

Barbara Christine Reisach

Probleme bei der Begutachtung von Kindern

When children are assessed under the terms of care insurance the decisions of Assessors are overruled two to one. The assessment of nursing needs as carried out by the Assessment Branch of the Medical Insurance Companies (MDK) does not distinguish between children and adults. The increased demands of a sick child when compared with a healthy one can only be judged after the consideration of many factors. The time allocated for the care of healthy children is according to the Assessment Guidelines not based on scientific research. This time allowance does not correspond to an individual child's needs. Children with certain illnesses are disadvantaged in the Assessment Guidelines and validity of care assessment for physically handicapped and mentally handicapped children differs. The Assessor must create an atmosphere of trust during assessment.

Bei der Begutachtung von Kindern im Rahmen der Pflegeversicherung kommt es gehäuft zu Widersprüchen gegen das Begutachtungsergebnis. Der dafür verwendete Erhebungsbogen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) unterscheidet nicht zwischen Kindern und Erwachsenen. Der Mehrbedarf eines kranken Kindes im Vergleich zu einem gleichaltrigen gesunden Kind ist nur unter Berücksichtigung vieler Einflussfaktoren zu beurteilen. Die in den Begutachtungsrichtlinien vorgeschlagenen Zeiten für die Versorgung eines gesunden Kindes je nach Alter beruht nicht auf wissenschaftlichen Ergebnissen. Die angesetzten Pflegezeiten werden einer individuellen Kinderpflege nicht gerecht. Kinder mit bestimmten Krankheiten werden durch die Begutachtungsrichtlinien benachteiligt. Auch fällt die Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und geistig behinderten Kindern unterschiedlich aus. Im Erhebungsgespräch muss der Sachverständige bestrebt sein, eine Atmosphäre des Vertrauens zu schaffen.

Mit Einführung der Pflegeversicherung 1995 haben nicht nur Erwachsene, sondern auch Kinder Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung. Zwar hat die Einführung der Pflegeversicherung tendenziell auch bei Kindern zu einer besseren Pflegeversorgung geführt. Ein Grundproblem der Pflegeversicherung konnte in den 10 Jahren seit Einführung der Pflegeversicherung nicht gelöst werden: Eine individuelle, speziell auf die Bedürfnisse von Kindern ausgerichtete Begutachtung findet nach wie vor nicht statt. Es ist mir keine Studie bekannt, die sich mit der Zufriedenheit speziell bei Eltern mit chronisch kranken Kindern befasst. Nach Raimund Schmid (2003) ist die Zahl der Widersprüche gegen Gutachten im Fall pflegebedürftiger Kinder doppelt so hoch wie bei Erwachsenen. Im dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung im November 2004 wird ebenfalls vermerkt, dass relativ häufig Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis bei Kindern eingelegt werden (Deutscher Bundestag Drucksache 15/4125: 45). Als Erklärungsversuch wird genannt, dass die Festlegung, wie hoch

ein alterstypischer Hilfebedarf ist, bei vielen Eltern auf Unverständnis stößt und zu Widersprüchen führt.

Rund 3,8 Prozent bzw. rund 50.000 Kinder aller zu pflegenden Personen in Deutschland sind Kinder im Alter zwischen 0-12 Jahren (Schmid 2003). Chronisch kranke und behinderte Kinder werden überwiegend zu Hause von Eltern oder Angehörigen versorgt und gepflegt. Besteht Pflegebedürftigkeit eines Kindes voraussichtlich länger als 6 Monate, muss der dazu nötige Zeitaufwand in Minuten angegeben werden, um die Staffelung des anfallenden Pflegebedarfs in die entsprechende Pflegestufe vornehmen zu können. Auch für Kinder gilt der Grundpflegebegriff des Sozialgesetzbuch XI (SGB XI) mit den 20 abschließend definierten Verrichtungen. Kinder sind jedoch keine kleinen Erwachsenen, sondern sie folgen ihren eigenen Gesetzen in der körperlichen, motorischen und geistigen Entwicklung. Die vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) empfohlenen Messinstrumente Denver Entwicklungstest oder Griffith Skalen kommen in der praktischen Begutachtungssituation nach meiner langjährigen Erfahrung als unabhängige Pflegesachverständige und Sichtung von Hunderten von Gutachten über Kinder so gut wie nie zum Einsatz.

