

Thomas Gaertner, Barbara Gansweid, Hans Gerber, Friedrich Schwegler,
Ulrich Heine (Hrsg.)

Die Pflegeversicherung

Thomas Gaertner, Barbara Gansweid,
Hans Gerber, Friedrich Schwegler, Ulrich Heine (Hrsg.)

Die Pflege- versicherung



Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung,
Beratung und Fortbildung

3., aktualisierte, überarbeitete und
umfassend erweiterte Auflage

DE GRUYTER

Herausgeber

Dr. med. Thomas Gaertner

Leiter Stabs- und Servicebereich Wissen und Kommunikation MDK Hessen
Zimmersmühlenweg 23 · 61440 Oberursel
E-Mail: t.gaertner@mdk-hessen.de

Dr. med. Barbara Gansweid

Leiterin Fachreferat Pflege
Leiterin Sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 2)
MDK Westfalen-Lippe
Hermannstraße 1 · 33602 Bielefeld
E-Mail: bgansweid@mdk-wl.de

Dr. med. Hans Gerber

Leitender Arzt / Leiter Sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 2) MDK Bayern
Haidenauplatz 1– 5 · 81667 München
E-Mail: hans.gerber@mdk-bayern.de

Dr. med. Friedrich Schwegler

Grundsatzreferent Pflegeversicherung
MDK Nordrhein
Cäcilienkloster 6 · 50676 Köln
E-Mail: f.schwegler@mdk-nordrhein.de

Dr. med. Ulrich Heine

Geschäftsführer MDK Westfalen-Lippe
Roddestraße 12 · 48153 Münster
E-Mail: uheine@mdk-wl.de

Das Buch enthält 25 Abbildungen und 63 Tabellen.

Im Hinblick auf einen verständlichen und flüssigen Sprachstil wurde an verschiedenen Stellen im Text auf die Ausformulierung in der weiblichen Sprachform verzichtet.

ISBN: 978-3-11-030287-5

e-ISBN: 978-3-11-030362-9

Library of Congress Cataloging-in-Publication Data

A CIP catalog record for this book has been applied for at the Library of Congress.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzdrukken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Die Wiedergabe der Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dergleichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen. Vielmehr handelt es sich häufig um gesetzlich geschützte, eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

© 2014 Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston

Satz: fidus Publikations-Service GmbH, Nördlingen

Druck und Bindung: Hubert & Co. GmbH & Co. KG

Einbandabbildung: Yuri Arcurs/Hemera/Thinkstock

© Gedruckt auf säurefreiem Papier

Printed in Germany

www.degruyter.com

Geleitwort

Die Neuauflage des Handbuchs „Die Pflegeversicherung“ erscheint, nachdem der Bundesgesundheitsminister in der beendeten Legislaturperiode das „Jahr der Pflege“ ausgerufen hatte und das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz in Kraft getreten ist. Trotz vielversprechender Absichten der Politik, insbesondere hinsichtlich der Verständigung auf einen neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Umsetzung, sind tiefgreifende und notwendige Anpassungen der sozialen Pflegeversicherung ausgeblieben. Die neue Bundesregierung wird somit Antworten auf drängende Fragen zur Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit und der nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung finden müssen. Dennoch sind durch die Verabschiedung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes im Jahr 2012 einige Neuerungen in leistungs- und vertragsrechtlicher Sicht sowie zur Sicherstellung der Qualität in Pflegeeinrichtungen umgesetzt worden. Als wesentlicher Akteur der „Pflegeselbstverwaltung“ hat der GKV-Spitzenverband aufgrund veränderter gesetzlicher Grundlagen unter anderem die Begutachtungs-Richtlinien, die Richtlinien zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren und die Richtlinien zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen erstellt bzw. überarbeitet.

Ein anderer wesentlicher Akteur im Bereich der sozialen Pflegeversicherung ist die MDK-Gemeinschaft unter Federführung der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ (SEG 2) mit ihren vielfältigen Aufgaben im Bereich der Pflegebegutachtung und der Qualitätsprüfung von Pflegeeinrichtungen. Sie hat aufgrund ihres sachverständigen Versorgungsauftrages wesentlichen Anteil an der Umsetzung sowie Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung und reflektiert ihren Erfahrungsschatz zum Wohle der Solidargemeinschaft unter anderem in Form eines solchen Handbuchs. Bereits die ersten Auflagen des Handbuchs zur Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung im Rahmen der Pflegeversicherung haben sich als umfassender und informativer Ratgeber zu allen Fragen der sozialen Pflegeversicherung etabliert. Dass dieses Nachschlagewerk jeweils schnell vergriffen war, zeigt das große Interesse an dem in diesem Buch zusammengefassten Sachverstand zu allen Fragen des Elften Sozialgesetzbuchs und dessen praktischer Umsetzung. Ich freue mich daher über die nunmehr dritte und in Teilen ergänzte Auflage des Handbuchs. Das Themenspektrum wurde um wichtige Fragen der Pflegeversicherung ergänzt. Neben sinnvollen inhaltlichen Vertiefungen einzelner Abschnitte wurden unter anderem Ausführungen zu Aspekten der Versorgung pflegebedürftiger Menschen und zur Situation pflegebedürftiger Menschen neu in das Werk aufgenommen.

Das vorliegende Handbuch ist aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes eine informative, umfassende und praxisrelevante Handlungsgrundlage. Es ist unverzichtbar für alle Akteure im Bereich der sozialen Pflegeversicherung.

Gernot Kiefer

Vorstand GKV-Spitzenverband

Grußwort

Die wegweisenden Untersuchungen von Salomon Neumann und Rudolf Virchow aus der Mitte des 19. Jahrhunderts belegten die wechselseitige Bedingtheit von psychosomatischem Wohlergehen und sozialer Lage. Diese Interdependenz wird mittels moderner epidemiologischer Analysen und der öffentlichen Berichterstattung seitens der Institutionen im Gesundheitswesen zunehmend differenzierter verstanden. Die Einsichten in die im wahrsten Sinne des Wortes Notwendigkeiten des Einzelnen und die Erkenntnis des gesellschaftlichen Reformbedarfs prägen über ihre naturwissenschaftliche Grundlegung hinaus die Auffassung von Medizin als einer sozialen Wissenschaft – in spezifischer Ausprägung als soziale Medizin in ihren Ursprüngen europaweit und als Sozialmedizin seit den 1960er Jahren in der prosperierenden Bundesrepublik. Kranksein und gerade auch Hilfebedürftigkeit gelten nicht mehr ausschließlich als private Angelegenheiten, als Erscheinungsformen persönlichen Schicksals oder als Folgen individueller Lebensformen. Gesundheit wird als öffentliches Gut, Prävention und Behandlung von Krankheiten als sozialstaatliche Obliegenheit und Hilfe bei Pflegebedürftigkeit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Diese Paradigmen konturieren zeitgemäße Sozialmedizin. Als integrative Disziplin befasst sie sich sowohl in Forschung und Lehre als auch in der Praxis mit gesundheitsförderlichem Handeln im Gleichklang von Eigenverantwortung, Subsidiarität und Solidarität. Im interdisziplinären Verbund entfaltet Sozialmedizin eine systemgestaltende Kraft und begleitet methodenbasiert den gesellschaftlichen Wandel.

Das Leistungsspektrum des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ist dem Bereich der angewandten Sozialmedizin zuzurechnen. Als sozialmedizinische Sachverständigeninstitution modernen Zuschnitts ist er Teil der Solidargemeinschaft aus gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung. Von seinem Status her ist der MDK neutral und unabhängig. Die Gutachterinnen und Gutachter sind bei ihren Beratungs- und Begutachtungsaufgaben gemäß dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ausschließlich ihrem Gewissen unterworfen.

Mit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes im Jahr 1994 zeigte der MDK von Anfang an als Dienstleister sowie als kompetenter Kooperationspartner bei den die Pflegebedürftigkeit und die Qualitätssicherung betreffenden Forschungsprojekten sein breitgefächertes Profil. Parallel dazu hat er seine Tätigkeit im Hinblick auf die systemkonstitutive und -konstruktive Funktion gezielt reflektiert und wissenschaftlich begleitet analysiert. So erschien bereits im Dezember 1995 ein gemeinsam vom Institut für Gesundheitsrecht und -politik in Tübingen, von der Fachhochschule Frankfurt am Main, vom Berufsverband der Sozialversicherungsärztinnen und -ärzte Deutschlands und vom MDK Hessen editierter Band mit dem Titel: „Begutachten, forschen, Qualität sichern. Pflegeversicherung: Aspekte der Aufgabenteilung zwischen Pflege und Medizin“. Weitere Publikationen in vielfältigen wissenschaftlichen Formaten folgten beständig und erfreulicherweise bis heute.

Die vorliegende dritte Auflage des Handbuchs zur Pflegeversicherung ist Ausdruck der Identifikation der MDK-Gemeinschaft samt deren Kompetenzeinheiten, ihrer Auftraggeber (Kranken- und Pflegeversicherung) und ihrer Kooperationspartner mit einem anspruchsvollen Versorgungsauftrag sowie einer verantwortungsbewussten und einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit zum Nutzen der Solidargemeinschaft. Es ist nicht zuletzt implizit ein Plädoyer zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung. Dieses Handbuch kann und soll ein Baustein sein zur Gewährleistung einer möglichst einheitlichen Pflegebegutachtung in Deutschland. Gleichzeitig soll es die notwendige, weil alltäglich wichtige Kommunikation für die Versicherten erleichtern. Diese Patienten- bzw. Versichertenorientierung der Medizinischen Dienste ist durchaus zeitgemäß und wird erwartet.

Die Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP) begrüßt die Herausgabe dieses ganz im Sinne der Interdisziplinarität entstandenen und der institutionenübergreifenden Betrachtungsweise verpflichteten Werkes ausdrücklich. Es trägt substantiell dazu bei, unser soziales und solidarisches Sicherungssystem im Ganzen und die soziale Pflegeversicherung im Besonderen besser zu verstehen und mithin wertzuschätzen als eine unsere Demokratie konsolidierende Errungenschaft, die nicht unreguliert dem Kräftespiel auf dem Gesundheitsmarkt überantwortet werden darf.

Den Herausgebern, den Autoren und dem Verlag sei herzlich gedankt mit dem Wunsch für einen großen, interessierten Leserkreis.

Dr. med. Gert v. Mittelstaedt
Präsident der DGSMP

Vorwort

„Ohne hilfsbereite Menschen bleibt das beste Gesetz ein kaltes Gehäuse und eine leerlaufende Maschine.“

[Norbert Blüm, 1997]

Im Jahr 1995 wurde die soziale Pflegeversicherung als vorerst letzter eigenständiger Zweig der Sozialversicherung in Deutschland eingeführt. Subsidiär sollen ihre Leistungen den Pflegebedürftigen helfen, ein menschenwürdiges Leben zu führen. Gemäß dem Sozialgesetzbuch wird die pflegerische Versorgung als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden. Insofern bietet die Pflegeversicherung allein keine vollständige Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos. In gemeinsam getragener Verantwortung sollen Länder, Kommunen, Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) die Bereitschaft zu einer humanen Pflege und Betreuung durch Angehörige, Nachbarn sowie Pflegekräfte und Selbsthilfegruppen stärken und fördern.

In den zurückliegenden Jahren wurde zum einen durch Gesetzesreformen das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung den Erfordernissen der Pflegebedürftigen – aber auch denen der Pflegenden – angepasst. Zu erwähnen wären hier nach Inkrafttreten des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes im Jahr 2012 beispielsweise die Leistungsanpassungen für die Betreuung von Menschen, die an Demenz leiden. Aber auch die Problematik der Pflegebedürftigkeit wurde stärker als zuvor im öffentlichen Bewusstsein verankert. Trotz einiger bürokratischer Hürden ist es nicht nur gelungen, das Verständnis für die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu vertiefen, sondern auch in großem Umfang die unverzichtbare tätige private wie ehrenamtliche Mithilfe speziell im ambulanten Bereich zu intensivieren.

Der MDK hat sich mit Inkrafttreten des Pflege-Versicherungsgesetzes im Jahr 1994 der solidarischen Verpflichtung konsequent und engagiert gestellt. Er nimmt mit seinen jährlich mittlerweile rund 1,6 Millionen Pflegebegutachtungen, mehr als 23 Tausend Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen, den breitgefächerten Fortbildungsveranstaltungen sowie den Beratungen sowohl der Pflegekassen als auch der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen einen beachtlichen sozialmedizinischen Versorgungsauftrag wahr. Auf dieser positiven Bilanz aufbauend hat sich der MDK als unabhängige und unparteiische Sachverständigeninstanz maßgeblich an der Ausdifferenzierung der Pflegeversicherung, an der Richtlinienentwicklung, an der Qualitätssicherung sowie an der Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs beteiligt. Dabei stand er stets im intensiven Austausch und konstruktiven Dialog mit den an der pflegerischen Versorgung beteiligten Institutionen und führenden Forschungszentren.

In dieser kreativen Atmosphäre reifte der Entschluss, gemeinsam mit kompetenten Vertreterinnen und Vertretern dieser Einrichtungen die Neuauflage des Handbuchs zu gestalten. Die aktuellen gesetzlichen Regelungen und das Aufgabenspektrum des

MDK sollten dabei gleichermaßen Berücksichtigung finden wie der gegenwärtige Forschungsstand zum weiten Feld der pflegerischen Versorgung, ihrer Qualität, ihrer Transparenz, ihren Herausforderungen und ihren Perspektiven. Diesem Vorhaben hat sich der Verlag von der ersten Planungsstufe an äußerst aufgeschlossen gezeigt. Dazu galt es die pflegefachlichen, medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen, rechtlichen, wirtschafts- und sozialwissenschaftlichen, epidemiologischen, ethischen und genderspezifischen Aspekte in ihren aktuellen Bezügen darzustellen. Im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Ausgaben haben Umfang und Gehalt dadurch nochmals beträchtlich zugenommen. Dem Charakter als Handbuch zur Pflegeversicherung wird damit in hohem Grade entsprochen.

Die Realisierung eines solchen Buchprojekts, gerade auch wenn es interdisziplinär und interinstitutionell konzipiert ist, bedarf einer vertrauensvollen Kooperation, einer verlässlichen Koordinierung und einer eingespielten Logistik. Daher gilt unsere Anerkennung zunächst einmal den Autorinnen und Autoren für ihre Bereitschaft zur Mitwirkung, ihre wertvollen Beiträge und nicht zuletzt ihre durch die abzuwartenden Novellierungen der Richtlinien notgedrungenermaßen strapazierte Geduld bis zum Erscheinen des Buchs. Verlagsseitig hat Frau Dr. Britta Nagl das Projekt vorbildlich betreut und Frau Anne Hirschelmann die Herstellung umsichtig disponiert. Projektbegleitend hat Frau Birgit Tauschke vom MDK Bayern die redaktionelle Arbeit mit großem Engagement sachkundig unterstützt und Frau Lydia Frank vom MDK Hessen mit ihrer verbindlichen Art routiniert den reibungslosen Informationsfluss zwischen den Beteiligten garantiert. Ihnen allen möchten wir danken.

Thomas Gaertner

Barbara Gansweid

Hans Gerber

Friedrich Schwegler

Ulrich Heine

Inhaltsverzeichnis

- 1 Sozialgeschichtliche Aspekte und ordnungspolitische Reformen der Pflegeversicherung — 1**
- 2 Soziale Absicherung des Pflegerisikos im europäischen Vergleich — 15**
 - 2.1 Zielgruppen und Lebenssituationen — 15
 - 2.2 Strukturelle Merkmale — 20
 - 2.3 Prüfung der Zugangsberechtigung oder Bedarfseinschätzung? — 22
 - 2.4 Methoden zur Bestimmung des Leistungsanspruchs — 23
 - 2.5 Fazit — 28
- 3 Grundlagen und Ziele der sozialen Pflegeversicherung — 29**
 - 3.1 Menschenrechte in der Pflege und Pflegeversicherung — 29
 - 3.2 Pflege-theorien und Bewertung des Hilfebedarfs — 35
 - 3.3 Was ist Evidenzbasierte Pflege(-praxis)? — 45
 - 3.4 Evidence-based Nursing – zur ethischen Bedeutung personenzentrierter Pflegeforschung für die Pflegepraxis — 61
 - 3.5 Systemimmanente Prinzipien und Funktion der sozialen Pflegeversicherung — 77
 - 3.6 Sozialmedizinische Dimensionen bei der Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung im Auftrag der sozialen Pflegeversicherung — 81
 - 3.7 Kompetenzbündelung und Fortbildung beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung — 100
- 4 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung — 111**
 - 4.1 Leistungen bei häuslicher Versorgung des Pflegebedürftigen — 113
 - 4.2 Leistungen für Pflegepersonen — 121
 - 4.3 Leistungen für Pflegesettings bei stationärer Versorgung des Pflegebedürftigen — 122
 - 4.4 Beratung der Pflegebedürftigen — 123
- 5 Besonderheiten der privaten Pflege-Pflichtversicherung — 125**
 - 5.1 Gesetzliche Grundlagen — 125
 - 5.2 Systemunterschiede — 126
 - 5.3 Versicherungsleistungen — 127
 - 5.4 Verfahrensfragen — 130

- 6 Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach § 18 SGB XI — 133**
 - 6.1 Terminologie: Grundbegriffe zum Begutachtungsverfahren nach SGB XI — **133**
 - 6.2 Richtlinien nach dem SGB XI und deren Zielsetzungen — **137**
 - 6.3 Merkmale der Pflegebedürftigkeit — **141**
 - 6.4 Klassifizierung der Pflegebedürftigkeit in Pflegestufen — **144**
 - 6.5 Die Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit — **148**
 - 6.6 Typologie der Begutachtung nach SGB XI — **166**
 - 6.7 Erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz bei Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung der Demenz — **172**
 - 6.8 Pflegebegutachtung von Kindern — **182**
 - 6.9 Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz bei Kindern — **186**
 - 6.10 Bundesweite Ergebnisse der Begutachtung nach § 18 SGB XI — **192**
 - 6.11 Qualitätssicherungsverfahren der Begutachtung gemäß SGB XI — **195**
 - 6.12 Dienstleistungsorientierung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Begutachtungsverfahren — **207**

- 7 Rehabilitation und Pflegebedürftigkeit — 211**
 - 7.1 Bedeutung der Rehabilitation zur Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit — **211**
 - 7.2 Abklärung der Indikation zu Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Pflegebegutachtung — **221**
 - 7.3 Besonderheiten der geriatrischen Rehabilitation — **229**
 - 7.4. Rehabilitation bei Demenz — **235**

- 8 Besonderheiten bei der Pflegebegutachtung — 243**
 - 8.1 Begutachtungen im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) — **243**
 - 8.2 Epidemiologische Aspekte zur Pflegesituation von Migrantinnen und Migranten — **248**
 - 8.3 Zur Praxis der Pflegebegutachtung von Migrantinnen und Migranten — **254**
 - 8.4 Die Begutachtung bei vermuteten Pflegefehlern — **261**

- 9 Weiterentwicklung des Begutachtungsassessments — 267**
 - 9.1 Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens — **267**
 - 9.2 Gesamtüberblick über die Weiterentwicklung des Begutachtungsassessments — **277**

- 9.3 Entwicklung eines neuen Begutachtungsassessments — 279
- 9.4 Anpassung des neuen Begutachtungsverfahrens
an die Begutachtung von Kindern — 289

- 10 Qualität in der ambulanten und stationären Pflege — 295**
 - 10.1 Entwicklung der Qualitätsprüfungen in Pflegeeinrichtungen — 295
 - 10.2 Gesetzliche Grundlagen der Qualitätsprüfungen in
Pflegeeinrichtungen — 299
 - 10.3 Qualitätsprüfungen in Einrichtungen der ambulanten
und stationären Pflege — 308
 - 10.4 Transparenz der Ergebnisse von Qualitätsprüfungen
in Pflegeeinrichtungen — 311
 - 10.5 Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen
nach §§ 114ff. SGB XI (QSQP) — 319
 - 10.6 Qualitätsindikatoren in der ambulanten und stationären Pflege — 329
 - 10.7 Neue Ansätze zur Beurteilung von Ergebnisqualität
in der Langzeitpflege — 337
 - 10.8 Qualität in der Pflege – die deutsche Perspektive — 346
 - 10.9 Expertenstandards in der Pflegeversicherung — 354
 - 10.10 Erfahrungen aus der stationären Qualitätssicherung
nach § 137 SGB V in der Pflege — 362
 - 10.11 Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im
Gesundheitswesen gemäß § 47a SGB XI — 374

- 11 Beratung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung — 383**
 - 11.1 Beratung der Pflegekassen — 383
 - 11.2 Beratung von Pflegeeinrichtungen — 390

- 12 Besondere Aspekte der Versorgung Pflegebedürftiger — 393**
 - 12.1 Arzneimittelversorgung von Pflegebedürftigen — 393
 - 12.2 Palliativversorgung: Medizinische Grundlagen
und pflegerelevante Aspekte — 403
 - 12.3 Hospizkultur als Grundlage der Sterbebegleitung
in der ambulanten und stationären Pflege — 420
 - 12.4 Spezialisierte ambulante Palliativversorgung
und stationäre Hospizversorgung — 426

- 13 Verletzungen von Rechten Pflegebedürftiger — 439**
 - 13.1 Gewalt gegen Senioren im öffentlichen Raum
und in Heimen. Strafrechtliche und organisatorische
Rahmenbedingungen sowie Präventionsansätze — 439

