

Nicht alle Erwartungen erfüllt

Ein Zwischenbericht über die Erfahrungen mit der Pflegeversicherung

Herausragende sozialpolitische Entscheidung der letzten Jahre war in Deutschland die Verabschiedung und die weitere Ausgestaltung des Pflege-Versicherungsgesetzes. Der folgende Beitrag skizziert die Genese und stufenweise Umsetzung dieses Gesetzes. Er stellt seine Stärken und Schwächen gegenüber und benennt Probleme, die sich bei der praktischen Arbeit mit der Pflegeversicherung bisher ergeben haben. Die Autorin, Ursula Wetzel, ist Leiterin der Abteilung Altenhilfe des Deutschen Caritasverbandes.

Lange bevor sich die Politik der Frage nach einer eigenständigen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit angenommen hat, stand in Fachorganisationen des Sozialwesens dieses Thema immer wieder auf der Tagesordnung. Sowohl die Zunahme der Zahl der pflegebedürftigen Menschen und der Dauer und Schwere der Pflegebedürftigkeit wie auch die größer werdenden Probleme für Familien, die Pflege von Angehörigen im notwendigen Umfang sicherzustellen, machten die Lücke in unserem sozialen Sicherungssystem immer deutlicher. Bereits 1976 hatte der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge eine Empfehlung vorgelegt, das Risiko der Pflegebedürftigkeit sozialversicherungsrechtlich abzusichern, da es zu einem allgemeinen Lebensrisiko geworden war, das die Sozialhilfe überforderte.

Die weiteren Überlegungen für eine konkrete Lösung dieses Problems mündeten schließlich in einen ausformulierten Gesetzesvorschlag, der 1986 auf dem Deutschen Fürsorgetag der Öffentlichkeit vorgestellt wurde. Zu dieser Zeit hatten auch die Länder Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern im Bundesrat Gesetzentwürfe eingebracht. Die Bundesregierung lehnte jedoch bis zum Jahre 1990 eine umfassende Lösung ab. Sie beschloß im Gesundheitsreformgesetz lediglich die Einführung einer begrenzten häuslichen Pflegehilfe ab 1991 bei Schwerpflegebedürftigkeit als Krankenkassenleistung. Erst in der Koalitionsvereinbarung von 1991 verpflichtete sie sich zur Vorlage eines Pflege-Versicherungsgesetzes. Die Verwirklichung dieses Vorhabens führte jedoch zu harten Auseinandersetzungen, die sich in modifizierter Form und bezogen auf differenzierte Sachfragen bis zum Mai dieses Jahres fortsetzten.

88 Prozent der Leistungsberechtigten entschieden sich für den Bezug des Pflegegeldes

Am 22. April 1994 verabschiedete der Deutsche Bundestag das Pflege-Versicherungsgesetz als Elfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI). Das Gesetz zum Inkraftsetzen der zweiten Stufe der Pflegeversicherung wurde am 31. Mai 1996 und das Erste SGB XI-Änderungsgesetz am 14. Juni 1996 im Bundesgesetzblatt verkündet. Erst diese beiden letzten gesetzlichen Regelungen ermöglichten die Gewährung von Leistungen in vollstationärer Pflege, wobei die Staffelung der Leistungshöhe und die Finanzierungsmodalitäten ledig-

lich in einer Übergangsregelung bis Ende 1997 festgelegt wurden.

Die Pflegeversicherung setzt ihren Schwerpunkt auf die Pflege im *häuslichen Bereich* und auf die *Unterstützung der Pflegebereitschaft im sozialen Umfeld*. Dies trägt der Tatsache Rechnung, daß die weitaus größte Zahl pflegebedürftiger Menschen im privaten Haushalt lebt und von Angehörigen unterstützt wird. Derzeit erhalten hier rd. 1,2 Millionen Menschen Leistungen, davon etwa 100 000 privat Versicherte. Dabei steht den betroffenen Menschen je nach ihrem individuellen Bedarf die Wahl unterschiedlicher Leistungsarten offen. Obwohl die Pflegeversicherung im Grundsatz nach dem *Sachleistungsprinzip* konzipiert ist, haben sich 88 Prozent der Leistungsberechtigten für den Bezug des *Pflegegeldes* entschieden, mit dem sie die Pflege im privaten Umfeld selbst sicherstellen. Sie sind allerdings verpflichtet, in bestimmten gesetzlich festgelegten Abständen einen Einsatz durch einen ambulanten Pflegedienst abzurufen, der der Sicherung der Qualität der Pflege und der Beratung der Pflegeperson dienen soll.

