

Die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens in der Pflegeversicherung

von Klaus Wingenfeld¹ und Doris Schaeffer²

ABSTRACT

Ende 2006 begann die seit Langem geforderte Arbeit an einem neuen sozialrechtlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff für die deutsche Pflegeversicherung. Über einen Zeitraum von knapp drei Jahren wurden die Grundlagen für die geplante Neufassung erarbeitet, einschließlich eines neuen Begutachtungsverfahrens, das einen neuen, pflegewissenschaftlich fundierten Ansatz zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit beinhaltet. Mit diesem Ansatz lassen sich mehrere systematische Probleme der Pflegeversicherung beheben, insbesondere die unzureichende Berücksichtigung der Problemlagen demenziell Erkrankter und methodische Schwachstellen der heutigen Pflegeeinstufung. Mit Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs werden aber auch eine Adjustierung an den Schnittstellen der Sicherungssysteme (SGB XI – Soziale Pflegeversicherung, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, SGB XII – Sozialhilfe) sowie eine Neubewertung der Leistungssätze erforderlich.

Schlüsselwörter: Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsverfahren, Pflegeversicherung

In 2006, the long-urged development of a new concept of eligibility for benefits from the German nursing-care insurance began. Over a period of nearly three years, the foundations were laid for the intended revision, including the development of a new tool for assessing eligibility which is based on essential concepts of nursing science. It would help to eliminate several systematic problems of the current nursing-care insurance system, particularly its inadequate response to the needs of people with dementia, but also methodological shortcomings. However, the implementation of the new approach requires adjustments of the interfaces between the statutory insurance systems (regulated in the German Social Code (Sozialgesetzbuch, SGB): SGB XI – Social Care Insurance, SGB V – Statutory Health Insurance, SGB XII – Social Welfare Assistance) and a redefinition of benefit rates.

Keywords: nursing-care needs, eligibility criteria, nursing-care insurance

1 Einleitung

Schon seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 wird das Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das diesem Sozialversicherungszweig zugrunde liegt, intensiv diskutiert und kritisch hinterfragt. Als pflegebedürftig gelten nach den Vorschriften des XI. Sozialgesetzbuchs (SGB XI) Perso-

nen, die wegen einer Krankheit oder Behinderung bei den regelmäßig wiederkehrenden Alltagsverrichtungen in einem bestimmten Maß dauerhaft der Hilfe bedürfen. Diese Eingrenzung auf den Bereich der Alltagsverrichtungen führt zur Ausblendung zentraler Problem- und Bedarfslagen verschiedener Gruppen pflegebedürftiger Menschen. Dazu gehören vor allem demenziell Erkrankte, aber auch schwerstkranke

¹Dr. PH Klaus Wingenfeld, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld · Universitätsstraße 25 · 33615 Bielefeld
Telefon: 0521 106-6880 · Telefax: 030 0521 106-6437 · E-Mail: klaus.wingenfeld@uni-bielefeld.de

²Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer, Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld · Universitätsstraße 25 · 33615 Bielefeld
Telefon: 0521 106-3896 · Telefax: 030 0521 106-6437 · E-Mail: doris.schaeffer@uni-bielefeld.de

Kinder und andere chronisch Kranke (*Landtag Nordrhein-Westfalen 2005; Bartholomeyczik et al. 2001*).

Mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz, das am 1. April 2002 in Kraft trat, wurden die Folgen dieser Engführung etwas abgemildert. Durch diese Reform konnten häuslich versorgte Pflegebedürftige mit sogenannter eingeschränkter Alltagskompetenz, die mindestens die Pflegestufe I aufwiesen, zusätzliche Leistungsansprüche geltend machen, zunächst allerdings nur in einem sehr bescheidenen Rahmen (460 Euro jährlich). Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz erfolgte im Jahr 2008 eine Anhebung dieser Leistungssätze auf bis zu 2.400 Euro pro Jahr und damit eine wesentliche Verbesserung. Der Leistungsanspruch wurde außerdem auf Personen ausgedehnt, deren Bedarf unterhalb des Schwellenwertes für die Pflegestufe I liegt („Pflegestufe Null“). Schließlich erfolgte mit der Reform eine analoge Verbesserung der Betreuungsleistungen für Heimbewohner mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Trotz dieser Verbesserungen kann von einer Behebung der Problematik eines engen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht gesprochen werden: Zentrale Bedarfslagen bleiben bei der Ermittlung der Pflegestufe weiterhin unberücksichtigt, und von einer Gleichbehandlung somatisch und psychisch bedingter Bedarfskonstellationen ist die heutige Pflegeversicherung noch weit entfernt.

