

Diskussionspapier
zum
„neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff

Autor: Thorsten Meier, Altenpfleger

Kontakt: thorstenmeier@gmx.de

Diskussionspapier zum „neuen“ Pflegebedürftigkeitsbegriff

Seit Ende Januar liegt der Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs vor.¹ Ziel dieses Diskussionspapiers soll eine kritische Hinterfragung der Ergebnisse dieses Berichtes sein. Dies geschieht vorwiegend aus der Perspektive der stationären Altenpflege.

Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde in erster Linie wegen der angeblichen Nichtberücksichtigung der Demenzkranken gefordert. Im Bericht des Beirats heißt es dazu: *Nicht jeder Demenzkranke ist allerdings allein wegen dieser Erkrankung pflegebedürftig im Sinne des Rechts der Pflegeversicherung. Bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit wird der Hilfebedarf demenziell erkrankter Menschen gegenwärtig insbesondere durch die Einbeziehung der Hilfeform „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ und „Unterstützung“ berücksichtigt (vgl. § 14 Abs. 3 SGB XI). (S.11)*

Die anleitende, damit auch aktivierende Pflege unterscheidet sich von der Übernahme der Pflegeleistungen gerade durch den Zeitaufwand. Dies kann am Beispiel der morgendlichen Grundpflege kurz erläutert werden. Eine konsequent anleitende Grundpflege bei einem Demenzkranken ist unter 60 Minuten nicht durchführbar. Die Übernahme der Grundpflege durch die Pflegekraft aber in 20 Minuten.

Die Vorteile der anleitenden Pflege – deshalb wird sie ja auch allenthalben gefordert – liegen auf der Hand: Die Alltagskompetenz wird erhalten, der Demenzkranke bleibt länger selbstständig, der Krankheitsverlauf kann verlangsamt werden und Komplikationen werden vermieden oder treten später auf. Die Pflege bricht nicht in Gestalt der Pflegekraft über den Demenzkranken herein, sondern wird mit ihm in seinem Tempo gestaltet. Das hat konkret etwas mit Würde zu tun. Demgegenüber stehen die hohen Kosten. Gerade zu Beginn der Krankheit ist der tatsächlich sinnvolle und notwendige Pflegeaufwand und damit die Kosten am höchsten.

Da der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff die Anleitung und Beaufsichtigung schon beinhaltete, wäre eine konsequente Einstufung der Demenzkranken in die Stufe 3 jederzeit möglich und auch begrifflich abgedeckt gewesen. Dass dies aber nicht ge-

1

http://www.bmg.bund.de/cln_117/SharedDocs/Downloads/DE/Pflege/Bericht_zum_Pflegebed_C3_BCrftigkeitsbegriff,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Bericht_zum_Pflegebed

schehen ist, lag nicht am Pflegebedürftigkeitsbegriff selbst, sondern an dessen Auslegung durch den MDK, der bekanntlich im Auftrag der Pflegekassen begutachtet. Die Argumentation des Beirates ist hier also schlichtweg falsch.

Weiter heißt es im Bericht des Beirats: *Nicht erfasst wird ein darüber hinausgehender allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf (z.B. Weglauftendenzen, Selbst- und Fremdgefährdung, Angst, Wahnvorstellungen, Aggressionen).*

Dies wird überwiegend als ungerecht empfunden, da mit dem allgemeinen Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung regelmäßig eine besonders hohe Belastung der Angehörigen verbunden ist und die bisherige isolierte Betrachtung dieses besonderen Bedarfs im Verhältnis zur Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung im Recht der Pflegeversicherung von den Betroffenen nicht verstanden wird. (11/12)²

Tatsächlich nicht zu verstehen ist, warum der gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht einfach um diesen Bedarf erweitert wird. In der stationären Pflege ließen sich diese Probleme durch ein entsprechendes Beschäftigungsangebot kompensieren oder mildern. Beschäftigungsangebote haben den Vorteil, dass sie in Gruppen stattfinden und daher deutlich weniger personalintensiv sind. Für eine einstündige Beschäftigung ist ein durchschnittlicher Personalaufwand von 10 Minuten realistisch. Bei drei Beschäftigungen pro Tag wären das 30 Minuten Personalaufwand pro Bewohnerin.

