

# Möglichkeiten zur Realisierung pflegewissenschaftlicher Ansätze aus Sicht der Krankenkasse

Martina Sitte

**Der Beitrag behandelt die veränderten Anforderungen an die Pflege und ihre Lösungsmöglichkeiten durch Unterstützung der Pflegewissenschaft. Er konzentriert sich dabei auf die Rolle der Laienpflege, die Aufgaben der Kranken- und Pflegekassen, die ambulante pflegerische Versorgung sowie ein neues Rollenverständnis professioneller Pflege.**

## Inhaltsübersicht

- Grundlegende Bemerkung
- Rolle der Laienpflege
- Kranken- und Pflegekasse
- Ambulante pflegerische Versorgung
- Neues Rollenverständnis

## Grundlegende Bemerkung

Die gesetzliche Krankenversicherung – und damit unser Gesundheitssystem – befindet sich in einem umfassenden, strukturellen Prozeß der Veränderung. Die Leistungsfähigkeit und die enger werdenden Finanzierungsspielräume der GKV bestimmen die Diskussion. Insbesondere die demographischen Veränderungen und die Morbiditätsentwicklung, der wachsende Fortschritt in der Medizin sowie die veränderten Ansprüche der Versicherten beeinflussen im Zusammenhang mit der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung der Bundesrepublik Deutschland diese Prozesse.

Ein Mangel an Steuerungselementen ist in unserem GKV-System unverkennbar. Für die Krankenkassen hat in der Folge der Wahlfreiheit und des Risikostrukturausgleichs die gezielte und kompetente Leistungs- und Vertragspolitik in immer größerem Maße Bedeutung erhalten. Das hat zur Folge, daß den Leistungserbringern heutzutage Krankenkassen gegenüber stehen, die die Organisation der Versorgungsstrukturen mitgestalten wollen und müssen.

Damit geht auch eine Veränderung des Selbstverständnisses der Krankenkassen von der Rolle des Kostenträ-

gers zur Rolle des Leistungsträgers einher. Die Krankenkassen sind nicht nur Payer, sondern auch Player. Dieser Rollenwandel bezieht sich nicht nur auf die Versorgung im Krankenhaus und im ambulanten ärztlichen Bereich, sondern auch auf die pflegerische Versorgung.

Ziel der Versorgung muß es sein, die richtige Menge medizinischer, pflegerischer, rehabilitativer, präventiver und sozialer Dienstleistungen für den Einzelnen zusammenzustellen und dabei auf überflüssige und fragwürdige Behandlungsweisen und Hilfen zu verzichten.

In unserem Verständnis ist Pflege als ganzheitlicher dynamischer Prozeß zu interpretieren, in dem Grundpflege, Behandlungspflege und soziale Betreuung, Prävention und Rehabilitation integriert sind und, soweit erforderlich, in Kooperation mit anderen Leistungen erbracht werden.

## Rolle der Laienpflege

Die Pflegeberufe stehen insbesondere aufgrund der Bevölkerungsentwicklung und des Wandels des Krankheitspanoramas vor neuen Herausforderungen. Wer chronisch krank ist, muß oft in schwierigen Prozessen lernen, mit seiner Krankheit zu leben und mit Komplikationen und Verschlechterung adäquat umzugehen. Pflege kann aus ihrem ganzheitlichen Verständnis heraus dabei helfen, Autonomie zu erhalten. Pflege ist deshalb mehr als nur medizin-orientierte Krankenpflege im Schatten des Arz-

tes. Sie muß integrierte Hilfen zur Alltagsbewältigung und ganzheitliche pflegerische Konzepte anbieten können. Sie muß immer dem Ziel, der Erhaltung und Wiedergewinnung größtmöglicher Selbständigkeit trotz Pflegebedürftigkeit bzw. chronischer Krankheit dienen.

Pflege ist ohne familiäre Netze und ohne die Aufgaben der Laienpflege nicht denkbar. Im AOK-Bereich werden etwa 65% der Leistungsempfänger der Pflegeversicherung ausschließlich durch Familienangehörige, Freunde und Nachbarn gepflegt. Die Familien benötigen bei der Steuerung der Pflegeprozesse professionelle Hilfe in Form von Beratung, Anleitung, Unterstützung und auch Entlastung. Dies erfordert eine verstärkte Hinwendung zu prozeßorientierten und situationsbezogenen Handlungskonzepten in der Pflege. Diese Konzepte müssen von dem Respekt vor der Individualität und der eigenverantwortlichen Entscheidungsfähigkeit des pflegebedürftigen Menschen geprägt sein.