- 13.2 Misshandlung und Vernachlässigung alter Menschen
in häuslicher Pflege.
Zum Gesetzgebungsbedarf im Familien- und Sozialrecht — **453**
- 13.3 Freiheitsberaubung aus Fürsorge?! – Die Anwendung
freiheitsentziehender Maßnahmen in der Pflege — **462**
- 13.4 Prävention von Gewalt gegen ältere und pflegebedürftige Menschen.
Das Europäische Projekt MILCEA und seine Konsequenzen — **470**

- 14 Geschäftsprozessorientierte Aspekte des Datenschutzes
bei der Pflegebegutachtung, den Qualitätsprüfungen in
Pflegeeinrichtungen sowie der Beratung nach SGB XI — 481**
- 14.1 Datenschutz bei der Pflegebegutachtung — **483**
- 14.2 Datenschutz bei den Qualitätsprüfungen
in Pflegeeinrichtungen — **495**
- 14.3 Sonstige Geschäftsprozesse mit datenschutzrechtlicher
Relevanz — **499**

- 15 Situation der Pflegenden — 501**
- 15.1 Professionalisierung der Pflege – Weiterentwicklung
der Pflegeberufe — **501**
- 15.2 Fachkräftesituation und Arbeitszufriedenheit
in der ambulanten und stationären Pflege — **506**
- 15.3 Der Pflegenden im Spannungsfeld von Berufsethos
und Eigeninteresse — **513**
- 15.4 Frauen in informeller Pflegeverpflichtung — **524**

- 16 Ausblick — 545**
- 16.1 Entwicklung der Anzahl der Pflegebedürftigen
unter demographisch-epidemiologischen Aspekten — **545**
- 16.2 Perspektiven der sozialen Pflegeversicherung — **553**
- 16.3 Erwartungen an eine Pflegereform –
Ergebnisse einer Repräsentativbefragung — **565**

- 17 Wichtige Urteile des Bundessozialgerichts zum SGB XI — 577**
- 17.1 Aussagen zum Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) im Sinne von
Definitionen — **577**
- 17.2 Präzisierungen zu der Verrichtung
„Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ — **582**
- 17.3 Aussagen zu Formen der Hilfe — **586**
- 17.4 Aussagen zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter
Alltagskompetenz — **591**

- 17.5 Aussagen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit
bei Kindern — **592**
- 17.6 Aussagen zu krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen — **594**
- 17.7 Entscheidungen zu Personen mit Mukoviszidose — **597**
- 17.8 Entscheidungen zu Personen mit dialysepflichtiger
Niereninsuffizienz — **601**
- 17.9 Entscheidungen zu beatmungspflichtigen Personen — **602**

Anlage — 605

Autorenverzeichnis — 629

Literaturverzeichnis — 633

Sachverzeichnis — 671

Abkürzungsverzeichnis

A	Anleitung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
ABDEL	Aktivitäten, Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
ABUEL	Abuse and health among elderly in Europe
ADL	Activities of Daily Living
AEDL	Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens
AG	Amtsgericht
AG	Arbeitsgruppe
AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AkdÄ	Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
AKoMeD	Auftragsdatenbank der Kompetenz-Einheiten der Medizinischen Dienste
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AQUA	Angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
B	Beaufsichtigung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
BA	Bundesausschuss der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe e.V.
BaFin	Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
BAGSO	Bundesarbeitsgemeinschaft für Seniorenorganisationen
BÄK	Bundesärztekammer
BESD	BEurteilung von Schmerzen bei Demenz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BGH	Bundesgerichtshof
BGT	Betreuungsgerichtstag
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BISAD	Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz
BIVA	Betreuungsangebote im Alter und bei Behinderung e.V.
BKiSchG	Bundekinderschutzgesetz
BL-AG	Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Weiterentwicklung der Pflegeberufe
BLGS	Bundesverband Lehrende Gesundheits- und Sozialberufe
BMA	Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
BMJ	Bundesministerium der Justiz
BPSD	Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia
BQS	Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BRI	Begutachtungs-Richtlinien
BSG	Bundessozialgericht
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BSI	Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik
BVerfG	Bundesverfassungsgericht

XVIII — Abkürzungsverzeichnis

CAT	Cambridgeshire Assessment Tool
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan
CDU	Christlich Demokratische Union Deutschlands
CHSRA	Center for Health Systems Research & Analysis
COPSOQ	Copenhagen Psychosocial Questionnaire
CRD	Centre for Reviews and Dissemination
CSU	Christlich-Soziale Union in Bayern e.V.
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
DAzG	Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.
DBfP	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DBR	Deutscher Bildungsrat für Pflegeberufe
DBT	Deutscher Bundestag
DCS	Daten Clearing Stelle Pflege für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen
DEK	Dekubitusprophylaxe
DemTect®	Demenz-Detektion
Destatis	Statistisches Bundesamt
DFG	Deutsche Forschungsgesellschaft
DFGT	Deutscher Familiengerichtstag
DFK	Deutsches Forum für Kriminlaprävention
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGP	Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGSMP	Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention e.V.
DHL®	Deutsche Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes e.V./Deutsche Hochdruckliga e.V.
DHPV	Deutscher Hospiz- und Palliativverband e.V.
Die-RiLi	Dienstleistungs-Richtlinien
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DIN	Deutsches Institut für Normung e.V.
DIP	Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.
DLA	Disability Living Allowance
DNEbM	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
DRG	Diagnosis Related Groups (diagnosebezogene Fallgruppen)
DRV	Deutsche Rentenversicherung
DV	Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen
e.V.	eingetragener Verein
EAPC	European Association for Palliative Care
EbHC	Evidence-based Health Care (evidenzbasierten Gesundheitsversorgung auf der Systemebene)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EbN	Evidence-based Nursing (Evidenzbasierte Pflege)
EbP	Evidenzbasierten Praxis
EbPI	Evidenzbasierte Patienteninformation
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EFQM	European Foundation for Quality Management
EG	Europäische Gemeinschaft

EN	Europa Norm
EP	Europäisches Parlament
EQisA	Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe
ESQS	Externe stationäre Qualitätssicherung
ET 6-6	Entwicklungstest sechs Monate bis sechs Jahre
EU	Europäische Union (European Union)
EuGH	Europäischer Gerichtshof (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften)
EUMASS	European Union of Medicine in Assurance and Social Security
EWR	Europäischer Wirtschaftsraum
EWSA	Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss
F.A.Z.	Frankfurter Allgemeine Zeitung
FACE	Functional Assessment of the Care Environments
FACS	Fair Access to Care Services
FamFG	Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
FDP	Freie Demokratische Partei
FEM	Freiheitsentziehende Maßnahmen
FIM®	Functional Independence Measure
FPfZG	Familienpflegezeitgesetz
FTDD	Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung
FuWRi	Fort- und Weiterbildungsrichtlinien
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GdB	Grad der Behinderung
GES	Griffiths Entwicklungsskalen
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-SV	Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband)
GKV-WSG	GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz
GRADE	Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation
GSbG	Gesellschaft für Systemberatung im Gesundheitswesen
GUS	Gemeinschaft Unabhängiger Staaten
HeimG	Heimgesetz
HGBP	Hessisches Gesetz über Betreuungs- und Pflegeleistungen
HIV	Humanes Immundefizienz-Virus
HoLDe	Hospiz, Lebenswelt und Demenz
HON	Health on the Net
HOPE	Hospiz- und Palliativerhebung
HRI	Härtefall-Richtlinien
HTA	Health Technology Assessment
i. m.	intramuskulär
i.V.m.	in Verbindung mit
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

XX — Abkürzungsverzeichnis

ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, German Modification – Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
ICIDH-2	International Classification of Impairments, Activities, and Participation – Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation
ICN	International Council of Nursing
ICOH	International Commission for Occupational Health
IfD	Institut für Demoskopie (Allensbach)
IfSG	Infektionsschutzgesetz
InfoMeD	Informations-Datenbank der Medizinischen Dienste
InfoMeD-KK	Informations-Datenbank der Medizinischen Dienste für die Kranken- und Pflegekassen
ICOH	International Commission for Occupational Health
ILO	International Labour Organization
IPP	Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen
IPW	Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISG	Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik
ISO	International Organization for Standardization
IT	Informationstechnologie
K. d. ö. R.	Körperschaft des öffentlichen Rechts
K.Q.P.	Kontinuierliche Qualitätsprüfung
KAN	KwaliteitsAcademie Nederland
KC	Kompetenz-Centrum (der MDK-Gemeinschaft und des GKV-Spitzenverbandes)
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
KCO	Kompetenz-Centrum Onkologie
KCPP	Kompetenz-Centrum für Psychiatrie und Psychotherapie
KCQ	Kompetenz-Centrum Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
KDA	Kuratorium Deutsche Altershilfe
KE	Kompetenz-Einheit (der MDK-Gemeinschaft)
KiBG	Kinder-Berücksichtigungsgesetz
KKH	Kaufmännische Krankenkasse
KFN	Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen e.V.
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LA	Lebensaktivitäten
LG	Landgericht
LPR NRW	Landespräventionsrat Nordrhein-Westfalen
MB/PPV	Musterbedingungen für die private Pflege-Pflichtversicherung
MBO-Ä	(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte
MD	Medizinische Dienste
MdB	Mitglied des Bundestages
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (vormals: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.)
MDS	Minimum Data Set
MIDOS	Minimales Dokumentationssystem für Palliativpatienten
MILCEA	Monitoring in Long-Term Care
MiMi	Mit Migranten für Migranten
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection („Gegenseitiges Informationssystem für soziale Sicherheit“)
MMSE	Mini-Mental State Examination
MuG	Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 113 SGB XI in der ambulanten und vollstationären Pflege
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
NBA	Neues Begutachtungsassessment
NEAIS	The National Elder Abuse Incidence Study
NEXT	Nurses' early exit study
NHS	National Health Service
NOAT	Northamptonshire Overview Assessment Tool
NOC	Nursing Outcomes Classification
NOG	GKV-Neuordnungsgesetz
NPUAP	National Pressure Ulcer Advisory Panel
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
OLG	Oberlandesgericht
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
PC	Personal Computer – Einzelplatzrechner
PCT	Palliative Care-Team
PEA	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz
PEDI	Pediatric Evaluation of Disability Inventory
PfLEG	Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz
PflegeVG	Pflege-Versicherungsgesetz
PflegeZG	Pflegezeitgesetz
PfIRi	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien
PfWG	Pflege-Weiterentwicklungsgesetz
PIN	Persönlichen Identifikationsnummer
PKS	Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes
PKV	Private Krankenversicherung
PNG	Pflege-Neuaustrichtungs-Gesetz
POA	Present On Admission
PPV	Private Pflege-Pflichtversicherung
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
PTVA	Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant
PTVS	Pflege-Transparenzvereinbarung stationär
PURFAM	Potentiale und Risiken in der familialen Pflege alter Menschen
PV	Pflegeversicherung
PVB	Tarifstufe der Pflegepflichtversicherung für Personen mit Beihilfeanspruch
PVN	Tarifstufe der Pflegepflichtversicherung für Personen ohne Beihilfeanspruch
PYLL	Potential Years of Life Lost
QM	Qualitätsmanagement

QPR	Qualitätsprüfungs-Richtlinien
QSKH-RL	Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern
QSQP	Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI
QS-Ri QP	Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung
RAI 2.0	Resident Assessment Instrument, Version 2.0
RAI HC	Resident Assessment Instrument – Home Care
RAI®	Resident Assessment Instrument
RCN	Royal College of Nursing
RCT	Randomized Controlled Trial (randomisiert-kontrollierte Studie)
Reha	Rehabilitation
RiStBV	Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren
RL	Richtlinie(n)
ROT	Realitätsorientierungstherapie
RVO	Reichsversicherungsordnung
s. c.	subcutan
SAPV	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung
SAPV-RL	Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie
SBK	Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner
SEG	Sozialmedizinische Expertengruppe (der MDK-Gemeinschaft)
SEG 2	Sozialmedizinische Expertengruppe „Pflege“
SET	Selbst-Erhaltungs-Therapie
SGB	Sozialgesetzbuch
SGG	Sozialgerichtsgesetz
Silia	Sicher leben im Alter
SINDBAD	Sozialmedizinische Informationsdatenbank für Deutschland
SMD	Sozialmedizinischer Dienst
SOEP	Sozio-oekonomisches Panel
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
SPV	Soziale Pflegeversicherung
SSRI	Serotonin-selektiven Reuptake Inhibitoren
STEP	Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care
StGB	Strafgesetzbuch
STMAS	Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung
StPO	Strafprozessordnung
StRi	Statistik-Richtlinien
SVR	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen
TFDD	Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung
TLS	Transport Layer Security (Transportschichtssicherheit)
TNS	Taylor Nelson Sofres
tnz	trifft nicht zu
TQM	Total Quality Management
TÜ	Teilweise Übernahme (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
U	Unterstützung (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
UGu-RiLi	Unabhängige Gutachter-Richtlinien
USB	Universal Serial Bus (serielles Bussystem)
ver.di	Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft
VÜ	Vollständige Übernahme (bei Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens)
VPN	Virtual Private Network (geschlossenes Rechnernetz)
VVG	Versicherungsvertragsgesetz

WEAAD	World Elder Abuse Awareness Day
WHO	World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK
WLAN	Wireless Local Area Network – drahtloses lokales Netzwerk
WR	Wissenschaftsrat
WSI	Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler Stiftung
YLD	Years Lived with Disability
ZE	Zusatzentgelt
ZePB	Zentrum für Pflegeforschung und Beratung
ZEW	Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH
ZQP	Zentrum für Qualität in der Pflege

1 Sozialgeschichtliche Aspekte und ordnungspolitische Reformen der Pflegeversicherung

Thomas Gaertner

Eine allgemeingültige Bestimmung des Wesens des Menschen stößt in einer liberalen und multikulturell formierten Gesellschaft auf Schwierigkeiten. Keines der tradierten Deutungsmuster des Menschseins¹ bleibt substantiell unwidersprochen, keines kann alleinige Geltung beanspruchen, keines kann daher in einem demokratischen und sozialen Staat² zur ausschließlichen Legitimation des Sozialsystems dienen. Die Herausstellung der Hilfsbedürftigkeit im Sinne eines umfassenden Angewiesenseins auf fremde – gegenseitige oder instrumentelle – Hilfe als wesenhaftes Merkmal des Menschen ist Ausdruck einer bestimmten Anschauung, nämlich der Interpretation des Menschen als Mängelwesen. Hilfsbedürftigkeit kann somit nicht als allgemein verbindlich soziale Interventionen und Institutionen begründend herangezogen werden [Ladeur 2006]. Folgerichtig erscheint der Terminus Hilfsbedürftigkeit weder im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) noch im Sozialgesetzbuch (SGB).

Demgegenüber bietet der kontextabhängig auszulegende Begriff der Hilfebedürftigkeit – in sozialrechtlichen Verfügungen operationalisiert als Hilfebedarf bzw. weiterhin spezifiziert als Pflegebedarf – grundgesetzkonforme, die Menschenwürde verbürgende Handlungsoptionen. Nur als unterstützendes Angebot tangiert wohlfahrtsstaatliche Hilfe nicht das Recht jedes Einzelnen „auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt“ (Art. 2 Abs. 1 GG). In diesem Sinne hat das Subsidiaritätsprinzip³ seine konstitutive Bedeutung als übergeordnetes Wirkprinzip des Systems der sozialen Sicherung [Brennecke 2004, Gansweid 2005, Kesselheim 2000]. Im Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) findet dies seinen Nie-

1 Exemplarisch herausgegriffen seien: vernunftbegabtes Wesen – gemeinschaftgestaltendes Wesen (zoon logon echon – zoon politikon, Aristoteles), Ebenbild Gottes (jüdisch-christliche Tradition), Maschinenmensch (L'Homme Machine, Julien Offray de La Mettrie 1748), abschätzendes Tier an sich (Friedrich Nietzsche 1887), Mängelwesen (Arnold Gehlen 1940), Wesen der Selbstinterpretation (self-interpreting animal, Charles Taylor 1985).

2 „Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat“ (Art. 20 Abs. 1 GG).

3 Das Subsidiaritätsprinzip erhält seine Bedeutung gerade nicht ausschließlich dadurch, dass ihm zufolge bei Überforderung Einzelner oder gesellschaftlicher Gruppen staatliche Institutionen unterstützend oder ausgleichend eingreifen. Essentiell ist seine sozialphilosophische Intention, dass sowohl in Bezug auf das Individuum wie auch auf Gemeinschaften die Ausbildung persönlicher Kompetenzen und der konstruktive Einsatz unmittelbaren Potentials den Vorrang haben vor kompensatorischen Eingriffen oder regulativer Einflussnahme behördlicher Instanzen.

derschlag im § 6 Eigenverantwortung und § 8 Gemeinsame Verantwortung, beide in Übereinstimmung mit der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization – WHO) vom 21.11.1986. Sie bestimmt nämlich als zwei der fünf prioritären Handlungsfelder: gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen sowie persönliche Kompetenzen entwickeln.

Erst in zweiter Instanz hat dann die gemäß dem Solidarprinzip⁴ gestaltete Sozialversicherung einzutreten. Deren Maximen werden im § 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) einleitend wie folgt festgelegt: „Das Recht des Sozialgesetzbuchs soll zur Verwirklichung sozialer Gerechtigkeit und sozialer Sicherheit Sozialleistungen einschließlich sozialer und erzieherischer Hilfen gestalten. Es soll dazu beitragen, ein menschenwürdiges Dasein zu sichern, gleiche Voraussetzungen für die freie Entfaltung der Persönlichkeit, insbesondere auch für junge Menschen, zu schaffen, die Familie zu schützen und zu fördern, den Erwerb des Lebensunterhalts durch eine frei gewählte Tätigkeit zu ermöglichen und besondere Belastungen des Lebens, auch durch Hilfe zur Selbsthilfe, abzuwenden oder auszugleichen“.

Abhängigkeit bedeutet, den Anforderungen des täglichen Lebens selbständig und aus eigener Kraft nicht mehr gewachsen zu sein.⁵ Anhaltende Abhängigkeit von pflegerischen Maßnahmen kann den Persönlichkeitsrechten entgegenstehen und Autonomieverlust besiegeln [Niehoff 2005]. Zur Absicherung des Pflegebedürftigkeitsrisikos wurde daher als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung die soziale Pflegeversicherung (SPV) geschaffen. Sie wurde organisatorisch unter dem Dach der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angesiedelt. Als Solidargemeinschaft ist somit auch die soziale Pflegeversicherung nach § 70 SGB V den allgemeinen Grundsätzen der Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Gerade dem Humanitätsaspekt wird im § 8 Abs. 2 SGB XI besonders Rechnung getragen: „Sie unterstützen und fördern darüber hinaus die Bereitschaft zu einer humanen Pflege ... wirken so auf eine neue Kultur des Helfens und der mitmenschlichen Zuwendung hin.“ Dem übergeordnet fanden das Subsidiaritäts- sowie das Solidarprinzip unmissverständlich ihren Niederschlag in der sozialgesetzlich formulierten Zielsetzung der Pflegeversicherung (§ 2 SGB XI):

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfs ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“

⁴ Die Höhe des Beitrags zur Sozialversicherung richtet sich nach den jeweiligen beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten. Unabhängig davon haben alle Versicherten als Solidargemeinschaft den gleichen Anspruch auf angemessene Leistungen.

⁵ Demgegenüber zeichnet sich eine autonome Person nach einer gängigen Auffassung gerade dadurch aus, nicht nur über den eigenen, mit selbsterwogenen Entwürfen zur Deckung gebrachten Aktionsradius persönlich frei entscheiden zu können, sondern auf der Grundlage solcher Erwägungen außerdem handlungsfähig zu sein [Beauchamp/Childress 1979/2013].

Die soziale Pflegeversicherung ist Teil der deutschen Sozialversicherung, die in Etappen entstanden ist. So wurde zunächst im Anschluss an vornehmlich im 18. und 19. Jahrhundert in England und Frankreich geleistete morbiditätsbezogene epidemiologische Untersuchungen und Entwicklungen eines paternalistischen Wohlfahrtsgedankens auch in Deutschland Krankheit als gesellschaftliches Problem medizinisch-wissenschaftlich betrachtet. In der Bewegung der „sozialen Medizin“ der Jahre 1848/49 fanden diese Erkenntnisse durch Vertreter wie Salomon Neumann (1819–1908) und Rudolf Virchow (1821–1902), von 1880–1893 Mitglied des Reichstags, politisch motivierten Ausdruck [Hurrelmann et al. 2012].