Da das Erhebungsinstrument des MDS in den Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen (2001) für Erwachsene und Kinder gleich ist, kommt es fast zwangsläufig zu Problemen in der Datenerhebung und in der anschließenden Bewertung. Einige wesentliche Problemfelder seien hier benannt:

1. Eltern erhalten bei Antragstellung von ihrer Pflegekasse ein Pflegetagebuch ausgehändigt, in dem sie ihre individuell benötigten Zeiten für die jeweiligen Verrichtungen des täglichen Lebens nach SGB XI eintragen sollen. Zu einem späteren Zeitpunkt führen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) einen Hausbesuch durch und befragen die Eltern der kranken Kinder zum anfallenden Hilfebedarf. Im anschließenden schriftlichen Gutachten übernehmen sie die gehörten Minutenangaben oder machen Abstriche, sollte der Umfang der Pflege fachlich nicht nötig erscheinen oder im Sinne des SGB XI nicht berücksichtigungsfähig sein.

Das konkrete Pflegeverhalten der Erwachsenen, das sich in den Beschreibungen von erbrachten Pflegehandlungen widerspiegelt, wird vielfach beeinflusst durch

- soziale Schicht,
- Pflegeerwartungen,
- Messproblematik bei der Pflegezeitbestimmung,
- Geschwisterzahl,
- bauliche Voraussetzungen etc.

Neben der Bandbreite von Einschätzungen über der Frage, wie viel pflegerische Versorgung nötig ist, birgt der Vorgang der zeitlichen Einschätzung die Frage in sich, wie viel Hilfebedarf hätte ein gleichaltriges gesundes Kind. Es wird in den Zeitangaben des MDS nicht offen gelegt, ob bei den Zeitkorridoren des notwendigen Hilfebedarfs bei gesunden Kindern je nach Altersgruppe immer die oberste Perzentile an Entwicklung

bei den gesunden Kindern herangezogen wurde oder immer die Zeitangaben der sich langsamer entwickelnden Kinder.

2. In der Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) findet sich eine Tabelle mit Minutenangaben des Hilfebedarfs für gesunde Kinder zur Orientierung für die MDK Gutachter. Diesen Zeitwerten legte man als Quelle eine Datensammlung für die Kalkulation der Kosten und des Arbeitszeitbedarfs im Haushalt zugrunde, herausgegeben vom Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e.V. 1993 (KTBL 1991). Diese Angaben beruhen auf 3 bis 10 bäuerlichen Familien mit (meist) gesunden Kindern in den 60er Jahren. In Ermangelung anderer Zahlen zum Hilfebedarf gesunder Kinder hat sich der MDS im Rahmen der Einführung der Pflegeversicherung dieser Zahlen von 3 bis 10 Stichproben von vor 40 Jahren bedient und als Maßstab hergenommen, wenn es gilt den Hilfebedarf eines chronisch kranken oder behinderten Kindes, dessen Einschränkungen länger als 6 Monate andauern müssen, einzuschätzen.

Im Begutachtungsverfahren muss der Pflegegutachter den Hilfebedarf im Rahmen der definierten Verrichtungen nach §14 SGB XI bei einem kranken Kind erheben. Anschließend muss als nächster Schritt der Hilfebedarf abgezogen werden, den ein gleichaltriges gesundes Kind haben würde. Dazu werden diese nicht wissenschaftlich erhobenen Daten des MDS hergenommen.

Übergangsweise hat das Bundessozialgericht dieses Vorgehen als Provisorium für die ersten 5 Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 akzeptiert. Im dritten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung 2004 wird angegeben, dass es gegenwärtig keine bekannten Verfahren für eine bessere und zeitgenauere Ermittlung der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung gibt. Eine nochmalige Überprüfung der bisherigen pflegewissenschaftlichen Ergebnisse durch die Spitzenverbände der Pflegekassen, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung (BMGS) durchgeführt wurde, hat diese Sachlage bestätigt. Angesichts dieser Überprüfungsergebnisse hat das BMGS deshalb der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte ohne zeitliche Befristung am 23. Oktober 2003 zugestimmt (Deutscher Bundestag Drucksache 15/4125: 45: 40).