Hinzu kommen methodische Probleme. Die Pflegestufe und damit der Leistungsanspruch wird anhand der Zeit ermittelt, die eine nicht zur Pflege ausgebildete Person für die notwendigen Hilfeleistungen benötigt beziehungsweise benötigen würde, wenn die Versorgung durch berufliche Helfer mit pflegerischer Qualifikation erfolgt. Dieses Konstrukt stellt insbesondere im Bereich der vollstationären Pflege eine fragwürdige Lösung dar, weil der Gutachter sich hier vorstellen muss, wie hoch der notwendige Leistungsaufwand wäre, wenn die Pflege durch nicht ausgebildete Personen durchgeführt würde. Er hat also eine fiktive Situation zu beurteilen. Aus wissenschaftlicher Sicht bietet der zeitliche Bedarf allerdings generell keinen verlässlichen Maßstab zur Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit (*Wingenfeld 2011*). Der individuelle Zeitbedarf ist in besonderer Weise von Rahmenbedingungen der Pflege und den jeweiligen individuellen Versorgungszielen abhängig.

Das verkürzte Verständnis von Pflegebedürftigkeit hat auch die in Deutschland verbreitete Verengung des Verständnisses von Pflege stark befördert. Pflege wird heute oftmals einseitig als Hilfestellung bei körperlichen Einschränkungen verstanden. Präventive und rehabilitative Funktionen, Palliativpflege oder Anleitung, Beratung und edukative Funktionen sind im Alltag der ambulanten ebenso wie der stationären Pflege schwach verankert (*Schaeffer 2002, 41; Schaeffer und Moers 2011*).

2 Etappen auf dem Weg zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Vor dem Hintergrund dieser und anderer Probleme hat sich in der Auffassung, dass eine Neufassung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit im SGB XI dringend erforderlich ist, im Laufe der Jahre ein breiter Konsens entwickelt. Die große Koalition hatte sich im Jahr 2005 darauf verständigt, für eine Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs Sorge zu tragen. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) berief daraufhin im November 2006 einen Beirat ein, der Empfehlungen zur Revision des Begriffs der Pflegebedürftigkeit erarbeiten sollte. Vertreten waren dort alle wichtigen Entscheidungsträger auf dem Feld der pflegerischen Versorgung einschließlich der Betroffenenvertretungen (Pflegebedürftige, Menschen mit Behinderungen und Angehörige).

Parallel zum Beirat wurden durch die Spitzenverbände der Pflegekassen zwei Modellprojekte initiiert (gefördert nach Paragraph 8 Absatz 3 SGB XI). Zunächst erfolgte durch das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) eine Bestandsaufnahme anderer Ansätze, das Phänomen Pflegebedürftigkeit definitorisch zu erfassen, außerdem eine Bewertung gebräuchlicher Einschätzungsverfahren. Darauf aufbauend wurde ein neues Begutachtungsverfahren zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit entwickelt. Diese Aufgabe übernahmen gemeinsam das IPW und der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL). Anfang 2008 legten sie das „Neue Begutachtungsassessment“ vor (*Wingenfeld et al. 2008*).