Zu Beginn des Jahres 1881 wurde dann ein erster Entwurf eines Sozialversicherungsgesetzes vorgelegt, in dem es hieß: „dass der Staat sich in höherem Maße als bisher seiner hilfsbedürftigen Mitglieder annehme, ist nicht bloß eine Pflicht der Humanität und des Christentums, von welchem die staatlichen Einrichtungen durchdrungen sein sollen, sondern auch eine Aufgabe staaterhaltender Politik“. Die sich daran anschließende Sozialgesetzgebung zur Absicherung der großen Lebensrisiken intendierte somit gerade auch die Herstellung des inneren Friedens. Zur Eröffnung des 5. Deutschen Reichstags am 17.11.1881 verlas dann der damalige Reichskanzler Otto Fürst von Bismarck die sogenannte und wohl auch von ihm redigierte Kaiserliche Botschaft Wilhelms I. Sie leitete die eigentliche deutsche Sozialgesetzgebung ein. Diesem staatlichen Fürsorgeprogramm zur institutionellen Absicherung der Arbeiter gegen die Risiken und Folgen von Betriebsunfällen, Krankheit sowie Alter oder Invalidität wird in der kritisch-historischen Geschichtsschreibung nicht unwidersprochen der Charakter einer sozial-politischen Magna Charta zugestanden [Lüschen 2000]. Sie markiert aber eine deutliche Akzentverschiebung sozialstaatlichen Verständnisses, insbesondere im Vergleich zu den sozialpolitischen Entwicklungen in Großbritannien und Frankreich.⁶

Nach den Ankündigungen in der Kaiserlichen Botschaft nahm dann während der Jahre 1883 bis 1891 die soziale Gesetzgebung im Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, im Unfallversicherungsgesetz und im Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersabsicherung Gestalt an. Dies war auch für das Ausland vorbildlich. Im Verlauf von mehr als hundert wechselvollen Jahren führte die Gesetzgebung über die Zusammenfassung in der Reichsversicherungsordnung (RVO) vom Jahre 1911 zur Grundlage des gegenwärtigen Wohlfahrtsstaates. Das System der sozialen Sicherung der Bundesrepublik Deutschland (BRD) basiert als Teil eines gesellschaftlichen Netzwerks auf

⁶ Auf den Erfahrungen mit der aufkommenden Industrialisierung beruhten die Annahmen der Planbarkeit von Zukunft, der rationalen Erfassbarkeit der Phänomene und ihrer Rekonstruktion nach Zwecken. „Deutschland, genauer: Preußen mit seiner rigiden militärisch-bürokratischen Staatlichkeit, ist folgerichtig zu dem Land geworden, das die Sozialpolitik im modernen Sinn ausgebildet hat: als sozialphilosophisches Konzept wie als politische Institution“ [Metz 2008].

- dem Prinzip der Versicherung,
- dem Prinzip der Verknüpfung von staatlicher Rahmengesetzgebung und sozialer Selbstverwaltung und
- dem Prinzip der organisatorischen Vielfalt der Versicherungsarten und -träger.

Das bundesdeutsche Sozialversicherungssystem auf der Grundlage der sozialen Marktwirtschaft ist so zu einem konstitutiven Element unserer heutigen Gesellschaft geworden. Seine Zweige sind selbstverwaltete Institutionen mit der Intention einer solidarisch organisierten Selbsthilfe. Produktiv und perspektivisch tragend wird in diesem Kontext ein modernes Verständnis von Institutionen. Demnach sind sie keine „stahlharten Gehäuse“ und erst recht keine „Gehäuse der Hörigkeit“ (Max Weber), sondern ausgehend von einem Leitproblem konstruktive Transmissionsmedien kreativen Werdens zur Zeitigung sozialer Effekte [Seyfert 2011]. Bereits im Jahr 1953 findet sich in dem Essay „Empirisme et subjectivité“ von Gilles Deleuze: „Die Institution setzt keine Grenzen wie das Gesetz, sondern ist im Gegenteil ein Handlungsmodell ... eine positive, auf indirekt wirkende Mittel aufbauende Erfindung ... Das Soziale selbst ist schöpferisch, erfinderisch, positiv“ [Deleuze 1997]. Neben den Sozialleistungsträgern der Kommunen ruht das System der sozialen Sicherung der BRD somit auf den folgenden historisch gewachsenen fünf Säulen:

1. gesetzliche Krankenversicherung (Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V vom 20.12.1988) 01.12.1884 Gesetz betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter vom 15.06.1883
2. gesetzliche Unfallversicherung (Siebtes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VII vom 07.08.1996) 01.10.1885 Unfallversicherungsgesetz vom 06.07.1884
3. gesetzliche Rentenversicherung (Sechstes Buch Sozialgesetzbuch – SGB VI vom 18.12.1989) 01.01.1891 Gesetz betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung vom 28.05.1889
4. Arbeitsförderung (Drittes Buch Sozialgesetzbuch – SGB III vom 24.03.1997)/ Grundsicherung für Arbeitslose (Zweites Buch Sozialgesetzbuch – SGB II vom 24.12.2003) 16.07.1927 Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung
4. soziale Pflegeversicherung (Elftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB XI vom 26.05.1994) 01.01.1995 Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit vom 26.05.1994

Zur Etablierung einer Pflegeversicherung kam es erst nach einer mehr als zwei Jahrzehnte währenden politischen Auseinandersetzung [Frerich/Frey 1996]. Die gesamtgesellschaftliche Notwendigkeit zu ihrer Einführung ergab sich letztendlich aufgrund der volkswirtschaftlichen Folgen des sozio-demographischen Wandels. Kennzeichen waren die Zunahme der Lebenserwartung mit konsekutivem Pflegebedarf, die Erosion der die häusliche Pflege tragenden familiengebundenen Strukturen, eine sich verschärfende Finanzierungsproblematik der stationären Pflege sowie nicht zuletzt die

sozialrechtlich konflikträchtige Abgrenzung von Leistungen der Sozialhilfe gegenüber den Leistungen der Krankenkassen bei Schwerpflegebedürftigkeit. Um „eine umfassende Lösung der Pflegeproblematik herbeizuführen“, legte die Regierungskoalition der CDU/CSU und der F.D.P. in der 12. Wahlperiode des Deutschen Bundestages (1990–1994) einen Gesetzentwurf vor. Grundlegend war die Qualifizierung von Pflegebedürftigkeit als ein „unabhängig vom Lebensalter bestehendes allgemeines Lebensrisiko“, das zwar keiner „allgemeinen Versicherung“ wie bei der Krankenversicherung, jedoch einer Unterstützung bedurfte, um die „aus der Pflegebedürftigkeit entstehenden Belastungen zu mildern“ (BT-Drs. 12/5 262).

Nach heftigen parlamentarischen Debatten und zähen Verhandlungen im Vermittlungsausschuss wurde das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG) am 24.05.1994 verabschiedet. Gegenstand der Kontroversen war nicht zuletzt die Finanzierungsfrage. Konträre Positionen wurden vor allem im Hinblick auf die Lohnnebenkosten vertreten: Kapitaldeckungsverfahren versus Umlageverfahren, Privatversicherung versus Sozialversicherung, arbeitnehmerseitige versus paritätische Finanzierung. Ein Kompromiss wurde in einer umlagefinanzierten Sozialversicherung mit eingeschränkter paritätischer Finanzierung gefunden. So wurde als sozialgeschichtliches Novum in der BRD erstmals nach dem Grundsatz vom Umbau des Sozialstaates mittels *Kompensation* vorgegangen. Als Ausgleich für die aus den Arbeitgeberbeiträgen entstehenden Belastungen der Wirtschaft haben die Länder mit dem Buß- und Betttag einen landesweiten gesetzlichen Feiertag aufgehoben, der stets auf einen Werktag fällt. Lediglich im Freistaat Sachsen wurde dieser Feiertag beibehalten; ausgleichend zahlen dort allerdings die Arbeitnehmer einen höheren Eigenanteil.

Mit Wirkung vom 01.01.1995 wurde die soziale Pflegeversicherung als vorerst letzte Säule der Sozialversicherung stufenweise etabliert [Jung 1997]. Einige organisationsrechtliche Vorschriften wurden bereits am 01.06.1994 wirksam, wie die Vorschriften über die Anschubfinanzierung für die Pflegeeinrichtungen in den neuen Bundesländern (Art. 52 PflegeVG) und die Vorschriften über die Ermächtigung der Krankenkassen zu vorbereitenden Arbeiten (Art. 46 PflegeVG). Im weiteren Verlauf wurde über die Jahre die Pflegeversicherung weiterentwickelt und den sich verändernden Anforderungen angepasst. Aktuell bestimmen die Belastungen durch die Zunahme von Pflegebedürftigen mit demenziellen Erkrankungen und die Notwendigkeit zur Schaffung eines den gegenwärtigen Kenntnisstand berücksichtigenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs den vordringlichen Handlungsbedarf.

Das Pflege-Versicherungsgesetz sichert keine umfassende Versorgung im Sinne einer Vollversicherung gegen das Risiko individueller Hilfebedürftigkeit. Es soll allerdings wesentlich dazu beitragen, einen Teil des pflegebedingten Hilfebedarfs zu kompensieren. Zudem sollen dadurch Privatpersonen wie kommunale Haushalte finanziell entlastet und die Beanspruchung von Sozialhilfe reduziert werden. In gemeinsamer Verantwortung zur Beteiligung leistet die Pflegeversicherung also nur einen ergänzenden Beitrag zur in gemeinsamer Verantwortung getragenen gesamt-

gesellschaftlichen Aufgabe der pflegerischen Versorgung der Versicherten⁷ (*Teilabsicherung*). Dazu gehört auch, dass durch die unterstützenden Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege besser ausgeschöpft werden können. Die Anspruchsvoraussetzungen sind gebunden an Art und Häufigkeit der Verrichtungen, bei denen Hilfebedarf besteht, Zuordnung der Verrichtungen zum Tagesablauf und an den Zeitaufwand. Berücksichtigungsfähig ist nur der Hilfebedarf bei gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung.

Das Pflege-Versicherungsgesetz enthält als Artikel 1 das Sozialgesetzbuch (SGB) – Elftes Buch (XI) – Soziale Pflegeversicherung. Es umfasst die Regelungen sowohl zur sozialen Pflegeversicherung als auch zur sogenannten privaten Pflege-Pflichtversicherung (PPV). In den Schutz der sozialen Pflegeversicherung sind kraft Gesetzes alle einbezogen, die in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind. Wer bei einem privaten Krankenversicherungsunternehmen versichert ist, muss gemäß § 1 Abs. 2 SGB XI eine private Pflegeversicherung abschließen, daher die Bezeichnung private Pflege-Pflichtversicherung. Die Leistungen der PPV müssen denen der SPV gleichwertig sein. Allerdings tritt an die Stelle der Sachleistungen die Kostenerstattung.

Das Gesetz zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 21.06.2001, das Gesetz zur Ergänzung der Leistungen bei der häuslichen Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PfLEG) vom 14.12.2001, das Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) vom 28.05.2008 und das Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) vom 23.10.2012 sind wesentliche Eckpfeiler der Reformbestrebungen der Pflegeversicherung. Sie stellen ordnungspolitische Reaktionen auf Forderungen zur Qualitätsverbesserung, zur Sicherstellung der Versorgung, zur Transparenz sowie zur Dienstleistungsorientierung dar. Einige wichtige Stationen zur dynamischen Entwicklung der SPV, ihrer gesetzlichen Grundlagen und Vorschriften werden nachfolgend im Überblick aufgeführt.

26.05.1994 Verabschiedung des Gesetzes zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit (Pflege-Versicherungsgesetz – PflegeVG)

⁷ § 8 SGB XI „Gemeinsame Verantwortung

(1) Die pflegerische Versorgung der Bevölkerung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe.

(2) Die Länder, die Kommunen, die Pflegeeinrichtungen und die Pflegekassen wirken unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes eng zusammen, um eine leistungsfähige, regional gegliederte, ortsnahe und aufeinander abgestimmte ambulante und stationäre pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.“

07.11.1994 Beschluss der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi) gemäß § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V als Grundlage der Begutachtung

01.01.1995 Beginn der Beitragszahlungen

01.04.1995 Beginn der Leistungen zur häuslichen Pflege (1. Stufe)

29.05.1995 Beschluss der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V

10.07.1995 Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen des § 36 Abs. 4 und des § 43 Abs. 3 SGB XI (Härtefall-Richtlinien, geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, 03.07.1996 und 28.10.2005)

10.07.1995 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege

18.08.1995 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der Kurzzeitpflege

21.12.1995 Ergänzungsbeschluss zu den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

07.03.1996 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen

14.06.1996 Erstes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

- Schaffung eines Leistungsanspruchs für Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gemäß § 1 Abs. 1 Satz 2 SGB XI
- Festlegung des für die einzelnen Pflegestufen jeweils mindestens benötigten Zeitaufwands in Bezug auf die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI
- § 53a SGB XI Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste

01.07.1996 Beginn der Leistungen zur stationären Pflege (2. Stufe) mit Ergänzung der Begutachtungsanleitung durch eine „Vorläufige Begutachtungshilfe zur Einführung der 2. Stufe des Pflege-Versicherungsgesetzes“

21.03.1997 Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) aufgrund der §§ 17, 53a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V als Ersatz der Begutachtungsanleitung „Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“

12.09.1997 Erste bundesweite verbindliche MDK-interne Qualitätssicherungsmaßnahme „ambulanter“ und „stationärer“ Pflegegutachten zunächst gemäß BRi Abschnitt E

29.04.1998 Gemeinsame Auslegungshinweise der Spitzenverbände der Pflegekassen, des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. und des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMA) zur Anwendung der Richt-

linien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi)

29.05.1998 Zweites Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch. Die BRi ersetzen die vorläufige Begutachtungshilfe; mit Einführung der Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die Verrichtungen der Grundpflege zunächst befristet bis zum 31.12.1999, einmal verlängert bis zum 31.12.2002. Die zeitliche Befristung der Anwendung der Zeitorientierungswerte wurde vom Bundesministerium für Gesundheit mit Schreiben vom 23.10.2002 aufgehoben.

05.06.1998 Drittes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch: Festschreibung der Leistungsbeträge der Pflegekassen für die stationäre Pflege im §43 SGB XI vom 01.01.1998 bis 31.12.1999.

01.01.1999 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken vom 08.12.1997

21.07.1999 Viertes Gesetz zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch:

- Unterhaltsrechtliche Berücksichtigung des Pflegegeldes: Damit wird sichergestellt, dass die Pflegeperson das Pflegegeld möglichst ungeschmälert erhält.
- Zahlung des Pflegegeldes im Sterbemonat, damit wird sichergestellt, dass zu viel gezahltes Pflegegeld im Sterbemonat nicht zurückzufordern ist. Diese Regelung ist mit der Regelung bei den Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung vergleichbar.
- Finanzierung der Pflegeeinsätze durch die Pflegekassen. Vom 01.08.1999 an werden die Kosten für die Pflegeeinsätze, die bei Pflegegeldleistungen abgerufen werden müssen, von der Pflegekasse getragen.
- Verhinderungspflege (z.B. bei Urlaub oder Krankheit der eigentlichen Pflegeperson) durch Familienangehörige oder durch Personen, die mit dem Pflegebedürftigen in häuslicher Gemeinschaft leben. Unter bestimmten Voraussetzungen können auch Familienangehörige bei Ausübung der Verhinderungspflege Leistungen bis zum Höchstbetrag von 1.432 Euro mit der Pflegekasse abrechnen.
- Erhöhung der leistungsrechtlichen Höchstbeträge in der Tages- und Nachtpflege.
- Wegfall der Wartezeit bei Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege. Bisher musste für die Inanspruchnahme der Kurzzeitpflege grundsätzlich eine Pflege von einem Jahr vorausgegangen sein. Diese Voraussetzung ist nun entfallen.

24.09.1999 Genehmigung (bzw. Zustimmung) des „gestrafften“ Gutachtenformulars und der Ausfüllhinweise dazu durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Ergänzung der BRi

22.12.1999 Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz)

22.08.2001 Verabschiedung der neuen Richtlinien über die Grundsätze der Fort- und Weiterbildung im Medizinischen Dienst (Fort- und Weiterbildungsrichtlinien – FuWRi) vom 22.08.2001

23.10.2001 Gesetz zur Umstellung von Gesetzen und anderen Vorschriften auf dem Gebiet des Gesundheitswesens auf Euro (Achstes Euro-Einführungsgesetz)

01.01.2002 Inkrafttreten des Gesetzes zur Qualitätssicherung und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege (Pflege-Qualitätssicherungsgesetz – PQsG) vom 09.09.2001

01.01.2002 Inkrafttreten des Heimgesetzes (HeimG) in der Fassung vom 05.11.2001 (Drittes Gesetz zur Änderung des Heimgesetzes – Heimgesetz-Novelle)

01.01.2002 Inkrafttreten des Gesetzes zur Ergänzung der Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf (Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz – PfLEG) vom 14.12.2001

01.01.2002 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) in der Fassung vom 22.08.2001

01.08.2002 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) genehmigt

24.07.2003 Gesetz zur Änderung des Sozialgesetzes und anderer Gesetze

01.01.2004 Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) vom 14.11.2003

01.01.2005 Inkrafttreten der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Qualitätssicherung der Begutachtung und Beratung für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung in der Fassung vom 23.09.2004

01.01.2005 Inkrafttreten des Gesetzes zur Berücksichtigung von Kindererziehung im Beitragsrecht des sozialen Pflegeversicherung (Kinder-Berücksichtigungsgesetz – KiBG) vom 15.12.2004

28.10.2005 Ergänzungsbeschlüsse zu den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRI) vom 10.07.1995 (zuvor geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995 und vom 03.07.1996)

01.04.2008 Soweit nichts Abweichendes bestimmt, Inkrafttreten des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007

01.07.2008 Inkrafttreten des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PFWG) vom 28.05.2008 mit u.a.:

- Anhebung des Beitragsatzes von 1,7 auf 1,95 Prozent
- schrittweise Anhebung von Sachleistungen in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege
- Erhöhung des Pflegegeldes
- zusätzlicher Betreuungsbetrag für Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zwar auch für Personen, die nicht die Pflegestufe I erreichen
- Finanzierung zusätzlichen Personals für Demenzkranke bei vollstationärer Pflege
- Schaffung von Pflegestützpunkten
- Anspruch auf individuelle und umfassende Pflegeberatung (Fallmanagement)

- Förderung von betreuten Wohnformen und Wohngemeinschaften
- Pflegezeit: maximal sechsmontatige unbezahlte Freistellung von der Arbeit für Arbeitnehmer, die Angehörige pflegen (nur in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten)
- verbindliche Standards für Pflegequalität
- Intensivierung der Qualitätsprüfungen in den Pflegeeinrichtungen mit Aufbereitung von Veröffentlichung der Prüfberichte des Medizinischen Dienstes (MDK) in allgemein verständlicher Sprache
- Entscheidung über beantragte Pflegeleistungen innerhalb von fünf Wochen (§ 18 Abs. 3 Satz 2 SGB XI)
- Portabilität der Alterungsrückstellungen in der privaten Pflegeversicherung
- Möglichkeit zur Einstellung von Betreuungsassistenten
- Förderung niedrigschwelliger Angebote, ehrenamtlicher Strukturen und der Selbsthilfe

01.07.2008 Inkrafttreten des Gesetzes über die Pflegezeit (Pflegezeitgesetz – PflegeZG) vom 28.05.2008

17.12.2008 Beschluss der Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse in der stationären Pflege – Pflege-Transparenzvereinbarung stationär (PTVS)

29.01.2009 Beschluss der Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten – Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

29.01.2009 Vorlage des Berichts des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs (einschließlich der Vorstellung des neuen Begutachtungsverfahrens)

13.07.2009 Inkrafttreten der geänderten Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 08.06.2009

28.07.2011 Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze. Im Artikel 6 werden die Änderungen des Elften Buches Sozialgesetzbuch aufgeführt. Dies betrifft die Einbeziehung des Prüfdienstes des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. in die Qualitätsprüfungen nach § 112ff. SGB XI sowie die Zuständigkeit der Schiedsstelle nach § 113b SGB XI für die Transparenzvereinbarungen nach § 115 SGB XI.

06.12.2011 Gesetz über die Familienpflegezeit (Familienpflegezeitgesetz – FPFZG)

23.10.2012 Gesetz zur Neuausrichtung der Pflegeversicherung (Pflege-Neuausrichtungsgesetz – PNG) mit u.a.:

- weitere Verbesserung der Versorgung Demenzkranker
- Flexibilisierung der Leistungen
- mehr Service, Beratung, Transparenz

- Stärkung des Grundsatzes Rehabilitation vor Pflege
- Förderung neuer Wohnformen

16.04.2013 Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 08.06.2009, geändert durch Beschluss vom 16.04.2013

11.06.2013 Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Zusammenarbeit der Pflegekassen mit anderen unabhängigen Gutachtern (Unabhängige Gutachter-Richtlinien – UGu-RiLi) nach § 53b SGB XI vom 06.05.2013

10.07.2013 Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren (Dienstleistungs-Richtlinien – DieRiLi) nach § 18b SGB XI vom 10.07.2013

24.07.2013 Inkrafttreten der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Qualitätssicherung der Qualitätsprüfungen nach §§ 114ff. SGB XI (Qualitätssicherungs-Richtlinien Qualitätsprüfung – QS-Ri QP) vom 06.05.2013

Gemäß § 10 SGB XI hat die Bundesregierung den gesetzgebenden Körperschaften des Bundes im Abstand von drei und ab 2011 im Abstand von vier Jahren über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in Deutschland zu berichten. Am 16.01.2008 billigte das Kabinett den vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) erstellten Vierten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Der Bericht zieht auf der Grundlage der Leistungsdaten und wegen der Schaffung von 300 000 Arbeitsplätzen in der Pflege ein durchweg positives Resümee. Wegen der im Rahmen der Pflegereform vorgesehenen Leistungsverbesserungen wurde schon zu diesem Zeitpunkt mit der Anhebung des Beitragssatzes kalkuliert. Am 20.12.2011 beschloss das Kabinett den vom BMG erstellten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland („Fünfter Bericht“). Er enthält einen Überblick über die Ergebnisse einer Studie zur Wirkung des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes von Ende 2009 bis Mitte 2010. Daraus geht hervor, dass mit 66 Prozent zwar die große Mehrheit der Pflegehaushalte mit Umfang und Höhe der Leistungen nach SGB XI zufrieden ist, wobei jedoch der Anteil im Vergleich zu den Studienergebnissen aus dem Jahr 1998 rückläufig ist. Insbesondere die Höhe des Pflegegeldes wird als zu niedrig angesehen. Die mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz eingeführte individuelle und umfassende Pflegeberatung hatten bis zum Frühjahr 2011 erst 10 Prozent der Pflegebedürftigen in Anspruch genommen. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation wurden sowohl bei ambulant als auch bei vollstationär versorgten Pflegebedürftigen nur in geringem Umfang bei der Pflegebegutachtung durch den MDK empfohlen.