Die mit diesen Pflegeeinsätzen verbundene Absicht ist durchaus begrüßenswert. Für viele pflegende Angehörige kann durch die Beratung wertvolle Hilfestellung und damit Erleichterung in ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit vermittelt werden. Nicht befriedigend ist allerdings die Tatsache, daß die Pflegekasse zur Kürzung oder sogar zum Entzug des Pflegegeldes berechtigt ist, wenn diese Pflegeeinsätze nicht regelmäßig abgerufen werden oder der Weiterleitung des Berichts an die Pflegekasse nicht zugestimmt wird. Wenn tatsächlich Probleme in der häuslichen Pflegesituation bestehen, werden sie durch diese Sanktion nicht gelöst.

Anstelle des Pflegegeldes kann *ambulante Pflege* als Sachleistung gewählt werden oder der Besuch in einer *Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung*. Der individuellen Bedarfslage entspricht insbesondere die Möglichkeit der Kombination dieser Leistungsarten, wobei allerdings das Pflegegeld prozentual zur Inanspruchnahme der Sachleistung angerechnet wird und die Leistungen insgesamt den zustehenden Höchstbetrag der ambulanten Pflegesachleistung nicht übersteigen dürfen. Wenn im Anschluß an eine stationäre Behandlung oder wegen einer sonstigen Krisensituation des Pflegebedürftigen die häusliche Pflege vorübergehend nicht möglich ist, wird Pflege in einer vollstationären Einrichtung gewährt. Der Anspruch ist jedoch auf vier Wochen pro Kalenderjahr

und auf einen Betrag bis zu 2800 DM begrenzt. Um die Pflege in der Häuslichkeit zu erleichtern und länger zu ermöglichen, stellen die Pflegekassen Pflegehilfsmittel und technische Hilfsmittel zur Verfügung und können bis zu einer Höhe von 5000 DM Maßnahmen zur pflegegerechten Anpassung der Wohnung bezuschussen.

Positiv ist zu bewerten, daß die Pflegeversicherung auch Leistungen vorsieht, die unmittelbar den Pflegepersonen zugute kommen, die nicht erwerbsmäßig einen pflegebedürftigen Menschen in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Für Pflegepersonen besteht Versicherungsschutz in der gesetzlichen Unfallversicherung und Anspruch auf Leistungen des Arbeitsförderungsgesetzes bei Rückkehr ins Erwerbsleben. Im Umfang der pflegerischen Tätigkeit entrichten die Pflegekassen Beiträge zur Rentenversicherung. Für längstens vier Wochen im Jahr übernimmt die Pflegekasse mit einem begrenzten Betrag die Kosten einer Ersatzpflege, damit die Pflegeperson im Verhinderungsfall entlastet wird und Urlaub machen kann. Und schließlich besteht die Möglichkeit der unentgeltlichen Teilnahme an Kursen, um sich für die pflegerischen Tätigkeiten schulen und beraten zu lassen.

Hauswirtschaftlicher Hilfebedarf begründet allein keine Pflegebedürftigkeit

Während die Leistungen bei häuslicher Pflege bereits seit 1. April 1995 gewährt werden, erhalten die Bewohner in *stationären Einrichtungen* die Leistungen erst seit dem 1. Juli 1996. Etwa 400 000 Menschen in Einrichtungen der Altenhilfe und etwa 80 000 Menschen in Einrichtungen der Behindertenhilfe gehören damit zusätzlich zum leistungsberechtigten Kreis der Pflegeversicherung, so daß insgesamt rd. 1,7 Millionen Menschen von dem neuen Versicherungszweig profitieren. Dies ist durchaus positiv zu würdigen. Auch der umfangreiche Leistungskatalog, vor allem für die Unterstützung der häuslichen Pflege, trägt den Bedürfnissen der pflegebedürftigen Menschen und ihrer Pflegepersonen Rechnung.

