

Probleme bei der Bestimmung des Pflegebedarfs im Pflegeversicherungsgesetz

Eckhard Cappell

Das Verfahren der Einstufungen der Pflegebedürftigkeit durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen und besonders die bisher nicht überzeugend erklärten regionalen Abweichungen in den Ergebnissen werden in Medien und der Fachöffentlichkeit heftig diskutiert. Neben fundierten statistischen Analysen fehlen aus Sicht des Autors aber vor allem theoretische Auseinandersetzungen mit dem Phänomen der Pflegebedürftigkeit. Das letztgenannte Defizit möchte dieser Beitrag in elf Thesen angehen.

Die ersten fünf Thesen beschäftigen sich mit grundsätzlichen Überlegungen zu eingeschränkter Selbständigkeit, Hilfebedarf und ihrer Bestimmung, die sechste und siebte These mit dem Verfahren des Pflegeversicherungsgesetzes dazu, die achte bis zehnte mit seinen Auswirkungen und die elfte mit seinen Wurzeln.

Thesen

(1) Zu Beginn soll eine zunächst vielleicht trivial erscheinende Differenzierung vorgenommen werden, die dann weiter ausgeführt wird:

Es ist eine Unterscheidung zwischen a. Einschränkung der selbständigen Lebensführung, b. Hilfebedarf und c. tatsächlich erhaltenen Hilfen zu treffen. Diese Elemente sind Teile eines Hilfeprozesses.

Die *Einschränkung der Selbständigkeit* ist eine Ausgangsbedingung für Pflegesituationen und Teil der Lebenslage von Pflegebedürftigen. Die *Feststellung des Hilfebedarfs* kann als ein von unterschiedlichen Perspektiven geprägter Aushandlungsprozeß gesehen werden, der in *Handlungen*, die sich auf die Ausgangssituation beziehen, mündet. Die einzelnen Elemente dieses Prozesses lassen sich noch genauer beschreiben.

(2) *Die Einschränkung der selbständigen Lebensführung kann als Fähigkeitsstörung i.S. der ICIDH (Internationale Klassifikation der*

Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen) definiert werden: „Eine Fähigkeitsstörung betrifft Fähigkeiten in Form komplexer Aktivitäten und Verhaltensweisen, die allgemein als unerlässlich notwendige Komponenten des täglichen Lebens angesehen werden.“ (Matthesius 1995: 351)

Die ICIDH ist ein dem ICD-Schlüssel vergleichbares, von der WHO vorgeschlagenes Klassifikationssystem für Behinderungen. Sie versucht, Behinderung auf den drei Ebenen Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen zu klassifizieren. Die Ebene der Schädigung bezieht sich auf Organe, die der Fähigkeitsstörung auf die Person als in Alltagsvollzügen Agierende und die der Beeinträchtigung auf die Person und ihre sozialen Rollen. Defizite auf einer tieferen Ebene haben meist auch Folgen auf der höheren. Um also Beeinträchtigungen in der Erfüllung sozialer Rollen zu verhindern oder auszugleichen, müssen Fähigkeitsstörungen verhindert, beseitigt oder kompensiert werden. Pflege kann als Hilfe beim Kompensieren von Fähigkeitsstörungen verstanden werden.

Fähigkeitsstörungen sind in dem Sinne objektiv bestimmbar, als wissenschaftlich erprobte Instrumente von Experten auf einen Menschen mit bestimmten Fähigkeiten angewandt werden. Neben der ICIDH als Klassifikationssystem gibt es in der Geriatrie seit langem erprobte Instrumente zur Messung von Einschränkungen (Mahoney/Bartel 1965). Die Basis

hierfür sind unterschiedliche Kataloge der Activities of Daily Living (ADL) (Katz 1963) und Instrumental Activities of Daily Living (Lawton/Brody 1969). Wenn auch die Einschränkung der Selbständigkeit von zahlreichen Umgebungsfaktoren abhängig ist, stellt sie doch in Grenzen ein messbares Konstrukt dar, wie zahlreiche Untersuchungen zeigen (Wahl 1992).