In einer dritten Phase wurde das neue Verfahren einer umfangreichen praktischen Erprobung durch den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen unterzogen. In diese Erprobung waren mehr als 1.800 Versicherte einbezogen. Nach der praktischen Erprobung wurde das neue Begutachtungsverfahren noch einmal geringfügig modifiziert. Überprüft werden sollten insbesondere die Praktikabilität und methodische Güte des neuen Verfahrens (Validität, Reliabilität und Sensitivität). Es lieferte auch eine Grundlage für erste Überlegungen zu möglichen finanziellen Effekten der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs (*Windeler et al. 2008*).

Anfang 2009 erfolgte im Beirat eine gemeinsame Bewertung der gesammelten Erfahrungen. Nach intensiven Beratungen einigte man sich schließlich darauf, der Bundesregierung die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI entsprechend den Eckpunkten vorzuschlagen, die vom IPW und dem MDK WL erarbeitet und der Entwicklung des neuen Begutachtungsverfahrens zugrunde gelegt worden waren. Bemerkenswert ist, dass diese Empfehlung auf

einem Konsens aller Beiratsmitglieder beruhte; angesichts der unterschiedlichen und in anderen Fragen oft gegensätzlichen Interessenlagen der Beteiligten war dieser Konsens zu Beginn des Prozesses nicht vorhersehbar.

Die Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten und der Beiratsdiskussion stießen erwartungsgemäß auf großes Interesse in der Fachöffentlichkeit und wurden vom BMG ebenfalls positiv aufgenommen. Damit hatte der Prozess einen Punkt erreicht, an dem die notwendige konzeptionelle Basis für eine entsprechende Pflegereform zur Verfügung stand. Der Beirat setzte seine Arbeit auf Bitten des Ministeriums weiter fort und legte im Mai 2009 einen zweiten Bericht vor, der sich mit zentralen Fragen der Umsetzung des neuen Ansatzes befasste. Dazu gehören vor allem konkretisierende Szenarien zu möglichen Kosteneffekten, Übergangsregelungen, Optionen zur zukünftigen Gestaltung der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach den Paragraphen 45b–d und 87b SGB XI sowie die notwendigen organisatorischen und rechtlichen Anpassungen des heutigen Begutachtungssystems.

Vor der anstehenden Bundestagswahl im September 2009 konnte (und sollte) jedoch kein Gesetzentwurf mehr auf den Weg gebracht werden, und so kam es infolge des Wechsels der Regierungsverantwortung zu einer Verlangsamung des Prozesses. Zwar wurde die Forderung nach einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff auch in die aktuelle Koalitionsvereinbarung aufgenommen, aber – gemessen an der zeitlichen Entwicklung – offenbar nicht mit einer besonderen Priorität versehen. Die Diskussion (zum Beispiel zwischen Bund und Ländern) über Chancen und Herausforderungen des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs ging zwar weiter, allerdings ohne dass der entscheidende Schritt zu einer Gesetzesinitiative erfolgte. Nunmehr, im Jahr 2011, hat das BMG konkrete Vorbereitungen für eine Pflegereform angekündigt. Welcher Stellenwert hierbei dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zugeschrieben wird, ist noch nicht konkret absehbar.

3 Neues Verständnis von „Pflegebedürftigkeit“

Das erweiterte Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das mit dem „Neuen Begutachtungssassessment“ zur Diskussion steht, beruht auf folgendem Grundgedanken: Pflegebedürftigkeit entsteht, wenn ein Mensch nicht über die Fähigkeit, das Wissen oder die Willenskraft verfügt, um körperliche oder psychische Beeinträchtigungen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen selbstständig zu kompensieren beziehungsweise zu bewältigen. Nicht die Erkrankung (oder Behinderung) und die durch sie verursachten Einbußen sind das Entscheidende, sondern die Frage, ob jemand zur selbstständigen Durchführung von Aktivitäten, zu selbstständiger

Krankheitsbewältigung oder selbstständiger Gestaltung von Lebensbereichen in der Lage ist. Pflegebedürftigkeit ist insofern zu verstehen als Abhängigkeit von personeller (pflegerischer) Hilfe – was auch bedeutet, dass bei vollständiger Kompensation einer Beeinträchtigung durch Hilfsmittel nicht von Pflegebedürftigkeit gesprochen werden kann.

