

Position des DBfK zur Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs in der ambulanten Pflege

Umdenken für alle Beteiligten erforderlich

Rund 25 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wird mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz eine grundlegende Reform umgesetzt. Die wesentlichen inhaltlichen Anforderungen ergeben sich aus dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem damit verbundenen neuen Begutachtungsinstrument. Der seit Jahrzehnten in zahllosen Beiträgen pflegeschon kritisierte Begriff der Pflegebedürftigkeit, der sich auf den Zeitaufwand in Minutenwerten und Häufigkeit für gewöhnliche und regelmäßige Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens richtete, ist abgelöst. Bekanntermaßen bezog sich die Kritik auf das verkürzte und somatisch verengte Verständnis von Pflegebedürftigkeit als Hilfebedarf bei Alltagsverrichtungen und der Pflegezeit als Maßstab (bemessen an einer „Laienpflegezeit“).

Diese bisherige begriffliche Auffassung von Pflegebedürftigkeit haben langanhaltende Auswirkungen. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff hat gesellschaftliches und sozialpolitisches Verständnis von (professioneller) Pflege geprägt. Für viele Kreise ist der Verrichtungsbezug pflegerischer Leistungen realitätsbildend z. B. in Leistungskomplexen für die ambulante Pflege, die in den Pflegesatzverhandlungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern ausgehandelt werden. Präventive, rehabilitative, beratende und edukative sowie prozesssteuernde pflegeschon Interventionen sind in diesen Auffassungen nicht erkennbar. Dies führt zu einer Diskrepanz zwischen tatsächlich vorliegenden Bedarfslagen der anspruchsberechtigten BürgerInnen und vorhandenem pflegerischen Versorgungsangebot. Die Leistungen ambulanter Pflegedienste sind verengt auf Sachleistungen für den Hilfebedarf bei den wiederkehrenden Verrichtungen nach § 36 SGB XI in den Bereichen Körperpflege, Mobilität, Ernährung und hauswirtschaftliche Versorgung; oftmals vereinbart in Leistungskomplexen, z. B. „Große/kleine Morgen- oder Abendtoilette“; „Spezielle Lagerung“, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Hilfe bei Ausscheidungen, Hilfe beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“, „Begleitung bei Aktivitäten“ und werden selten mit einer Zeitvergütung erbracht. Dieses Konglomerat führt in der Leistungserbringung und Kostenerstattung zu vielen Problemen, u. a. starre Vorgaben statt individuell zugeschnittener Hilfen; Angebots- statt Nachfragesteuerung und Pflege als Dienstleistung nach dem Baukastenprinzip.

Ein Umdenken ist erforderlich für Leistungserbringer, Kostenträger und weitere Beteiligte an den Prozessen. Der zum 1. Januar 2017 geltende neue Pflegebedürftigkeitsbegriff¹ hat als Maß die Bewertung einer Beeinträchtigung der Selbständigkeit und demzufolge das Angewiesensein auf personelle Hilfe in den Bereichen Mobilität, kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, Selbstversorgung, krankheitsbedingte Anforderungen und Belastungen, Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte. Mit dem neuen Begutachtungsinstrument können 0 bis 100 gewichtete Punkte ermittelt werden. Auf Grundlage der gewichteten Punkte wird der Pflegegrad bestimmt. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff begründet ein umfassenderes Pflegeverständnis. Für die professionelle Pflege lässt sich daraus ein - unterschiedlich umsetzbares - erweitertes Leistungsspektrum erwarten, das sich u.a. richtet auf:

- Interventionen und Unterstützung bei kognitiven und psychischen Problemlagen
- Förderung des Selbstmanagements bei chronischer Krankheit (edukative Ansätze)
- Beratungsfunktionen zur Steuerung von Pflegeverläufen und Pflegearrangements
- Alltagsbezogene Unterstützung

¹ SGB XI sichert Pflegebedürftigkeit nach dem Teilkaskoprinzip. Auch die Novellierung führt nicht zu einer bedarfsdeckenden Leistungserbringung und dessen Vergütung. Allerdings macht es einen Unterschied, ob das Gesetz alt für bestimmte Situationen Leistungsansprüche sichert oder wie nun geschehen, im Gesetz neu Lebenslagen berücksichtigt