Über die Interpretation von Leistungsdaten hinaus bedürfen funktionelle und struktur-innovative Modifikationen des Sozialsystems allerdings eines kritischen Bewusstseins, einer sorgfältigen Planung und einer unabhängigen Versorgungsforschung. Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) leisten dazu mit ihren Qualitätsprüfungen in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen einen

maßgeblichen Beitrag. Die Ergebnisse werden im Abstand von drei Jahren zusammengefasst dargestellt. Im August 2007 wurde bereits der 2. Bericht des MDS nach § 118 Abs. 4 SGB XI den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem BMG vorgelegt. Daraus geht deutlich und nachvollziehbar hervor, „dass die Pflege nach wie vor ein Qualitätsproblem hat, aus dem sich ein erheblicher Optimierungsbedarf in den ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen ergibt“ [MDS 2007]. Ergänzt werden diese Erhebungen durch gezielte Analysen einzelner Medizinischer Dienste, wie beispielsweise zur Ernährungssituation der Pflegebedürftigen [Deitrich et al. 2003]. Im 3. Bericht des MDS zur Pflegequalität vom April 2012 konnten verglichen mit den Vorberichten bereits Fortschritte bei der Ernährung und der Flüssigkeitsversorgung sowie im Umgang mit an Demenz leidenden Menschen konstatiert werden, wohingegen das Vorgehen bei Dekubitusprophylaxe in weiten Bereichen weiterhin unzureichend erschien [MDS 2012a].

Die ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen für den Erhalt und die Weiterentwicklung des Sozialstaates werden aus vielen Gründen als sich zunehmend verschlechternd beurteilt. Aufgrund der Kostenentwicklung im Gesundheitswesen wird die Finanzierbarkeit des medizinischen, zunehmend aber auch des pflegerischen öffentlichen Versorgungssystems einer kritischen Bewertung unterzogen sowie Alternativen der Steuerung und Finanzierung erörtert, insbesondere da die in den letzten Jahrzehnten erlassenen Gesetze und Einzelbestimmungen zur Reform, Strukturverbesserung und Neuordnung des Gesundheitswesens die kontinuierlich steigenden Ausgaben nicht dauerhaft beeinflussen konnten. Mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) wurden die Grundlagen für Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der ambulanten medizinischen Versorgung geschaffen. Bei der Änderung des SGB XI per Gesetz vom 14.12.2001 ist ein entsprechender Passus auch für die SPV als § 8 Abs. 3 eingefügt worden. Für diese Modellvorhaben ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung vorzusehen. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.03.2007 ermöglicht zudem, dass Pflegekassen mit zugelassenen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern nach § 140b Abs. 1 SGB V Verträge zur integrierten Versorgung schließen oder derartigen Verträgen mit Zustimmung der Vertragspartner beitreten können (§ 92b SGB XI).

Am 01.11.1993 trat der von den zwölf Regierungschefs der Europäischen Gemeinschaft (EG) geschlossene Vertrag von Maastricht über die Schaffung einer Europäischen Union (EU) mit einer einheitlichen Währung in Kraft. Die nationalen Systeme der sozialen Sicherung werden vom Prozess der europäischen Einigung nicht unbeeinflusst bleiben. Grenzüberschreitende Versorgungsprojekte, beispielsweise zur akut-stationären und rehabilitativen Versorgung in der Oberrheinregion, werden bereits durchgeführt und unter Beteiligung des MDK begleitet und ausgewertet [Simoes et al. 2009]. Im Rahmen sogenannter „EU-Twinning-Projekte“ entstehen staatsübergreifende Partner-/Partnerschaften zwischen den Behörden zum Aufbau von öffentlichen Strukturen im Einklang mit vorbildlicher europäischer Verwaltungspraxis. Bei dem Projekt „Enhancing Anticorruption Activities in Poland“ ist auch der

MDK maßgeblich im Expertengremium beteiligt. Über die Regelungen der EU und des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) hinaus hat Deutschland bereits jetzt mit weiteren Staaten Europas sowie Afrikas, Asiens und Amerikas Vereinbarungen zur sozialen Absicherung ausländischer Arbeitnehmer und Touristen getroffen.

Die durch die sogenannte Globalisierung der Märkte notwendig gewordene internationale Ausrichtung der Sozialversicherungssysteme ist schon jetzt mit gesundheitspolitischen Anpassungsbestrebungen zur Harmonisierung der Verfahren und Vereinheitlichung der Ansprüche verbunden. Eine Distanzierung von den oben genannten Grundprinzipien nach dem Motto vom „Umbau des Sozialstaates“ jedoch, etwa im Sinne einer Kommerzialisierung des Gesundheitswesens nach dem amerikanischen Muster des *managed care* mit Steuerung der medizinischen Versorgung nach marktwirtschaftlichen Regeln der Gewinn-Maximierung (*health care industry*), bedeutete Systembruch und Abkehr von der sozialpolitischen Ausrichtung solidarischer Prägung [Gaertner et al. 1999]. In Anbetracht der internationalen Finanzmarkt-Krise dürfte das Vertrauen in die Selbstregulierungs- und Selbstheilungskräfte des Marktes erschüttert sein.⁸ Damit ist evident, dass gerade die pflegerische Versorgung eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleiben muss.

Andererseits bedarf es im wohlfahrtsstaatlich organisierten Sozialgefüge des Interessenabgleichs von potentiell Machbarem, finanziell Möglichem und sozial Notwendigem [Hensen/Hensen 2008]. Im Spannungsfeld zwischen Eigenverantwortung und Subsidiarität, persönlichen Freiheitsrechten und Solidaritätsverpflichtung, Gesundheitsleistungen und Krankenbehandlung, wirtschaftlicher Planbarkeit und Hegemonie des Marktes wägt der MDK als unabhängige und unparteiische Sachverständigeninstitution das sozialmedizinisch Sinnvolle ab [Gaertner/Jansen 2009]. Dabei gilt es zu bedenken, dass sich unter sozialstaatlichen Bedingungen maßgebende Moralvorstellungen wandeln. So wurde auf der Grundlage des World Value Survey (Weltweite-Werte-Umfrage), einer seit 1981 regelmäßig in mittlerweile 62 Staaten durchgeführten Erhebung, vom Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung GmbH (ZEW) Mannheim untersucht, inwieweit die Hypothese der selbstzerstörerischen Kräfte des Wohlfahrtsstaates empirisch zu belegen ist. Die Analyse über den Zeitraum von 1981 bis 2004 bezog sich auf Staaten der OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development – Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung). Demnach tendieren insbesondere der Ausbau sozialer Transferleistungen, die Zunahme von Arbeitslosigkeit sowie Veränderungen der sittlichen Haltung nachfolgender Generationen langfristig zur Erosion des Sozialstaates und leisten einer ungeRechtfertigten Inanspruchnahme von Sozialleistungen Vorschub [Heinemann 2008].

⁸ „Der Markt ist keine ewige Naturordnung, sondern eine immer wieder neu geschaffene Illusion, deren Schein sich in periodischen Zusammenbrüchen von Volkswirtschaften und diversen Crashes zeigt“ [Brodbeck 2000].

2 Soziale Absicherung des Pflegerisikos im europäischen Vergleich

Klaus Wingefeld

In den meisten Ländern Europas existieren bereits seit vielen Jahren Bemühungen, die sozialen Sicherungssysteme auf die Herausforderungen der demographischen Entwicklung vorzubereiten. Die Frage der Langzeitversorgung pflegebedürftiger Menschen nimmt in diesem Zusammenhang einen besonderen Stellenwert ein. Dabei sind die sozialpolitischen Strategien, für die sich die einzelnen Länder entschieden haben, sehr unterschiedlich. Zum Teil wurden Strukturen vorhandener Sicherungssysteme weiterentwickelt, um sie an die besondere Situation pflegebedürftiger Menschen anzupassen. Zum Teil wurden jedoch, wie beispielsweise im Falle der Pflegeversicherung in Deutschland, gänzlich neue und eigenständige Systeme aufgebaut.

Kennzeichnend für den aktuellen Stand der Entwicklung in Europa ist eine ausgeprägte Heterogenität. Zugangsvoraussetzungen, Zielgruppen, Entscheidungsprozesse bei der Leistungsbewilligung, Art und Umfang der geleisteten Unterstützung und viele andere Merkmale unterscheiden sich zwischen den Ländern zum Teil ganz erheblich. In einigen europäischen Ländern, etwa in Großbritannien, sind aber auch innerhalb des nationalen Kontextes große (regionale) Unterschiede festzustellen. Es ist daher schwierig, einen Gesamtüberblick über die Situation der Langzeitpflege in Europa zu erlangen. Verschiedene internationale Organisationen und Projekte haben sich in der Vergangenheit darum bemüht, in dieser Hinsicht mehr Transparenz zu schaffen [vgl. z.B. OECD 2005 und MISSOC 2013]. Sprachbarrieren, kulturelle Besonderheiten und die zum Teil komplizierten Einzelregelungen, die man in den verschiedenen Ländern vorfindet, setzen diesen Bemühungen jedoch Grenzen. Das Ziel der folgenden Ausführungen besteht darin, charakteristische Strukturen aufzuzeigen und anhand von Beispielen zu illustrieren, auf welcher unterschiedlichen Art und Weise der Zugang zu Leistungen der Langzeitversorgung in Europa geregelt ist.

2.1 Zielgruppen und Lebenssituationen

Der Begriff *Langzeitversorgung* steht in der internationalen Diskussion im Mittelpunkt, wenn es um die Versorgung von dauerhaft pflegebedürftigen Menschen geht. Angesprochen ist damit die gesundheitliche Versorgung und soziale Unterstützung von Personen, die aufgrund einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung auf personelle Hilfe angewiesen sind, um die Folgen gesundheitlicher Störungen bzw. die Folgen funktioneller Beeinträchtigungen bewältigen zu können [WHO 2003].

Die in Deutschland gängige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigkeit und Behinderung kommt in den meisten anderen Ländern weniger zum Tragen, wenn

von Langzeitversorgung oder Langzeitpflege gesprochen wird. Im modernen, in der internationalen Diskussion maßgeblichen Begriffsverständnis gehören ältere, infolge von Krankheit hilfebedürftige Menschen ebenso zu der Bevölkerungsgruppe, für die Leistungen der Langzeitversorgung vorgesehen sind, wie Menschen, die von Geburt an mit einer Behinderung leben.

Ungeachtet dieses gemeinsamen Grundverständnisses sind bei der Frage, welche Bevölkerungsgruppen vom jeweiligen Sicherungssystem berücksichtigt werden und in welchen Lebenssituationen Leistungen gewährt werden, in den europäischen Ländern sehr unterschiedliche Lösungen vorzufinden. Die folgende tabellarische Übersicht bietet eine allgemeine Charakterisierung der Voraussetzungen für den Bezug von Leistungen im Rahmen der Langzeitversorgung (s. Tab 2.1).

Tab. 2.1: Übersicht über Langzeitpflegeregelungen in der EU [Angaben nach MISSOC 2013].

Land	Rechtsgrundlage	Personengruppe/ Kriterien für Leistungsanspruch
Belgien	keine besondere Gesetzgebung auf Bundesebene, aber bestimmte Vorschriften zur Kranken- und Invaliditätsversicherung und sozialen Mindestsicherung	Personen, die Hilfe bei grundlegenden Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen
Bulgarien	Gesetzbuch der Sozialversicherung, Sozialhilfegesetz und Gesetz über die Eingliederung von Menschen mit Behinderungen	keine Definition der Pflegebedürftigkeit in nationaler Gesetzgebung, Leistungsanspruch ist an Definitionen von Behinderung und Krankheit gebunden
Dänemark	Gesetz über Leistungen der sozialen Dienste, Gesetz über Sozialwohnungen	Beeinträchtigung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, besondere soziale Probleme; individuelle Bedarfseinschätzung
Estland	Sozialhilfegesetz	Unfähigkeit, den Alltag unabhängig zu bewältigen
Finnland	Gesetze über Volksrenten, Invaliditätsbeihilfe, Leistungen für Menschen mit Behinderung, Sozialfürsorge und medizinische Grundversorgung	Personen, die ständig und regelmäßig Betreuung und Pflege benötigen, Definition ist abhängig vom jeweiligen Gesetz und von Vorschriften der jeweiligen Gemeinde
Frankreich	Vorschriften des Sozialgesetzbuchs und des Gesetzbuchs über Sozialhilfe und Familien	Bedarf an personeller Hilfe bei grundlegenden Aktivitäten des alltäglichen Lebens, Ausgleich einer Behinderung
Griechenland	keine gesonderte Gesetzgebung	dauerhafter Bedarf an Unterstützung durch andere Personen aufgrund bestimmter Gesundheitsstörungen (z. B. Tetraplegie)

Land	Rechtsgrundlage	Personengruppe/ Kriterien für Leistungsanspruch
Irland	Gesundheitsgesetz, Gesetz über die Unterstützung in Pflegeheimen, Gesetz über die soziale Sicherheit	keine einheitliche Definition von Pflegebedürftigkeit, Unterschiede je nach Rechtsvorschrift bzw. Versorgungsbereich (häusliche oder stationäre Pflege)
Italien	Gesetz über Invalidenleistungen für Zivilpersonen, Gesetz über Mobilitätsunterstützung, Rahmengesetz über Behinderung; regionale Gesetzgebung und kommunale Vorschriften	Menschen mit Behinderungen sowie generell Personen, die zur Fortbewegung auf personelle Hilfe angewiesen sind oder der ständigen Hilfe bei Verrichtungen des täglichen Lebens bedürfen, entscheidend ist der Grad der Behinderung
Lettland	Gesetz über soziale Dienste und Sozialhilfe	Personen, die nicht fähig sind, für sich selbst zu sorgen und ohne Unterstützung Alltagsaktivitäten auszuüben
Litauen	Gesetz über staatliche Sozialhilfeleistungen, verschiedene Gesetze zur Regelung des Gesundheitswesens	langfristiger Bedarf an gesundheitlicher Versorgung, Pflege und sozialen Dienstleistungen (letzteres im Falle einer schweren Behinderung)
Luxemburg	Gesetz zur Pflegeversicherung	Personen, die aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei Körperpflege, Ernährung und Mobilität der Hilfe bedürfen
Malta	Gesetz über soziale Sicherheit, Verordnungen zur Versorgung in Einrichtungen	keine genaue Definition, Berücksichtigung von Altersgrenzen und besonderen Bedarfslagen (z. B. Selbstgefährdung)
Niederlande	Allgemeines Gesetz über außergewöhnliche Krankheitskosten	Personen mit langem Krankenhausaufenthalt, hilfebedürftige ältere Menschen, Menschen mit Behinderung
Österreich	Bundespflegegeldgesetz und verschiedene andere Rechtsgrundlagen für Sachleistungen; Sozialhilfegesetze der Bundesländer	Pflegegeld: ständiger Betreuungs- und Hilfebedarf von mehr als 60 Stunden im Monat, Sachleistungen: Bedarf an mobilen, ambulanten, teilstationären und stationären Diensten
Polen	Gesetze über die öffentlich finanzierte Gesundheitsversorgung, über Familienleistungen, über berufliche und soziale Rehabilitation und die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen	bettlägerige und chronisch Kranke mit Defiziten bei der Selbstpflege und einem Bedarf an Rund-um-die-Uhr-Versorgung; Rentner, die auf ständige fremde Hilfe angewiesen sind; schwerbehinderte Personen, die nicht oder nur mit ständiger personeller Hilfe in einer geschützten Werkstatt tätig sein können

Land	Rechtsgrundlage	Personengruppe/ Kriterien für Leistungsanspruch
Portugal	Rechtsverordnungen der Sozialversicherung und des Nationalen Gesundheitsdienstes	Personen, die Aktivitäten des alltäglichen Lebens nicht eigenständig ausführen können und dauerhaft Hilfe benötigen
Rumänien	Gesetz über den Schutz und die Förderung der Rechte von Menschen mit Behinderungen, Gesetz über Sozialhilfe für Rentner	keine Definition der Pflegebedürftigkeit; Menschen mit Behinderung, ältere Menschen
Schweden	Gesetz über soziale Dienste	kein eigenständiges System für Pflegebedürftigkeit
Slowakei	mehrere Sozialgesetze	uneinheitliche Definitionen; Menschen mit Behinderung, Personen mit schlechtem Gesundheitszustand und Personen, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind; beurteilt werden mehr als 20 Aktivitäten
Slowenien	keine besondere Gesetzgebung zur Pflegebedürftigkeit; verschiedene Vorschriften, die über zahlreiche Gesetze verstreut sind	Kriterien in Abhängigkeit von der Leistungsart; wichtigstes Kriterium: Personen, die bei Verrichtungen des täglichen Lebens auf ständige Hilfe angewiesen sind
Spanien	Gesetz zur Förderung der persönlichen Autonomie und der Hilfe für pflegebedürftige Personen	Personen, die mindestens einmal täglich Unterstützung bei der Ausführung wesentlicher alltäglicher Aktivitäten benötigen
Tschechische Republik	Gesetze über soziale Dienste, öffentliche Krankenpflege, Gesetz über die Öffentliche Krankenversicherung, Gesetz über nichtstaatliche Einrichtungen des Gesundheitswesens	Bedarf an Unterstützung der Selbstpflege sowie an Krankenpflege, die im Rahmen der Langzeitpflege geleistet wird; eine erwachsene Person gilt als pflegebedürftig, wenn tägliche Unterstützung (ggf. Beaufsichtigung) bei 12 von 36 getesteten Bedürfnissen erforderlich ist
Ungarn	Gesetz über Sozialverwaltung und Sozialhilfe	keine gesonderte Definition von Pflegebedürftigkeit; Anspruchsvoraussetzungen variieren je nach Leistung und Personengruppe, z. B.: ältere Menschen mit Unterstützungsbedarf unter 4 Stunden täglich: nur Anspruch auf häusliche Pflege, Leistungsanspruch von Menschen mit Behinderung in Abhängigkeit von der Art der Funktionsstörung, Sondervorschriften für wohnungslose Menschen usw.

Land	Rechtsgrundlage	Personengruppe/ Kriterien für Leistungsanspruch
Vereinigtes Königreich Großbritan- nien und Nordirland	Gesetz über Gesundheit und soziale Pflege, Gesetz über Beiträge und Leistungen der sozialen Sicherheit	Personen mit Bedarf an Pflege und/oder Bewegungshilfe aufgrund von körperlicher oder geistiger Behinderung, „Soziale Pflege“ in der Zuständigkeit der Kommun- nen: abweichende regionale Regelungen über Anspruchsvoraussetzungen, geson- derte Regelung der langfristig erforderli- chen Krankenpflege
Zypern	Gesetze über Sozialhilfe und soziale Dienste, Gesetze über Heime für ältere Menschen und Personen mit Behin- derungen	keine gesonderte Definition der Pflegebe- dürftigkeit bzw. des Leistungsanspruchs, individuelle Einschätzung des Leistungs- bedarfs

In einigen Ländern findet man die Festlegung von *Altersgrenzen*, die darüber entscheiden, welche Leistungen aus welchem Sicherungssystem beansprucht werden können. Diese Altersgrenzen liegen meist bei 65 Jahren (beispielsweise in Belgien, Slowenien oder Großbritannien), vereinzelt auch bei anderen Werten (beispielsweise in Frankreich bei 60 Jahren). Ist die jeweilige Altersgrenze noch nicht erreicht, können pflegebedürftige Menschen Leistungen in Anspruch nehmen, die zum Teil den Leistungen in der Behindertenhilfe in Deutschland, zum Teil aber auch den Leistungen der hiesigen Krankenversicherung ähneln. Die meisten Systeme in Europa verzichten allerdings auf eine altersabhängige Zuordnung. Dann hängt es mitunter von regionalen Gegebenheiten oder der gesundheitlichen Situation im Einzelfall ab, welche Sicherungssysteme als zuständig gelten.

Etwas mehr Einheitlichkeit existiert im Hinblick auf die *Dauerhaftigkeit* der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Im Grundverständnis der Langzeitversorgung wird vorausgesetzt, dass Beeinträchtigungen dauerhaft vorliegen müssen, um einen Leistungsanspruch zu begründen, wobei häufig die auch in Deutschland geläufige Dauer von mindestens einem halben Jahr, manchmal aber auch etwas kürzere Phasen (drei Monate) als Mindestwerte festgelegt sind.