Diese Eckpunkte sind das Ergebnis des Gutachtens des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (*Wingenfeld et al. 2007*), auf dem alle weiteren Entwicklungsarbeiten aufbauten. Pflege theoretische Arbeiten, der pflegewissenschaftliche Diskurs sowie die internationale Diskussion um den Pflegebegriff gaben dabei wichtige Hinweise. Sie zeigen in zentralen Fragen große Gemeinsamkeiten und bieten eine wegweisende Orientierungshilfe in der Frage, wie Pflegebedürftigkeit beziehungsweise wie der „Gegenstand“ pflegerischer Hilfen aus fachlicher Sicht zu definieren ist (*WHO 1996; Orem 1991; Henderson 1997; Fawcett 1998; Abdellah et al. 1960; ANA 1980*). Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten, bei der Krankheitsbewältigung und bei der Gestaltung von Lebensbereichen ist hier die zentrale Kategorie.

Konsequenterweise muss der Grad der Pflegebedürftigkeit anhand des Grads der Selbstständigkeit im Umgang mit den Folgen gesundheitlicher Beeinträchtigungen bestimmt werden.

4 Das neue Begutachtungssassessment (NBA)

Im neuen Begutachtungsinstrument steht dementsprechend die Frage nach der Selbstständigkeit im Mittelpunkt. Anders als im heutigen Begutachtungsverfahren ist der Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die Pflegezeit, sondern der Grad der Selbstständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen (Tabelle 1).

Anhand von Einschätzungen in diesen sechs Bereichen wird ein Grad der Pflegebedürftigkeit ermittelt. Jeder Bereich entspricht einem „Modul“ im neuen Einschätzungsinstrument, das wiederum mehrere Variablen beinhaltet (zum Beispiel fünf Variablen für Modul 1). Zunächst wird für jedes Modul ein Einschätzungsergebnis ermittelt, das für sich genommen Aussagekraft besitzt (zum Beispiel Modul 4: Grad der Selbstständigkeit bei Aktivitäten der Selbstversorgung). Erst in einem zweiten Schritt werden diese Teilergebnisse nach bestimmten Regeln zu einem Gesamtergebnis zusammengeführt und als Wert auf einer Skala zwischen 0 und 100 Punkten dargestellt. Diese Skala ist in mehrere Bereiche unterteilt, die jeweils einer bestimmten Stufe der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Vorgesehen ist eine Unterteilung in

TABELLE 1

Einstufungsrelevante Aspekte der Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Begutachtungsassessment

Bereich/Modul	Aktivität
Mobilität	Fortbewegung über kurze Strecken und Lageveränderungen des Körpers
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	Gedächtnis, Wahrnehmung, Denken, Kommunikation
Verhaltensweisen und psychische Problemlagen	Verhaltensweisen, die ein Gefährdungspotenzial oder andere Probleme mit sich bringen können, sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen
Selbstversorgung	Körperpflege, Sichkleiden, Essen und Trinken sowie Verrichtungen im Zusammenhang mit Ausscheidungen
Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	Aktivitäten, die auf die Bewältigung von Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen zielen, zum Beispiel Medikamenteneinnahme, Umgang mit Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwendiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung
Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte	Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, sinnvolles (bedürfnisgerechtes) Ausfüllen von verfügbarer Zeit und Pflege sozialer Beziehungen

Quelle: Wingenfeld et al. 2008, 35 ff.; Grafik: G+G Wissenschaft 2011

fünf Stufen. Dabei wird auch solchen Personen eine Stufe zugeordnet, die relativ geringe Beeinträchtigungen aufweisen. Ziel ist es zu vermeiden, dass Menschen als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet werden, obwohl sie auf pflegerische Hilfe angewiesen sind.