Trotzdem ist unübersehbar, daß das Pflegeversicherungsgesetz nicht alle Erwartungen erfüllt. Viele Menschen, die sich bei Einführung der Pflegeversicherung Hoffnung auf Unterstützung gemacht hatten, wurden enttäuscht. Rund 30 Prozent der Anträge auf Leistungen im Bereich der häuslichen Pflege wurden abgelehnt, im Bereich der stationären Pflege werden es voraussichtlich etwas mehr als 20 Prozent im Bundesdurchschnitt sein. Bereits während des Gesetzgebungsverfahrens wurde um die Anspruchsvoraussetzungen gerungen, mehr noch nach Verabschiedung des Gesetzes, als sie in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien näher konkretisiert wurden. Schließlich war und ist die Einhaltung des Finanzrahmens der Pflegeversicherung oberstes politisches Gebot, so daß die Zahl der leistungsberechtigten Personen in diesen Grenzen gehalten werden muß.

Die Anspruchsvoraussetzungen sind, von einigen versiche-

rungsrechtlichen Bedingungen abgesehen, zunächst durch den Begriff der *Pflegebedürftigkeit* und dann durch die Stufen der Pflegebedürftigkeit gesetzlich definiert. Pflegebedürftigkeit setzt danach das Vorliegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung voraus sowie die Notwendigkeit, bei gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens Hilfe in Form der Unterstützung, der teilweisen oder vollständigen Übernahme oder der Beaufsichtigung oder Anleitung zu benötigen.

Die relevanten Verrichtungen sind abschließend aufgezählt. Sie beziehen sich auf den Bereich der Körperpflege, der Ernährung, der Mobilität, allerdings außerhalb des Wohnbereichs nur in zwingenden Fällen, und auf den Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung. Der Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme und der Mobilität ist als *Grundpflege* definiert. Sie steht bei den Stufen der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund, während *hauswirtschaftlicher Hilfebedarf* zwar zusätzlich vorliegen muß, aber alleine keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes begründet.

Erhebliche Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I liegt vor, wenn mindestens einmal täglich bei zwei grundpflegerischen Verrichtungen Hilfe benötigt wird und eine nicht beruflich ausgebildete Pflegeperson dafür mehr als 45 Minuten im Tagesdurchschnitt benötigt, insgesamt zusammen mit der hauswirtschaftlichen Hilfe 90 Minuten.

Bei der *Schwerpflegebedürftigkeit* der Pflegestufe II ist mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Zeiten grundpflegerischer Hilfebedarf vorausgesetzt, für den mindestens zwei Stunden benötigt werden, insgesamt drei Stunden. Die *Schwerstpflegebedürftigkeit* der Pflegestufe III setzt einen Hilfebedarf rund um die Uhr voraus, auch nachts, in einer zeitlichen Anforderung von mindestens vier, insgesamt fünf Stunden.

Schon die Tatsache, daß hauswirtschaftlicher Hilfebedarf allein keinen Leistungsanspruch begründet und erst zusammen mit mehr als 45 Minuten Grundpflege die erste Pflegestufe anerkannt wird, schließt viele chronisch kranke Menschen aus dem Leistungsbezug aus. Auch die Schwelle zur Pflegestufe III ist hoch angesetzt.

Von den Leistungsberechtigten im häuslichen Bereich sind derzeit 34 Prozent der Pflegestufe I zugeordnet, 53 Prozent der Pflegestufe II und nur 13 Prozent der Pflegestufe III. Im stationären Bereich hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei 20 Prozent der Antragsteller die Pflegestufe I empfohlen, bei 31,5 Prozent die Pflegestufe II und bei 24,4 Prozent die Pflegestufe III. Das Gesetz sieht darüber hinaus bei einem außergewöhnlich hohen Pflegebedarf eine *Härtefallregelung* vor, die jedoch von der einzelnen Pflegekasse nur bei drei Prozent ihrer Versicherten der Pflegestufe III im häuslichen Bereich und bei fünf Prozent im stationären Bereich anerkannt werden darf.

