



Positionspapier des DBfK zur Reform der Pflegeversicherung

Berlin, 01.02.2006

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG	3
DIE PFLEGEVERSICHERUNG	6
MENSCHEN BEDÜRFEN PFLEGE HINSICHTLICH KÖRPERLICHER, PSYCHISCHER UND SOZIALER ASPEKTE	7
MENSCHEN WÜNSCHEN SELBSTÄNDIGKEIT IN DER LEBENSFÜHRUNG	7
PFLEGE- UND HILFEBEDÜRFTIGE MENSCHEN, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN BERATUNG UND BEGLEITUNG ..	9
PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN UNTERSTÜTZUNG UND ENTLASTUNG	10
PFLEGE SETZT QUALIFIKATION VORAUS	11
PFLEGERISCHE VERSORGUNG SETZT ERFOLGREICHE KOORDINATION VORAUS ..	12
RESÜMEE.....	13
LITERATUR	14

ZUSAMMENFASSUNG

Mit einer Reform der Pflegeversicherung drückt sich der gesellschaftliche Wille aus, auch in Zukunft eine soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Notwendig sind Korrekturen, um vor allem die Versorgung von Pflegebedürftigen zu sichern, gering nutzerorientierte Leistungen zu einer ausdifferenzierten, bedarfs- und bedürfnisorientierten Angebotsstruktur weiterzuentwickeln, sowie um pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden mehr Unterstützung und Begleitung anbieten zu können. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) ist eine erfolgreiche Reform nur aus einer inhaltlichen und strukturellen Ist- und Bedarfsanalyse heraus zu erreichen. Bei dem derzeit eingeschlagenen Weg einer vordergründigen Finanzierungsdebatte bleiben wesentliche fachliche Elemente unbeachtet.

Elementares Ziel der Pflege ist, die Eigenständigkeit von kranken, hilfe- oder pflegebedürftigen Personen in ihrer Lebensgestaltung zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Aus diesem Blickwinkel heraus sind an eine Reform der Pflegeversicherung inhaltliche und strukturelle Korrekturen zu fordern.

MENSCHEN BEDÜRFEN PFLEGE HINSICHTLICH KÖRPERLICHER, PSYCHISCHER UND SOZIALER ASPEKTE

Auf Pflegebedarf reagieren

- Ergänzung psychischer und sozialer Aspekte des Lebens in der Definition von Pflegebedürftigkeit
- Einbeziehung von Hilfebedarf bezüglich psychischer und sozialer Aspekte des Lebens bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
- Ergänzung pflegerischer Leistungen hinsichtlich psychischer und sozialer Aspekte des Lebens

MENSCHEN WÜNSCHEN SELBSTÄNDIGKEIT IN DER LEBENSFÜHRUNG

Pflegebedürftigkeit vermeiden

- Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit mittels präventiver und rehabilitativer Pflege

Bedarfsorientierte Leistungsangebote schaffen

- Erweiterung des Leistungsumfanges der Pflegeversicherung, insbesondere um die Bereiche der sozialen Betreuung sowie der präventiven und rehabilitativen Pflege
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung von neuen Versorgungsformen ambulanter und stationärer Pflege

Leistungen ausreichend finanzieren

- Stärkung der ambulanten Pflege mittels Anhebung der Sachleistungssätze
- Dynamisierung der Sachleistungssätze und des Pflegehilfsmittelbetrages
- Einführung eines eigenständigen Sachleistungsanspruches für das pflegerische Angebot der Tages- und Nachtpflege

PFLEGE- UND HILFEBEDÜRFTIGE MENSCHEN, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN BERATUNG UND BEGLEITUNG

Beratung und Begleitung sicherstellen

- Einführung von Case Manager /-innen, die ihre pflegerische Expertise als unabhängige Beteiligte in die bestehenden Versorgungsstrukturen mit eigenständigen Verantwortungsbereichen einbringen
- Erweiterung des Angebotes an unabhängiger Beratung und Begleitung durch Case Manager /-innen und Familiengesundheitspfleger /-innen
- Ausbau der Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI einhergehend mit einer angemessenen Regelung der Finanzierung

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN UNTERSTÜTZUNG UND ENTLASTUNG

- Aufbau flächendeckender Strukturen von Informations-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Ausbau der Schulungsangebote nach §45 SGB XI als Regelleistungen der Pflegeeinrichtungen
- Implementierung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Family Health Nursing“, der familienorientierten Pflege

PFLEGE SETZT QUALIFIKATION VORAUSS

Qualifikation definieren

- Definition der zur Durchführung des Beratungseinsatzes nach §37 Abs. 3 SGB XI erforderlichen Qualifikation im Sinne einer Pflegefachkraft.
- Definition der Qualifizierung von Pflegefachkräften zur Anerkennung als leitende (bisher verantwortliche) Pflegefachkraft in §71 Abs. 3 SGB XI im Sinne eines Kompetenzprofils, das qualitative Vorgaben beinhaltet und die entsprechenden Arten von staatlichen Abschlüssen (Weiterbildung und Hochschule) benennt.