Eine Befragung der Universität Hamburg hat ergeben, daß sich immerhin 67% der Befragten durch die Pflegeversicherung in ihrer Pflgetätigkeit anerkannt fühlen. Hier sind wir auf dem richtigen Weg. Unser Ziel ist es, auch für das restliche Drittel die richtigen Angebote zu entwickeln.

## Kranken- und Pflegekasse

Auch wir als Leistungsträger sind gefordert, wenn wir es ernst meinen

und aus unserer anwaltschaftlichen Funktion heraus für unsere Versicherten die richtigen Angebote entwickeln wollen. Dazu müssen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Versorgungsinhalte gesteuert werden.

In einigen AOK werden im Kundenservice zunehmend auch für den Bereich der Pflege „Dienstleistungszentren“ gebildet. Dort arbeiten die im Versicherungsrecht ausgebildeten Sachbearbeiter mit Pflegefachkräften, Sozialarbeitern und Abrechnungsexperten zusammen. Ziel ist ein qualifiziertes Leistungsmanagement, in dem die AOK von der passiven Rolle des Zahlenden abrückt und statt dessen den Pflegebedürftigen und seine Angehörigen aktiv begleitet. Diese Pflegefachkräfte haben dabei eine wichtige Schlüsselrolle nicht nur im Dienstleistungszentrum selbst, sondern auch bei Hausbesuchen, in Beratungsgesprächen und bei der Organisation und Durchführung von Pflegekursen.

## Ambulante pflegerische Versorgung

Lassen Sie mich an dieser Stelle noch einige Zahlen zur Versorgungssituation im Bereich der häuslichen Krankenpflege hervorheben. Wir haben dort exorbitante finanzielle Steigerungsraten zu konstatieren. Allein zwischen 1991 und 1996 sind in der GKV die Ausgaben von 1,09 Mrd. auf 3,07 Mrd. pro Jahr gestiegen. Bezieht man Ostdeutschland mit ein sind wir bei 3,68 Mrd. DM. Kostensteigende Strukturprobleme der GKV sind vom Gesetzgeber bis heute nicht gelöst worden. Der Gesetzgeber hat sich lediglich darauf beschränkt, Kosten durch eine massive Erhöhung der Zuzahlung auf die Kranken abzuschieben.

Der Sachverständigenrat zur Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen hat in seinem aktuellen Gutachten über den „Wachstumsmarkt Pflege“ diese Kostensteigerung beschrieben. Danach hat sich die Zahl der ambulanten Dienste im Zeitraum von 1993 bis 1996 um 75% auf heute etwa 11 000 Pflegedienste entwickelt. Konkret bedeutet dies am Beispiel von

Hessen, daß sich in den letzten Jahren die Zahl der Pflegedienste von 600 auf 970 erhöht hat. Die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten ist aber mit etwa 6 500 annähernd konstant geblieben.

Seit Einführung der Pflegeversicherung haben wir festgestellt, daß 60% der Leistungsempfänger in der Pflegeversicherung innerhalb von 6 Wochen nach Beginn einer professionellen Pflege auch behandlungspflegerische Leistungen beantragen. Spitzenreiter sind dabei Medikamentengabe, Einnreibungen, Blutdruckmessungen. Oftmals sind diese Verordnungen angebotsinduziert.

Dies konnte auch der Gesetzgeber nicht mehr übersehen. Im Zuge der GKV-Neuordnungsgesetze hat er vorgeschlagen, Leistungen der häuslichen Krankenpflege als Satzungsleistung zu verankern. Diese Konzeption konnte nicht zuletzt aufgrund der Interventionen der Krankenkassen rückgängig gemacht und durch die Verankerung eines Partnerschaftsmodells verändert werden. In diesem Partnerschaftsmodell verhandeln die Verbände der Leistungserbringer mit den Leistungsträgern auf der Bundesebene eine Rahmenempfehlung zur häuslichen Krankenpflege. Im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen wird parallel eine entsprechende Richtlinie zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege vereinbart.