Bietet heute ein Heim mit 100 Bewohnerinnen zwei Beschäftigungen pro Tag an, sind die Aufsichtsbehörden schon hochzufrieden. Tatsächlich bedeutet das aber, dass 60-70 % der Bewohnerinnen an keinem Beschäftigungsangebot teilnehmen. Gleichzeitig liegt die Zahl der Demenzkranken schon bei mehr als 50 %.

Gerade die Beschäftigungstherapie für Demenzkranke lässt sich leicht kalkulieren und entsprechend refinanzieren. Würde die Refinanzierung an die tatsächliche Leistungserbringung gekoppelt, würde dies unweigerlich zu einem Paradigmenwechsel in der stationären Demenzversorgung führen.

Darüber hinaus hat sich der Beirat für die Aufgabe des Faktors Zeit entschieden. (S.44f) Dem bisherigen Begutachtungsverfahren lagen Zeitwerte zugrunde, die in der Summe eine Einschätzung des eigentlich benötigten Personalaufwands ergeben sollten. In der stationären Pflege wurde rechnerisch aber immer nur ca. die Hälfte

² Dieses Problem ist übrigens auch mit einer hohen Belastung für Pflegekräfte verbunden.

des benötigten Personals bewilligt. Allein aus dieser Tatsache erklärt sich der sogenannte Personalnotstand in den Heimen.

Wird jetzt in dem Gutachten die Aufgabe des Faktors Zeit damit begründet, dass dieser *mit dem Stichwort „Minutenpflege“ zu einem die gesamte Pflegeversicherung de-savouierenden Begriff gemacht* (S.45) wurde, so stellt dies eine Verdrehung der Fakten dar. Die sogenannte Minutenpflege ist das Ergebnis völlig unzureichender Personalschlüssel, die sich nicht einmal annähernd nach den Zeitvorgaben der MDK-Einstufungen gerichtet haben.

Man kann auch umgekehrt argumentieren: Würden sich die Personalschlüssel in den Heimen an den derzeit gültigen Zeitvorgaben der MDK-Einstufungen richten, gäbe es in Deutschland keinen Personalnotstand und damit auch keinerlei Diskussionsbedarf.

Die Aufgabe des Faktors Zeit führt im Ergebnis offensichtlich nur dazu, dass überhaupt kein Zusammenhang zwischen Pflegestufe und Personalbedarf mehr hergestellt werden kann. Dies ist genau das Gegenteil von dem, was sich die Pflegekräfte von einem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erhofft haben.

Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ersetzt nun den Faktor Zeit durch das Kriterium der Selbstständigkeit, bzw. das Ausmaß der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, die in einem Punktesystem abgebildet wird. Die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit ist aber kein Maß für den angemessenen Pflegeaufwand. Gerade bei Demenzkranken kommt es zu Beginn der Erkrankung darauf an, die vorhandenen Fähigkeiten durch eine anleitende Pflege zu erhalten. Diese ist aber zeitintensiver und damit auch kostenintensiver als die vollständige Übernahme von Pflegeleistungen etwa im Spätstadium der Erkrankung.

Die vollständige Übernahme von Pflegeleistungen ist immer zeitsparend und daher auch das Mittel der Wahl bei den derzeitigen Personalschlüsseln in den Heimen. Mit – je nach Bundesland - durchschnittlich 15-25 Minuten Zeit für die Durchführung der gesamten Grundpflege ist die vollständige Übernahme durch die Pflegekräfte zwingend. Um auch nur ansatzweise eine aktivierende und ressourcenorientierte Grundpflege durchzuführen, d.h. Anleitung statt Übernahme, wären ganz andere Zeitvorgaben notwendig.

Die Frage, wie viel Zeit für angemessene Pflege notwendig wäre und was das kostet, scheuen alle Verantwortlichen wie der Teufel das Weihwasser. Die Kosten für eine

Stunde direkte Pflege (d.h. Pflege direkt beim Bewohner) liegen bei etwa 30 Euro.³ Allein für die einstündige anleitende Grundpflege bei einem Demenzkranken wären das schon 900 Euro im Monat. Bei drei Stunden Pflegebedarf pro Tag entsprechend 2700 Euro. Dazu 450 Euro für eine adäquate Beschäftigung = 3150 Euro nur für pflegerische Leistungen! Hier wären wir an dem Punkt, wo tatsächlich von einer angemessenen, d.h. aktivierenden und ressourcenorientierten Pflege gesprochen werden könnte.