PFLEGERISCHE VERSORGUNG SETZT ERFOLGREICHE KOORDINATION VORAUSS

Koordination sicherstellen

- Schaffung einer Rahmengesetzgebung zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege im Sozialrecht
- Zurücknahme der Leistungsverchiebung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung
- abgestimmte Zuständigkeiten zwischen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht im Rahmen externer vergleichender Qualitätsprüfung

Der Erfolg der Pflegeversicherungsreform wird daran zu messen sein, in wie weit die Parteien über die Finanzierungsprobleme hinaus auch Nachhaltigkeit in Bezug auf Leistungsinhalte schaffen und Pflegebedürftigen entsprechend ihrer spezifischen Bedarfslagen eine Absicherung gewähren. In der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird sich zeigen, ob Pflege als zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld der Zukunft erkannt wird (vgl. SVR 2005: 476) und sich entsprechend politisches Handeln ableitet. Dazu bedarf es statt eines rein kompensatorischen Pflegeverständnisses, einer neuen Einstellung zu Pflege, bei der präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und palliative Interventionen in ihrem Zusammenwirken betrachtet werden.

Aus Sicht des DBfK muss die Reform der Pflegeversicherung eine Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und eine Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden bewirken. Wesentliche Handlungsfelder bestehen hinsichtlich der Erweiterung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, der Erweiterung des Leistungsumfangs, vor allem um die Bereiche der sozialen Betreuung und der präventiven und rehabilitativen Pflege sowie bezüglich pflegerischer Beratung, Betreuung und Begleitung.

Zur Sicherung der bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, erfordert es Entschlossenheit zu einer systemischen Korrektur.

Die vollständige Fassung enthält zu den einzelnen Forderungen nähere inhaltliche Ausführungen. Sie ist abrufbar unter www.dbfk.de

DIE PFLEGEVERSICHERUNG

Als fünfte Säule der Sozialversicherung wurde 1995 die Pflegeversicherung eingeführt. Seitdem erhalten Menschen, die aufgrund der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit auf solidarischen Beistand angewiesen sind, Unterstützung in ihrer Lebenssituation. Im Jahr 1996 erreichte die Pflegeversicherung 1,5 Millionen Pflegebedürftige als Leistungsempfänger. Diese Zahl stieg in den darauf folgenden Jahren weiter an, so dass 2003 in Deutschland 1,3 Millionen Menschen ambulante Hilfe erhielten und stationär 600.000 Menschen die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nahmen (BMGS 2004: 115).

Die Einführung der Pflegeversicherung erfolgte mit der Zielstellung, das Risiko Pflegebedürftigkeit sozial abzusichern, die Pflegebereitschaft in der häuslichen Umgebung zu fördern und die Pflegeinfrastruktur auf- und auszubauen.

Die familiäre häusliche Pflege wurde durch die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Pflegegeld, durch die soziale Absicherung der Pflegepersonen in der Rentenversicherung und durch das Angebot von Pflegekursen gestärkt. Zugleich konnte eine beachtliche Entwicklung innerhalb der stationären und ambulanten Pflegeinfrastruktur bewirkt werden. Dieser Auf- und Ausbau der Strukturen wurde von einer regen Diskussion um die Sicherung der Pflegequalität in den Einrichtungen begleitet. Weiterhin konnte die Zahl der in Heimen lebenden auf Sozialhilfe angewiesenen Pflegebedürftigen drastisch gesenkt werden. Sozialhilfeträger erfuhren auf diese Weise deutlich Entlastungen.

Prognosen zur zukünftigen Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen gehen von einem Anstieg der derzeit ca. 1,9 Millionen auf 3,2 Millionen Leistungsempfänger im Jahr 2040 aus (RKI 2004: 46). Im Zusammenwirken von demographischen Altersverschiebungen und sich verändernden familiären Strukturen, wird dies zu einer stark ansteigenden Nachfrage an beruflicher Pflege, sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich, führen. Die Pflege durch Angehörige oder andere Pflegepersonen stellt daneben weiterhin ein unverzichtbares Element des Versorgungssystems dar.

Eine Reform der Pflegeversicherung wird seit Jahren gefordert. Die Reformbedürftigkeit besteht u.a. hinsichtlich des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, der besseren Erfassung des besonderen Hilfebedarfs demenziell erkrankter Menschen, der Stärkung der häuslichen Pflege sowie hinsichtlich der Dynamisierung der Sachleistungsbeträge ambulanter und stationärer Pflege. Dem ist hinzuzufügen, dass der im Gesetz angeführte präventive und rehabilitative Ansatz zur Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit, nicht erfüllt wurde und auch hier Nachbesserungen nötig sind. In Hinsicht auf die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität erschwerten unzureichende Vergütungen auf der einen Seite und Überregulierungen seitens externer Instanzen auf der anderen Seite (z.B. Doppelprüfungen) den Entwicklungsprozess in den Pflegeeinrichtungen.