Verschiedene MDK Bezirksstellen brachten seit 1997 eigene Zeittabellen für ihre Gutachter in Umlauf, die alle auf Erfahrungen von regional tätigen Arbeitsgruppen beruhen. In dieser Zeittabelle des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen wurden diese Zeitangaben in den ursprünglich sehr großen Zeitabschnitten von 0-1 Jahren, 1-2, 2-3, 3-6 und 6-12 Jahren nun in 3 Monatsschritte unterteilt. Auch wenn die Bemühungen einzelner regionaler Gruppen des MDK für eine differenziertere Grundlage anzuerkennen sind, bleibt die Tatsache: Diese Zeitwerte beruhen auf keiner wissenschaftlichen Grundlage.

Jährlich werden nach Auskunft des MDS jährlich rund 14.000 Kinder vom MDK begutachtet unter Verwendung dieser nicht validen Zeittabelle.

Der Hilfebedarf des Kindes nimmt auch nicht linear ab, wie es die vom MDK verwendete Tabelle Glauben machen will. So gilt zum Beispiel für die Entwicklung der Mobilität des gesunden Kleinkindes, dass nach dem Erreichen des freien Ganges der Überwachungs- und Betreuungsbedarf erstmal steigt. Im Zusammenhang mit den Verrichtungen des täglichen Lebens bedeutet dies einen Mehraufwand für die Pflegeperson, der später bei einem gesunden Kind mit entsprechender geistiger Entwicklung deutlich sinkt.

3. Wissenschaftliche Arbeiten über den Hilfebedarf von gesunden Kindern hat es zwischenzeitlich in Ansätzen gegeben. Einige Veröffentlichungen über die Stellung des Kindes im Rahmen des SGB XI und ihre Benachteiligung in der derzeitigen juristischen Handhabung und den MDK-Richtlinien existieren z.B. von Hädicke (2001) und Häußler u.a. (2002). Besonders die Abschlussarbeit von Lange, Albrecht, Dammann, Teimori und Wessel (1999) widmet sich ebenfalls der Problematik in der Begutachtung von Kindern und den abzuziehenden Werten von gesunden Kindern. Die Fallzahl mit 81 Fragebögen war als Gelegenheitsstichprobe begrenzt. Es wurde darin konkret versucht, die Altersgrenze herauszufinden, ab wann ein Kind in der Grundpflege seiner Versorgung selbständig ist. Die Jahre, in denen sich Unterstützung und teilweise Selbständigkeit überlappen, wurde nicht beleuchtet. Es wurden auch keine Zeitwerte ermittelt. Sie fanden heraus, dass es quantitative Unterschiede bei den Altersangaben der selbständigen Ausführung von Tätigkeiten gab in Bezug auf die vorhandene Literatur und die Angaben des MDS.

4. Interdisziplinäre Bestandsaufnahmen und sozialmedizinische Veränderungsprojekte der Arbeitsgruppe Kinderpflege (1998-2000) unter der Leitung von Dr. med. Diener aus Schömburg (2000) konstatierten, dass die angesetzten Pflegezeiten den Erfordernissen einer individuellen Kinderpflege nicht gerecht werden.

Wichtige Zusatzaspekte wie

- Körperkontakt,
- Personenkonstanz,
- Spiel,
- Gruppenaktivitäten mit Gleichaltrigen,
- die Trotzphase als einer der Entwicklungsschritte,
- das spielerische Nachahmen von Tätigkeiten,
- der Besuch des Kindergartens oder Schule

bestimmen eine Pflegesituation wesentlich mit. Dafür gibt es aber keine Handlungsempfehlung in den Begutachtungsrichtlinien, in wieweit diese Aspekte für die Analyse des fachlich notwendig erachteten Hilfebedarfs eine Rolle spielen. Indem sie nicht mal benannt werden, wird es dem einzelnen Gutachter überlassen, in wie weit er diese Aspekte in Verbindung mit der geschilderten Form der Hilfe bringt. Das Erhebungsinstrument des MDK ist nicht auf kindgerechte „Aktivitäten des täglichen Lebens“ angepasst.

Bei Antragstellung zu Leistungen der Pflegeversicherung müssen ursächliche Erkrankungen und Behinderung nachgewiesen werden können. Grundlage des Hilfebedarfs ist die individuelle Schwere und Ausprägung einer Krankheit oder Behinderung bei Kindern. Die Schwierigkeit dabei liegt in den Varianten der kindlichen Entwicklung bei gesunden Kindern und erst recht bei kranken Kindern und die Auswirkungen der Erkrankung in diesem Entwicklungsstadium auf ihre Alltagskompetenz bei den Verrichtungen des täglichen Lebens. In der soziologischen Forschung ist längst belegt, wie unter anderem Kultur, soziales Umfeld, Wohnumgebung und sozioökonomische Bedingungen in den Familien die Wahrnehmung des Betrachters von „gesunder“ und „gestörter“ Entwicklung prägen.