Wir machen seitdem die Erfahrung, daß dies langwierige und schwierige Prozesse sind. Unsere Erfahrungen zeigen, daß sich die Verbände der Leistungserbringer vorwiegend für den Erhalt der heutigen Strukturen einsetzen. Es geht offensichtlich nicht darum, sich dem Strukturwandel zu stellen, sondern um den Erhalt der heutigen finanziellen Ressourcen, die neben den Einnahmen aus der Pflegeversicherung fließen müssen. Dagegen ist es unser Ziel als Leistungsträger, Steuerungsinstrumentarien zu vereinbaren und das Leistungsgeschehen transparent zu gestalten, also Markttransparenz herzustellen. Dabei sind wir auch bereit, über ein Anreizsystem zu diskutieren.

Wir müssen zur Kenntnis nehmen, daß der Gesetzgeber anscheinend

nicht bereit war, auf die – zu Recht als antiquiert diagnostizierte – begriffliche Trennung der Grund- und Behandlungspflege zu verzichten.

Bei der zu führenden Diskussion um die zukünftige versicherungsrechtliche Zuordnung der Behandlungspflege stehen für uns systematische und pflegefachliche Aspekte im Vordergrund.

Wir benötigen in der ambulanten Pflege eine saubere Abgrenzung zu den ärztlichen Leistungen. Es können nicht die Krankenhausstrukturen bruchlos auf die ambulante Pflege übertragen werden. Hier erwarten wir neben den Berufsverbänden auch Unterstützung und Definitionen von der Pflegewissenschaft. Am Beispiel der i.v. Injektionen bzw. Infusionen wird dies deutlich. Im ambulanten Bereich wird in einem relativ arztfreien Raum agiert. Pflegerische Tätigkeiten wie sie im Krankenhaus üblich sind, können aufgrund der fehlenden Arztnähe in der ambulanten Pflege problematisch sein. Dies auch aus haftungsrechtlichen Gründen, die an anderer Stelle von Seiten der Leistungserbringer immer gerne ins Feld geführt werden.

Auch stellt sich die Frage, ob die häusliche Krankenpflege den Bereich des Erkennens von Krankheiten umfaßt. Dies läßt sich am Beispiel der venösen Blutentnahme verdeutlichen. Es kann nicht sein, daß eine Leistung, die in der ambulanten Versorgung schon über die ärztliche Tätigkeit pauschal pro Quartal als Bestandteil der Ordinariatsgebühr vergütet wird, dem Pflegedienst als behandlungspflegerische Leistung noch einmal – und damit doppelt – vergütet wird. Das können wir auch gegenüber unseren Beitragszahlern nicht verantworten.

Diese Beispiele machen deutlich, wie wenig diese Zuordnung mit einer konkreten Pflegesituation zu tun hat. Sie ist letztlich Ergebnis einer Einzelleistungsorientierung statt einer prozessorientierten, ganzheitlichen Arbeitsorganisation. Hier gilt es mit Hilfe der Pflegewissenschaft Modelle und Arbeitsorganisationen für den ambulanten *und* den stationären Bereich zu entwickeln.

Basieren müßten diese Modelle auf Pflege-Assessment-Verfahren, mit

denen pflegerische Anamnese und individuelle Pflegeplanung erhoben werden. Ein gutes, vielleicht das derzeit beste – bekannte – Verfahren ist das RAI. Mit diesem Beurteilungssystem können beispielsweise Patientengruppen/Bewohnergruppen identifiziert werden, die einen gleichen oder sehr ähnlichen Hilfebedarf haben. Darauf können auch Personalbemessungsverfahren aufgesetzt werden. Wir kennen aus der Schweiz dazu das PLAISIR-Verfahren für die stationäre Pflege. Diesen Instrumenten gemeinsam ist deren Orientierung am Bedarf des Versicherten. Diese Instrumente sind im Ausland entwickelt worden und werden derzeit auf ihre Tauglichkeit im bundesdeutschen System der Altenhilfe von der Pflegewissenschaft analysiert und modifiziert. Wir erwarten hier interessante Ergebnisse für den ambulanten und stationären Pflegebereich.