(3) *Der Hilfebedarf stellt im Gegensatz zur messbaren Einschränkung eine Einschätzung darüber dar, welche Hilfen aus der eingeschränkten Selbständigkeit und der gegenwärtigen sozialen und dinglichen Umwelt resultieren sollten. Diese Einschätzung kann aus unterschiedlichen Perspektiven völlig anders ausfallen. Als Perspektiven sind mindestens die Sicht der subjektiv Betroffenen, der Experten und der Kostenträger zu nennen. Die Bedarfs-einschätzung kann sich außerdem auf verschiedene Dimensionen wie Inhalt und Umfang der Hilfen beziehen.*

Die *subjektive Perspektive* der Betroffenen ist von der Biographie, den Werten und Bedürfnissen¹ geprägt.

Eine *ökonomische Sichtweise* hat besonders die im Einzelfall einsetzbaren Ressourcen der Betroffenen oder des sozialen Sicherungssystems im Blick. Neben den Betroffenen wird sie vorwiegend von Vertretern von

¹ Bedarf allein als das zu definieren, was zur Befriedigung eines Bedürfnisses notwendig ist, wie es im Handbuch (1986) geschieht, greift jedoch zu kurz.

Kostenträgern und Leistungsanbietern eingenommen. Sie geht dabei häufig mit einer Betrachtung der rechtlich zugestandenen Leistungen einher. Die *Perspektive von Experten* ist von besonderer Bedeutung für Effektivität, Effizienz und Qualität der Hilfen. An Verfahren zur Bestimmung des Hilfebedarfs wird besonders im Rahmen der Entwicklung von geriatrischen Assessments in der Medizin (ZfGG 1995.1), aber auch in der Pflege im Zusammenhang mit Pflegeprozeß und Pflegeassessment gearbeitet (Krohwinkel, 1992; KDA 1996). Häufig sollen diese Verfahren von multiprofessionellen Teams durchgeführt werden, um verschiedene professionelle Sichtweisen zu berücksichtigen (ZfGG 1995.2).

Diese Perspektiven können zu unvereinbaren „Bedarfen“ in ein und demselben Fall führen, so daß nicht alle berücksichtigt werden können. Entscheidend für die Rationalität einer Bedarfsfeststellung wird aber dann, daß die aus den unterschiedlichen Perspektiven resultierenden Aspekte bei einer Festlegung des Hilfebedarfs erwogen wurden.

(4) Von einem zwar nicht objektiven, aber intersubjektiv nachvollziehbaren Hilfebedarf kann dann gesprochen werden, wenn die unterschiedlichen Perspektiven in einem Kernbereich zur Deckung gebracht werden. Dieses Aushandeln des Hilfebedarfs kann in einer neutralen Beratung nach gründlichem Assessment geschehen.

Beratung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen zur Feststellung eines Hilfebedarfs, die in einen Hilfeplan mündet, erfordert Zeit sowie sozial-pflegerische und psychosoziale Kompetenz.

Die praktische Umsetzung in Beratungs-, Koordinations- oder Vermittlungsstellen stößt bekanntermaßen auf Organisations- und Finanzierungsprobleme. So verträgt sich die geforderte Neutralität nicht gut mit einer Anbindung bei einem Kostenträger oder Leistungserbringer. Bei der Anbindung der Beratung an von medizinischen oder pflegerischen Experten geleitete Stellen (wie geriatrische Krankenhausabteilungen, niedergelassene Geriater, Überleitungs- pflege in Krankenhäusern) besteht die

Gefahr, daß dem fachlichen Urteil gegenüber der Einschätzung der Betroffenen ein zu hohes Gewicht eingeräumt wird. Als Lösung böten sich u.U. Beratungsstellen in Trägerschaften neutraler Institutionen an (wie z.B. der Verbraucherberatung oder träger- und anbieterübergreifende Zusammenschlüsse); nicht undenkbar erscheint auch Beratung und Case-Management als gewerbliche Dienstleistung mit Vergütungsmöglichkeit durch Kostenträger.