Im Hinblick auf die Frage der *Anrechnung von eigenem Einkommen* oder Vermögen (analog zur deutschen Situation in der Sozialhilfe) sind die europäischen Länder ebenfalls verschiedene Wege gegangen. Zum Teil werden Leistungen völlig losgelöst von der finanziellen Situation der Antragsteller gewährt, zum Teil ist eine Prüfung der finanziellen Verhältnisse oder eine Eigenbeteiligung an den Ausgaben obligatorisch. Manchmal wird die Gewährung von Hilfen bzw. das Ausmaß der bewilligten Hilfen davon abhängig gemacht, in welchem Umfang Familienangehörige den individuellen Unterstützungsbedarf abdecken können. Je nach nationaler Regelung ist die Erfassung und Bewertung der entsprechenden Informationen (bis hin zur Einkommenssituation) Bestandteil des Verfahrens, mit dem die Leistungsberechtigung überprüft wird.

2.2 Strukturelle Merkmale

In den allermeisten europäischen Ländern gibt es mehrere Systeme, die Hilfen zur Bewältigung des Lebens mit dauerhafter Pflegebedürftigkeit gewähren. Die oben angesprochene Unterscheidung von Zielgruppen in Abhängigkeit vom Alter geht in der Regel mit entsprechenden parallelen Versorgungsstrukturen einher, die jeweils auf bestimmte Personengruppen ausgerichtet sind. Aber auch dort, wo diese Unterscheidung nicht erfolgt, existieren häufig mehrere Möglichkeiten der Unterstützung.

Die Situation in Deutschland, die sich durch ein Nebeneinander von Pflegeversicherung, Krankenversicherung, Eingliederungshilfe und anderen sozialen Hilfen unterschiedlichster Art auszeichnet, ist in dieser Hinsicht gar nicht so untypisch. Auch in anderen europäischen Ländern findet man vergleichbare Strukturen. In Großbritannien beispielsweise sind im Bereich der Langzeitversorgung drei Hauptstränge zu unterscheiden [Colombo et al. 2011]:

- Leistungen aus dem Programm „Disability Living Allowance“ (DLA) für Menschen mit Behinderungen im Alter unter 65 Jahren, ergänzend hierzu gibt es auch ein entsprechendes Programm für Menschen mit Behinderungen, die diese Altersgrenze überschritten haben („Attendance Allowance“)
- Leistungen für Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die von den lokalen Behörden organisiert werden (nach den nationalen Grundsätzen „Fair Access to Care Services“ – FACS) und die allen erwachsenen pflegebedürftigen Menschen offenstehen
- Leistungen der Langzeitpflege, die als Unterstützung durch das staatliche Gesundheitswesen NHS (National Health Service) gewährt werden (NHS Continuing Healthcare), diese Leistungen sind für Personen vorgesehen, deren Bedarfsschwerpunkt bei Hilfen zur Krankheitsbewältigung liegt

Aufgrund der eher unbestimmten staatlichen Vorgaben zur Abgrenzung dieser Bereiche und der großen Gestaltungsmöglichkeiten, die den lokalen Behörden bei der Entscheidung über Art und Umfang der Leistungen zukommt, existiert in Großbritannien ein regional äußerst heterogenes System der Hilfen für pflegebedürftige Menschen, das in den vergangenen Jahren immer mehr in den Fokus einer kritischen Diskussion geraten ist¹.

Aber auch für andere Länder fällt es mitunter schwer, Zuständigkeiten und Wirkungsbereiche der jeweiligen Sicherungssysteme nachzuvollziehen. Eine umfangreiche OECD-Studie unterscheidet grob drei Wege zur Sicherstellung von Leistungen der Langzeitversorgung [vgl. zum Folgenden Colombo et al. 2011]. Einen ersten Typus

¹ Im Frühjahr des Jahres 2013 sind in Großbritannien Veränderungen der Sozialgesetzgebung in Kraft getreten, deren Reichweite noch schwer abschätzbar ist.

bilden Systeme mit universaler Absicherung, die in Form eines singulären Programms organisiert sind. Diesem Typus werden drei Modelle zugeordnet:

- Modelle, in denen die Versorgung Pflegebedürftiger einheitlich als integraler Bestandteil des sozialen Sicherungssystems (in Teilen auch der öffentlichen Gesundheitsversorgung) organisiert ist und allen Menschen offensteht, die aus gesundheitlichen Gründen auf Unterstützung angewiesen sind (zu diesem Modell zählt die OECD-Studie Dänemark, Norwegen, Schweden und Finnland)
- Modelle der Sozialversicherung, in denen die Langzeitversorgung wie in Deutschland im Rahmen eines gesonderten, eigenständigen Sicherungssystems organisiert ist²
- Modelle, in denen die Langzeitpflege komplett in die Verantwortung des Gesundheitswesens gelegt wird (z.B. das öffentliche System der Gesundheitsversicherung in Belgien)

Den zweiten Typus bilden gemischte Systeme, in denen Leistungen der Langzeitversorgung durch unterschiedliche Programme und Sicherungssysteme abgedeckt werden (z.B. Schottland, Italien, Irland, Frankreich oder Polen). Ansätze dieser Art lassen sich nur schwer in Gruppen einteilen. Typischerweise wird die formelle pflegerische Versorgung in diesem Fall über das Gesundheitswesen sichergestellt, während personale Assistenz bei Alltagsverrichtungen von einem gesonderten System abgedeckt wird. Leistungen werden in einigen Ländern mit gemischtem System in Teilbereichen einkommensabhängig gewährt.

Der dritte Typus schließlich fasst Systeme zusammen, in denen Leistungen der Langzeitversorgung *grundsätzlich* nur einkommensabhängig zur Verfügung stehen. Diese Lösung ist in Europa jedoch eine Ausnahme. Die OECD-Studie nennt in diesem Zusammenhang lediglich Slowenien.

2.3 Prüfung der Zugangsberechtigung oder Bedarfseinschätzung?

Entsprechend der oben umrissenen Strukturen existiert eine große Vielfalt unter den Ansätzen, mit denen der Zugang zu den jeweiligen Sicherungssystemen geregelt wird. Die nationalen Besonderheiten – rechtliche Regelungen, Methoden, Organisationsformen, Zuständigkeiten usw. – machen es schwierig, sich einen Überblick zu verschaffen. Dies wird auch dadurch erschwert, dass Informationen über die jeweiligen

² Ob diese Charakterisierung für Deutschland zutreffend ist, kann bezweifelt werden. Berücksichtigt man neben der Pflegeversicherung auch die verschiedenen Formen der langfristigen Unterstützung pflegebedürftiger Menschen durch die Sozialhilfe, so kann auch im Falle des deutschen Systems eher von einem gemischten Modell ausgegangen werden.

Begutachtungsformen bzw. Assessmentinstrumente häufig nur in der Sprache des Landes verfügbar sind, aus denen die betreffenden Instrumente stammen.

Die Methoden, die bei der Ermittlung des Leistungsanspruchs zum Einsatz kommen, unterscheiden sich in ihrer grundsätzlichen Funktion: Sie zielen entweder darauf ab, die Berechtigung zum Zugang zu Leistungen zu prüfen, oder ihre Funktion besteht darin, den individuellen Bedarf als Grundlage für die Entscheidung über zu gewährende Leistungen zu ermitteln. Ob ein Instrument die eine oder andere Funktion erfüllen soll, hat großen Einfluss auf dessen Inhalte und methodische Eigenschaften.

Bei der Einschätzung zur Klärung der Zugangsberechtigung wird in der Regel mit standardisierbaren Informationen und konkret definierten Kriterien gearbeitet. Sie beschreiben persönliche Voraussetzungen oder Situationen, in denen die entsprechenden Leistungen in Anspruch genommen werden können. Im Englischen wird dafür der Begriff *eligibility* verwendet, was in wörtlicher Übersetzung so viel bedeutet wie *Berechtigung*. Dem gegenüber stehen Verfahren, mit denen der *Unterstützungsbedarf* erfasst werden soll, also die als notwendig erachteten Leistungen, wobei zunächst offenbleibt, ob diese notwendigen Leistungen in Gänze durch das jeweilige Sicherungssystem finanziert werden sollen. Zum Teil wird erst dann von einem Bedarf ausgegangen, wenn die individuellen Möglichkeiten (z.B. die finanziellen Mittel und die personellen Ressourcen in der sozialen Umgebung) nicht ausreichen, um grundlegende Lebensvoraussetzungen aufrechtzuerhalten. In jüngerer Zeit wurde die Vorstellung dieser Lebensvoraussetzungen um den Gedanken der Teilhabe erweitert. In immer mehr Ländern werden die verschiedenen Aspekte des Lebens, die als grundlegend angesehen werden, unter dem Oberbegriff *Teilhabe an der Gesellschaft* zusammengefasst.

Dementsprechend können bei der Begutachtung bzw. Einschätzung zwei unterschiedliche Fragen im Mittelpunkt stehen:

1. Erfüllt die Person bzw. erfüllt ihre aktuelle Lebenssituation die Kriterien, die als *Zugangsvoraussetzungen* definiert sind? Um diese Frage zu beantworten, ist es nicht erforderlich, alle einzelnen gesundheitlichen Probleme und Beeinträchtigungen zu erfassen. Ein Assessmentverfahren, das lediglich den Zugang zu Leistungen regeln soll, kann daher ggf. (je nach definierten Zugangskriterien) recht schlank ausfallen. Die Aufdeckung der wichtigsten Risiken und zentralen Bedarfslagen oder der charakteristischen Beeinträchtigungen kann ausreichen, wenn sie gleichzeitig eine gewisse Abstufung des Grads der Beeinträchtigung ermöglicht.
2. Welcher *Bedarf* einer Person ist durch die Leistungen des jeweiligen Sicherungssystems abzudecken? In diesem Fall muss die Gesamtheit des individuellen Bedarfs in den Blick genommen werden. Andernfalls könnten zentrale Aspekte unberücksichtigt bzw. die gewährten Hilfen unzulänglich bleiben.

Das deutsche Begutachtungsverfahren nach dem SGB XI ist aus diesem Blickwinkel ein Instrument zur Abklärung von Zugangsvoraussetzungen und kein Instrument zur Abklärung des individuellen Leistungsbedarfs, wenngleich der Zeitaufwand, der zur Unterstützung bei der Durchführung von Alltagsverrichtungen erforderlich ist, im Mittelpunkt der Begutachtung steht. Entscheidend ist jedoch, dass das Ergebnis lediglich dazu verwendet wird, eine Pflegestufe und damit die Leistungsbeträge zu ermitteln, die der Pflegebedürftige in Form von Geld- oder Sachleistungen beanspruchen kann (=Leistungsberechtigung), und zwar unabhängig davon, wie hoch sein Bedarf tatsächlich ist. Bei der Begutachtung geht es nicht um die Frage, welche Leistungen durch Pflegedienste oder andere Leistungserbringer entsprechend des Bedarfs erforderlich (und somit zu finanzieren) sind.

2.4 Methoden zur Bestimmung des Leistungsanspruchs

Im Großen und Ganzen kann man vier Ansätze unterscheiden, mit denen in den verschiedenen europäischen Ländern die Bestimmung des Leistungsanspruchs erfolgt:

1. die Schätzung des Zeitaufwands, der für die benötigte Unterstützung aufzuwenden ist (zur Ermittlung einer Pflegestufe³)
2. die Beurteilung der gesundheitlichen Probleme und der Selbständigkeit im Umgang mit Krankheitsfolgen (zur Ermittlung einer Pflegestufe oder zur Bedarfs-einschätzung)
3. die Ableitung von Bedarf aus einem individuellen Versorgungsplan bzw. die Identifizierung nicht abgedeckter Bedarfslagen
3. die Zuordnung von Leistungsansprüchen anhand allgemeiner Richtlinien ohne Nutzung eines methodisch exakt definierten Verfahrens (zur Ermittlung einer Pflegestufe)

In Deutschland, Österreich, Luxemburg und in einigen anderen Ländern wird auf den zur Versorgung notwendigen *Zeitaufwand* als Maßstab für Leistungsansprüche Bezug genommen. Bei der Ermittlung des Zeitaufwands werden bestimmte Alltagsaktivitäten berücksichtigt. In Deutschland hat die Begrenzung des relevanten Zeitaufwands auf die im SGB XI aufgeführten Alltagsverrichtungen schon zu Beginn der Pflegeversicherung eine kontroverse Diskussion ausgelöst, die im Jahr 2006 bekanntlich den Anstoß zur Vorbereitung eines neuen sozialrechtlichen Verständnisses von Pflegebedürftigkeit gab [BMG 2009a]. In Österreich hat man zur Vermeidung von systema-

³ Der Begriff Pflegestufe wird hier und im Folgenden für jede Form der Klassifizierung verwendet, mit der die Höhe von Leistungsansprüchen festgelegt wird. In anderen Ländern werden natürlich jeweils andere Begriffe benutzt. Das Wort Pflegestufe ist streng genommen ein Kunstbegriff und daher gar nicht übersetzbar.

tischen Benachteiligungen vor einigen Jahren Erschwerniszuschläge für bestimmte Personengruppen definiert, u.a. für Demenzkranke. Auf den bei der Begutachtung festgestellten Zeitaufwand wird dann ein bestimmter, gesetzlich festgelegter Zeitumfang aufgeschlagen, wodurch die betreffenden Personen eine höhere Stufe erreichen. In der Autonomen Provinz Bozen (Italien) werden Leistungsansprüche ebenfalls auf der Grundlage einer Einschätzung notwendiger Pflegezeiten festgelegt, allerdings versucht man die Engführung auf Alltagsaktivitäten dadurch zu vermeiden, dass auch die für die psychosoziale Unterstützung erforderlichen Zeiten berücksichtigt werden [Wingenfeld/Büscher 2009].

Aus wissenschaftlicher Perspektive ist Zeit ein ungeeignetes Maß, um Bedarf nach einheitlichen Maßstäben zu erfassen [Wingenfeld et al. 2011]. Im Alltagsverständnis erscheint Zeit als etwas Vertrautes, viele Entscheidungsträger und insbesondere die Politik gehen nicht zuletzt aufgrund dieses alltäglichen Verständnisses davon aus, Zeit sei eine zuverlässige Größe zur Abschätzung des individuellen Bedarfs. Es existieren jedoch keine Maßstäbe, nach denen entschieden werden könnte, wie viel Zeit für diese oder jene Tätigkeit als ausreichend zu betrachten ist. Außerdem üben viele Faktoren und Bedingungen, die in keinem Zusammenhang mit Beeinträchtigungen der Pflegebedürftigen stehen, Einfluss auf den Zeitumfang aus.

Das *Ausmaß der Abhängigkeit von personeller Hilfe* (dependency) ist in vielen Ländern ein zentrales Konzept für die Begutachtung im Bereich der Langzeitpflege. Die meisten international anerkannten Einschätzungsinstrumente operieren mit diesem Konzept, und auch nationale Vorschriften definieren Grade der Abhängigkeit von personeller Hilfe. In Spanien werden drei Grade der Abhängigkeit von Personenhilfe unterschieden und auf der Basis eines Assessments erfasst, das mit einer Punkteskala arbeitet. In der Tschechischen Republik unterscheidet man vier Stufen, wobei die Stufenzuordnung von der Anzahl der Aktivitäten abhängig gemacht wird, bei denen personelle Unterstützung benötigt wird. In manchen Ländern wird das Merkmal Unselbständigkeit mit weiteren Beeinträchtigungen kombiniert, um zu einer Stufenunterscheidung zu kommen (z.B. Portugal: demenzielle Erkrankung und Bettlägerigkeit als Zusatzkriterien) [vgl. MISSOC 2013 und Colombo et al. 2011].

Anspruchsvolle Instrumente fokussieren dabei nicht nur Alltagsverrichtungen, sondern beispielsweise auch soziale Aktivitäten, die Nutzung von Dienstleistungen, Kommunikation, Umgang mit psychischen Problemlagen, die Organisation alltäglicher Routinen usw. [ausführlich dazu: Wingenfeld et al. 2011]. Beispiele für solche Instrumente, die im europäischen Raum zur Anwendung kommen, sind:

- CAT (Cambridgeshire Assessment Tool)
- EASYcare
- FACE for Older People (Functional Assessment of the Care Environments)
- MDS Home Care Version (Minimum Data Set, RAI)
- NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)
- STEP (Standardised Assessment of Elderly People in Primary Care)
- AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources, Frankreich)

Manche dieser Instrumente werden nur dazu genutzt, einen Überblick über die aktuelle Situation zu erhalten, andere gestatten eine differenzierte Einschätzung von Beeinträchtigungen, Funktionseinbußen oder Risiken. Typischerweise stehen folgende Dimensionen im Mittelpunkt einer komplexen Einschätzung:

- Mobilität (einschließlich Transfer)
- Selbständigkeit bei Alltagsverrichtungen (self care, personal care)
- Kognition
- Kommunikation
- Verhalten
- emotionaler Zustand, Psyche
- soziale Beziehungen
- Tagesstrukturierung
- Bedarf im Zusammenhang mit direkten Krankheitsfolgen und der Durchführung von Therapien
- hauswirtschaftliche Versorgung
- instrumentelle Aktivitäten wie Umgang mit Geld, Telefonbenutzung, Bedienung einer Notrufanlage etc.

Die aufgeführten, fachlich eher anspruchsvollen Instrumente sind häufig für die Nutzung im Versorgungsalltag vorgesehen, also nicht ausschließlich für die Klärung von Leistungsansprüchen. Nur wenige Instrumente sind – wie beispielsweise das französische Instrument AGGIR – so konstruiert, dass sie auch eine Quantifizierung (beispielsweise in Form eines Punktwertes) und damit eine Beschreibung eines Grads der Pflegebedürftigkeit ermöglichen. In Sicherungssystemen, die mit Pflegestufen oder einer vergleichbaren Klassifikation von Leistungsansprüchen arbeiten, müssen zur Feststellung einer Pflegestufe daher weitere Kriterien bemüht werden.

Ein dritter Ansatz beruht auf der Vorstellung, dass individueller *Bedarf auf Grundlage eines individuellen Versorgungsplans* bestimmt werden muss. Aus dieser Perspektive sind Einschätzungsinstrumente nur ein Hilfsmittel zur Zusammenstellung von Informationen, die als Grundlage für Entscheidungen über die Versorgung bzw. die individuelle Hilfeplanung benötigt werden. Sie fungieren dann jedoch *nicht* als Instrumente zur Überprüfung von Zugangsberechtigungen. Es ist dann im Grunde nicht so wichtig, welches Instrument verwendet wird, solange es nur all diejenigen Bereiche berücksichtigt, für die bei Bedarf Leistungen bereitgestellt werden.

Eine Variante dieses Konzepts findet sich beispielsweise in den Niederlanden. Die Bestimmung des Leistungsanspruchs im Rahmen des AWBZ-Sicherungssystems (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*) umfasst hier vier Schritte:

1. Einschätzung der gesundheitlichen Situation, der Beeinträchtigungen, der Funktionsstörungen, der Lebens- und Versorgungsumgebung sowie der Möglichkeiten, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen
2. Identifizierung der Ressourcen, über die die pflegebedürftige Person verfügt

3. Ermittlung der Unterstützung, die von informellen Helfern (Angehörigen, Nachbarn etc.) geleistet wird
4. Bestimmung der Bedarfslagen, die nicht durch die eigenen Ressourcen bzw. die Ressourcen der Umgebung abgedeckt sind, der ungedeckte Bedarf ist letztlich der Bezugspunkt für die Entscheidung, welche Leistungsansprüche geltend gemacht werden können

Im Unterschied zu anderen Ansätzen berücksichtigt dieser Prozess externe Faktoren. Die Entscheidung über Leistungsansprüche beruht also nicht allein auf personellen Merkmalen, sondern auch auf der Beschaffenheit der materiellen und sozialen Umgebung des Antragstellers.

Der vierte Ansatz, auf den an dieser Stelle hingewiesen werden soll, umfasst verschiedene Methoden der *Zuordnung von Leistungsansprüchen anhand allgemeiner Richtlinien*, ohne dass ein bestimmtes, exakt definiertes Einschätzungsverfahren vorgeschrieben ist.

Zwei Beispiele seien an dieser Stelle kurz benannt. In *Schweden* obliegt die Verantwortung zur Sicherstellung einer ausreichenden Unterstützung für pflegebedürftige Menschen den örtlichen Behörden. Zur Abklärung des individuellen Bedarfs erfolgen Einschätzungen durch Sozialarbeiter und spezialisierte Pflegekräfte, deren Einschätzungen wiederum durch bestimmte Gremien auf örtlicher Ebene überprüft werden. Diese Gremien entscheiden letztlich darüber, welche Leistungen dem Antragsteller bewilligt werden. Die Entscheidung kann durchaus von der Einschätzung der vorangegangenen Assessments abweichen. Es gibt einige allgemeine rechtliche Vorgaben zur Regelung des Verfahrens, bei denen allerdings auf Vorschriften zur Nutzung bestimmter Assessmentinstrumente verzichtet wird.