Die Aktivitäten des Beirats waren an diverse Vorgaben geknüpft:

- Akzeptanzprobleme bei den Versicherten sollten vermieden werden. (S.14)
- Der Auftrag umfasste auch die Beantwortung der Frage, wie sich die Änderung vor allem finanziell auf die Pflegeversicherung und/oder andere Sozialleistungsbereiche auswirkt. (S.14)
- Im Rahmen der Erprobung sollte das Begutachtungsverfahren von einer unabhängigen Einrichtung wissenschaftlich auf seine Validität, Reliabilität, Sensitivität, Spezifität und Änderungssensitivität hin überprüft werden. (S.25)
- Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff muss sich am Maßstab des Art.3 Abs.1 GG messen lassen. (vgl. S.49)
- Die Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs hat nicht eine Anhebung der Heimbudgets zum Ziel. (S.69)
- Durch das neue Begutachtungsassessment soll nicht das Leistungsniveau (in einem Teilkaskosystem) angehoben werden. (S.68)

Diese Aufzählung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es sollte aber deutlich geworden sein, dass unter solch engen Vorgaben eine tatsächlich kritische Auseinandersetzung mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff nicht zu erwarten war.

Besonders bemerkenswert sind die wissenschaftlichen Kriterien wie Validität, Reliabilität usw., denen das neue Begutachtungsverfahren genügen soll. Genau diese Kriterien, bzw. die Unmöglichkeit ihrer Darstellung, hat in den letzten zehn Jahren zu einer (wissenschaftlich begründeten!) Ablehnung von Personalbemessungsverfahren geführt. Diese Hürden sind bei dem neuen Begutachtungsverfahren überwunden?

³ Bei einem Jahresbrutto von 35000 Euro. Von der Arbeitszeit müssen Krankheit, Urlaub und pflegerische Tätigkeiten wie Übergaben, Dokumentation usw. abgezogen werden = 40%.

Unabhängig davon ist es meiner Ansicht nach nicht die Aufgabe der Pflegewissenschaft, den Pflegebegriff so zu definieren, dass er offensichtlich allen politischen Vorgaben entspricht. Der Pflegebedarf ist individuell und gegebenenfalls täglich neu zu bestimmen, das Kriterium der Selbstständigkeit ist für den eigentlichen Pflegebedarf nicht ausschlaggebend und es sei der Vollständigkeit darauf hingewiesen: keine Pflegekraft pflegt nach Pflegestufen. Wenn sich die Pflegewissenschaft hier zu Legitimationszwecken vereinnahmen lässt, wird sie sich hoffentlich schon in naher Zukunft kritischen Fragen stellen müssen. Der Aufkleber „pflegewissenschaftlich“ kann nämlich über die tatsächlichen Verhältnisse nicht hinwegtäuschen.

Den Mitgliedern des Beirates ist es offensichtlich nicht gelungen, sich aus der Zwangsjacke des vorgegebenen Rahmens zu befreien.

Interessant wäre zum Beispiel ein Vergleich mit der Pflegesituation anderer Länder gewesen, in denen es offenbar besser läuft.

Oder, wenn schon die Kosten so im Mittelpunkt standen, hätte man ja einmal die Kosten hochrechnen können, die aus der schlechten Versorgung unserer Pflegebedürftigen entstehen. So werden chronisch überforderte Angehörige und Pflegekräfte zu einem hohen Kostenfaktor im Gesundheitssystem. Da sich aber alle Beteiligten wohl nur in ihren Schubladen bewegen, gerät das System als Ganzes nicht mehr in den Blick.

Wenn der Beirat schon das Grundgesetz bemüht, hätte doch zunächst die Frage beantwortet werden müssen, wie die Unantastbarkeit der Würde und das Recht auf körperliche Unversehrtheit mit dem neuen Pflegebegriff abgesichert wird, anstatt auf angeblich leistungsgerechte Verteilung von Ressourcen abzielen.

Insgesamt ist von dem neuen Pflegebegriff dringend abzuraten. Er ist für die Betroffenen nicht nachvollziehbar und lässt sich je nach Kassenlage modifizieren. Das hat mit einem ernsthaften Bemühen um eine Verbesserung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte nichts zu tun.