(5) Weil die Ermittlung eines „intersubjektiven“ Hilfebedarfs derart voraussetzungsvoll ist, gilt:

Die erhaltenen Hilfen sind stark von sozialen, dinglichen und ökonomischen Umgebungsfaktoren abhängig und entsprechen nicht automatisch dem Hilfebedarf.

Findet keine gelungene Hilfeplanung statt, erhalten Pflegebedürftige irgendeine, durch ihre Umgebung geprägte Hilfe, die weit von einem „intersubjektiven“ Bedarf entfernt sein kann. So gibt es im häuslichen Bereich sowohl Anhaltspunkte für eine Pflege, die den Pflegebedürftigen zuviel abnimmt (Wahl 1990) wie für Vernachlässigung und Mißhandlung (Wetzels/Greve 1996). Für den stationären Bereich ist es eine bekannte Tatsache, daß sich die Hilfeleistungen mindestens genauso an institutionellen Erfordernissen wie an individuellen Bedarfen orientieren.

Das PflegeVG berücksichtigt nicht den unter 1. - 5. ausgeführten Prozeß aus

- Feststellung der Einschränkung der Selbständigkeit,
- Ermittlung des Hilfebedarfs,
- praktische Durchführung der Hilfen.

(6) Das Pflegeversicherungsgesetz (PflegeVG) setzt den Bedarf mit den erhaltenen Hilfen gleich – und versucht, ihn auf Basis von Einschränkungen bei der Selbständigkeit zu bestimmen. Quantifiziert soll er über die Häufigkeit der Hilfen bei bestimmten Verrichtungen und die Dauer der Hilfen werden.

Nach § 1 Abs. § 4 SGB XI in Verbindung mit § 14 Abs. 1 wird Pflegebedürftigen Hilfe gewährt, die bei einem Katalog von Verrichtungen (§ 14 Abs. 4) der Hilfe in mindestens erheb-

lichem Umfang bedürfen. In § 15 wird festgelegt, wie der Umfang zu bestimmen ist. Für das Ergebnis entscheidend ist die Häufigkeit, mit der Hilfen bei Verrichtungen aus dem Katalog „benötigt“ werden, und der Zeitaufwand, den Pflegepersonen für die Hilfen „benötigen“. Die Gutachter stehen bei der Formulierung („benötigt“) des § 15 vor der Frage, ob der tatsächliche Aufwand gefragt ist oder der Bedarf aus fachlicher, subjektiver oder sonstiger Sicht (s.o.). Hier helfen auch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien nicht weiter. Allein durch das Offenlassen dieser Frage wird das Nichterkennen des Problems der Bedarfsfeststellung und das Gleichsetzen von erhaltenen Hilfen und Bedarf deutlich.

Der Katalog der Verrichtungen ist inspiriert durch ADL-Kataloge, die der Feststellung des Ausmaßes der Einschränkungen der Selbständigkeit dienen, aber nicht den Anspruch erheben, einen Bedarf zu bestimmen.

Da die erhaltenen Hilfen auch das Ergebnis von subjektiven Einschätzungen und Umgebungsfaktoren sind (vgl. These 3. -5.), schwanken sie in Abhängigkeit von diesen Bedingungen. Ein derart schwankendes Merkmal ist aber als Maßstab für den Versicherungsfall schwer zu handhaben oder ganz unbrauchbar. Deshalb verfällt der Gesetzgeber hier auf den ‚Trick‘, zwar den benötigten Hilfeaufwand als Bedarf anzunehmen, aber nur den, „den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson ... benötigt“ (§ 15 Abs. 3 SGB XI). D. h., auch wenn die Pflege von Professionellen durchgeführt wird oder gar nicht in der Häuslichkeit stattfindet, muß geschätzt werden, wie lange imaginäre Pflegepersonen in einer imaginären Häuslichkeit für die Pflege bräuchten (Pflegebedürftigkeitsrichtlinien, Ziffer 6.1, s.a. Dokument 1).