Als zweites, etwas komplizierteres Beispiel sei auf *Großbritannien* hingewiesen. Wie bereits erwähnt, existieren in Großbritannien parallele Systeme, deren Verwaltung unterschiedlichen Behörden auf unterschiedlichen Ebenen obliegt. Ein wichtiges Standbein bildet dabei die örtliche Ebene. Die landesweit geltenden rechtlichen Vorschriften unterscheiden vier Risikosituationen (*critical, substantial, moderate und low*), die erste Hinweise darauf geben, in welchem Umfang ein Bedarf ggf. geltend gemacht werden kann. Die vier Grade drücken aus, wie hoch das Risiko für den Verlust von Selbständigkeit und andere Probleme ist, falls keine dem individuellen Bedarf entsprechende Unterstützung geleistet wird. Diese Situationen sind allerdings nicht exakt definiert, sondern werden durch qualitative Beschreibungen spezifiziert. Beispielsweise trifft die Beurteilung *substantial* u.a. dann zu, wenn die betreffende Person derzeit oder zukünftig nicht in der Lage ist, den Großteil der Alltagsaktivitäten auszuführen. Wo genau die Grenze liegt oder welche Aktivitäten damit angesprochen sind und welche nicht, wird nicht definiert. Bei der Feststellung, welche Risikosituation vorliegt, haben die zuständigen Mitarbeiter und Behörden daher einen relativ großen Spielraum zur Auslegung der rechtlichen Vorgaben. Die örtliche Ebene entscheidet außerdem auf der Grundlage des aktuell verfügbaren Budgets selbst darüber,

für welche Stufen Leistungen gewährt werden. Häufig bleibt der Kreis der Leistungsberechtigten offenbar auf Personen mit den Stufen *critical* oder *substantial* begrenzt.

Wird aufgrund dieser ersten Einstufung ein Leistungsbedarf angenommen, folgt eine differenzierte Bedarfseinschätzung, für die unterschiedliche Assessmentinstrumente eingesetzt werden dürfen. Welche Instrumente in Betracht kommen, wurde vor einigen Jahren im Rahmen des sogenannten *Single Assessment Process* festgelegt, mit dem insgesamt sechs Assessment Tools akkreditiert wurden [Department of Health 2007]. Im Verlauf der Bedarfseinschätzung erfolgt auch eine Überprüfung der Einkommenssituation, um später festlegen zu können, wie hoch der Eigenanteil des Antragstellers zur Finanzierung der Leistungen sein soll.

Mit dem Abschluss des Assessments sind die konkreten Leistungsansprüche jedoch noch nicht festgelegt. Das Ergebnis der Einschätzung wird vielmehr durch ein dazu berufenes Gremium auf örtlicher Ebene überprüft. Erst diese Überprüfung entscheidet darüber, welche konkreten Leistungen finanziert werden.

Für Personen, die aufgrund komplexerer gesundheitlicher Problemlagen auf gesundheitliche Versorgung angewiesen sind, besteht in Großbritannien die zusätzliche Möglichkeit, Leistungen des staatlichen Sicherungssystems NHS in Anspruch zu nehmen. Das entsprechende Bewilligungsverfahren wird zum Teil bereits während eines Krankenhausaufenthaltes in Gang gesetzt. Es handelt sich, wie bereits angedeutet, um einen Leistungsbereich, der losgelöst von den Behörden auf örtlicher Ebene existiert. Auch in diesem Fall gibt es keine Regelung, die ein bestimmtes Einschätzungsinstrument verbindlich vorschreiben würde. Empfohlen wird die Nutzung einer bestimmten Checkliste, die extra zu diesem Zweck entwickelt wurde. In der Regel nimmt ein Arzt die Einschätzung vor. Wird anhand der Checkliste im Grundsatz bestätigt, dass die Zugangsvoraussetzungen erfüllt sind, folgt ein ergänzendes Assessment durch einen hierzu ausgebildeten Mitarbeiter des NHS, bei dem wieder konkrete methodische und inhaltliche Vorgaben fehlen. Recht weite Verbreitung gefunden hat das *Decision Support Tool*, das die Einschätzung des Verhaltens, der Kognition, der psychischen und emotionalen Probleme, der Kommunikation, der Mobilität, ausgewählter medizinischer Probleme und verschiedener weiterer Sachverhalte ermöglicht.

Nur der Vollständigkeit halber sei auf die britischen Unterstützungsprogramme für Menschen mit Behinderungen hingewiesen, bei denen der Zugang zu den Leistungen wieder ganz anderen Regeln folgt. Es ist vor diesem Hintergrund nicht verwunderlich, dass in Großbritannien ein großes Bedürfnis nach Vereinfachung und Vereinheitlichung dieser Verfahrensweisen entstanden ist.

2.5 Fazit

Die Sicherungssysteme, die in den europäischen Ländern von pflegebedürftigen Menschen in Anspruch genommen werden können, weisen im Hinblick auf Zugangskriterien, Leistungsvoraussetzungen, Verfahren zur Abklärung von Leistungsansprüchen sowie Art und Umfang der Leistungen große Unterschiede auf. Teilweise handelt es sich um Systeme, die eher auf den jeweiligen nationalen Strukturen *sozialer Hilfen* aufbauen, teilweise um Systeme, die eher einen ausdifferenzierten Zweig der *Gesundheitsversorgung* darstellen. Es kommt vor, dass beide Formen (wie in Großbritannien) nebeneinander existieren und die Gestaltungsverantwortung unterschiedlichen staatlichen Ebenen überlassen bleibt. Eigenständige Sozialversicherungen wie die Pflegeversicherung in Deutschland finden sich bislang noch selten.

In den vorangegangenen Ausführungen wurde die Frage ausgeblendet, wie sich die Systeme zur Sicherung der Langzeitversorgung finanzieren. Auch in dieser Hinsicht gibt es eine große Vielfalt, in der alle denkbaren Varianten vorkommen – von der rein steuerlichen Finanzierung über allgemeine Versicherungsbeiträge wie in Deutschland bis hin zur privaten Vorsorge und verschiedensten Mischformen [Colombo et al. 2011].

Aufbau und Funktionsweise der Methoden und Instrumente, mit denen die Leistungsberechtigung überprüft und die Höhe der Leistungen bestimmt werden, variieren zwischen den Ländern ebenfalls sehr stark. Auch hier gibt es ein breites Spektrum, das von standardisierten Verfahren mit abschließend definierten Kriterien bis hin zu allgemeinen Richtlinien reicht, die großen Interpretationsspielraum lassen. Welche Anforderungen an Instrumente gestellt werden und welche Instrumente zugelassen werden, hängt sehr stark davon ab, ob – wie im Falle der deutschen Pflegeversicherung – der Leistungszugang und die Leistungshöhe direkt ermittelt oder ob der Leistungsbedarf erst im Rahmen einer individuellen Versorgungsplanung eingeschätzt werden soll.

Ein europäischer Entwicklungstrend auf dem Feld der Begutachtung ist aufgrund der beschriebenen Vielfalt schwer auszumachen. Insbesondere in den Ländern, in denen Leistungen ohne ein Pflegestufensystem oder eine vergleichbare Klassifizierung gewährt werden, ist die Frage nach den „richtigen“ Instrumenten eher von nachgeordneter Bedeutung. Dort, wo es Klassifizierungen gibt, besteht allerdings ein gewisser Trend zur Nutzung von Kriterien oder Instrumenten, mit denen der Grad der Selbständigkeit und/oder der Grad funktioneller Beeinträchtigungen pflegebedürftiger Menschen abgebildet werden kann [vgl. Wingenfeld et al. 2011]. Insofern ist der Übergang von der Messung von Pflegezeiten bei Alltagsverrichtungen hin zur umfassenden, methodisch fundierten Beurteilung von Selbständigkeit, der für die deutsche Pflegeversicherung seit mehreren Jahren angestrebt wird [vgl. BMG 2009a], ein Entwicklungsschritt, der sicherlich auch in anderen europäischen Ländern mit Interesse verfolgt wird.

3 Grundlagen und Ziele der sozialen Pflegeversicherung

3.1 Menschenrechte in der Pflege und Pflegeversicherung

Valentin Aichele

Menschenrechte bieten als Fundamentalnormen Orientierung für menschliches und organisatorisches Handeln. Mit dieser Funktion haben sie Relevanz in allen Lebens- und Arbeitsbereichen. Dies gilt auch für den ambulanten, teilstationären und stationären Bereich der Altenpflege (einschließlich der Kurzzeitpflege) mit den dort tätigen Personen. In gleicher Weise werden damit die Führungskräfte und Mitarbeitenden der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) angesprochen. Beziehen sie menschenrechtliche Normen bewusst in das professionelle Handeln ein, eröffnet dies große Chancen für die Pflege, insbesondere für Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung.

Die Lebenslage „Pflegebedürftigkeit“ ist gekennzeichnet durch einseitige Abhängigkeitsverhältnisse der pflegebedürftigen Person. Auch wenn in dieser Lebenssituation die Geltung der Menschenrechte zwar theoretisch eine Selbstverständlichkeit ist, stellt ihre angemessene Beachtung die Praxis jedoch immer wieder vor große Herausforderungen. Gerade die Achtung und Gewährleistung der fundamentalen Rechte des Menschen erfordert an den Orten, an denen Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf leben, besondere Anstrengungen aller Beteiligten.

3.1.1 Menschenrechtliche Grundlagen

Alle, die mit Menschen in der Pflege thematisch oder praktisch zu tun haben, verfügen über ein Vorverständnis dessen, was Menschenwürde und Menschenrechte sind. Dennoch seien an dieser Stelle die menschenrechtlichen Grundlagen kurz in Erinnerung gerufen. Die Menschenrechte finden ihren Grund in der Menschenwürde [Bielefeldt 2008]. Die Menschenwürde erhebt den gleichen grundlegenden Achtungsanspruch für alle Menschen und ist in jedem Menschen gleichermaßen zu respektieren. Der Respekt für die Menschenwürde zeigt sich im Allgemeinen darin, dass jeder Mensch als *Subjekt freier Selbstbestimmung und freier Mitbestimmung* geachtet wird. Die Menschenrechte gelten gemeinhin als Ausdruck des grundlegenden inhärenten Achtungsanspruchs des Menschen als Würdenträger.

Die Menschenrechte gelten für alle Menschen gleichermaßen. Das Geschlecht einer Person, ihre ethnische Herkunft, ihre Religion oder ihr Alter beispielsweise, insbesondere ob oder in welchem Umfang sie Hilfe- oder Pflegebedarf hat, macht für die Anerkennung dieser Rechte keinen Unterschied. Die Menschenrechte stehen für die

fundamentalen Rechte eines Menschen, die er unabhängig von sozialen Rollen oder Leistungen allein aufgrund seines Menschseins hat.

Die Menschenrechte haben mit der Verabschiedung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus dem Jahr 1948 sowie in zahlreichen internationalen Übereinkommen und auch in Verfassungen eine fortschreitende rechtliche Ausgestaltung und damit auch Konkretisierung erfahren.¹ Gerade die menschenrechtlichen Übereinkommen verbriefen die Menschenrechte und erzeugen in diesem Zuge auch staatliche Verpflichtungen für ihren Schutz. Nichtstaatliche Akteure stehen, vermittelt über diese Übereinkommen, nicht direkt in der rechtlichen Pflicht, sind aber nach allgemeiner Auffassung von der *moralischen Verantwortung* gegenüber den Menschenrechten nicht entbunden.

Die Achtung der Menschenwürde und das damit gekoppelte Bekenntnis zu den unverletzlichen und unveräußerlichen universellen Menschenrechten bilden auch die Grundlage der Rechtsordnung der Bundesrepublik Deutschland. Das Grundgesetz bringt das bereits im Artikel 1 unmissverständlich zum Ausdruck:

-
1. Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.
 2. Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.
-

Auf dieser Grundlage entfaltet sich die gesamte Rechtsordnung mit den einschlägigen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften auf den Ebenen von Bund und Ländern. Das Gesetzesrecht buchstabiert – wenn auch nicht explizit und auch nicht immer hinreichend – die menschenrechtlichen Rechtsansprüche in Bezug auf unterschiedliche Rechtsverhältnisse aus.² Hinter all diesen Regelungen steht im Grunde der Anspruch, den Menschen immer auch als Subjekt freier Selbstbestimmung und Mitbestimmung zu erkennen und zu achten.

1 Zentral für die völkerrechtliche Absicherung sind der „Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte“ und der „Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte“. Beide Übereinkommen sind im Zusammenhang der Vereinten Nationen entstanden und 1966 von der Generalversammlung verabschiedet worden. Mit der Ratifikation durch Deutschland ist die deutsche Staatsgewalt mit ihren Organen, insbesondere auch die Körperschaften des öffentlichen Rechts, an diese Normen gebunden.

2 So gibt es hierzulande zahlreiche Regelungen in Bezug auf ältere Personen, die wegen des speziellen lebensalterlichen Bezugs als „Recht der älteren Menschen“ zusammengefasst werden können. Das Recht älterer Menschen bezieht sich beispielsweise auf die Bereiche Unterhalt, Familie, Betreuung, Gesundheit und Pflege. Es gehören außerdem dazu die Regelungen zum Schutz der körperlichen Integrität (etwa des Strafrechts) oder zum Schutz personenbezogener Daten (nach den Datenschutzgesetzen), um hier nur einige wesentliche Regelungsbereiche zu nennen [Igl/Klie 2007].

Die staatliche Gewalt ist über die Verfassung und aufgrund menschenrechtlicher Übereinkommen an diesen grundlegenden Achtungsanspruch gegenüber den Menschenrechten gebunden. Gerade wenn ein Mensch hilfe- und pflegebedürftig ist, kann es aufgrund seiner Lebenssituation erforderlich sein, zusätzliche und spezifische Maßnahmen zu ergreifen, um seine allgemeinen Rechte zu sichern.

Insbesondere ist die so genannte menschenrechtliche Schutzpflicht des Staates darauf gerichtet, dass gerade *nichtstaatliche* Akteure wie Angehörige, Nachbarn, Pflegekräfte oder Leiterinnen und Leiter von Pflegeeinrichtungen in die fundamentalen Rechte älterer Personen nicht eingreifen. So kann beispielsweise die staatliche Befugnis, private Leistungsträger im Bereich der ambulanten sowie stationären Pflege zu kontrollieren – etwa auch in Form unangemeldeter beratungsorientierter Prüfungen –, unmittelbar auf die staatliche Schutzpflicht zurückgeführt werden.

Die Rechtsgewährleistungen halten den Staat überdies an, Rahmenbedingungen zu schaffen, in denen die Menschenrechte von pflegebedürftigen Personen in all ihren unterschiedlichen Lebenslagen hinreichend zum Tragen kommen beziehungsweise praktisch gelebt werden können. So geht es bei der Pflege deshalb nicht allein darum, was gemäß des Pflege-Versicherungsgesetzes, insbesondere des Sicherstellungsauftrages der Pflegeversicherung, an Leistungen erwartet werden kann. Es geht vielmehr um die Schaffung und Aufrechterhaltung eines Systems, das hinreichend gewährleistet, den fundamentalen Rechten aller hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in ihrer konkreten Lebenssituation Geltung zu verschaffen.

3.1.2 Die Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen

Seit einiger Zeit ist die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ (Charta) in der fachlichen und öffentlichen Diskussion [BMfSFJ/BMG 2006]. Die Charta ist ein Dokument, das die fundamentalen Rechte von hilfe- und pflegebedürftigen Personen in allgemein verständlicher Sprache zusammenfasst. Sie informiert hilfe- und pflegebedürftige Personen über ihre Rechte. Für andere ermöglicht sie, sich die *Perspektive eines pflegebedürftigen Menschen* – wie durch die „Rechtsbrille“ – schnell und themenbezogen zu vergegenwärtigen. Mit den von ihr angesprochenen Inhalten zu Fragen der körperlichen Integrität, Wohnen, Gesundheit, Privat- und Intimsphäre, Nichtdiskriminierung etc. weist die Charta enge Bezüge zu den international verbrieften Menschenrechten auf [Schneider 2006]. Sie soll deshalb in den Mittelpunkt der weiteren Ausführungen gestellt werden. Gerade für die Begutachtung, Qualitätsprüfung, Beratung und Fortbildung bietet die Charta vielfältige Ansatzpunkte.

Die Charta geht auf eine Arbeitsgruppe des „Runden Tisches Pflege“ zurück, der im Herbst 2003 von zwei Bundesministerien einberufen worden war [BMfSFJ/BMG 2006]. Ziel des Runden Tisches Pflege war, die Lebenssituation hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland zu verbessern. An der Ausarbeitung der Charta haben Vertreterinnen und Vertreter aus Verbänden der Leistungserbringer und Kost-

enträger, aus Ländern und Kommunen, aus Verbraucher- und Selbsthilfeorganisationen, Berufsverbänden sowie aus Praxis und Wissenschaft mitgewirkt. Als Ergebnis dieses Arbeitsprozesses wurde die Charta im Herbst 2005 der Öffentlichkeit vorgestellt [Sulmann/Tesch-Römer 2007].

Der Charta kommt im Wesentlichen eine *Erinnerungs- und Klärungsfunktion* zu. Sie schafft keine neuen Rechte, sondern sie erinnert an den Bestand der anerkannten Rechte und klärt über die mit den Rechten verbundenen Verpflichtungen anderer Akteure auf. Artikel für Artikel stellt sie dar, welche Erwartungen hilfe- und pflegebedürftige Menschen von Rechts wegen an ihre soziale Umwelt herantragen und damit auch einfordern können. Sie verfolgt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern bleibt auf der Verpflichtungsseite vielfach exemplarisch.

Artikel 1 der Charta bekräftigt das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf Hilfe zur Selbsthilfe und auf Unterstützung, um ein möglichst selbstbestimmtes und selbständiges Leben führen zu können; Artikel 2 bestätigt das fundamentale Recht von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, vor Gefahren für Leib und Seele geschützt zu werden; Artikel 3 der Charta ruft das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auf Wahrung und Schutz seiner Privat- und Intimsphäre in Erinnerung; Artikel 4 buchstabiert das Recht auf eine an dem persönlichen Bedarf ausgerichtete, gesundheitsfördernde und qualifizierte Pflege, Betreuung und Behandlung aus; Artikel 5 bezieht sich auf das Recht auf umfassende Informationen über Möglichkeiten und Angebote der Beratung, der Hilfe und Pflege sowie der Behandlung; Artikel 6 stellt fest, dass jeder hilfe- und pflegebedürftige Mensch das Recht auf Wertschätzung, Austausch mit anderen Menschen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben hat; Artikel 7 betrifft das Recht, entsprechend der eigenen Kultur und Weltanschauung zu leben und seine Religion auszuüben; Artikel 9 unterstreicht das Recht eines jeden hilfe- und pflegebedürftigen Menschen, in Würde zu sterben.

Zwar ist die Charta als Dokument rechtlich nicht verbindlich, sie verweist aber in weiten Teilen auf unmittelbar geltendes Recht, mit dessen Hilfe die fundamentalen Rechte – wenn vielleicht auch für die Praxis nicht hinreichend – bereits verbindlich abgesichert sind. Vor diesem Hintergrund hat die unter den Fachverbänden öffentlich diskutierte Frage, ob die Charta gezeichnet und damit als wichtiger Maßstab akzeptiert werden kann, in der Öffentlichkeit zu Recht große Irritationen ausgelöst. Denn diese Akteure sind bereits heute – im Rahmen des geltenden Rechts und im Rahmen ihrer Zuständigkeiten – rechtlich gebunden, die in der Charta dargestellten Rechte zu gewährleisten. Soweit die Charta menschenrechtliche Aspekte abdeckt, die im deutschen Recht auf die einfachgesetzliche oder untergesetzliche Ebene herunter gebrochen sind, scheint die Vorstellung grundsätzlich problematisch, die Verantwortung für diese Rechte ins eigene Belieben stellen zu wollen. Menschenrechte stehen grundsätzlich nicht zur Disposition. Eine Entscheidung gegen die Charta ist damit nicht denkbar.

3.1.3 Konkrete Anwendungsbeispiele

Die Charta dient hilfe- und pflegebedürftigen Personen, sich über ihre fundamentalen Rechte einen schnellen Überblick zu verschaffen. Einrichtungen ziehen sie bereits zur Beratung und zum Beschwerdemanagement als Instrument heran. Darüber hinaus sind für ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen (eingeschlossenen Kurzzeitpflege) konkrete Anwendungsansätze denkbar. Diese Ansätze werden teilweise auch schon in die Praxis umgesetzt. So kann die Charta beispielsweise als Instrument der Organisations- und Personalentwicklung genutzt werden. Im Rahmen von Qualitätsmanagement kann sie Anstoß und Grundlage wichtiger Fortentwicklungen sein. Hieraus ergibt sich etwa die Möglichkeit, die eigenen Strukturen und Prozesse zu optimieren und mit Blick auf die Ergebnisse konkrete Anforderungen zu bekräftigen oder auch Prioritäten neu zu setzen. Ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen sollten die Charta als Gegenstand für Aus-, Fort- und Weiterbildungen für die Mitarbeitenden sowie Führungskräfte verwenden. Sie kann überdies dem individuellen Heim- oder Leistungsvertrag als Anhang angefügt werden. Auch die Leitbilder können im Anschluss an entsprechende personale und organisatorische Veränderungen auf die Inhalte der Charta hin ausgerichtet und fortentwickelt werden.