Mit einer Reform der Pflegeversicherung drückt sich der gesellschaftliche Wille aus, auch in Zukunft eine soziale Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten. Notwendig sind Korrekturen, um vor allem die Versorgung von Pflegebedürftigen zu sichern, gering nutzerorientierte Leistungen zu einer ausdifferenzierten, bedarfs- und bedürfnisorientierten Angebotsstruktur weiterzuentwickeln, sowie um pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden mehr Unterstützung und Begleitung anbieten zu können. Aus Sicht des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) ist eine erfolgreiche Reform nur aus einer inhaltlichen und strukturellen Ist- und Bedarfsanalyse heraus zu erreichen. Bei dem derzeit eingeschlagenen Weg einer vordergründigen Finanzierungsdebatte bleiben wesentliche fachliche Elemente unbeachtet.

Elementares Ziel der Pflege ist, die Eigenständigkeit von kranken, hilfe- oder pflegebedürftigen Personen in ihrer Lebensgestaltung zu erhalten, zu fördern oder wiederherzustellen. Aus diesem Blickwinkel heraus sind an eine Reform der Pflegeversicherung inhaltliche und strukturelle Korrekturen zu fordern.

MENSCHEN BEDÜRFEN PFLEGE HINSICHTLICH KÖRPERLICHER, PSYCHISCHER UND SOZIALER ASPEKTE

Auf Pflegebedarf reagieren

- Ergänzung psychischer und sozialer Aspekte des Lebens in der Definition von Pflegebedürftigkeit
- Einbeziehung von Hilfebedarf bezüglich psychischer und sozialer Aspekte des Lebens bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
- Ergänzung pflegerischer Leistungen hinsichtlich psychischer und sozialer Aspekte des Lebens

Die Pflegeversicherung begrenzt ihren Leistungsumfang durch eine unangemessene reduzierte Sichtweise von Pflegebedürftigkeit. Einbezogen werden lediglich körperliche Defizite, nahezu unberücksichtigt bleiben die geistigen und seelischen Aspekte des Menschen¹. Infolgedessen umfasst die Hilfe gegenwärtig lediglich Leistungen zur Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Diese Begrenzung führt zu Versorgungslücken, insbesondere bei der Betreuung von Menschen mit demenziellen oder psychischen Erkrankungen sowie bei Menschen mit chronischen Erkrankungen. Des Weiteren bleiben Bedarfe an Unterstützung in psychischen und sozialen Problemlagen oder bei der Bewältigung von Krankheit und Pflegebedürftigkeit, sowie der Zugang zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft weitgehend unberücksichtigt (vgl. Enquete-Kommission NRW² 2005: 41, 462).

Die Pflegeversicherung darf sich nicht nur auf Teilaspekte von Pflegebedürftigkeit beschränken, sondern muss den Menschen in seiner individuellen Bedarfslage als Ganzes wahrnehmen. Körperliche, geistige oder psychische Einschränkungen sind gleichwertig zu betrachten. Der daraus entstehende Hilfebedarf ist anzuerkennen sowie entsprechende Leistungsangebote für Betroffene und deren Angehörigen sind zu schaffen.

MENSCHEN WÜNSCHEN SELBSTÄNDIGKEIT IN DER LEBENSFÜHRUNG

Pflegebedürftigkeit vermeiden

- Vermeidung bzw. Minderung von Pflegebedürftigkeit mittels präventiver und rehabilitativer Pflege

Bedarfsorientierte Leistungsangebote schaffen

- Erweiterung des Leistungsumfanges der Pflegeversicherung, insbesondere um die Bereiche der sozialen Betreuung sowie der präventiven und rehabilitativen Pflege
- Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung von neuen Versorgungsformen ambulanter und stationärer Pflege

Leistungen ausreichend finanzieren

- Stärkung der ambulanten Pflege mittels Anhebung der Sachleistungssätze
- Dynamisierung der Sachleistungssätze und des Pflegehilfsmittelbetrages
- Einführung eines eigenständigen Sachleistungsanspruches für das pflegerische Angebot der Tages- und Nachtpflege

¹ Als unzureichende Antwort auf dieses Defizit ist das Pflegeleistungsergänzungsgesetz zu bewerten.

² Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“

Pflegerisches Handeln im Kontext von Pflegebedürftigkeit verbindet sich mit dem Ziel, Menschen ihre größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung zu erhalten oder wiederherzustellen sowie vorhandene Einschränkungen in die Gestaltung des Alltags mit dem Ziel des Wohlbefindens und der Aufrechterhaltung der gewünschten Lebensqualität zu integrieren (vgl. Robert Bosch Stiftung 2000:101). Auch die Pflegeversicherung sieht in dem möglichst selbständigen und selbstbestimmten Leben von Pflegebedürftigen ihre inhaltliche Ausrichtung. Die Hilfen der Pflegeversicherung sind daher darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (SGB XI §2). Die derzeitigen Leistungsformen und der Leistungsumfang der Pflegeversicherung ermöglichen jedoch nicht die Umsetzung dieser Zielsetzung (vgl. SVR³ 2005: 482). Die Ursache ist in dem dichotomen Denkmodell von Gesundheit und Krankheit zu sehen, dem die Pflegeversicherung unterliegt (vgl. dip⁴ 2003:20). Diese Sichtweise ordnet Prävention und Pflege gegensätzlichen Polen zu und geht von nacheinander geschalteten Maßnahmen aus, wobei Pflege nach Prävention, Kuration, und Rehabilitation als ausschließlich kompensatorische Maßnahme angesehen wird. Diese Herangehensweise steht dem Ziel, Pflegebedürftigen Hilfen zu geben, durch die sie Selbständigkeit in der Lebensführung wiedergewinnen können, entgegen. Dagegen eröffnet eine Sichtweise der gleichzeitigen und gleichberechtigten Anwendung der verschiedenen Maßnahmen, die Gesundheit und Selbständigkeit von hilfe- und pflegebedürftigen Personen zu fördern.

Pflegebedürftigkeit muss verstärkt vermieden oder gemindert werden. Im Rahmen der Pflegeversicherung sind daher präventive und rehabilitative Leistungsangebote in Verbindung mit Pflege zu schaffen und zu fördern.

Um auch zukünftig die pflegerische Versorgung aller Bevölkerungsgruppen zu sichern, sind individuelle Hilfsangebote, die sich an den spezifischen Bedarfs- und Bedürfnissituationen von Pflegebedürftigen, deren Angehörigen oder anderen Pflegepersonen ausrichten, erforderlich. Zu berücksichtigen sind hier vor allem die Bedarfe von Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, von hochaltrigen Menschen, Menschen mit Behinderung oder chronischen Erkrankungen, von allein Lebenden oder kinderlosen Paaren und in Zukunft auch vermehrt von pflegebedürftigen Migranten und Menschen mit gleichgeschlechtlicher Orientierung (vgl. Enquete-Kommission NRW 2005: 74). *Ein abgestuftes Angebot von Hilfeleistungen, Pflege und Betreuung auf dem Kontinuum zwischen Selbständigkeit in der eigenen Häuslichkeit und vollständig kompensatorischem Hilfebedarf in einer stationären Einrichtung ist notwendig. Dies erfordert den Ausbau pflegerischer Infrastruktur und die Weiterentwicklung von Versorgungsangeboten. In der Weise werden Alternativen geschaffen und dem Wunsch nach größtmöglicher Selbständigkeit und selbstbestimmten Leben entsprochen.*

Um pflegerischen Angeboten, die das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit ermöglichen, den Vorrang zu geben, sind im Bereich der Leistungsgestaltung der Pflegeversicherung entsprechende Weichen zu stellen. *Wesentlich ist dabei, die Sachleistungen der häuslichen Pflege anzuheben und die Tages- und Nachtpflege vom Sachleistungssatz der häuslichen Pflege abzukoppeln. Auf diese Weise wird der Grundsatz ambulant vor stationär aufgegriffen und das Versorgungssystem auf zukünftige Anforderungen vorbereitet.*

Des Weiteren nimmt infolge der fehlenden Dynamisierung der Realwert der Leistungssätze kontinuierlich ab. Dieser Realwertverlust führt zu weiteren Mehrbelastungen der Pflegebedürftigen. Bei einer fixen Budgetierung wird aufgrund dessen die Zahl der Sozialhilfeempfänger ansteigen (vgl. Wille, 2005) *Es ist daher notwendig bei einer Reform der Pflegeversicherung die Dynamisierung der Leistungen gesetzlich zu verankern. Andernfalls verschlechtert sich zwangsläufig der Versorgungsstatus in der häuslichen Pflege.*

³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

⁴ Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

PFLEGE- UND HILFEBEDÜRFTIGE MENSCHEN, PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN BERATUNG UND BEGLEITUNG

Beratung und Begleitung sicherstellen

- Einführung von Case Manager /-innen, die ihre pflegerische Expertise als unabhängige Beteiligte in die bestehenden Versorgungsstrukturen mit eigenständigen Verantwortungsbereichen einbringen
- Erweiterung des Angebotes an unabhängiger Beratung und Begleitung durch Case Manager /-innen und Familiengesundheitspfleger /-innen
- Ausbau der Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI einhergehend mit einer angemessenen Regelung der Finanzierung