Da das Pflegegeld sowie die Pflegesachleistungen jeweils auf einen *Höchstbetrag* begrenzt sind, der nach Pflegestufen gestaffelt ist, relativiert sich die Entlastungswirkung der Pflegeversicherung. Die Höhe der Leistungen, die nur durch

eine Rechtsverordnung im Rahmen der Einnahmeentwicklung geändert werden kann, ist im häuslichen Bereich auf 400, 800 und 1300 DM bei der Geldleistung und auf 750, 1800, 2800 und im Härtefall auf 3750 DM bei der Sachleistung festgesetzt. Im stationären Bereich wurde übergangsweise eine Staffelung von 2000, 2500, 2800 und im Härtefall 3300 DM vorgenommen. Außerdem dürfen die Aufwendungen der einzelnen Pflegekasse für stationäre Pflege im Durchschnitt 30 000 DM je Pflegebedürftigen nicht übersteigen, um die Einhaltung des kalkulierten Finanzrahmens der Pflegeversicherung abzusichern.

Beschränkung auf „Satt-und-Sauber-Pflege“ bedeutet erheblichen Qualitätsverlust

In der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit liegt jedoch noch eine weitere Begrenzung des Zugangs zu den Leistungen. Mit der Festlegung auf Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung und Mobilität als vorrangig berücksichtigungsfähigem Hilfebedarf hat der Gesetzgeber die Pflegebedürftigkeit auf *körperbezogene Bereiche eingeschränkt*. Die Unterstützung bei sozialen, kommunikativen und geistigen Tätigkeiten, eine allgemeine Beaufsichtigung und die Anleitung zu einer Beschäftigung sind bei der Begutachtung nicht heranzuziehen, was dem dafür zuständigen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) viel Kritik eingebracht hat, obwohl er dies nicht zu verantworten hat.

Eltern von geistig behinderten Kindern, die während des ganzen Tagesablaufs sich um ihr Kind kümmern, es bei jeder geringfügigen Tätigkeit anleiten und dafür Sorge tragen müssen, daß kein Schaden entsteht, können kein Verständnis dafür aufbringen, wenn trotz dieses hohen Aufwands nicht die höchste Pflegestufe oder sogar keine Pflegebedürftigkeit anerkannt wird. Das gleiche Problem besteht bei einer großen Zahl von psychisch behinderten und von gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen. Sie sind zwar grundsätzlich nicht von Ansprüchen nach dem Gesetz ausgeschlossen, doch die Kriterien zur Beurteilung ihres Hilfebedarfs werden den tatsächlichen Erfordernissen weder vom Inhalt noch vom Umfang her gerecht. In den stationären Einrichtungen der Altenpflege führt dies derzeit zu der widersprüchlichen Situation, daß Bewohner, die aufgrund bisheriger Regelungen als schwerstpflegebedürftig eingestuft waren und entsprechend der für sie notwendigen Leistungen auch den höchsten Pflegesatz entrichten, keine Leistungen der Pflegeversicherung erhalten oder nur die der unteren Stufen.

Diese Beschränkung setzt sich bei den *Inhalten der Pflegeleistungen* fort. Die Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung, die von ambulanten Pflegediensten zu Lasten der Pflegekassen erbracht werden dürfen, sind inhaltlich auf die für die Pflegebedürftigkeit relevanten Verrichtungen beschränkt. Dies sollte nach dem

Glaube in Europa

Gott – ein Fremder in unserem Haus?