Neben diesen Bereichen, die bei der Ermittlung eines Grades der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden, gibt es zwei zur Erfassung von Hilfebedürftigkeit:

- außerhäusliche Aktivitäten: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten (einschließlich außerhäuslicher Mobilität)
- Haushaltsführung: hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange (Nutzung von Dienstleistungen, Umgang mit Behörden, Geldangelegenheiten)

Auch zur Frage, wie ein etwaiger Bedarf an medizinischer Rehabilitation ermittelt wird, beinhaltet das neue Begutachtungsassessment einen neuen Ansatz. In den Modulen „Mobilität“, „Kognitive und kommunikative Fähigkeiten“, „Selbstversorgung“ und „Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen“ werden jeweils die Entwicklungstendenz der Selbstständigkeit beziehungsweise Fähigkeiten eingeschätzt. Darüber hinaus ist für jeden dieser Bereiche die Frage zu beantworten, ob und auf welchem konkreten

Weg gegebenenfalls Verbesserungen erreicht werden können, zum Beispiel durch die Optimierung therapeutischer Maßnahmen, die Optimierung der räumlichen Umgebung beziehungsweise durch Optimierung des Hilfsmiteleinsatzes oder durch andere Maßnahmen.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern wird das gleiche Instrument, aber eine modifizierte Bewertungssystematik verwendet, um auszuschließen, dass rein altersbedingte Unselbstständigkeit einen Leistungsanspruch begründen.

5 Erfahrungen mit dem Einsatz des neuen Begutachtungsverfahrens

Es liegen inzwischen eine Reihe von Erfahrungen mit dem neuen Begutachtungsassessment vor. Bereits während der Entwicklungsphase erfolgte mit einer Entwurfsversion des neuen Instruments eine erste Praxiserprobung (n = 100). Kurze Zeit später erfolgte, wie bereits erwähnt, eine breiter angelegte Erprobung unter realen Begutachtungsbedingungen (n = 1.727). Inzwischen liegen weitere Erfahrungen aus unterschiedlichen Feldern vor, in denen teils das Instrument als Ganzes, teils nur einzelne Module zum Einsatz kamen.

Zusammenfassend lassen sich folgende Punkte festhalten:

- Das neue Assessment weist eine höchst zufriedenstellende Praktikabilität auf. Es ist im Rahmen der Begutachtung problemlos anwendbar und in mancher Hinsicht sogar einfacher als die heutige Ermittlung notwendiger Pflegezeiten. Als vergleichsweise aufwendig erwies sich die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs. Außerhalb der Begutachtung nach dem SGB XI hat sich das Verfahren ebenfalls bewährt. Die meisten Module können, eine geeignete Schulung vorausgesetzt, auch im pflegerischen Alltag ohne nennenswerte Probleme eingesetzt werden.
- Die Prüfung der Validität und Reliabilität des Verfahrens ergab teils zufriedenstellende, teils hervorragende Ergebnisse (*Windeler et al. 2008*). Die Erfahrungen zeigen allerdings, dass – wie bei allen Einschätzungsinstrumenten – eine sorgfältige Schulung Voraussetzung für verlässliche Ergebnisse ist.
- Die Antragsteller und ihre Angehörigen zeigten überwiegend eine positive Haltung gegenüber dem neuen Verfahren, da die mit ihm erfassten Sachverhalte ihrem Alltagsleben stärker gerecht werden als das heutige Begutachtungsverfahren.
- Die Erprobungsergebnisse zeigen, dass das Ziel, kognitive Beeinträchtigungen und psychische Störungen adäquat zu berücksichtigen, in vollem Umfang erreicht werden konnte. Personen, die keine körperlichen, aber deutlich ausgeprägte kognitive Probleme aufweisen, gelten innerhalb der neuen Stufensystematik größtenteils als „erheblich beeinträchtigt“. Umgekehrt müssen die Einbußen von Personen mit ausschließlich körperlichen Beeinträchtigungen schon weit fortgeschritten sein, um eine hohe Stufe zu erreichen.