(7) Es gibt bisher so gut wie keine Verfahren zur Messung des zeitlichen Pflegeaufwandes. Vgl. aber Klemm (1995) sowie die aktuellen Literaturhinweise in diesem Heft auf S. 19 f..

(8) Die Gleichsetzung von Hilfebedarf und tatsächlicher Hilfe, die Leugnung der Relativität des Hilfebedarfs und die Nichtmessbarkeit des Zeitauf-

wandes zwingt die Gutachter, bei der Einschätzung des Zeitbedarfs von der Realität abzusehen oder einen Teil der gesetzlichen Vorgaben zu ignorieren.

Die Ergebnisse eines Modellversuchs (Bruder u.a. 1996) zeigen, daß im stationären Bereich Gutachter dazu neigen, bei einem gewissen Umfang von eingeschränkter Selbstständigkeit, der sich in den Aktivitäten des täglichen Lebens (Ziffer 4 Gutachtenbogen) und in den Hilfemerkmale (Ziffer 5 Gutachtenbogen) ausdrückt, die Zeitvorgaben als erfüllt anzusehen.

Dokument 1: Handreichung zur „durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation“ des MDK für Gutachter

**Anlage 3
Konkretisierung des Begriffs
„durchschnittliche häusliche
Wohn- und Pflegesituation“**

1. Lage der Wohnung
 - 1. Etage
 - Kein Aufzug
 - nicht ebenerdig erreichbar
2. Anzahl der Räume
 - vier
3. Personen je Haushalt
 - Zwei-Personen-Haushalt
4. Ausstattung der Wohnung
 - Keine „behindertengerechte Ausstattung“
 - Zentralheizung
 - Standard-Küche/Kochnische mit Elektroherd bzw. Gasherd
 - Standard-WC/Bad
 - Schlafzimmer ohne Pflegebett
 - Waschmaschine

Quelle: interne MDK-Handreichung; dem Autor bekannt)

(9) Daraus läßt sich folgern: Die starken kleinräumigen (s. Landeshauptstadt Stuttgart 1996) und großräumigen Unterschiede der Begutachtungsergebnisse lassen sich durch den Mangel an anwendbaren Maßstäben erklären.

Es kann vermutet werden, daß die Gutachter empfänglicher für unterschiedliche „Stile“ in einzelnen MDKs sein könnten, weil sie nur teilweise operationalisierbare und im Gutachtenbogen operationalisierte Vorgaben haben.

(10) Neben den Problemen bei der Bestimmung des Grades der Pflegebe-

dürftigkeit führt die Vermischung der genannten Elemente zu Konfusion über das, was Pflege ist:

Aus der Gleichsetzung von Pflegebedürftigkeit mit einem bestimmten Umfang von erhaltenen Hilfen bei wenigen festgelegten Verrichtungen resultiert eine einschränkende Definition von Pflege, die die Ausgrenzung wichtiger Bestandteile einer ganzheitlichen Pflege nahelegt. Diese unpräzise Ausgrenzung ersetzt eine konkrete Beschreibung des Leistungskataloges.

Das führt zu nahezu grotesken Äußerungen in den Pflegebedürftigkeitsrichtlinien: „Haarewaschen sowie das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.“ (3.4.2, Abs. 1) oder „Unter Gehen (Ifd. Nr. 12) ist das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu verstehen.“ (3.4.2, Abs. 5)

Gravierend können die Auswirkungen bei der Betreuung Demenzkranker werden, denn die aufwendige Kommunikation mit ihnen, die Anregung zu sinnvoller Beschäftigung oder die prophylaktische Beaufsichtigung ist keine Pflege i.S. des PflegeVG.

(11) Die Bestimmung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit im PflegeVG basiert auf einer Fehlinterpretation des Infratest-Pflegeintervallmodells.