Vielleicht können langfristig daraus situationsbezogene und komplexe Pflegepauschalen entwickelt werden. Einen Weg dorthin haben wir im Bereich der Pflegeversicherung über die Leistungskomplexe gewählt. Sie kommen dem Aspekt einer ganzheitlichen Pflege eher näher als eine Einzelleistungsorientierung, die letztlich nur in die Menge geht.

## Neues Rollenverständnis

Professionelle Pflege muß mit Hilfe der Pflegewissenschaft die fachliche Diskussion führen, wie eine qualitativ hochwertige Pflege für alle diejenigen erbracht werden kann, die sie benötigen. Es muß zukünftig verdeutlicht werden, welche pflegerischen Aufgaben delegiert werden können und welche in jedem Fall Pflegefachkräften überlassen bleiben. Diese fachliche Diskussion hat vor gut zwei Jahren Prof. Bartholomeyczik, Lehrstuhlinhaberin an der Fachhochschule Frankfurt eingefordert. Sie sagt weiterhin (1996: 46): „Eine hohe Pflegequalifikation muß nicht unbedingt vom Patienten weg führen, wie das bisher meist der Fall war. Sie führt aber wahrscheinlich von vielen Dingen weg, die bisher als zentrale Pflegeaufgaben wahrgenommen wurden. Qualifikation wird eher benötigt für die Beurtei-

lung von Pflegenotwendigkeiten, also für die Erstellung von Pflegediagnosen und Pflegeplänen, während eine Reihe von Maßnahmen sicher delegiert werden kann. Ebenso wird die Evaluation pflegerischer Maßnahmen nur mit einer guten Qualifikation möglich sein.“

Auch Hilde Steppe hat zuletzt in unserer Veranstaltung „AOK im Dialog“ zum Thema „Innovation in der Pflege“ in Berlin betont, daß Pflege ein neues professionelles Selbstverständnis entwickeln muß. Pflege spielt letztlich eine subsidiäre Rolle gegenüber anderen Pflegepersonen im Rahmen eines Aushandlungsprozesses zwischen Professionellen und Laien. Pflegepersonen sind bezogen auf den Einzelfall kompetente und damit ernstzunehmende Partner fachlicher Pflege.

Der Wert professioneller Pflege wird durch die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten durch Angelernte grundsätzlich dann nicht beeinflusst, wenn die Entscheidungskompetenz über die konkrete Beteiligung und Einbeziehung anderer Personen bei der professionellen Pflege liegt und die erforderliche Zeit, Schulung und Kontrolle zugestanden wird. Die professionelle Kompetenz wird dadurch nicht eingeschränkt, sondern bestätigt. Wesentlich ist die Entscheidung, wer die Pflege übernimmt. Dies muß der verantwortlichen Pflegefachkraft aufgrund ihrer Kenntnis der konkreten Situation vorbehalten bleiben. Eine nachvollziehbare Begründung ist erforderlich.

Perspektivisch bedeutet dies, daß wir nachvollziehbare und kontrollierbare Indikatoren für den Schweregrad verschiedener Pflegesituationen erarbeiten müssen, nach dem Art und Umfang fachpflegerischer und nicht fachpflegerischer Leistungen ermittelt werden. Für diesen „situationsbezogenen Pflegebedarf“ müßten selbstverständlich Instrumente der Evaluation im Sinne einer ergebnisorientierten Pflege entwickelt werden. Geplante und evaluierte Pflegeprozesse sind besser geeignet, Nachvollziehbarkeit und Qualitätsorientierung für Pflegebedürftige, Leistungserbringer und Leistungsträger zu sichern.

Damit könnte Pflege einen umfas-

senden Beitrag zur gesamten Versorgungsqualität leisten, der auch präventive und rehabilitative Aspekte mit einbezieht. Hier sehen wir weitere wichtige Aufgaben für die Pflegewissenschaft. Ich zweifle nicht daran, daß dies auch schon heute Gegenstand ihrer Forschung ist.

Zusammenfassend bezieht sich pflegefachliche Qualifikation auf:

- Σ Feststellung der Pflegenotwendigkeit,
- Σ die Pflegeprozeßplanung,
- Σ die Evaluation,
- Σ die Anleitung Angehöriger sowie auf
- Σ die am individuellen Bedarf der Versicherten orientieren Einsatzplanung.