Die Pflegeversicherung hält unterschiedliche Leistungen für die Pflegebedürftigen bereit, zwischen denen sie wählen können bzw. die sie nutzen können. Die richtige Entscheidung zu treffen ist für viele, insbesondere für ältere Menschen, schwierig. Die unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsmöglichkeiten, Leistungserbringer und verschiedenen Kostenträger sind für sie schwer erfassbar. Eine eigenständige Koordination und Abstimmung der Dienstleistungen und Kostenträger ist ohne familiäre oder externe Unterstützung kaum möglich. Der Medizinische Dienst oder die Krankenkassen verfügen nur selten über ausreichende Ressourcen, Pflegebedürftige oder Angehörige über die Möglichkeiten der Versorgung und Leistungsansprüche zu beraten (vgl. SVR 2005: 389). *Unabhängige Case Manager /-innen mit pflegerischer Expertise können zukünftig dazu beitragen, dass Pflegebedürftige und Angehörige eine Beratung erfahren, bei der der individuelle Hilfebedarf mit den zur Verfügung stehenden Leistungsangeboten und den gesetzlich zugesicherten sowie privaten Finanzierungsmöglichkeiten abgestimmt werden.* Eventuelle wirtschaftliche Interessen der Pflegeeinrichtung oder der Kostenträger sind ausgeschlossen. *Mit eigenen Verantwortungsbereichen sind diese Case Manager /-innen in der Lage, bei der Koordination von Gesundheits- und Sozialleistungen Lücken in der Versorgungskontinuität zu schließen.*

In der häuslichen Pflege überwiegen die privat sichergestellten Pflegearrangements durch pflegende Angehörige, Freunde oder Bekannte. Nur ein Drittel der Pflegebedürftigen nutzt die Leistungen ambulanter Pflegeeinrichtungen. Pflegende Angehörige werden daher treffend als „Pflegedienst der Nation“ bezeichnet (vgl. Enquete-Kommission NRW 2005: 103). Die Belastung für pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Pflegende steigt mit zunehmender Pflege- und Hilfebedürftigkeit des zu Pflegenden und ansteigender Dauer der Pflegesituation. Nicht immer kann von den Pflegepersonen die Versorgung der Pflegebedürftigen qualitativ und quantitativ ausreichend sichergestellt werden. Ferner beinhaltet die aus der Pflegetätigkeit resultierende Belastung für Pflegepersonen selbst gesundheitliche Risiken. Leistungsarten, Versorgungsformen und Möglichkeiten einer individuellen Gestaltung sind häufig nicht bekannt. Die Beratung von Medizinischen Diensten und den Krankenkassen sind kaum ausreichend (vgl. SVR 2005: 389). Eine zu Beginn einer Pflegebedürftigkeit getroffene Entscheidung bleibt daher häufig über Jahre ohne Anpassung auf die sich verändernde Pflegesituation bzw. zunehmende Belastung der Pflegeperson bestehen. Auf Anraten des Medizinischen Dienstes werden ambulante Pflegeeinrichtungen oftmals erst bei erheblichen Überlastungssituationen in Anspruch genommen. Der Pflegedienst wird dabei als ergänzendes, nicht als alternatives Angebot zur Sicherung der Versorgung genutzt (vgl. SVR 2005: 390).

Um den Pflegebedürftigen und ihren Familien entsprechend ihrer individuellen Situation Beratung und Unterstützung zu geben, sind die derzeitigen Beratungsbesuche gemäß §37 Abs.3 SGB XI ambulanter Pflegeeinrichtungen in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen als unzulänglich einzuschätzen. Diese Beratungen verfolgen das Ziel, die gesicherte Versorgung des Pflegebedürftigen zu überprüfen und den Pflegepersonen pflegefachliche Unterstützung

zu geben. Aus den unterschiedlichen Zielsetzungen resultiert bei der Durchführung der Beratungsbesuche ein Spannungsverhältnis zwischen der einerseits stattfindenden Einschätzung der Versorgungssituation des Pflegebedürftigen durch den Pflegedienst und der andererseits durchzuführenden individuellen Beratung. Die äußeren Umstände des „Kontrollbesuches“ stehen einem unbelasteten Beratungsgespräch entgegen, ganz abgesehen von dem zu engen finanziellen Rahmen, der einer gezielten Beratung keine zeitlichen Möglichkeiten bietet.