INFRATEST hat seine Pflegestufen auf der Grundlage der Häufigkeit der täglichen bzw. wöchentlichen Hilfen und der bestehenden Einschränkungen bei bestimmten Verrichtungen gebildet (Schneekloth/Potthoff 1993: 228). In den Gesetzentwurf wurde nur die Häufigkeit der Hilfen übernommen, die entscheidenden Bedingungen (Wetzler 1995: 121f.) – Einschränkungen bei Verrichtungen – entfielen jedoch. Die bloße Häufigkeit erschien im Vermittlungsausschuß jedoch als zu weiches Kriterium und so wurden die fachlich nicht haltbaren Zeitgrenzen eingeführt.

Konsequenzen

Aus dem Gesagten sind m.E. mindestens folgende *Schlußfolgerungen* zu ziehen:

1. Das PflegeVG sollte zur Bestimmung des Versicherungsfalles und von Pflegegeldstufen auf erprobte Instrumente zur Bestimmung der Einschränkungen bei der selbständigen Lebensführung zurückgreifen.
2. Das PflegeVG sollte in den Leistungskatalog pflegerisches und geriatrisches Assessment und Beratung durch kompetente Stellen aufnehmen, um bestehende Einrichtungen, die dies leisten, abzusichern und neue zu schaffen.
3. Darüber hinaus sollte die Pflegebedürftigkeit durch Demenz im Bestimmungsinstrument und im zu präzisierenden Leistungskatalog berücksichtigt werden; Pflege sollte dabei umfassender definiert werden.
4. Um Mehrkosten zu vermeiden, könnte geprüft werden, ob die Stufung und Deckelung der Sachleistungen durch eine anteilige Kostenübernahme zu ersetzen wäre.

Diese Forderungen werden zu einem Zeitpunkt, da die zweite Stufe noch nicht einmal richtig umgesetzt ist, wohl kaum Berücksichtigung finden. Das zuständige Ministerium täte allerdings gut daran, intern an einer rationaleren Gestaltung der Bestimmung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und des individuellen Leistungsumfangs zu arbeiten, um Lösungen vorschlagen zu können, wenn durch Gerichtsentscheidungen die Anforderungen an die Berücksichtigung nicht begutachtbarer gesetzlicher Vorgaben so in die Höhe getrieben worden sind, daß dadurch die Begutachtung höchst aufwendig oder unmöglich wird.

Eckhard Cappell

Dipl. Sozialwissenschaftler
und Krankenpfleger
Referent in der Behörde für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
Postfach 760 106
22051 Hamburg

Literatur

Bruder, Jens, Rolf Meyer, Lothar Voss; unveröffentlichter Zwischenbericht aus dem Modellversuch Pflegestufenbestimmung; Hamburg 1996

Handbuch der örtlichen Sozialplanung; hrsg. v. Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge; Frankfurt/M. 1986

Katz, Sidney u.a.; Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function; Journal of the American Medical Association (1963), S. 94 - 99

Klemm, Harald; Dokumentation und Arbeitsorganisation; Altenheim (1995), S. 442 - 447

Krohwinkel, Monika; Forschungsdesign und ausgewählte Ergebnisse des Modellprojekts; in: dies. (Hg.): Der pflegerische Beitrag zur Gesundheit in Forschung und Praxis; Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit Bd. 12; Baden Baden 1992, S. 22 - 38

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hg.); Resident Assessment Instrument (RAI) – System zur Klientenbeurteilung und Dokumentation; Köln 1996

Landeshauptstadt Stuttgart; Resolution des Gemeinderates der Landeshauptstadt Stuttgart zur Pflegeversicherung; Schreiben des Sozialamtes vom 1.7.1996

Lawton MP, Brody EM; Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living; Gerontologist 185. Jg. (1969), S. 179 - 186

Mahoney, Florence I., Dorothea W. Bartel; Functional Evaluation: The Barthel-Index; Maryland State Medical Journal 14 J. (1995), S. 61 - 65