Die Leistungen ambulanter Pflegedienste werden erweitert auf Sachleistungen nach § 36 SGB XI, die sich auf die veränderten Inhalte nach § 14 SGB XI beziehen, die aus dem neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit entstammen und die sich auf den Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit beziehen. Hinzuweisen ist auf neue, im Gesetz formulierte Begrifflichkeiten wie Leistungen als körperbezogene Pflegemaßnahmen, pflegerische Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung. Zudem werden die Hilfe bei der Kommunikation und psychosoziale Hilfen in der Gesetzesbegründung genannt.² Somit ist der Fokus der Leistungserbringung erweitert. Dies muss zwingend – und ist auch durch die Politik und die Gesetzgebung gewollt und beabsichtigt – zu einer Flexibilisierung des Leistungsspektrums ambulanter Pflegedienste und deren Kostenerstattung führen. Grundsätzlich stehen eine Reihe denkbarer Möglichkeiten zur Erweiterung des Leistungsspektrums zur Verfügung, die bilateral zwischen Leistungserbringern und Kostenträgern oder in der Selbstverwaltung auf Landesebene ausgehandelt werden könnten. Hierzu zählen:

- Anpassen von Rahmenverträgen und Erweiterung des Leistungskomplexkatalogs
- Zeit- bzw. stundenorientierte Vergütung
- Stärkung der Nutzerautonomie durch Geldleistungen und Budgets
- Veränderung und Aufwertung der pflegerischen Rolle
- Verknüpfung von Langzeit- und primärer Gesundheitsversorgung

Möglichkeiten zur Erweiterung des Leistungsspektrums

Anpassen von Rahmenverträgen und Erweiterung des Leistungskomplexkatalogs

In vielen Bundesländern wird die Leistungserbringung und Kostenerstattung durch Rahmenverträge geregelt. Die bisherigen Sachleistungen, die durch ambulante Pflegedienste erbracht werden, sind in Katalogen von Leistungskomplexen formuliert und Bestandteil, z. T. Anlage der Rahmenvertragsvereinbarungen. Im Grundsatz gilt, dass sowohl Rahmenverträge als auch Kataloge auf der Basis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu überarbeiten sind. In erster Linie zielt eine Überarbeitung weg von der Verrichtungsbezogenheit. Leitend für die Erbringung von Leistungen ist der Grad der Selbständigkeit der Anspruchsberechtigten sowie seine Ressourcen, die mit angemessenen Maßnahmen zu erhalten, zu fördern und zu stärken sind. Bisher bestehende Kataloge enthalten fast ausschließlich Interventionen, die in Zusammenhang mit einer eingeschränkten Selbstständigkeit in den Begutachtungsmodulen Selbstversorgung und Mobilität stehen. Die Formulierung der Leistungskomplexe besteht in einer Aufzählung von Verrichtungen. Zu fordern ist, diese bestehenden Kataloge als Leistungsbeschreibungen von Maßnahmen umzuformulieren. Das führt auch redaktionell zu einer neuen sprachlichen Versachlichung weg vom Verrichtungsbezug. Ferner sind die Leistungskomplexkataloge um Positionen zu ergänzen, die den Unterstützungsbedarf im Hinblick auf psychische Problemlagen, Einschränkungen der Kognition und Kommunikation sowie auf die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte bedienen.

Für die Ausgestaltung einer individuellen, flexiblen und den spezifischen Bedürfnissen eines Pflegebedürftigen bzw. eines Pflegearrangements entsprechenden Versorgung halten wir die Leistungserbringung nach Zeit für sinnvoll. Sollten die Vertragspartner aber an dem Leistungskomplexsystem festhalten, so ist nicht zu empfehlen, Kataloge zu entwickeln, die analog zum bisherigen System aus einer Aufzählung von Interventionen bestehen. Vielmehr sollten Leistungskomplexe über ihre Ziele definiert und beschrieben werden. Die im Einzelfall auszuhandelnden Interventionen dürfen durch ein Leistungskomplexsystem nicht eng geführt werden. Vielmehr obliegt es der Pflegefachpersonen, mit dem Pflegekunden die im Einzelfall notwendigen und sinnvollen Interventionen auszuhandeln. Der Leistungskomplexkatalog kann nur den Rahmen für die vereinbarte Leistungsdichte

² Für die Häusliche Betreuung nach § 124 SGB XI wurde zudem eine Übergangsregelung geschaffen, die für die Leistungserbringung und Kostenerstattung zu regeln sein wird. Zum einen geht es 1. um die Unterstützung von Aktivitäten im häuslichen Umfeld, die dem Zweck der Kommunikation und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte dienen, zum anderen 2. um die Unterstützung bei der Gestaltung des häuslichen Alltags, insbesondere Hilfen zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Tagesstruktur, zur Durchführung bedürfnisgerechter Beschäftigungen und zur Einhaltung eines bedürfnisgerechten Tag-/Nacht-Rhythmus. Die Häusliche Betreuung kann von mehreren Pflegebedürftigen oder Versicherten mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz auch als gemeinschaftliche häusliche Betreuung im häuslichen Umfeld einer oder eines Beteiligten oder seiner Familie als Sachleistung in Anspruch genommen werden.