Zur Sicherung der Versorgungsqualität sind entsprechend der familiären Situation individuelle und gezielte Beratungen erforderlich. Durch Case Manager/ -innen mit pflegerischer Expertise und Familiengesundheitspfleger/-innen ist Pflegebedürftigen und deren Angehörigen ein solches Angebot zu ermöglichen. Weiterhin ist bei den Beratungsbesuchen gemäß §37 Abs.3 SGB XI der Beratungsansatz zu erweitern (vgl. SVR 2005: 485). Mit diesen Maßnahmen kann einer Unterversorgung von Pflegebedürftigen sowie einer Überforderung von Pflegepersonen erfolgreich entgegen gewirkt werden.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE UND EHRENAMTLICHE PFLEGEPERSONEN BENÖTIGEN UNTERSTÜTZUNG UND ENTLASTUNG

- Aufbau flächendeckender Strukturen von Informations-, Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für pflegende Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen
- Ausbau der Schulungsangebote nach §45 SGB XI als Regelleistungen der Pflegeeinrichtungen
- Implementierung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Family Health Nursing“, der familienorientierten Pflege

1,44 Millionen Pflegebedürftige leben in ihrer eigenen Häuslichkeit. Eine Million Pflegebedürftige nehmen, bis auf die Beratungsbesuche nach §37 Abs. 3 SGB XI, keine Hilfe von Pflegeeinrichtungen in Anspruch. Die in der Regel von Familienangehörigen geleistete Pflegetätigkeit führt durch den erheblichen Zeitaufwand - oft ‚rund um die Uhr‘ an sieben Tagen die Woche - zu hohen körperlichen und psychischen Belastungen sowie zu Anspannung und Frustration. Für Pflegepersonen birgt dies sowohl die Gefahr eigener gesundheitlicher Risiken als auch die Gefahr von sozialer Isolation. Pflegende Angehörige achten zu wenig auf ihr eigenes Wohlbefinden und erkennen häufig nicht rechtzeitig die Anzeichen ihrer Überlastung. Besonders hohe Belastungen bestehen für pflegende Angehörige von an Demenz erkrankten Menschen. Sie bilden eine Hochrisikogruppe für psychische Belastungen, wie Erschöpfung, Schlaf- und Appetitstörungen, Nervosität oder vermehrte Einnahme von Psychopharmaka, als auch für körperliche Beschwerden, wie Gliederschmerzen oder Herz- und Magenbeschwerden (vgl. SVR 2005: 467).

Um den physischen und psychischen Belastungen entgegenzuwirken und soziale Isolation vorzubeugen, müssen die Barrieren für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe abgebaut werden. Wesentlich dazu beitragen können die Schulungsangebote nach §45 SGB XI. In Schulungskursen oder individuellen Schulungen erhalten pflegende Angehörige gezielt Informationen, Beratung und Anleitung. Oftmals kennen Angehörige diese Möglichkeit nicht oder es bestehen Schwellenängste und Vorbehalte diese zu nutzen. Hinzu kommt, dass die Inanspruchnahme durch pflegende Angehörige oder andere Pflegepersonen ein gesondertes Vertragswesen zwischen den einzelnen Pflegekassen und der ‚Bezugs‘-Pflegeeinrichtung voraussetzt. Diese Begrenzung und die damit verbundenen Hindernisse erschweren die Nutzung der Schulungsangebote und verwehren zum Teil Pflegepersonen Unterstützung für ihren pflegerischen Alltag. Um die pflegebedingten Belastungen von Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen zu mindern sowie die Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern, sind die Angebote nach §45 SGB XI breitenwirksam als Regelleistungen zu definieren.

Zur Verbesserung der Situation pflegender Angehöriger und ehrenamtlicher Pflegepersonen empfiehlt die Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalens in ihrem Bericht die Anleitung und (supervidierende) Begleitung von pflegenden Angehörigen sowie die Einführung des von der WHO empfohlenen Konzeptes „Family Health Nursing“, der familienorientierten Pflege (vgl. Enquete-Kommission NRW 2005: 502).

Ebenfalls ist eine regionale Infrastruktur an unterstützenden Pflege- und Betreuungsangeboten erforderlich. Mit einer entsprechenden Angebotsstruktur ist auch die zukünftige Pflegebereitschaft von Angehörigen sowie eine Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit erreichbar.

PFLEGE SETZT QUALIFIKATION VORAUS

Qualifikation definieren

- Definition der zur Durchführung des Beratungseinsatzes nach §37 Abs. 3 SGB XI erforderlichen Qualifikation im Sinne einer Pflegefachkraft.
- Definition der Qualifizierung von Pflegefachkräften zur Anerkennung als leitende (bisher verantwortliche) Pflegefachkraft in §71 Abs. 3 SGB XI im Sinne eines Kompetenzprofils, das qualitative Vorgaben beinhaltet und die entsprechenden Arten von staatlichen Abschlüssen (Weiterbildung und Hochschule) benennt.

Zur Durchführung des Beratungseinsatzes nach §37 Abs.3 SGB XI sieht das Pflegeversicherungsgesetz derzeit Pflegekräfte vor, die „spezifisches Wissen zu dem Krankheits- und Behinderungsbild sowie des sich daraus ergebenden Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen mitbringen und über besondere Beratungskompetenz verfügen“.