5. Der Grundpflegebegriff in der Pflegeversicherung lässt viele Pflegedimensionen unberücksichtigt. Es gibt Krankheiten, die im sozialrechtlichen Sinne gefördert werden, wenn sich der anfallende Hilfebedarf ganz konkret in den Katalogverrichtungen des SGB XI wieder findet. Es gibt aber auch solche, die keine vergleichbare Unterstützung finden. Zu nennen sind hier beispielsweise Kinder mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz und Kindern mit Diabetes mellitus, die Blutzuckermessungen und Insulinverabreichung benötigen. Auch verhaltensgestörte Kinder oder Kinder mit dem Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS) fallen mit ihrem Hilfebedarf durch die Maschen der Begutachungskriterien. Benachteiligt werden Kinder mit Krankheiten, die einen hohen Behandlungspflegeanteil oder einem hohen Beaufsichtigungsbedarf haben. Der Aufwand für die Behandlungspflege ist im Gegensatz zur Grundpflege in der Begutachtung nur eng begrenzt berücksichtigungsfähig. Hier wirken sich die unterschiedlichen Finanzierungsströme von Pflegekasse und Krankenversicherung negativ aus. Der allgemeine Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf ist nicht berücksichtigungsfähig. Hier entsteht zum einen eine große Bandbreite der Auslegung durch den Gutachter und andererseits geht es völlig gegen das Fürsorgeverständnis einer Pflegeperson, die das Kind 24 Stunden lang pflegt.

6. Der Begriff der Grundpflege wird in der Pflegewissenschaft abgelehnt (Meyer 1998). Sozialrechtlich ist der Begriff Grundpflege besonders im Sozialgesetzbuch XI neu definiert worden mit den 14 Verrichtungen des Grundpflegebedarfs und 6 Verrichtungen der hauswirtschaftlichen Versorgung. In der stationären Versorgung wird aber nicht von „Grundpflege“, sondern von „allgemeiner Pflege“ gesprochen. Damit sind psychosoziale und kommunikative Komponenten eingeschlossen. Für den stationären Bereich wird also angenommen, dass die Beschränkung auf Grundpflege eine Vernachlässigung der humanen Bedürfnisse sei (Cappell/Meyer 1996). In der häuslichen Versorgung sind die psychosozialen und kommunikativen Komponenten ausgeschlossen. Dieses unterschiedliche Begriffsverständnis je nach Aufenthaltsort des pflegebedürftigen Menschen ist nicht logisch und benachteiligt Kinder, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden.

7. Einflussnahme in die Begutachtung geschieht auch durch den Gutachter. Seine Vorannahmen bzw. blinden Flecke und die Fähigkeit eine Gesprächsatmosphäre mit

dem Kind, aber auch mit den Eltern zu gestalten, dürfen für die Qualität der Datenerhebung nicht unterschätzt werden (Reisach 2001).

8. Krankheitsspezifische Einflüsse betreffen verschiedene Entwicklungsbereiche eines Kindes. So ist es zum Beispiel im Alter von 12 Jahren einem Mädchen mitunter wesentlich peinlicher dem Gutachter ihren durch viele Operationen rekonstruierten Genitalbereich zu zeigen, als dies mit 6 Jahren der Fall ist, weil sie erkennt, dass sie anders ist als die anderen und sich nicht mehr entblößen will. Dieses Schamgefühl bestimmt den täglichen Pflegeaufwand maßgeblich je nach Entwicklung des Kindes. Bei einem Kind mit Spina bifida werden durch die Lähmung der unteren Extremitäten auch die motorische Entwicklung der Hände und das Gleichgewichtsgefühl beeinflusst. Kommunikative und differenzierte Kenntnisse zu Krankheitsbildern und Behinderungen speziell im Kindesalter sind nötig für eine kompetente Pflegebegutachtung. Eine Überprüfung der Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und geistig behinderten Kindern ergab, dass die Validität unter den Pflegegutachtern bei Kindern mit körperlicher Behinderung hoch war. Die Korrelation zwischen dem Hilfebedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens und der Einordnung in eine der drei Pflegestufen war bei den geistig behinderten Kindern gering (Häußler et al. 2002).