und die Zielsetzung der Versorgung bilden. An dieser Stelle möchten wir betonen, dass sowohl körperbezogene Pflegeleistungen als auch pflegerische Betreuungsleistungen Leistungen der Profession Pflege sind. Das heißt: Diese Leistungen werden von Pflegefachpersonen geplant. Die Pflegefachperson entscheidet über die Delegation an Assistenzpersonal und verantwortet diese Delegation. Pflegerische Betreuungsleistungen sind nicht gleichzusetzen mit niedrighschwelligen Betreuungsleistungen nach § 45 b Abs. 1 Nr. 4 SGB XI (wie stundenweise Entlastung pflegender Angehöriger im häuslichen Bereich oder Einzelbetreuung durch anerkannte Helferinnen und Helfer), die grundsätzlich durch nicht oder gering qualifiziertes Personal erbracht werden können. Sie finden grundsätzlich unter der Anleitung und Kontrolle von Pflegefachpersonen statt.

Zeit- bzw. stundenorientierte Vergütung

Für eine vollständige Umstellung auf eine reine Zeit- bzw. stundenorientierte Vergütung liegen in Deutschland kaum Erfahrungen vor. Modellprojekte haben bisher gezeigt, dass dies umfangreiche Absprachen und Regelungen zwischen Kostenträgern, Leistungserbringern und letztendlich auch den Anspruchsberechtigten erfordert, die eine neue autonome Funktion als tatsächlich steuernde und entscheidende Person im Leistungsgeschehen ausfüllen können müssen. Das heißt: Vertraglich muss geregelt sein, dass die Entscheidung darüber, welche Leistungen konkret in der vereinbarten Zeit zu erbringen sind, von der Pflegefachperson mit dem Pflegebedürftigen und seinen Angehörigen ausgehandelt wird. Das Ergebnis ist zu dokumentieren, ebenso wie Abweichungen von diesem Plan aufgrund aktueller Situationen. Da sowohl körperbezogene Pflegeleistungen als auch pflegerische Betreuungsleistungen Leistungen der professionellen Pflege sind, ist eine Unterscheidung zwischen diesen Leistungsarten im Vergütungssystem nicht erforderlich. Allein dort, wo der Entlastungsbetrag gemäß § 45 b SGB XI für Pflegesachleistungen verwendet wird, muss aus dem Pflegevertrag hervorgehen, dass die Leistung nach Zeit keine körperbezogenen Pflegemaßnahmen enthält.

Stärkung der Nutzerautonomie durch Geldleistungen und Budgets

Wie ausgeführt, sind autonome Funktionen bei Anspruchsberechtigten neu einzuüben. Auch Leistungserbringer und Kostenträger müssen sich sicher komplett neu ausrichten. Gleichwohl liegen internationale Erfahrungen vor, z. B. Personengebunden Budget in den Niederlanden; Care Wages für informelle Pflege (auch Angehörige) in Norwegen; Carer's Salary in Schweden oder Consumer-directed Home Care sowie Cash & Counselling in den USA. Auch im Deutschen Sozialgesetzbuch gibt es zwei Ansätze für Budgets: zum einen das trägerübergreifende persönliche Budget nach § 17 SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen); zum anderen das personenbezogene Pflegebudget im Rahmen des Modellprogramms nach § 8, Abs. 3 SGB XI (Pflegeversicherung).

Mit der Einrichtung von Budgets ist eine Reihe von Fragen verbunden, zumal wenn Leistungen aus verschiedenen gesetzlichen Ansprüchen gewährt werden, siehe auch die aktuellen Auseinandersetzungen im Rahmen der Novellierung des Bundesteilhabegesetzes. So wäre der reine Sachleistungsbezug zu diskutieren in Verbindung mit Geldleistungen, um z.B. pflegende Angehörige zu bezahlen. Zudem bietet eine sinnvolle Verschränkung mit dem Familienpflegezeitgesetz, welches bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht greift, Optionen. Zu klären wäre auch, ob und wie eine institutionalisierte Beratung und Kontrolle für die Budgetverwendung einzurichten ist und ob ggf. ein Case Management vorgeschrieben wird. Zudem ist zu fragen, wer und wie die Hilfeplanung gestaltet wird und letztendlich muss über eine Qualitätssicherung geredet werden. Weiterhin sollten sich ambulante Pflegeangebote spezialisieren, damit dem Anspruch auf Förderung der Selbständigkeit Rechnung getragen werden kann. Diese Debatten müssen an Zielstellungen ausgerichtet werden, also ob es gelingt, nachhaltig eine Unabhängigkeit der Nutzer zu fördern, ob ein breiteres Spektrum an Angeboten in der Langzeitpflege geschaffen wird und ob es gelingt, auch informelle Pflege zu unterstützen, die bekanntermaßen derzeit weitestgehend unvergütet in familialen Bezugssystemen und durch Bezugspersonen erbracht wird. Im Kern geht es also darum, im Verhältnis von formeller und informeller Hilfe Gewichtungen zu definieren und zuzulassen (u. U. zu legalisieren); die Angebote professioneller Hilfen zu bestimmen und über die Formen und Mechanismen der Preisgestaltung zu entscheiden.