Neben der Begleitung, Betreuung und Versorgung alter, behinderter und hilfebedürftiger Menschen und deren Angehörigen ist die Beratung eine weitere zentrale Aufgabe der Pflegenden. Die pflegfachliche Beratung in der häuslichen Pflege setzt Fachwissen auf dem Stand neuester pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse voraus sowie Kompetenzen im Bereich Kommunikation und Beratung. Weiterhin sind Kenntnisse über spezifische Anforderungen und Besonderheiten in der häuslichen Pflege, Kenntnisse über Beschaffung und Anwendung von Pflegehilfsmitteln und Kenntnisse zur Sozialgesetzgebung erforderlich. *Auf Grund dessen ist die grundständige Ausbildung in einem der Pflegefachberufe (Pflegefachkraft) als qualitätssicherndes Element in der Pflegeversicherung eindeutig zu verankern.*

Das Führen einer Pflegeeinrichtung erfordert von der leitenden Pflegefachkraft eine Vielzahl unterschiedlicher Kompetenzen, von denen die Qualität und der Erfolg einer Einrichtung bestimmt werden. Die vielfältigen Aufgaben erstrecken sich über die Bereiche Leistungserbringung, Qualitätssicherung, Organisation von Arbeitsabläufen, Personalmanagement, wirtschaftliche Führung der Einrichtung, Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern, Vertrieb, um nur einige zu nennen. Eine leitende Pflegefachkraft benötigt Fachkompetenz, Kommunikationskompetenz, Managementkompetenz sowie Forschungs- und Planungskompetenz, um den Anforderungen gerecht zu werden.

Derzeit werden sowohl im §71 SGB XI als auch in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung⁵ Ausführungen zur Voraussetzung einer verantwortlichen Pflegefachkraft getroffen. Zu den ergänzenden Regelungen in den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung stellt das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 24.09.2002 (- B 3 P 14/01 R-) fest, dass weder der §80 SGB XI, §71 SGB XI oder der §72 SGB XI eine normative Ermächtigung der

⁵ Vollständige Bezeichnung: Gemeinsame Grundsätze und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach §80 SGB XI

Spitzenverbände enthält, gesetzliche Regelungen über die Voraussetzungen der Leitung einer ambulanten Pflegeeinrichtung näher auszuführen und zu verschärfen. Diese weiterführenden Regelungen fordern den Abschluss einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl von 460 Stunden oder den Abschluss einer Ausbildung im Pflegemanagement sowie für die Leitung einer ambulanten Pflegeeinrichtung die Erfordernis einer einjährigen Berufserfahrung in der ambulanten Pflege.

Eine abschließende Regelung im Pflegeversicherungsgesetz verlangt daher eine dezidierte Aussage zur Qualifizierung der leitenden Pflegefachkraft. Die Regelungen müssen auf der Basis der erforderlichen Kompetenzen getroffen werden (Fachkompetenz, Kommunikationskompetenz, Managementkompetenz und Forschungs- und Planungskompetenz). Auf die einjährige Berufserfahrung in der ambulanten Pflege dagegen kann verzichtet werden. Sie trägt zu keinem Kompetenzzuwachs bei.

PFLGERISCHE VERSORGUNG SETZT ERFOLGREICHE KOORDINATION VORAUSS

Koordination sicherstellen

- Schaffung einer Rahmengesetzgebung zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege im Sozialrecht
- Zurücknahme der Leistungsverchiebung von der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung
- abgestimmte Zuständigkeiten zwischen Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und Heimaufsicht im Rahmen externer vergleichender Qualitätsprüfung

Die Abgrenzungsschwierigkeiten der gesetzlichen Kranken- und Pflegekasse in Bezug auf die Leistungszuständigkeit für Maßnahmen der Behandlungspflege und deren Verschiebung aus der gesetzlichen Krankenversicherung in die Pflegeversicherung zeigen die Inkonsequenz im Leistungsrecht zum Nachteil der Kranken und Pflegebedürftigen. Gerade Menschen mit schwerwiegenden Krankheitsbildern sind oftmals in großem Umfang pflegebedürftig und benötigen intensive pflegerische Versorgung. Die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, wie z.B. die Einzelgabe von Schmerzmedikamenten und das Einreiben mit Dermatika in Verbindung mit der Verrichtung Waschen oder das Absaugen in Verbindung mit der Nahrungsaufnahme und/oder dem Waschen/Duschen/Baden, belasten das gedeckelte Pflegeversicherungsbudget der Betroffenen, ohne dass die Leistungen zu ihrer eigentlichen Bestimmung verwendet werden können. Daraus resultieren für die Betroffenen ungerechte und unzumutbar hohe finanzielle Belastungen.