Inzwischen wurden einzelne Module des neuen Begutachtungsassessments modellhaft im Rahmen von Entwicklungsprojekten verwendet, die andere Zielsetzungen verfolgen, beispielsweise das Ziel der Erfassung von Ergebnisqualität. So steht mit dem Modul 1 (Mobilität) des neuen Begutachtungsassessments ein kleines, aber sehr potentes Tool zur Erfassung von Veränderungen der Mobilität im Zeitverlauf zur Verfügung. Im Rahmen des Anfang 2011 abgeschlossenen Projekts „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ wurde es erfolgreich genutzt, um den Erfolg von Pflegeeinrichtungen beim Erhalt der Selbstständigkeit bei der Mobilität zu erfassen und zu vergleichen (*Wingenfeld et al. 2011*).

Da das neue Begutachtungsassessment eine standardisierte und reproduzierbare Einschätzung ermöglicht – wie sie in ähnlicher Weise von anderen renommierten Assessment-Instrumenten in der Pflege geleistet wird –, sind weitere Einsatzfelder in Betracht zu ziehen, so zum Beispiel die Einschätzung des Personalbedarfs in stationären Pflegeeinrichtungen oder die individuelle Versorgungsplanung nach Paragraph 7a

(SGB XI), auf die an dieser Stelle nicht eingegangen werden kann. Im Gesamtbild zeichnet sich allerdings ab, dass mit dem neuen Begutachtungsassessment ein Instrument vorliegt, das über den Kontext der Begutachtung hinaus weitere Anwendungsmöglichkeiten bieten könnte. Es wäre sicher vorteilhaft, wenn die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die Beurteilung von Ergebnisqualität, die Personalbemessung und andere Aufgaben auf ein und dieselbe Datenbasis zurückgreifen könnten. Noch weiter gehende Optionen, etwa die Möglichkeit der Nutzung des neuen Begutachtungsassessments bei der individuellen Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe, wurden bereits im BMG-Beirat diskutiert.

Inzwischen wird das neue Begutachtungsassessment bereits von den unterschiedlichsten Stellen weiterentwickelt und getestet. So existieren leider auch Manuale, die von den Instrumentenentwicklern nicht autorisiert wurden und schwerwiegende Fehler enthalten.

6 Fazit

Sollten sich das neue Begutachtungsassessment und das ihm hinterlegte Verständnis von Pflegebedürftigkeit durchsetzen, ergäben sich vielfältige Chancen für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems. Das Instrument lenkt den Blick mehr als das heutige Verfahren auf die psychischen und sozialen Problemlagen der pflegebedürftigen Menschen und bietet insofern einen Anreiz, die Verengung auf somatische Problemlagen zu überwinden und das Leistungsangebot stärker dem tatsächlichen Bedarf der Betroffenen anzupassen. Es eröffnet die Möglichkeit einer stärkeren inhaltlichen Annäherung von Begutachtung und pflegerischer Einschätzung im individuellen Pflegeprozess. Das systematische Verfahren zur Ermittlung von Rehabilitationserfordernissen ist in der Pflegepraxis unmittelbar anwendbar und stellt eine Methode zur Verfügung, um konkrete Ansatzpunkte für eine aktivierende Pflege aufzudecken. Schließlich entfällt der Anreiz für die weit verbreitete, kleinteilige Dokumentation einzelner Pflegehandlungen, die viele Einrichtungen aufgrund des heutigen Begutachtungsverfahrens (Ermittlung notwendiger Leistungen und Zeiten) für sinnvoll halten. Dadurch entsteht Raum für innovative und weniger bürokratische Formen der Pflegeplanung.