Die Zukunft des Glaubens
in Europa

Herausgegeben von Peter Hünemann



NEU

Quaestiones disputatae, Band 165
224 Seiten, Paperback,
DM 46,- /öS 330,- /SFr 44,-
ISBN 3-451-02165-X

Leere Kirchen und die Gleichgültigkeit gegenüber religiöser Problematik stellen die Frage, ob Gott in unserer Gesellschaft zu einem Fremden geworden ist. Auf der Grundlage einer Situationsanalyse (Welchem Gott/welchen Göttern wird heute Vertrauen geschenkt? Was hält die Menschen davon ab, bei den Kirchen Antwort zu suchen?) untersuchen die Autoren, wie heute verantwortet von Gott gesprochen werden und die gegenwärtige Situation als Chance und Herausforderung begriffen werden kann.

In jeder Buchhandlung!

HERDER

Willen des Gesetzgebers zunächst auch für die Leistungen in teilstationären und stationären Einrichtungen gelten. Die Wohlfahrtsverbände haben hieran deutliche Kritik geübt und darauf hingewiesen, daß damit die Pflegeversicherung nur eine *Satt-und-Sauber-Pflege* ermögliche, die einen erheblichen Qualitätsverlust bedeutet.

Dies steht auch im Widerspruch zu den Zielbestimmungen des Gesetzes selbst, die festlegen, daß die Leistungen auf die Erhaltung oder Wiedergewinnung der körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des pflegebedürftigen Menschen auszurichten sind und ihm ein Leben ermöglichen sollen, das der Würde des Menschen entspricht. Die nunmehr verabschiedete novellierte Fassung hat hier eine Verbesserung gebracht. Sie hat zumindest für die teilstationären und stationären Pflegeeinrichtungen bestimmt, daß soziale Betreuung regelmäßig zu ihren Leistungen gehört.

Diese Lösung befriedigt allerdings insoweit nicht, als sich damit an der Beurteilung des Leistungsbedarfs nach Inhalt und Umfang nichts geändert hat und sich weiterhin die Frage stellt, wie die anerkannte Pflegestufe, der tatsächliche Hilfebedarf und die dafür angemessene Pflegevergütung in eine Entsprechung gebracht werden können. Da nicht damit zu rechnen ist, daß der Gesetzgeber in nächster Zeit die inhaltlichen Vorgaben für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit erweitern wird – damit würde ein größerer Personenkreis Anspruch auf Leistungen und auch auf höhere Leistungen erhalten –, muß zumindest als Grundlage für die zukünftige Pflegesatzregelung eine *einheitliche Beurteilung* entwickelt werden.

Die Überprüfung des Begutachtungsverfahrens ist noch aus einem anderen Grunde notwendig. Die Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste, auf die sich die Leistungsbescheide der Pflegekassen stützen, weisen zwischen den Bundesländern und innerhalb der Bundesländer zwischen den Zuständigkeitsbereichen der jeweiligen Medizinischen Dienste zum Teil *erhebliche Unterschiede* auf. So waren z. B. bis zum 31. März 1996 in stationären Einrichtungen in Baden-Württemberg nur 15,1 Prozent der Antragsteller der Pflegestufe III zugeordnet und 31,2 Prozent abgelehnt worden, während sich in Hamburg das Verhältnis fast genau umgekehrt darstellte. Ähnlich hohe Differenzen liegen in Nordrhein-Westfalen vor zwischen den Landesteilen Nordrhein und Westfalen-Lippe, wo jeweils ein eigenständiger MDK zuständig ist.

Diese Ergebnisse sind mit regionalen sozio-demographischen Unterschieden wohl kaum hinreichend erklärbar. Sie weisen vermutlich eher daraufhin, daß die Richtlinien und die Begutachtungsanleitung *Ermessensspielräume* offen lassen, die vom jeweiligen MDK unterschiedlich genutzt werden. Und es ist anzunehmen, daß einige der 80000 Widersprüche, die im letzten Jahr gegen die Entscheidungen der Pflegekassen erhoben worden sind, auch in der Begutachtungspraxis begründet sind.

Zu einer besonderen Problematik hat die Pflegeversicherung bei der *Behandlung von behinderten Menschen* geführt. Menschen mit Behinderungen haben bisher in ganz überwie-

gender Zahl durch den Sozialhilfeträger Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) erhalten, zu der je nach individuellem Bedarf auch pflegerische Leistungen gehören. Eine Unterscheidung nach Leistungsarten war nicht erforderlich. Der vorrangige Anspruch auf Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz zwingt jedoch zu einer inhaltlichen Abgrenzung und führt den Sozialhilfeträger zu der Prüfung, ob und inwieweit daneben die Gewährung von Eingliederungshilfe im jeweiligen Einzelfall angezeigt und zweckmäßig ist.