Veränderung und Aufwertung der pflegerischen Rolle

Eine Veränderung und Aufwertung der pflegerischen Rolle würde einhergehen mit einer Emanzipation der Berufsangehörigen, einer deutlich aufgewerteten Akzeptanz für auf fachlichem Urteil begründetes Pflegehandeln (siehe die Argumentation der Einführung der Strukturierten Informationssammlung im EinStep-Projekt in Verbindung mit der Kasseler Erklärung) und letztendlich eine ganze Reihe Neuschaffung gesetzlicher Grundlagen in Sachen Substitution, Verordnungsbefugnis und Sicherstellung vorbehaltener Aufgaben.

Verknüpfung von Langzeit- und primärer Gesundheitsversorgung

Eine Verknüpfung von Langzeitversorgung mit primärer Gesundheitsversorgung setzt ebenfalls die Schaffung neuer Regelungen voraus, insbesondere die Überwindung der Rationalitäten unterschiedlicher Sozialgesetzbücher, vorrangig darauf ausgerichtet, dass es anspruchsberechtigte BürgerInnen mit individuellen Schicksalen gibt, deren Betreuung, Unterstützung und Versorgung aus einer Hand erfolgen kann. Ein Stück weit käme dies auch der Überwindung der vielfältig beklagten Friktionen und Fragmentierungen in der Leistungserstellung entgegen. Bereits heute ist es ein seit Jahrzehnten gelebter Alltag in ambulanten Pflegediensten, dass die Leistungen ambulanter Pflegedienste über SGB XI hinausgehen – viele Leistungen werden erbracht im Rahmen der häuslichen Krankenpflege nach SGB V oder im Rahmen von Spezialisierungen und Sonderregelungen, z. B. durch häusliche Intensiv-, Palliativ- oder Kinderkrankenpflegedienste. Ein neuartiges System der Leistungserbringung ließe auch den Ansatz einer regionalisierten integrierten Versorgung durch niedergelassene ÄrztInnen und Pflegedienste realisierbar erscheinen (Stichworte pflegegeleitetes ambulantes Versorgungszentrum, Tandem-Praxen, pflegegeleitete Kliniken). Letztendlich liegen in solchen Systemumbrüchen auch Chancen für die Veränderung und Aufwertung der beruflichen Rolle durch Spezialisierungen mit veränderten Aufgabenspektren wie in der Familiengesundheitspflege, Community Health Nursing oder Schulgesundheitspflege, ganz zu schweigen vom gesamten Ansatz der Nurse Practitioner/ANP-Rollen.

Zusammenfassung

Das SGB XI regelt den gesetzlichen Anspruch der pflegebedürftigen BürgerInnen, den Verbleib in der häuslichen Umgebung zu ermöglichen. Mit dem Grad der Selbständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit ist eine Erweiterung des Leistungsspektrums professioneller Leistungserbringung durch Pflegefachpersonen und Assistenzpersonal erforderlich. Empfehlenswert ist die Etablierung verschiedener Leistungsformen, die einerseits bekannte und bewährte Ansätze transferieren in die neue gesetzliche Grundlegung (vom Verrichtungsvollzug zum ressourcengeleiteten Erhalt der Selbständigkeit), andererseits aber auch neue Ansätze ermöglicht, die individueller auf Bedarfe anspruchsberechtigter BürgerInnen mit einem Pflegegrad eingehen. Einzufordern ist eine Gestaltung der Leistungsformen, die eine sektorübergreifende Leistungserbringung ermöglicht bzw. zumindest nicht erschwert. Ein notwendiger Schritt liegt dabei in der Zusammenführung der pflegerelevanten Regelungen der Leistungserbringung und Kostenerstattung in den Sozialgesetzbüchern V und XI.

Berlin, November 2016

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe e. V. (DBfK), Bundesverband
Alt-Moabit 91 | 10559 Berlin | dbfk@dbfk.de | www.dbfk.de