Die Arbeit mit der Charta kann nachgewiesenermaßen zu vielfältigen Veränderungen in der Organisation führen und insbesondere zum Aufbau einer an den fundamentalen Rechten der Person ausgerichteten Organisation beitragen. Um Wege und Methoden hinsichtlich der Anwendung der Charta in stationären Pflegeeinrichtungen systematisch zu erarbeiten und konkrete Handlungsansätze zu sammeln, wurde in Deutschland ein Praxisprojekt durchgeführt, dessen Ergebnisse nunmehr in einem Projektbericht zusammengestellt sind [KCR 2008a]. Aus diesem Projekt ist zudem eine Arbeitshilfe hervorgegangen [KCR 2008b].

Ein gutes Beispiel für den „rechtebasierten Ansatz in der Altenpflege“ (unabhängig von der Charta) entwickelte beispielsweise das Alterszentrum Kehl (Baden). Dort führten gemeinsame Lern- und Arbeitsprozesse zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern, Beschäftigten und Besucherinnen und Besuchern zu einem „Fragen-Antwort-Katalog“, mit dem die Achtung des Selbstbestimmungsrechts und die Wahrung des Persönlichkeitsrechts der Bewohnerinnen und Bewohner in verschiedenen Themenfeldern, beispielsweise in Bezug auf Gesundheit, Ernährung oder körperliche Integrität, exemplarisch auf den Punkt gebracht werden. Diese Fragen und Antworten wurden auf Plakate übertragen, die allen vorgestellt worden sind und im Haus aushängen.

Beispielsweise stellt Eva Hasier (88 Jahre) auf einem Plakat fest: „Ich nehme heute meine Medikamente nicht ein!“ Darauf lautet die allgemein akzeptierte Antwort: „Wir respektieren Ihren Wunsch, weil wir davon ausgehen, dass Sie selber für Ihre Gesundheit verantwortlich sind.“ Oder Herbert Kenz (90 Jahre) sagt: „Nehmen Sie doch bitte dieses schreckliche Bettgitter weg, so was brauche ich nicht!“. Die Antwort darauf:

„Die Entscheidung, ob Sie diese Gitter wollen oder nicht, treffen Sie selber. Wir zeigen Ihnen die Vor- und Nachteile beider Lösungen auf. Ihre Entscheidung respektieren wir ohne Vorbehalte.“ Der Prozess im Alterszentrum Kehl, der zu den Plakaten führte, war sehr wichtig, um im Ergebnis eine nachhaltige „bewohnerorientierte Haltung“ im Hause aufzubauen. Der Katalog dient heute allen im Haus als Handlungsorientierung [Wernli 2008].

Solche Entwicklungen können von den Medizinischen Diensten aufgegriffen werden. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) hat seinerzeit beispielsweise angekündigt, die Charta bei der Bewertung von Qualität in der Pflege einzubeziehen [MDS 2007]. So ist sicherlich von hoher Relevanz, ob eine Einrichtung – gegebenenfalls durch die Umsetzung der Charta – begonnen hat, die fundamentalen Rechte von pflegebedürftigen Frauen und Männern zum Ausgangspunkt seiner Arbeitsabläufe und zur Bezugsgröße seiner Organisation zu machen, um so diesen Rechten in der Praxis besser Rechnung zu tragen. Im Rahmen der Beratung durch die Medizinischen Dienste kann beispielsweise auch auf die oben exemplarisch skizzierten Ansätze Bezug genommen werden. Deshalb ist es erforderlich, dass sich Mitarbeitende und Führungskräfte der Medizinischen Dienste und der Kranken- und Pflegekassen mit den Inhalten der Charta und den Umsetzungsfragen vertraut machen und auch Schulungs- und Fortbildungskonzepte für diesen Personenkreis auf der Basis der Charta entwickelt und als ständiges Programm angeboten werden.

Die Umsetzung eines rechtbasierten Ansatzes in der Altenpflege erfordert aber auch auf der konzeptionellen Ebene weitere Schritte. Noch wenig erkannt ist beispielsweise die Anforderung, das vorherrschende Verständnis von Pflegequalität in Deutschland aus der *menschenrechtlichen Perspektive* fortzuentwickeln [Aichele 2006]. Die derzeit für die Begutachtung und Qualitätsprüfung genutzten Indikatoren geben bislang nicht hinreichend über die menschenrechtliche Dimension in der Pflege Auskunft.³ Beispielsweise spiegeln die Indikatoren die Selbstbestimmungsaspekte hinsichtlich Wohnen, Essen, Gesundheit und Mobilität oder auch *Gender-Gesichtspunkten* in der Pflege nicht angemessen wider [Backes 2005]. Es gilt deshalb, die Liste der Indikatoren in Bezug auf Struktur, Prozess und Ergebnis – auf der Grundlage der verbindlich vorgegebenen Normstruktur der Menschenrechte – um solche Indikatoren zu erweitern oder zu ergänzen, die aus menschenrechtlicher Sicht aussagekräftig sind. Es geht – um es kurz zu sagen – um die Entwicklung *menschenrechtsbasierter Indikatoren für die Altenpflege*.

³ Siehe beispielsweise die „Qualitätsprüfungs-Richtlinien“ der Spitzenverbände der Pflegekassen und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) mit den dazugehörigen Erhebungsbögen für die Prüfung der Qualität in der ambulanten und stationären Pflege.

3.1.4 Zusammenfassende Bemerkungen

Menschenrechte sind Grundsätze zur positiven Orientierung für menschliches und organisatorisches Handeln. Menschenrechte prinzipiell haben diese Orientierungsfunktion. Die Herausforderung für alternde Gesellschaften besteht darin, die fundamentalen Rechte der hilfe- und pflegebedürftigen Frauen und Männer in ihrer konkreten Situation mit Leben zu erfüllen und konsequent zur Geltung zu bringen. Instrumente wie die „Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen“ beispielsweise unterstreichen die Wichtigkeit, den Menschen mit seinen fundamentalen Rechten in den Mittelpunkt der Pflege zu stellen. Die aktuellen Entwicklungen hinsichtlich der Charta zeigen für die Praxis der ambulanten, teilstationären und stationären Pflege (einschließlich Kurzzeitpflege) in Deutschland vielfältige Handlungsansätze auf. Hiermit verbinden sich große Chancen für das zentrale Anliegen der Menschenrechte.

3.2 Pflegetheorien und Bewertung des Hilfebedarfs

Martina Süß

Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in die theoretischen Grundlagen der Pflege als wissenschaftliche Fachdisziplin. Nach Skizzierung ihrer Entwicklung und Systematisierung wird der aktuelle Kenntnisstand am Beispiel von vier ausgewählten, auch in Deutschland etablierten Pflegemodellen zusammengefasst. Nach einem Blick auf den aktuellen Stand in Deutschland wird abschließend die Bedeutung der Pflegetheorien bei der Bewertung des Hilfebedarfs gemäß den Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches im Kontext der Begutachtungspraxis herausgearbeitet.

3.2.1. Theorieentwicklung in der Pflege

Die erste theoriegeleitete Betrachtungsweise auf Phänomene in der Pflege ist mit dem Namen der britischen Krankenpflegerin Florence Nightingale verknüpft. Sie wurde in den Kaiserswerther Anstalten in Deutschland ausgebildet. Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts formulierte sie als Aufgabe der Pflege die Unterstützung natürlicher Heilungsprozesse und die Einflussnahme auf Umweltbedingungen mit dem Ziel, die Gesundheit des Patienten zu fördern. Die Sorge für Sauberkeit, frische Luft und ausreichende Ernährung wurde Kernelement des pflegerischen Auftrags. Die grundlegende Bedeutung dieser gesundheitsfördernden Aspekte wird unter Berücksichtigung gesamtgesellschaftlicher Rahmenbedingungen um die Jahrhundertwende nachvollziehbar.

Die weitere Entwicklung theoretischer Fundamente in der Pflege war in der Folge kein linearer Prozess. Vielmehr war sie, gleichermaßen wie andere humanwissenschaftliche Disziplinen, abhängig von gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen sowie dem Stand fachlicher Erkenntnisse und Visionen. Zur Systematisierung unterschiedlicher Pflegemodelle hat sich die Betrachtung von Afaf I. Meleis weitgehend durchgesetzt [Meleis 1997, Meleis 1999]. Die Professorin für Pflegewissenschaften in San Francisco unterscheidet zwischen Bedürfnistheorien, Interaktionstheorien, humanistischen sowie ergebnisorientierten Theorien. Theoriebildung ist ein dynamisches Prozessgeschehen. Zwangsläufig weist diese Systematik daher Überschneidungen auf und spiegelt verschiedene, zeitlich parallel verlaufende Entwicklungsphasen wider.

3.2.1.1 Bedürfnistheorien

Bedürfnistheoretische Ansätze in der Pflege haben bis heute, zumindest im deutschsprachigen Raum, den höchsten Stellenwert.

Sie haben ihren Ursprung in der von Virginia Henderson begründeten Denkschule der „14 Grundbedürfnisse“ des Menschen [Henderson 1960]. Ihre Definition der Pflege aus dem Jahre 1960 ist die wohl weltweit bekannteste:

„Die einzigartige Aufgabe der Krankenpflege ist es, den Einzelnen, krank oder gesund, bei der Durchführung jener Tätigkeiten zu helfen, die zur Gesundheit oder Rekonvaleszenz (oder zum friedlichen Tod) beitragen, die er ohne Hilfe selbst durchführen würde, wenn er die dazu notwendige Kraft, den Willen oder das Wissen hätte. Dieses ist auf eine Weise zu tun, die dem Patienten die schnellstmögliche Wiedererlangung seiner Unabhängigkeit erlaubt.“

Das International Council of Nursing (ICN) übernahm diese Definition des Fachgebiets und leitete sie an die Mitgliedsorganisationen in den verschiedenen Ländern weiter [Henderson 1977].

3.2.1.2 Interaktionstheorien

Die Protagonistinnen der Interaktionsmodelle definieren Pflege primär als eine dynamische Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient. Danach wird der Heilungs- und Pflegeprozess unmittelbar durch die Qualität der aufgebauten Beziehung beeinflusst. Hildegard E. Peplau ist die wohl bekannteste Vertreterin dieser Richtung [Peplau 1994]. Die enge Anlehnung ihrer Theorie an die in den 50er Jahren modernen Denkschulen in Psychologie, Psychoanalyse und Psychiatrie ist deutlich. Peplaus Beitrag, insbesondere zur psychiatrischen Pflege, war und ist groß. Ihre konsequente Betrachtung von Pflege als zielorientiertem Problemlösungs- und Interaktionsprozess hat weit über die unmittelbaren Versorgungssysteme psychiatrisch erkrankter Menschen hinaus an Bedeutung gewonnen. Peplaus Pflegetheorie dient in modifizierter Form

noch heute zahlreichen psychiatrischen Einrichtungen außerhalb Deutschlands als pflegerische Arbeitsgrundlage.

3.2.1.3 Humanistische Theorien

Modelle dieser Richtung beschreiben Pflege als eine Einheit aus Betreuung, Fürsorge und Versorgung. Die deutliche Anlehnung an moralische Grundwerte und philosophische Betrachtungen, insbesondere aus der Phänomenologie, ist unverkennbar. Auch der Einfluss des Psychologen Carl Rogers ist deutlich. Pflegerisches Handeln erfährt seine Prägung durch Kongruenz, Empathie und gegenseitige Wertschätzung. Eine auch in Deutschland bekannte Vertreterin dieser Denkschule ist Patricia Benner. Sie beschäftigt sich u.a. mit dem systematischen Erwerb von Pflegekompetenz im praktischen Handlungsbezug [Benner 1984].

3.2.1.4 Ergebnisorientierte Theorien

Charakteristisch für diese Denkschule ist die Beschreibung von Pflegeergebnissen mit Begriffen wie Anpassung, Gleichgewicht, ausgewogenes Verhaltenssystem, Stabilität, Energieerhalt und harmonisches Zusammenspiel mit der Umgebung. Das Ziel von Pflege wird in diesem Kontext als die Wiederherstellung einer harmonischen Beziehung zwischen dem (kranken) Individuum und seiner Umwelt betrachtet. Bekannteste Vertreterinnen sind Martha E. Rogers sowie Myra E. Levine [Schaeffer et al. 2008]. Da die Evaluation der Pflegeergebnisqualität in diesen Modellen besonders problematisch ist, sind sie bislang kaum von praktischer Relevanz.

3.2.2 Pflegeprozess als theoretisches Kernelement

Das Verständnis von Pflege als Problemlösungsprozess begann sich in Deutschland erst seit Mitte der 80er Jahre allmählich durchzusetzen. Prozessorientiertes Handeln setzt systematisches Vorgehen bei der Einschätzung der subjektiven Bedürfnislage eines Patienten voraus. Dieser Einschätzung, dem Assessment, folgen in weiteren Schritten Zielsetzung, Planung und Ausführung von Pflegemaßnahmen sowie die Evaluation. Die Betrachtung der Pflege als Prozess korrespondiert mit dem Regelkreismodell der Kybernetik. Als fächerübergreifende Methode bezeichnet Kybernetik im weitesten Sinne die Wissenschaft von sich selbst regulierenden Systemen, die für ihre Funktion relevante Daten erheben und zur Planung weiterer Schritte auswerten.

Die Anwendung des Regelkreismodells im Pflegealltag dient der Systematisierung und Professionalisierung pflegerischen Handelns. Entscheidende Merkmale des Pflegeprozesses sind:

1. Berücksichtigung der aktuellen Situation des Patienten

2. Flexibilität in der Regulierung des Geschehens unter Berücksichtigung von Rahmenbedingungen, Zielvorgaben und Ergebnissen

Voraussetzung für die sinnvolle Umsetzung des Regelkreismodells sind die nachfolgenden Grundannahmen:

- Pflege ist planbar
- Pflege ist zielorientiert
- Pflege ist lösungsorientiert
- Pflege ist systematisch durchführbar
- Pflege ist nachvollziehbar, begründbar und dokumentierbar
- Pflege ist überprüfbar und veränderbar

Die Implementierung des Pflegeprozesses als elementares Instrumentarium zur Sicherstellung professioneller Pflege ist mittlerweile auch in Deutschland weit fortgeschritten. Alle nachfolgend ausgewählten und beschriebenen Theorien und Modelle basieren auf der Betrachtung von Pflege als steuerbarem Prozessgeschehen.

3.2.3 Bedürfnisorientierte Modelle

Die nachfolgend aufgeführten, besonders im deutschsprachigen Raum verbreiteten Modelle sind den Bedürfnistheorien zuzuordnen.

3.2.3.1 Modell des Lebens – LA (Lebensaktivitäten)

Das Modell von Nancy Roper, Winifred W. Logan und Alison J. Tierney wurde in Edinburg, Schottland erarbeitet und ist damit eines der wenigen nicht in den USA entwickelten Pflegemodelle [Roper et al. 1987]. Danach ist es Aufgabe der Pflege, den Patienten bei der Wiederherstellung oder dem Erhalt größtmöglicher Unabhängigkeit in der individuellen Lebensgestaltung zu unterstützen. Für die Gestaltung des Pflegeprozesses ist es daher von großer Wichtigkeit, die Lebensweise, Erfahrungen und Erwartungen des Patienten zu kennen. Das Modell berücksichtigt fünf Komponenten:

- Lebensaktivitäten
- Lebensspanne
- Abhängigkeits-/Unabhängigkeits-Kontinuum
- Faktoren, welche die Lebensaktivitäten beeinflussen
- Individualität im Leben

Die Lebensaktivitäten stehen unter dem Einfluss körperlicher, psychologischer, soziokultureller, umgebungsabhängiger und politisch-ökonomischer Faktoren. Die Gesamtheit der Lebensaktivitäten wird als Raster für die Einschätzung sowie zur

Struktur für Planung, Durchführung und Auswertung der Pflege verwendet. Die einzelnen 12 Lebensaktivitäten sind:

1. Für eine sichere Umgebung sorgen
2. Kommunizieren
3. Atmen
4. Essen und Trinken
5. Ausscheiden
6. Sich Sauberhalten und Kleiden
7. Körpertemperatur regulieren
8. Sich bewegen
9. Arbeiten und spielen
10. Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten
11. Schlafen
12. Sterben

Jede einzelne Lebensaktivität wird bei dem Patienten unter dem Aspekt der Abhängigkeit/Unabhängigkeit betrachtet. Der Grad der Abhängigkeit steht in unmittelbarer Beziehung zur Lebensspanne (Alter) sowie den genannten Faktoren, die die Lebensaktivität beeinflussen. Übergeordnetes Pflegeziel ist es, Abhängigkeiten zu reduzieren und maximale Unabhängigkeit des Patienten wieder herzustellen. Ist dies z.B. aufgrund chronischer Erkrankungen, Behinderungen oder in der Sterbephase nicht mehr möglich, so gilt es, den Patienten zu unterstützen, die Individualität im Leben unter den besonderen, unabänderlichen Gegebenheiten weiterhin zu erfahren und zu gestalten.

Das Modell ist in der Praxis gut anwendbar und weit verbreitet. Oft werden jedoch lediglich die 12 Lebensaktivitäten als Strukturierungshilfe der Pflegeplanung herausgegriffen. Die dialektische Beziehung der fünf Komponenten wird häufig nicht ausreichend gewürdigt und in konkretes Pflegehandeln eingebunden.

3.2.3.2 Modell der Aktivitäten, Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens – ABEDL

Das Strukturmodell der fördernden Prozesspflege wurde von Monika Krohwinkel aus ihrem Modell der Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) weiterentwickelt. In Untersuchungen zur häuslichen Pflegesituation in den Jahren 1995 bis 1999 konstatierte sie die herausragende Bedeutung der Beziehungen und Kontakte in Pflegesituationen. Diesem Aspekt hat sie in ihrem modifizierten Modell mehr Gewicht gegeben [Krohwinkel 2007]. Weiterhin orientiert sie sich aber deutlich an dem Modell des Lebens nach Roper, Logan und Tierney [Roper et al. 1987]. Das ABEDL-Strukturierungsmodell enthält folgende Kategorien mit aktuell angepassten Begriffen [Krohwinkel 2007]:

1. Kommunizieren können

2. Sich bewegen können
3. Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten können
4. Sich pflegen können
5. Sich kleiden können
6. Ausscheiden können
7. Essen und trinken können
8. Ruhen, schlafen, entspannen können
9. Sich beschäftigen, lernen, sich entwickeln zu können
10. Die eigene Sexualität leben können
11. Für eine sichere/fördernde Umgebung sorgen können
12. Soziale Kontakte, Beziehungen und Bereiche des Lebens sichern und gestalten können
13. Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen können

Das ursprüngliche Modell ist im Rahmen des ersten pflegespezifischen Forschungsprojektes in Deutschland entstanden. Grundlage war die Pflege von Patienten mit Hemiparese [Krohwinkel 1992]. Das Modell der A(B)EDL ist heute in Deutschland vergleichsweise weit verbreitet. Ähnlich wie bei dem Modell des Lebens werden aber auch hier gelegentlich Einzelelemente isoliert verwendet und das Gesamtprofil des Modells nicht hinreichend in die Praxis transferiert.

3.2.3.3 Modell der Aktivitäten des täglichen Lebens – ATL

Das Pflegekonzept der Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) wurde von Liliane Juchli entwickelt [Juchli 1973]. Sie hat Assessments aus der Gerontologie in die Pflege übertragen und aufbereitet. Basis ihrer ATL sind die „Activities of Daily Living – ADL“ [Katz et al. 1963] sowie die „Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living – IADL“ [Lawton/Brody 1969]. Beide Instrumente dienen der standardisierten Erfassung und Bewertung von Fähigkeiten in Bezug auf Alltagsaktivitäten.

Juchlis Anliegen war primär die inhaltliche und didaktische Aufbereitung theoretischer und praktischer Anforderungen in der Pflege zur Verbesserung der Ausbildung. Die Entwicklung einer Pflgetheorie war nie ihre Absicht. Sie bezieht sich explizit auf die Arbeiten von Virginia Henderson, Nancy Roper sowie auf die Bedürfnistheorie des Psychologen Abraham H. Maslow. Pflege wird als Beziehungs- und Problemlösungsprozess beschrieben. Pflegerische Aufgabe ist die Unterstützung des Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, orientiert an seinen individuellen Bedürfnissen und Wünschen. Die Bezeichnungen der ATL wurden seit dem Jahr 1973 mehrmals sprachlich überarbeitet. Die aktuelle Terminologie lautet [Kellnhauser et al. 2004]:

1. Wach sein und Schlafen
2. Sich bewegen
3. Sich waschen und kleiden
4. Essen und Trinken

5. Ausscheiden
6. Körpertemperatur regulieren
7. Atmen, Puls und Blutdruck
8. Sich sicher fühlen und verhalten
9. Raum und Zeit gestalten – arbeiten und spielen
10. Kommunizieren
11. Kind, Frau, Mann sein
12. Sinn finden im Werden-Sein-Vergehen

Die ATL dienen als Hilfe zur systematisierten Erfassung von pflegerischem Hilfebedarf und damit als Grundlage zur Pflegeplanung. Die enge Verknüpfung von theoretischen Kenntnissen und Pflegepraxis sowie die Verbreitung des von Juchli erarbeiteten Standardwerks als Lehrbuch für die Ausbildung in den Pflegeberufen führten zu einem hohen Bekanntheitsgrad dieses Modells im deutschsprachigen Raum.