Eine der größten Herausforderungen beim Übergang zu einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff bildet die Anpassung des Leistungsrechts. So wird Paragraph 36 SGB XI, der die Leistungen der ambulanten Pflegedienste weitgehend auf Hilfen bei Alltagsverrichtungen und hauswirtschaftliche Hilfen festlegt, bei einem erweiterten sozialrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit ebenfalls weiterentwickelt werden

müssen. Das Leistungsspektrum neu festzulegen, ist allerdings eine erhebliche Herausforderung. Dabei geht es nicht nur um Fragen der Finanzierung, sondern auch darum, wie vor dem Hintergrund eines erweiterten Leistungsspektrums im SGB XI zukünftig die Grenzen zu anderen Sicherungssystemen (insbesondere SGB V und SGB XII) zu bestimmen sind. Diese Frage gewinnt angesichts des wachsenden Kostendrucks, dem alle Sicherungssysteme ausgesetzt sind, zunehmend an Bedeutung. Die Befürchtung, dass einzelne Leistungsträger eine Pflegeform dazu nutzen würden, sich auf Kosten anderer zu entlasten, spielt in der Diskussion um den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff inzwischen eine große Rolle. Damit wäre das angestrebte Ziel, die Konsequenzen der demografischen Entwicklung zu bewältigen, schwerlich erreichbar.

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff kann ohne eine Verbesserung der Einnahmen der Pflegeversicherung nur wenig Wirkung entfalten. Nach den bislang vorliegenden Erkenntnissen, die im Rahmen der Instrumentenerprobung gewonnen wurden, würde der Kreis der Leistungsberechtigten erweitert. Insbesondere demenziell Erkrankte in einem frühen Krankheitsstadium, die im heutigen System oftmals nicht die Pflegestufe I erreichen, würden hiervon profitieren. Ein weiterer Effekt bestünde darin, dass Menschen mit erheblichen bis schweren kognitiven Beeinträchtigungen tendenziell in hohe Stufen gelangen. Soll es nicht zu einer bloßen Umverteilung von Leistungen unter den verschiedenen Gruppen der Pflegebedürftigen kommen, müssen mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt werden.

In der schwierigen Diskussion um finanzielle Konsequenzen ist es allerdings wichtig, die Fakten nicht aus dem Auge zu verlieren. Inzwischen kursieren in der Fachöffentlichkeit diverse Zahlen und Hinweise auf erhebliche Kostenzuwächse. Hierzu muss festgehalten werden, dass bislang keinerlei gesicherte Zahlen existieren, denn ohne Festlegungen in zentralen Fragen der Leistungsgestaltung – und diese stehen bislang noch aus – bleiben Hinweise auf erhebliche Kostenzuwächse reine Annahmen. Solchen Tendenzen muss entschieden entgegengetreten werden. Denn es wäre fatal, wenn die Durchsetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs noch weiter hinausgeschoben würde, weil sich Entscheidungsträger durch völlig fiktive Annahmen über Kostendimensionen verunsichern lassen.

Eine der zentralen Fragen, die die Politik bei der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs lösen muss, betrifft die Leistungssätze. Die Beibehaltung der heutigen Leistungsbeträge wäre nicht angezeigt, unter anderem weil die „Abstände“ zwischen den Stufen des neuen Begutachtungsassessments und den heutigen Pflegestufen unterschiedlich groß sind. Zu entscheiden wäre ferner, wie mit der neuen Stufe 1 des neuen Begutachtungsassessments zu verfahren

ist. Von der Grundkonzeption her ist diese Stufe für Menschen mit beginnender Pflegebedürftigkeit vorgesehen, weshalb der Schwerpunkt dementsprechend bei präventiven Maßnahmen liegen sollte. Wie dies im Einzelnen leistungsgestaltet werden könnte, ist noch unklar.

Damit zeigt sich, dass durch die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs nicht nur eine grundlegende Reform der Pflegeversicherung, sondern auch eine Adjustierung vieler Detailspekte an den Schnittstellen der Sicherungssysteme erforderlich wird. Der neue Begriff bringt daher manche Unsicherheiten mit sich, in erster Linie aber Chancen, das Versorgungssystem zukunftsfest zu machen. Denn die angezielten Verbesserungen richten sich vor allem an den Problem- und Bedarfslagen der älteren Menschen mit kognitiven Störungen aus, die vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung als wichtigste Gruppe der Pflegeversicherung gelten müssen. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff bietet eine greifbare Chance, ihnen und anderen bislang benachteiligten Gruppen wie den schwerstkranken Kindern zu einer stärker bedarfs- und bedürfnisgerechten Unterstützung zu verhelfen, die ihnen zumindest in Teilbereichen heute noch verwehrt ist.