Der Konsens über diese Aufgabebereiche wurde nach meinem Verständnis im Rahmen der Diskussion über „Vorbehaltsaufgaben der Pflege“ gebildet. Auch wenn die bestehenden rechtlichen Grundlagen derzeit keine Basis für derart „exklusive“ Aufgabebereiche bilden, gilt es dennoch, dieses berufspolitisch weiter zu forcieren.

Für diesen Wandel im Berufsverständnis, für diesen Bedarf an Erweiterung und Anpassung pflegerischer Kompetenz ist die professionelle Pflege nicht ausreichend gerüstet.

Stichworte sind hier:

- Σ Reformbedarf der Pflegeausbildung,
- Σ fehlende Beschreibung gemeinsamer Standards,
- Σ unzureichende Pflegeprozeßplanung und Dokumentation,
- Σ mangelnde Transparenz der erbrachten Leistungen und
- Σ mangelnde Instrumente zur Evaluation der Ergebnisqualität.

Bei der Einforderung des Reformbedarfs der Pflegeausbildung finden sie uns an Ihrer Seite. Dies haben wir zuletzt in einer Stellungnahme gegenüber dem zuständigen Bundestagsausschuß zur Beratung des Altenpflegegesetzes deutlich gemacht.

Die Einführung der Pflegeversicherung hat wesentlich die Rahmenbedingungen für die Entwicklung eines

neuen Rollenverständnisses in der Pflege beeinflußt.

- Σ⇒ Pflegefachkräfte erfüllen verantwortliche Leitungsvoraussetzungen in ambulanten Pflegediensten oder im Pflegeheim.
- Σ⇒ Sie können erstmals direkt ohne ärztliche Verordnung Pflegehilfsmittel organisieren.
- Σ⇒ Pflegefachkräfte übernehmen erstmals Aufgaben als Gutachter in den MDK. Weit über 500 Pflegefachkräfte sind dort inzwischen tätig.
- Σ⇒ Pflegefachkräfte haben über das SGB XI die Verantwortung für die Beratung und Anleitung der Laienpflege in der Häuslichkeit übertragen bekommen.
- Σ⇒ Darüber hinaus haben Pflegeberater in den Pflegekassen mit Beratungs- und Koordinierungsfunktionen Aufgaben übernommen, die vorher nicht möglich gewesen sind.

Pflegefachkräfte üben also eine wichtige Schnittstellenfunktion aus und können damit einen wesentlichen Beitrag zur Vernetzung leisten. Dieses neue Rollenverständnis wird nach unserer Einschätzung im Wirkungskreis der Pflegeversicherung und in der ambulanten Pflege stärker gefördert werden können als im Bereich der Akutversorgung, insbesondere in Krankenhäusern.

Da Pflege auf diese Prozesse nur unzureichend eingestellt ist, kommen auch hier unmittelbar Aufgaben auf die Pflegewissenschaft zu. Es muß gelingen, Probleme der Praxis in die Pflegewissenschaft zu transportieren und es bedarf der Instrumente, um die Ergebnisse der Pflegewissenschaft in die Praxis zurück zu transportieren. Hier darf sich die Pflegewissenschaft nicht von anderen akademischen Disziplinen unterscheiden. Wenn es der Pflegewissenschaft gelingt, für die von

uns – ausschnittartig – aufgezeigten Anforderungen Lösungen vorzuschlagen, sehe ich eine Vielzahl von Chancen und Möglichkeiten, pflegewissenschaftliche Ansätze zu realisieren.

*Martina Sitte  
Krankenschwester,  
Dipl. Politikwissenschaftlerin  
AOK-Bundesverband,  
Abteilung Pflege  
Postfach 20 03 44, 53170 Bonn*

## Literatur

**Bartholomeyczik, Sabine (1996):** Pflege zwischen Wissenschaftsanspruch und ritualisiertem Handwerk. In: Dr. med Mabuse, 21. Jg., Nr. 100 (März/April), S. 42–46

**AOK-Bundesverband (Hrsg.) (1997):** AOK im Dialog. Innovation in der Pflege ein Weg aus dem Dilemma. AOK-Bundesverband, Bonn