Unbefriedigender Kompromiß zur Behandlung von behinderten Menschen

In dieser Abgrenzungsfrage lag der hauptsächliche Gegenstand des Konflikts. Während der Gesetzgeber verhindern wollte, daß die Pflegeversicherung mit Aufwendungen für Leistungen belastet werden sollte, für die sie nicht geschaffen und ausgestattet worden ist, wiesen die Länder und Sozialhilfeträger mit Nachdruck auf die Nachrangigkeit des BSHG hin. Die verabschiedete Novellierung hat dieser Auseinandersetzung vorläufig ein Ende gesetzt. Nach den jetzt geltenden Bestimmungen erhalten behinderte Menschen für ihre Pflege im häuslichen Bereich Pflegegeld oder Pflegesachleistung wie andere Leistungsberechtigte. Sie erhalten keine Leistungen für die Pflege, die sie während des Aufenthalts in einer teilstationären Einrichtung, z. B. einer Behindertenwerkstatt, benötigen. Und sie erhalten lediglich einen Zuschuß von höchstens 500 DM, wenn sie in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe leben.

Im Sinne des Gleichbehandlungsgrundsatzes ist dieser Kompromiß *nicht befriedigend*. Die Träger der Einrichtungen befürchten weiterhin, daß aus fiskalischen Gründen behinderten Menschen der Anspruch auf Förderung und Eingliederung beschnitten wird und daß sie zu strukturellen Eingriffen in ihre Wohn- und Betreuungskonzepte gezwungen werden, damit sie wenigstens in Teilbereichen als Pflegeeinrichtung anerkannt werden.

Ein weiteres sozialrechtliches Problem liegt in der Zuordnung der medizinisch-pflegerischen Leistungen, der sogenannten *Behandlungspflege*, in teilstationären und stationären Einrichtungen in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeversicherung. Es handelt sich hierbei um Leistungen der Krankenbehandlung. Pflegebedürftigen Menschen, die in einem privaten Haushalt leben, werden diese Leistungen von der Krankenversicherung gewährt. Da die Leistungen der Pflegeversicherung nach oben begrenzt sind und in den meisten Fällen den pflegebedingten Aufwand in den Einrichtungen nicht decken, bedeutet diese Regelung, daß die Bewohner die Kosten für die Behandlungspflege selbst bezahlen müssen, obwohl sie wie andere Versicherte Beiträge bezahlen. Noch gravierender ist die Ungerechtigkeit für die Bewohner, die keine Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten. Für sie stellt es kaum einen Trost dar, daß der Ge-

setzgeber diese Regelung bis zum Ende des Jahres 1999 begrenzt hat und in dieser Zeit die weitere Zuordnung überprüfen will.

Vor eine Reihe von Problemen, Unstimmigkeiten und Unsicherheiten sehen sich auch die Träger der ambulanten Dienste und insbesondere der Pflegeeinrichtungen gestellt. Sie haben eine Fülle von neuen Anforderungen zu erfüllen, die zum Teil bis heute noch nicht abschließend geregelt sind. Den Pflegekassen ist eine weitgehende *Definitionsmacht* und *Direktionsbefugnis* eingeräumt oder auch auferlegt worden, als ob sie alleine eine ausreichende und bedarfsgerechte Pflege und die dafür notwendige Infrastruktur sicherstellen könnten. Der Pflegesektor ist jedoch von einer ganzen Reihe

von gesetzlichen und verordnungsrechtlichen Vorgaben auf Bundes- und Landesebene gestaltet, deren Anforderungen es zu koordinieren gilt. Und vor allem die begrenzten Leistungen der Pflegeversicherung machen die Abstimmung und Übereinstimmung mit anderen Gesetzen, insbesondere mit dem BSHG notwendig.