Bei dieser Verschiebung von Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse in die soziale Pflegeversicherung zeigt sich, dass die betriebswirtschaftliche Unterscheidung zwischen „Behandlungspflege“ und „Grundpflege“ nicht der individuell zu gestaltenden Pflege entspricht (vgl. Müller, 2001). Eine funktionalistische, verrichtungsorientierte Terminologie wird keineswegs der Komplexität der Versorgungssituation gerecht. Die daraus entstehenden Schwierigkeiten der Zuordnung pflegerischen Handelns stehen im Widerspruch zur eingeforderten pflegerischen Versorgung entsprechend dem anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und ebenso zur eingeforderten Pflegeprozessmethode. Derzeitig geht diese leistungsrechtliche Situation zu Lasten der Pflegebedürftigen. *In einer Rahmengesetzgebung sind daher zu Schnittstellen leistungsrechtlicher Regelungen der Pflege Vereinbarungen zu treffen, die jedem kranken, behinderten oder pflegebedürftigen Menschen eine adäquate Versorgung - ohne Benachteiligungen von Einzelnen - gewährleistet.*

Eine zu verbessernde Koordination ist auch hinsichtlich teil- und vollstationärer Einrichtungen zwischen MDK und Heimaufsicht notwendig. Die voneinander abweichenden Regelungen im

Heimgesetz und Pflegeversicherungsgesetz sind in Übereinstimmung zu bringen. *Die Maßnahmen der verpflichtenden externen Qualitätsprüfung durch die Heimaufsicht und den Medizinischen Dienst der Krankenkassen sind transparent miteinander abzustimmen bzw. Belastungen der Einrichtungen durch Doppelprüfungen zu vermeiden. Die dafür erforderlichen Kompetenzen sind entsprechend vorzuhalten.*

RESÜMEE

Der Erfolg der Pflegeversicherungsreform wird daran zu messen sein, in wie weit die Parteien über die Finanzierungsprobleme hinaus auch Nachhaltigkeit in Bezug auf Leistungsinhalte schaffen und Pflegebedürftigen entsprechend ihrer spezifischen Bedarfslagen eine Absicherung gewähren. In der Ausgestaltung der Pflegeversicherung wird sich zeigen, ob Pflege als zentrales gesellschaftliches Handlungsfeld der Zukunft erkannt wird (vgl. SVR 2005: 476) und sich entsprechend politisches Handeln ableitet. Dazu bedarf es statt eines rein kompensatorischen Pflegeverständnisses, einer neuen Einstellung zu Pflege, bei der präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und palliative Interventionen in ihrem Zusammenwirken betrachtet werden.

Aus Sicht des DBfK muss die Reform der Pflegeversicherung eine Verbesserung der Versorgungssituation von Pflegebedürftigen und eine Verbesserung der Situation von pflegenden Angehörigen und ehrenamtlich Pflegenden bewirken. Wesentliche Handlungsfelder bestehen hinsichtlich der Erweiterung des Begriffes der Pflegebedürftigkeit, der Erweiterung des Leistungsumfangs, vor allem um die Bereiche der sozialen Betreuung und der präventiven und rehabilitativen Pflege sowie bezüglich pflegerischer Beratung, Betreuung und Begleitung.

Zur Sicherung der bedarfs- und bedürfnisgerechten pflegerischen Versorgung der Bevölkerung, erfordert es Entschlossenheit zu einer systemischen Korrektur.

LITERATUR

Bericht der Enquete-Kommission des Landtags Nordrhein-Westfalen (2005): Situation und Zukunft der Pflege in NRW, Düsseldorf

BMGS (2004): Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung

DBfK Pressemitteilung: Zehn Jahre Pflegeversicherung - eine aktuelle Bilanz, April 2005

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. – Hrsg (2003): Ansätze zur Pflegeprävention. Schlütersche Verlag, Hannover

Müller, E. (2001): Leitbilder in der Pflege, Hans Huber, Bern

Positionspapier der Pflegeverbände und der Spitzenverbände der Pflegeeinrichtungen: Zur Zukunft der Pflegeversicherung, Juni 2005

Robert Bosch Stiftung (2000): Pflege neu denken. Schattauer, Stuttgart

Robert Koch Institut (2004): Schwerpunktbericht zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Pflege

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2005): Koordination und Qualität im Gesundheitswesen

Statistische Bundesamt Zweigstelle Bonn (2005): Pflegestatistik 2003
-Deutschlandergebnisse-

Wille, E. (2005): Die soziale Pflegeversicherung: ein gesundheitspolitischer Pflegefall. In Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 4/2005 S.201-202



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) e.V.
Bundesgeschäftsstelle
Geisbergstraße 39
10777 Berlin

Tel.: 030/ 21 91 57 - 0
Fax: 030/ 21 91 57 - 77
dbfk@dbfk.de
www.dbfk.de

©2006
Alle Rechte vorbehalten