Literatur

Abdellah FG, Beland IL, Martin A, Metheney RV (1960): Patient-centered approaches to nursing. New York: Macmillan

ANA – American Nurses Association (1980): A Social Policy Statement. Kansas City

Bartholomeyczik S, Hunstein D, Koch V, Zegelin-Abt A (2001): Zeitrichtlinien zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung. Frankfurt am Main: Mabuse

Fawcett J (1998): Konzeptuelle Modelle der Pflege im Überblick. 2. Auflage. Bern: Huber

Henderson V (1997): Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D, Moers M, Steppe H, Meleis A (Hrsg.). *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber, 39–54

Landtag Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW. Bericht der Enquête-Kommission des Landtags von Nordrhein-Westfalen. Herausgegeben vom Präsidenten des Landtags Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf

Orem DE (1991): *Nursing – Concepts of Practice*. 4. Auflage. St. Louis: Mosby

Schaeffer D (2002): Ambulante Schwerkrankenpflege: Entwicklungen und Herausforderungen in Deutschland. In: Schaeffer D, Ewers M (Hrsg.). *Ambulant vor stationär. Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker*. Bern: Huber, 17–44

Schaeffer D, Moers M (2011): Bewältigung chronischer Krankheiten – Herausforderungen für die Pflege. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 329–363

WHO (1996): *Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee on Nursing Practice*. Genf: WHO

Windeler J, Görres S, Thomas S, et al. (2008): Abschlussbericht der Hauptphase 2. Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI. Essen

Wingenfeld K (2011): Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und Pflegeaufgaben – terminologische und konzeptionelle Aspekte. In: Schaeffer D, Wingenfeld K (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Weinheim: Juventa, 263–290

Wingenfeld K, Büscher A, Gansweid B (2008): Das neue Begutachtungsassessment zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Projektbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Westfalen-Lippe; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Abschlussbericht_IPW_MDKWL_25.03.08.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Wingenfeld K, Büscher A, Schaeffer D (2007): Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Projektbericht des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld; www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw_bericht_20070323.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)

Wingenfeld K, Kleina T, Franz S, et al. (2011): Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe. Abschlussbericht. Bielefeld/Köln; www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Pflegeheim/Abschlussbericht_Ergebnisqualitaet_stationaere_Altenhilfe_20110601.pdf (letzter Zugriff am 05.07.2011)

DIE AUTOREN



Dr. PH Klaus Wingenfeld,

Jahrgang 1960, Studium der Soziologie an der Universität Münster, Promotion 2004 an der Bielefelder Fakultät für Gesundheitswissenschaften. Von 1987 bis 1993 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Münster, von 1993 bis 1995 Mitarbeit in ver-

schiedenen Forschungsinstituten im Gesundheitswesen. Seit 1995 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), seit 2004 wissenschaftlicher Geschäftsführer des Instituts. Arbeitsschwerpunkte: Versorgung Demenzkranker, Entlassungsmanagement im Krankenhaus, pflegerisches Assessment, Qualitätsbeurteilung.



Prof. Dr. phil. Doris Schaeffer,

Jahrgang 1953, Studium der Sozial- und Erziehungswissenschaften in Bochum und Berlin, 1989 Promotion an der Freien Universität Berlin, seit 1997 Professorin für „Versorgungsforschung/Pflegewissenschaft“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld sowie Direktorin des Instituts für Pflegewissenschaft an der

Universität Bielefeld (IPW). Seit 2010 Mitglied des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen des Bundesministeriums für Gesundheit. Arbeitsschwerpunkte: Bewältigung chronischer Krankheit, patienten- und nutzerorientierte Versorgung, Gesundheitsförderung und Prävention im Alter, Professionalisierungsprobleme im Gesundheitswesen.