3.2.3.4 Theorie der Selbstpflege

Dorothea E. Orem publizierte erstmals im Jahre 1971 ihre „Self-care deficit nursing theory“. In den deutschen Übersetzungen wird von „Selbstfürsorgedefizit-Theorie“ oder auch von „Selbstpflege- und Selbstpflegedefizit-Theorie“ gesprochen. Sie stützt sich auf handlungs- und systemtheoretische Hintergründe [Dennis 2001]. Dementsprechend sei autonomes menschliches Handeln darauf gerichtet, den individuellen Selbstpflegebedarf zu erfüllen. Der Mensch strebt innerhalb seines Bezugssystems ein Gleichgewicht zwischen Selbstpflegebedürfnissen und Selbstpflegefähigkeit an. Gesundheitliche Beeinträchtigungen können zu einer Erhöhung der Selbstpflegebedürfnisse oder/und zu einer Reduzierung der Selbstpflegefähigkeit führen.

Zur Wiederherstellung des angestrebten Gleichgewichtes ist das Defizit in der Selbstpflegefähigkeit zu kompensieren und die Anpassung/Wiederherstellung der Selbstpflegefähigkeit des Patienten zu fördern. Dies geschieht durch Familienangehörige, Freunde oder Pflegekräfte. Dabei richtet sich professionelles Pflegehandeln auf die Sicherstellung der therapeutisch notwendigen Pflege und in diesem Kontext gleichermaßen auf die Beratung und Unterstützung der Bezugspersonen des Patienten sowie die Koordination und Gestaltung des erforderlichen systemischen Bezugsrahmens.

Orems Pflge-theorie wurde vergleichsweise gut akzeptiert und hat einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht. Die Theorie ist unspezifisch und damit vielseitig anwendbar. Terminologie und einzelne Elemente dieser Theorie sind auch in pflegerischen Handlungsfeldern in Deutschland vereinzelt implementiert worden. Die umfassende Anwendung dieser Theorie erfordert allerdings eine hohe Transferleistung von Pflegenden, da hier anders als bei den drei zuvor beschriebenen Modellen keine konkrete Strukturierungshilfe in Form eines Kriterienkataloges zur Erfassung des Hilfebedarfs sowie zur Ableitung pflegerischer Ziele und Maßnahmen vorgegeben wird.

3.2.4 Aktueller Stand der Theorieentwicklung in Deutschland

Nicht nur in Deutschland ist nach Jahren der Euphorie eine Theoriemüdigkeit eingetreten. Davon betroffen ist sowohl die Weiterentwicklung der Theorien als auch die Implementation in konkretes Pflegehandeln. Kurz gesagt – die Erwartungen an Pflege-theorien sind nicht erfüllt worden [Friesacher 2011, Moers et. al. 2011, Schaefer/Wingefeld 2011, Schmidli-Bless/Ricka 2011]. Dies liegt nach Einschätzung der Experten insbesondere an der Tatsache, dass Pflege-theorien nur einen sehr geringen Beitrag zur Lösung drängender Praxisprobleme leisten können. Zunehmender ökonomischer Druck auf Pflege und Medizin führt in allen Institutionen der Gesundheitsversorgung zu Arbeitsverdichtung bei reduzierten Personalressourcen. Nicht nur die reglementierten kürzeren Verweilzeiten im Krankenhaus und die Lücken in der ambulanten Anschlussversorgung gehen auf Kosten einer umfassenden und prozessorientierten Pflege und Begleitung der Patienten. Pflege-theorien und -modelle bieten hier zurzeit keine praktikablen Lösungsansätze. Hinzu kommt die fehlende Kompatibilität der Modelle aus den USA mit dem deutschen System der Gesundheitsversorgung. Auch dieses Hindernis wird seit Jahren beklagt.

Analog zu der Entwicklung in den USA etwa ab Ende 1980 zeigt sich auch in Deutschland in den letzten Jahren eine Konzentration auf Strategien der induktiven Theoriebildung. Damit einher geht der Versuch, den Praxisanforderungen in relativ kurzer Zeit mit anwendungsorientierten Ergebnissen gerecht zu werden. Im Zentrum stehen nunmehr Theorien oder Modelle mit mittlerer und kleiner Reichweite, die größere Nähe zur Pflegepraxis erkennen lassen. Gestützt auf empirische Methoden werden Ursachen und Wirkungszusammenhänge fokussiert auf definierte Zielgruppen und Pflegeprobleme oder Risiken, wie z.B. Mangelernährung, Versorgung chronischer Wunden, Interaktion mit Demenzkranken, beschrieben.

Einen Schwerpunkt aktueller Forschungen bildet Evidence-based Practice and Nursing, mit dessen Instrumenten, Verfahren und Ergebnissen die Erwartung der Entwicklung einer generalisierten Theorie mit großer Reichweite allerdings nicht verbunden werden kann. Rückblickend auf die letzten Jahre in Deutschland stehen folgende Themen und Forschungsarbeiten im Fokus des pflegewissenschaftlichen Diskurses:

- Klassifikationsversuche von Pflegephänomenen und Pflegehandeln, Definition von Pflegediagnosen wie z.B. NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) und ICNP (Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis) [ICN 1999]
- Begleitforschung zur Novellierung von gesetzlichen Rahmenbedingungen z.B. zur Definition des Begriffes der Pflegebedürftigkeit zur Ableitung des individuellen Bedarfs an Pflege- und Betreuungsleistungen, Entwicklung und Evaluation von Qualitätsindikatoren zur Abbildung von Pflegeergebnissen
- Entwicklung und Einführung von Leitlinien und Standards, insbesondere der nationalen Expertenstandards [DNQP 2007]

- Pflegekonzepte zu verschiedenen klinischen Themen wie z.B. chronische Wunden, Demenz, Prophylaxen
- Organisationsentwicklung z.B. zur Gestaltung von Arbeitsprozessen oder zur Entwicklung von Kennzahlen
- Anwendbarkeit von Methoden aus anderen Disziplinen wie z.B. der qualitativen Sozialforschung, Systemtheorie, Phänomenologie
- Curriculumentwicklung für Aus- und Weiterbildung
- Gestaltung und Profilierung von pflegewissenschaftlichen Studiengängen

Zu diesen Fragestellungen haben sich zahlreiche Projekte und Modellvorhaben auf unterschiedlichen Handlungsebenen etabliert. Parallel wurden in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenpflege insbesondere bedürfnisorientierte Modelle, wenn auch mit unterschiedlicher Komplexität in der konkreten Umsetzung, weitgehend eingeführt. Der Weiterentwicklung und Implementierung von wissenschaftlich evaluierten Standards in die pflegerische Praxis ist mit der Novellierung des SGB XI im Juli 2008 (§ 113a) auch durch den Gesetzgeber ein hohes Maß an Verbindlichkeit zugeschrieben worden.

3.2.5 Pflege-theorien in der Begutachtungspraxis

Im Kontext fortschreitender Theorieentwicklung hat ein grundständiger Paradigmenwechsel in Pflegeverständnis und Selbstbild stattgefunden. Professionelle Pflege hat sich Aufgabenfelder, beispielsweise im Bereich der Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und Beratung erschlossen. Entgegen dieser Entwicklung wird in der Sozialgesetzgebung Pflege weiterhin als eine Art finale Dienstleistung definiert, die dann einsetzt, wenn Maßnahmen zur Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation den Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht mehr verhindern können.

Weiterhin wird gemäß § 14 Abs. 4 SGB XI zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit der Hilfebedarf lediglich bei definierten Verrichtungen in vier Bereichen des täglichen Lebens, nämlich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlicher Versorgung, bewertet. Durch diese Verengung fließen grundlegende pflegetheoretische Erkenntnisse nicht in die Begutachtung ein. Der Verzicht, Lebenswirklichkeit und reale Bedürfnislage des Pflegebedürftigen umfassend widerzuspiegeln, ist gesundheitspolitisch und leistungsrechtlich begründet. So fokussieren dann auch folgerichtig die „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches“ auf die Erhebung und Bewertung des Hilfebedarfs bei den oben genannten vier Bereichen.

In der ursprünglichen Version des Gutachtenformulars war noch die Beschreibung der „Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens“ in Anlehnung an Juchli vorgesehen. Der Ausprägungsgrad von Selbständigkeit bei 11 Aktivitäten wurde unter Berücksichtigung von im Gutachtenformular vorab beschriebenen funktionel-

len Einschränkungen als „pflegebegründende Befunde“ festgestellt. Abschließend war der individuelle Hilfebedarf in Zusammenhang mit den vom Gesetzgeber vorgegebenen Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI vom Gutachter unter Berücksichtigung des erforderlichen Zeitaufwandes zu bewerten. Als Ergebnis der Prüfung wurde das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit beurteilt und eine Zuordnung hinsichtlich der Pflegestufen vorgenommen.

Aktuell wird bei der Begutachtung ein standardisiertes Gutachtenformular „Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ (s. Anlage) eingesetzt, das im weitesten Sinne den Begriff der „Selbstpflege“, in Anlehnung an die Theorie von Dorothea E. Orem, verwendet. Die Erfassung und Beurteilung von Schädigungen, Beeinträchtigungen und ausdrücklich auch der Ressourcen wird durchgängig in ihren Auswirkungen auf die relevanten Verrichtungen in Zusammenhang mit Bewegungen, Waschen und Kleiden, Ernähren sowie Ausscheiden bezogen.

In einem folgenden Schritt wird der Zeitbedarf für konkrete Verrichtungen unter Berücksichtigung der erforderlichen Hilfeform sowie möglicher individueller Faktoren bewertet und die Pflegestufe entsprechend den gesetzlichen Kriterien empfohlen.

Zur Feststellung der Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI wendet der Gutachter ein strukturiertes Screening mit nachfolgendem Assessment an. Bei diesem Verfahren wird festgestellt, ob die Alltagskompetenz des Versicherten in erheblichem oder erhöhtem Maße eingeschränkt ist. Auch wenn der Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, hat der Versicherte bei positivem Ergebnis des Assessments Anspruch auf zusätzliche Betreuung in Form von zweckgebundenen und qualitätsgesicherten Leistungen.

Zusammenfassend wird mit dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI im Kontext des Pflegeprozesses ein Beitrag zum pflegerischen Assessment geleistet. Ausgehend von den im Gutachten beschriebenen Phänomenen kann eine individuelle Pflegeplanung vorgenommen werden. Die Festlegung von Pflegezielen und die Auswahl geeigneter Maßnahmen unter Berücksichtigung der individuellen Ausprägung von Selbstpflegefähigkeit und Bedürfnissen sind weitere Schritte im Pflegeprozesses, die aber im Gutachten nicht abgebildet werden können.

Die gutachterliche Empfehlung an die Pflegekassen in Form des sogenannten „individuellen Pflegeplans“ unter Punkt 6 des Formulars ist kein Ersatz für eine differenzierte individuelle Pflegeplanung. Hier werden mögliche Maßnahmen zur Reduzierung des Hilfebedarfs oder zur Verbesserung der Pflegesituation insgesamt genannt. Die prozessorientierte, individuelle Pflegeplanung aber soll alle Lebensbereiche des Menschen und die Biographie umfassend berücksichtigen. Sie bezieht sich auf eine pflegetheoretische Basis und kann nur von Pflegefachkräften geleistet werden. Voraussetzung ist jedoch neben der pflegefachlichen Kompetenz vor allem auch die Kontinuität in der pflegerischen Beziehung. Nur damit ist das Erkennen von individuellen Bedürfnissen und die Einschätzung der Ressourcen des zu pflegenden Menschen möglich.

Bei der Erstellung eines Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI bleiben daher für die Gestaltung des Pflegeprozesses wichtige Detailinformationen sowie die Analyse vorliegender Probleme und Phänomene zwangsläufig unberücksichtigt. Die Begutachtung hat keine individuelle Pflegeplanung zum Ziel, sondern beantwortet die Frage, ob und in welchem Umfang dem Versicherten Leistungen aus dem SGB XI oder ggf. auch SGB V zustehen und aus fachlicher Sicht empfohlen werden.

3.3 Was ist Evidenzbasierte Pflege(-praxis)?

Katrin Balzer, Gabriele Meyer und Sascha Köpke

3.3.1 Einleitung

Das British Medical Journal fragte vor einigen Jahren seine Leserinnen und Leser, was sie als größten medizinischen Fortschritt seit dem 19. Jahrhundert beurteilen würden [Ferriman 2007]. Unter den 15 wichtigsten Errungenschaften rangierte gemäß der Abstimmung immerhin auf Platz acht die Evidenzbasierte Medizin (EbM), obwohl Sackett und Kollegen ihr grundlegendes Werk zur EbM erst 1991 veröffentlicht haben [Sackett et al. 1991]. Zunächst war es ein kleiner Kreis von Medizinern, der sich für die Methoden der klinischen Epidemiologie begeisterte und faire Therapievergleiche forderte. EbM ist international lange über diesen kleinen Kreis hinaus gewachsen. Der Gesetzgeber hat in Deutschland im Sozialgesetzbuch eine Patientenversorgung nach den Grundsätzen der EbM festgelegt. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) und andere richtungsweisende Gremien für die Zuteilung und das Entgelt von Gesundheitsleistungen sind per Gesetz gehalten, auf der Basis der besten Evidenz zu entscheiden. Die EbM-Methoden wurden auf andere Gesundheitsprofessionen übertragen und haben sich somit auch als Evidenzbasierte Pflege (Evidence-based Nursing – EbN) sprachlich etabliert.

Die Beherrschung der Methoden der EbM/EbN ist unerlässlich, um eine verantwortliche Position im Gesundheitswesen zeitgemäß ausüben zu können. Das Wissen in der Gesundheitsversorgung hat eine äußerst kurze Halbwertszeit. Der ehemalige Dekan der Harvard Medical School, Sydney Burwell, formulierte trefflich: „Half of what you are taught as medical students will have been shown in ten years to be wrong. And the trouble is none of your teachers know which half” [Adhikari et al. 2006]. Eine durch EbN gekennzeichnete Pflegepraxis ist definiert durch das Zusammenspiel des derzeit besten Wissens aus der Forschung zur Beantwortung einer definierten Fragestellung – auch als „externe Evidenz“ bezeichnet –, der klinischen Expertise der Pflegenden, den gegebenen Ressourcen und Rahmenbedingungen und nicht zuletzt durch das Bündnis mit dem Patienten und seinen Präferenzen und Werten [DiCenso et al. 2005]. Die klinischen Erfahrungen der Pflegenden (oder anderer Professionel-

ler) sowie die sich aus der klinischen Situation sowie den Bedürfnissen und Werten des Patienten ergebenden individuellen Präferenzen werden auch mit dem Begriff der „internen Evidenz“ gefasst [Behrens/Langer 2006].

EbN wird im deutschsprachigen Raum seit vielen Jahren diskutiert [Behrens/Langer 2004, Schlömer 2000]. Lehr- und Handbücher zu EbN als wichtige Instrumente der Dissemination wurden publiziert [Behrens/Langer 2006, 2010]. Das Deutsche Netzwerk für Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) hat seit zehn Jahren einen Fachbereich für Pflege, dessen Akteure an verschiedenen Instituten EbN-Kurse anbieten. Die evidenzbasierte (Pflege-)Praxis geht weit über die Integration von Leitlinien hinaus. Derzeit kann in Deutschland sicher nicht einmal ansatzweise von einer strukturierten Umsetzung einer evidenzbasierten Versorgung die Rede sein. Zu finden sind eher einzelne, kaum miteinander verzahnte Aktivitäten, ohne dass die notwendigen personellen und strukturellen Voraussetzungen gegeben sind.

3.3.2 Mythen und Trugschlüsse rund um die evidenzbasierte Praxis

Von Beginn an wurde die Idee der EbM/EbN von kritischen bis hin zu ablehnenden Einwänden begleitet. Die kritischen Stimmen kommen aus unterschiedlicher Richtung: von Vertretern der Versorgungspraxis und des Einrichtungsmanagements ebenso wie aus der Wissenschaft. Sie beziehen sich auf konzeptionelle Grundprinzipien der EbM/EbN, aber auch auf Fragen der Machbarkeit und mögliche Konsequenzen, sei es in sozialer, ethischer oder ökonomischer Hinsicht.

So vielstimmig die Einwürfe sind, so wichtig ist eine genaue Betrachtung jedes einzelnen Kritikpunkts, denn letztlich können sich dahinter Hinweise auf vermeintliche oder tatsächliche Grenzen und Hürden bei der Realisierung einer Evidenzbasierten Praxis (EbP) verbergen. Nachfolgend werden einige zentrale Vorbehalte näher erörtert. Der Begriff der EbP wird dabei als gemeinsame Klammer für das evidenzbasierte pflegerische, ärztliche oder therapeutische Handeln im Versorgungsalltag verwendet. Vorbehalte, die die Umsetzung der EbP in der täglichen Versorgung betreffen, stehen im Vordergrund.

Vorbehalt 1: Die EbP konzentriert sich einseitig auf wissenschaftliche Erkenntnisse und lässt wichtige andere Wissensressourcen außer Acht.

Mit Blick auf oben genannte Definition der EbP sollte es auf der Hand liegen, dass evidenzbasiertes Handeln im Versorgungsalltag weitaus mehr erfordert als die stupide Anwendung von Forschungsergebnissen. Dennoch findet sich in der Literatur immer wieder der Vorwurf, dass EbP andere, für die Entscheidung über die individuell angemessenen Pflege- oder Behandlungsstrategien ebenso wichtige Wissensquellen vernachlässige [Holmes et al. 2006, Madden 2012, Smith 1996]. Als vermeintlich überlegene Alternativen werden Modelle basierend auf Intuition und Reflexion indi-

vidueller klinischer Erfahrungen („reflective practice“) [Rolfe 2005] oder einer auf die Besonderheiten des Einzelfalls fokussierenden Praxis („cognition-based practice“) [Kiene 2005] ins Feld geführt. Über die Motive der verfälschenden Reduktion des Begriffs Evidenz auf die externe Evidenz soll an dieser Stelle nicht sinniert werden. Wichtiger scheint es zu sein, die wechselseitige Abhängigkeit, aber auch die Notwendigkeit beider Kategorien von Evidenz – der externen wie der internen Evidenz – in der täglichen Versorgung deutlich herauszuarbeiten.

Im Mittelpunkt der EbP steht die Frage nach der klinischen Entscheidung, das heißt: Was ist zu tun – oder auch zu unterlassen? Diese Frage stellt sich in der pflegerischen Versorgung genauso wie in der ärztlichen oder physiotherapeutischen Behandlung. Angenommen, bei einer neu in ein Pflegeheim gezogenen hochbetagten Frau mit stark beeinträchtigter Mobilität wird ein erhöhtes Sturzrisiko festgestellt. Aufgrund fortgeschrittener Arthrose in den Hüft- und Kniegelenken und allgemeiner körperlicher Schwäche hat die Frau in den vergangenen Monaten ihr Bett kaum mehr verlassen, ist aber in der Lage, mit Hilfe aufzustehen und ein paar Schritte zu gehen. Die verantwortliche Pflegefachkraft steht nun vor der Aufgabe, passende sturzprophylaktische Maßnahmen auszuwählen. Hier nun sind – je nach Ausmaß der Evidenzbasierung – sehr unterschiedliche Szenarien denkbar.

Szenario 1: Alle im Expertenstandard „Sturzprophylaxe in der Pflege“ [DNQP 2013] potenziell als hilfreich aufgeführten Maßnahmen werden ohne weitere Erörterung initiiert, unter anderem soll die Bewohnerin fortan an der regelmäßigen Bewegungsgruppe teilnehmen. Szenario 2: Die Pflegefachkraft informiert die Bewohnerin über das Sturzrisiko und sagt ihr, dass sie unbedingt geschlossene Hausschuhe anstelle der gewohnten Pantoffeln tragen müsse. Ihrer pflegerischen Erfahrung nach seien Pantoffeln eine der häufigsten Sturzursachen bei älteren Menschen. Die Bewohnerin möchte jedoch nicht auf ihre vertrauten Schuhe verzichten. Die Pflegenden entgegnet, dass sie, die Bewohnerin, dann eben selbst die Verantwortung für etwaige Stürze trage. Szenario 3: Die Pflegefachkraft informiert die Bewohnerin über das Sturzrisiko und erläutert ihr, welche Gründe in ihrem Fall besonders zu dem Sturzrisiko beitragen, etwa die stark eingeschränkte Beweglichkeit, und was gegebenenfalls vorbeugend getan werden könnte (z.B. Physiotherapie und vermehrtes Aufstehen mit pflegerischer Hilfe, Anpassung des Schuhwerks). Hierbei weist sie sie auch darauf hin, dass nach aktuellen Forschungsergebnissen unklar sei, ob und wie sicher sich Stürze und ihre Folgen durch diese Maßnahmen tatsächlich verhindern ließen, und dass es bei der Bewegungsförderung darauf ankäme, das individuell passende Belastungsniveau zu finden und eine Überbeanspruchung zu vermeiden. Die Bewohnerin betont, dass sie sich in ihren gewohnten Pantoffeln sehr sicher fühle und keine anderen Schuhe tragen möchte – seit vielen Jahren nutze sie kein anderes Schuhwerk mehr. Gern wäre sie aber etwas beweglicher und selbständiger. Die Pflegefachkraft antwortet, dass sie ebenfalls den Eindruck habe, dass sich die Bewegungsfähigkeit von ihr, der Bewohnerin, noch etwas stabilisieren und vielleicht auch verbessern ließe – bei positiver Entwicklung könnte sie sogar noch etwas unabhängiger werden. Gemeinsam verständ-