Matthesius, Rolf-Gerd u.a.; ICDH. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; dt. Fassung; Wiesbaden 1995

Schneekloth, Ulrich, Peter Potthoff; Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten; Stuttgart u.a. 1993

Wahl, Hans-Werner; Kompetenzeinbußen

im Alter: Eine Auswertung zu "Activities of Daily Living" und Pflegebedürftigkeit; Zeitschrift für Gerontologie 26 Jg. (1992), S. 366 - 377

Wahl, Hans-Werner, Margret M. Balthes; Die soziale Umwelt alter Menschen: Entwicklungsanregende oder -hemmende Pflegeinteraktionen? Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie 22 Jg. (1990), S. 266 - 283

Wetzels P., W. Greve; Alte Menschen als Opfer familiärer Gewalt – Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie; Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 29 Jg. (1996), S. 191 - 200

Wetzler, Rainer; Möglichkeiten und Grenzen des ADL/IADL-Konzeptes (Activities/Instrumental Activities of Daily Living) für die Beschreibung der Alltagseinschränkungen und Alltagskompetenzen von Menschen mit Behinderungen; Sozialw. Diss.; Tübingen 1995

Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie; 28 Jg. (1995), Heft 1 und 2

Beeinträchtigungen bei AntragstellerInnen für Leistungen aus der Pflegeversicherung

Sabine Bartholomeyczik, Eva-Maria Ulmer, Monika Linhart, Gesine Schumann, Peter Tuschen

Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik referierte während der Tagung Ergebnisse einer an der Fachhochschule Frankfurt durchgeführten Sekundäranalyse von Pflegegutachten des MDK Hessen. Dabei ging es um die Frage, welche Beeinträchtigungen von Pflegebedürftigen gegenwärtig entscheidend für die Einstufung in eine der drei Pflegestufen sind. Aus den Ergebnissen lassen sich u.a. Schlüsse für die Verbesserung der Pflegebegutachtung ziehen.

Übersicht

- Einführung
- Fragestellung
- Einige methodische Bemerkungen
- Population
- Ausprägungen der Beeinträchtigungen
- Gemeinsames Auftreten von Beeinträchtigungen
- Beeinträchtigungen und Zuordnung zu den Pflegestufen
- Diskussion

Einführung

Die Begutachtungsdaten bei Anträgen auf Zahlungen aus den Pflegekassen stellen erstmalig in der BRD ein umfangreiches Datenmaterial dar, das unabhängig von gezielt durchgeführten Untersuchungen Auskunft über pflegerelevante Gesundheitsprobleme

dieser AntragstellerInnen geben kann. Umso mehr störte es, daß Auswertungen der Begutachtungsdaten auf diese Grundlagen kaum oder gar nicht eingehen, sondern evtl. medizinische Diagnosen vorstellen oder die Verteilung auf Pflegestufen; aber eben ohne die Darstellung der Bandbreite der Beeinträchtigungen.

Ausgangspunkt der hier vorgestellten deskriptiven Auswertung war die Frage, ob die Begutachtungsdaten Hinweise darauf geben können, welche prioritären Pflegeprobleme vorhanden sind, um damit auch Schlüsse für die notwendigen Kompetenzen Pflegenden ziehen zu können. Mit dieser Fragestellung hat zu tun, daß sich die vorliegende erste Analyse vor

allem mit den eher funktionalen Beeinträchtigungen beschäftigt, die im Begutachtungsbogen als „Funktionelle Einschränkungen“ und „Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) bezeichnet werden. In dem folgenden Text werden sie gemeinsam als Beeinträchtigungen bezeichnet.

Die Einstufung in die Pflegestufen erfolgt zwar anhand der im Gesetz beschriebenen sogenannten Verrichtungen, der Hilfebedarf nach „Art, Häufigkeit, zeitlichem Umfang und Prognose“ allerdings soll nach den genannten individuellen Ausprägungen von funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen erfolgen, wie es in den Begutachtungs-