Ausblick

Wegen der dargelegten Schwachstellen halte ich aus pflegewissenschaftlicher Sicht das verwendete Erhebungsinstrument des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände (MDS) bei der Begutachtung von Kindern für ungeeignet. Solange dieses Erhebungsinstrument aber verwendet wird, sollten die Zeiten für den Hilfebedarf eines gesunden Kindes auf wissenschaftlich fundierte Beine gestellt werden. Im Anspruch auf eine Gleichbehandlung vor dem Gesetz unter Berücksichtigung der individuellen Situation steht eine Evaluierung des altersentsprechenden Hilfebedarfs in der Grundpflege bei gesunden Kindern unter Berücksichtigung der Vorgaben der Pflegeversicherung aus. Damit kann kranken Kindern ein gerechterer Zugang zu Leistungen der Pflegekassen ermöglicht werden.

Im Rahmen meiner Doktorarbeit an der Universität Witten/Herdecke beschäftige ich mich mit der Auswertung der Daten von 1800 verteilten Fragebögen an Eltern gesunder Kinder im Alter zwischen 0-6 Jahren. Dabei geht es spezifisch um die Verrichtungen des täglichen Lebens nach SGB XI. Interessant dürfte der Vergleich der dadurch gewonnenen Zeittabelle mit der Tabelle des MDS werden.

Literatur

Begutachtungsrichtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches in der Fassung vom 22.08.2001
Cappell E.; Meyer J.A. (1996): Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Pflege. PflGe 2:3-7
Deutscher Bundestag Drucksache 15/4125: 45: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. 2004:45

- Diener, W. (2000): Arbeitsgruppe Kinderpflege (1998-2000).Schömberg
- Hädicke, U. (2001): Die Stellung des Kindes im Rahmen der Pflegeversicherung. Diplomarbeit an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
- Häußler, M. u.a. (2002): Validität der Pflegebegutachtung bei körperbehinderten und bei geistig behinderten Kindern, in: Gesundheitswesen 2002, 64:527-533
- KTBL (1991): Datensammlung Haushalt. Hrsg. Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e.V., Münster-Hiltrup
- Lange, S. u.a. (1999): Gepflegtes Unrecht? Werden Kinder im Rahmen der Begutachtung zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit gerecht eingestuft?. Abschlussarbeit Fachhochschule Osnabrück
- Meyer, J. A. (1998): Deckblatt. PflGe 2:1-6
- Reisach, B. C. (2002): Ein Pflegebedürftiger – drei Gutachten- Eine Analyse von Sachverständigengutachten zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit: Differenzen, Konsequenzen, Forderungen für die Praxis. Hannover Schlütersche
- Schmid, R.: Pflegebedürftige Kinder lassen sich nicht wie Erwachsene begutachten.<
<http://www.aerztezeitung.de>>[2003-04-24]

Barbara Christine Reisach, Master of Science in Nursing, MScN
Wittener Institut für angewandte Pflegewissenschaft, Alfred-Herrhausen-Straße 44
58455 Witten, b.reisach@wifap.de

Schlüsselwörter

Pflegeversicherung, Kinder, Pflegebedürftigkeit, Assessment, Gutachter, Pfl egetagebuch, Zeitorientierungswerte, MDK

Franziska Fichtmüller

Handlungstheoretische Reflexionsebenen in der Pflegedidaktik

Ein Instrument zur Analyse von Handlungsbegriffen
in pflegedidaktischen Zusammenhängen

The working group education of the German Society for Nursing Science takes up current developments of the nursing education in a critical way. This article intends to start a broad discourse on the concept of action in the vocational education for nurses. In addition, after a short theoretical explanation parts of an instrument are presented to the analysis concepts of action. This instrument makes a criterion-led investigation possible of the concept of action in different didactical concepts for nursing, which is exemplary pointed out.

Die Sektion Bildung der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft greift aktuelle Entwicklungen in der Pflegebildung kritisch auf. Mit diesem Artikel wird ein breiter Diskurs zum Handlungsbegriff in der pflegeberuflichen Bildung angeregt. Dazu werden nach