Daher muß immer wieder betont werden, daß die Chancen der Pflegeversicherung nur dann voll wirksam werden können, wenn alle Beteiligten zusammenarbeiten in der Bereitschaft zu sicherlich rechtskonformen, aber pragmatischen Lösungen. Dies in erster Linie im Interesse der pflegebedürftigen Menschen, aber auch der Solidargemeinschaft, die die finanziellen Beiträge dafür aufbringt. *Ursula Wetzel*

Unbegrenzte Möglichkeiten?

Das Internet als Chance und Herausforderung

Der weltweite Computerverbund Internet ist eine Wachstumsbranche, aber auch Anlaß zu kulturkritischen Warnungen. Es bieten sich neue Möglichkeiten der Information und Kommunikation, die aber auch gestaltet werden müssen. Andreas Schwenzer, Netzwerkverantwortlicher der Theologischen Fakultät Würzburg, wägt Chancen und Probleme dieser neuen Technik ab.

Keine andere technische Entwicklung der vergangenen Jahrzehnte scheint die Gesellschaft im ganzen zu wandeln und zugleich in zwei Lager zu teilen wie die wachsende Computervernetzung „Internet“. War es bis vor kurzem den Hochschulen vorbehalten, die weltweit verstreuten Ressourcen zu erschließen, verschaffen sich immer mehr computerbegeisterte Privatpersonen einen Zugang zum Internet. Viele Unternehmen schließen sich – getreu dem olympischen Gedanken „Dabeisein ist alles“ – dieser Euphorie an und präsentieren sich nun im Internet.

Andererseits sind die Stimmen nicht zu überhören, die vor gefährlichen Auswirkungen auf die Gesellschaft warnen. Wie ein mystischer Schleier legt sich dabei ein Reigen klischeehafter Behauptungen um die heimlich wachsende Internet-Gemeinde. Viele der aufgetragenen Hypothesen veranlassen aber die erfahrenen Internet-Nutzerinnen und -Nutzer nur zu verständnislosem Kopfschütteln.

Entstehung und Nutzungsmöglichkeiten

Am Siedepunkt des Kalten Krieges entstanden im *US-Verteidigungsministerium* erste Pläne zur Entwicklung einer Kommunikationsstruktur, die eine überregionale Verständigung der Militäreinheiten auch im Falle einer Atombombenexplosion gewährleisten sollte. Statt eines Zentralrechners, der alle Informationen sammelt und weitergibt, wurde ein Netz

aufgebaut, in dem jeder Rechner zu einem Knotenpunkt eingerichtet wurde. Dadurch konnten die Informationen auf ganz unterschiedlichen Wegen ihr Ziel erreichen. Selbst beim Ausfall eines oder mehrerer Knotenpunkte wurde die Kommunikation aufrechterhalten.

Nach Heranreife dieser Technik und der gleichzeitigen Aufhellung der gesamtpolitischen Wetterlage übernahmen die *nordamerikanischen Universitäten* diese neue Kommunikationstechnik zum sicheren und schnellen Datentransfer wissenschaftlicher Ressourcen. Von da aus schwappte die Internet-Welle auch in die nordamerikanischen Privathaushalte, was die Bandbreite der Gebrauchsmöglichkeiten des Internet erweiterte. Über den Wissenschaftsaustausch hinaus rückten private Angelegenheiten in den Vordergrund, und erste kommerzielle Interessen mußten durch Verbote abgehalten werden.

In der Übernahme der neuen Kommunikationstechnologien hinkt der europäische Kontinent den nordamerikanischen Pionieren um ca. vier Jahre hinterher. Entwicklungsabläufe, die die Ausbreitung des Internet in Nordamerika kennzeichneten, wiederholen sich nun auch in Mitteleuropa. Wieder zählen die Hochschulen zu den ersten Institutionen, die sich das Internet zunutze machen. Erneut ziehen einzelne computerbegeisterte nach, und Unternehmen entdecken das Internet als eine neue Marktlücke.

Mittlerweile ist die Nutzung des Internet vom Privathaushalt recht einfach geworden. Auf finanziell erschwinglicher Basis