtet sich die maximale Höhe der Pflegekosten, die übernommen werden. Welche Leistungen tatsächlich erbracht werden, wird mit dem Pflegebedürftigen und / oder seinen Angehörigen vereinbart. Die Abrechnung erfolgt auf Basis der tatsächlichen Leistungen bzw. Leistungskomplexe.

Werden die einzelnen Leistungsbereiche („functies“) miteinander verglichen, lassen sich hinsichtlich der Vergütung doch einige Tendenzen feststellen:

- hauswirtschaftliche Versorgung: Die Vergütung liegt mit 26,00 € (Diakoniestation) gegenüber 25,00 € / h (Dr. Jenny) nicht weit auseinander.
- Grundpflege: Die Vergütung liegt mit durchschnittlich ca. 28,50 € / h (Diakoniestation) deutlich niedriger als im Dr. Jenny's: 35,10 €
- Behandlungspflege: Die Vergütung liegt mit 52.56 € / h (Diakoniestation) nahezu auf gleichem Niveau wie im Dr. Jenny's: 52.80€. Im ambulant betreuten Wohnen liegen die Sätze jedoch z.B. bei der Caritas um 23% niedriger – bei 40,44 € / h. Andererseits fallen viele Leistungen in den Niederlanden unter die Grundpflege, die in Deutschland der Behandlungspflege zugerechnet werden.

- spezialisierte Behandlungspflege: hier sind die Unterschiede ebenfalls eher gering: 66,84 € (Diakoniestation) gegenüber 65,60 € (Dr. Jenny). Hier gelten aber entsprechende Einschränkungen
- eine Besonderheit stellt die Finalpflege dar: In den Niederlanden zählt diese als spezialisierte Behandlungspflege, in Deutschland ist dafür ein eigener Betrag vorgesehen: 82,96 € / h.

Aus den ausgearbeiteten Vergleichen lässt sich insgesamt die Tendenz ablesen, dass mit der Finanzierung auf Niederländischer Grundlage in der Regel mehr Erlöse zu erzielen sind. Dies hat folgende Ursachen:

1. Die Schwelle um überhaupt Leistungen der AWBZ in Anspruch nehmen zu können ist niedriger.
2. Mit der allgemeinen Betreuung (OB-allg) ist ein Leistungsbereich in das Niederländische System aufgenommen, der in Deutschland keine Berücksichtigung findet
3. Insbesondere der Satz für Grundpflege (persoonlijke verzorging) ist im Vergleich höher.

Neben dieser wirtschaftlichen Komponente ist aber auch eine soziale Komponente zu berücksichtigen:

Was bedeutet es, wenn zukünftig Menschen aus Deutschland und den Niederlanden zusammen z.B. im Bültenhaus wohnen, ihre Pflegeleistungen aber in unterschiedlicher Höhe vergütet werden. Mehr noch: Das Vermögen der Niederländischen Bewohner wird nicht angegriffen und die Familienangehörigen werden nicht finanziell in Anspruch genommen, während in Deutschland das eigene Vermögen eingesetzt werden muss und auf die Angehörigen zurück gegriffen wird.

Und auch für die Organisation der Betreuungsleistungen ergeben sich Konsequenzen: Wie kann sicher gestellt werden, dass es nicht zu einer Ungleichbehandlung in Art und Umfang der Betreuung kommt, aber auch nicht die eine Seite die andere „sponsort“. Besonders hier müsste bei der Planung der Pflege- und Betreuungsleistungen ein Augenmerk gelegt werden.

Ausblick:

Soweit der Stand der Erhebungen auf der Basis der derzeit geltenden Regelungen. Wie Eingangs erwähnt, sind in beiden Ländern in den nächsten Jahren deutliche Veränderungen zu erwarten. In den Niederlanden nehmen diese bereits Kontur an, ob eine (teilweise) Umsetzung tatsächlich zum 01. Januar 2006 erfolgt, ist noch nicht sicher.

Die Neuregelungen betreffen vor allem jene Bereiche, die im Laufe der Jahre in die AWBZ aufgenommen wurden: Sowohl die hauswirtschaftliche Unterstützung, als auch die Aspekte, die auf Teilhabe abzielen, sollen mit dem neuen Gesetz zur gesellschaftlichen Unterstützung (**Wet Matschappelijke Ondersteuning**) übergehen in die Zuständigkeit der Gemeinden. Auch die Absicherung der Koordination freiwilliger Arbeit wird dazu gehören. Ein großer Streitpunkt ist derzeit, wie weit die Mittel den Gemeinden zweckgebunden zur Verfügung gestellt werden, bzw. wie groß der Entscheidungsspielraum der Gemeinden bei der Verwendung der Mittel ist (ganz abgesehen davon, dass zwar die Mittel für Pflegeleistungen in bisheriger Höhe an die Gemeinden gehen sollen, diese jedoch keine Mittel erhalten für den zusätzlichen administrativen Aufwand. Und in der Folge ist damit zu rechnen, dass die Gesamtzusendungen an die Gemeinden gekürzt werden).

Die Tendenzen in Deutschland sind noch wenig deutlich. Bislang steht nur die Aussage im Raum, dass es zu einer Überarbeitung der Pflegeversicherung kommen und dass damit insbesondere eine Angleichung der Leistungen zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich erfolgen soll. Es ist deshalb zu hoffen, dass ein Angebot, dass von der Leistungserbringung im ambulanten Kontext ausgeht, in naher Zukunft nicht von Leistungskürzungen getroffen wird.

*Europaproject Dinxperlo-Suderwick
Andreas Jakob Theisen*