

**Bericht zur Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen
und Einschätzungsinstrumenten
– Überarbeitete Fassung –
Bielefeld, 23. März 2007**

Von Christine Schmidt und Maria Penzlien
www.Premio-Berlin.de und www.penzlien.net

Einleitung

Seit 1995 wird der Begriff *Pflegebedürftigkeit* und das darauf basierende Begutachtungsverfahren kritisch diskutiert. Die Experten haben ihre Beanstandung an dem verrichtungsbezogenen, verengten Pflegebedürftigkeitsbegriff geäußert, wo Zeit als Maßstab von Pflegebedürftigkeit und Laienpflege als Bezugsrahmen zugrunde gelegt wird. Die Problematik besteht – so die Kernaussage in der Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten – (Bielefeld, 23. März 2007), dass der Begriff zu eng und zu somatisch definiert worden ist. Als fehlende Faktoren wurden andere Problem- und Bedarfslagen nicht berücksichtigt, wie z.B. die allgemeine Betreuung und Beaufsichtigung wie auch die Regularien der Ermittlung von Pflegebedarf bei Kindern.

Im Jahr 2005 verständigte sich die Regierungskoalition, dieser Problematik der Definition und sich daraus ergebenden Begutachtungsverfahren anzunehmen und es wurde im November 2006 ein Beirat einberufen, der eine entsprechende Empfehlung zur Begrifflichkeit *Pflegebedürftigkeit* erarbeiten soll. Daraufhin wurde eine wissenschaftliche Studie initiiert, die eine Begleitung für diesen Prozess bilden soll. Nach der offiziellen Ausschreibung wurde das Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld mit der Durchführung von diesem Projekt beauftragt.

Die Aufgabenstellung in diesem Projekt bestand darin, eine umfassende nationale und internationale Recherche sowie eine Analyse und Bewertung von *Pflegebedürftigkeitsbegriffen* sowie deren Begutachtungs- und Einschätzungsinstrumenten vorzunehmen. Die Zielsetzung lautet, eine Wissensgrundlage für die Neufassung des *Pflegebedürftigkeitsbegriffes* und eine Angleichung des Begutachtungsverfahrens aufbauen zu können.

Problemhintergrund

Die aktuelle Pflegeversicherung basiert auf 4 Grundaussagen:

1. § 14 SGB XI Verrichtungen im Bereich Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung
2. dauerhafte Unterstützung (mind. 6 Monate)
3. Der Grad der Pflegebedürftigkeit ist abhängig von der Art, der Dauer und Häufigkeit der benötigten Hilfeleistungen
4. Zeitfaktor, den eine Laienpflege für diese Pflegeverrichtungen benötigen würde.

Diese Festlegung unterscheidet sich von vielen anderen nationalen Eckpfeilern, wobei die bestehenden Leistungsansprüche nur einen verhältnismäßig schmalen Ausschnitt des Unterstützungsbedarfs bieten. Die Bereiche der psychischen Erkrankungsbilder wie auch die Auswirkungen von gesundheitlichen Einschränkungen auf die Krankheitsbewältigung finden keinen Raum. In anderen Ländern treffen noch Aussagen über Altersgrenzen, Institutionalisierungsrisiko, finanzielle Situation der Betroffenen sowie das familiäre Umfeld zu, um eine Regelung der Hilfe bei Pflege zu leisten.

Der Begriff *Pflegebedürftigkeit* spricht zurzeit nur einen Ausschnitt der Gesamtheit der Hilfebedürftigkeit an, wobei der Pflegebedarf als ein Teil der pflegerischen Intervention zu verstehen ist. Vor diesem Hintergrund ist es dann kaum möglich, Normzeiten für die individuelle Pflege zu entwickeln. Die zurzeit praktizierten Orientierungswerte bilden nur eine notdürftige Lösung und dienen nur einer Anhaltsgröße.

Aus diesen ersten Recherchen ergab sich der wichtige Hinweis, dass Zeit ein eher ungeeigneter Maßstab zu Beschreibung bzw. Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist. Insgesamt sind dysfunktionale Effekte auf die Struktur und das Qualitätsniveau der pflegerischen Versorgung zu verzeichnen und die Aspekte der Prävention, Rehabilitation, Palliativpflege, Beratung und edukative Funktionen sind im ambulanten und stationären Bereich nur schwach verankert.

Methodisches Vorgehen

Es erfolgte eine umfassende Literatur- und Materialrecherche zur Sichtung des aktuellen Forschungsstandes. Unterschiedliche Assessmentverfahren wurden gesichtet und bewertet unter anderem auch die Assessmentverfahren im Bereich der Rehabilitation, die verschiedene Anknüpfungspunkte zu möglichen Aspekten des Pflegebedürftigkeitsbegriffs darstellten.

Als nächste Vorgehensweise wurde eine Recherche und Analyse von unterschiedlichen *Pflegebedürftigkeitsbegriffen* durchgeführt. Dazu wurden Berichte und Veröffentlichungen aus nationalen und internationalen Organisationen der EU, der WHO, des OECD und der ANA verwendet. Ferner unterschiedliche Klassifikationssysteme aus den pflegerischen und rehabilitativen Bereichen und die unterschiedlichen Pflege-theorien bzw. Pflegemodelle.

Als nächster Projektschritt wurden dann die gesammelten Recherchen unter dem Gesichtspunkt der Verwertung für den Begriff *Pflegebedürftigkeit* beschaut. Dabei war es wichtig, inwieweit Instrumente unter inhaltlichen und formalen Gesichtspunkten den allgemeinen Begutachtungsverfahren einsetzbar sind.

Diese Instrumente wurden unter folgenden Gesichtspunkten strukturiert und es erfolgte eine vergleichende Bewertung von Einschätzungsinstrumenten:

- Inhaltlicher Aspekt
- Formale Struktur
- Methodische Güte
- Praktikabilität
- Besondere Anforderungen

Gleichwertig wurde der Begriff *Pflege-theorie* in seiner wissenschaftlichen Entwicklung seit 1950 evaluiert, um Typenunterscheidungen und unterschiedliche spezifische theoretische Ansätze mit Hinblick auf die Entwicklung des *Pflegebedürftigkeitsbegriffs* darzustellen.

Das Fazit dieser Recherche ergab, dass es Pflege-theorien gibt, die einige Kernaussagen und Schlüsselbegriffe übertragen können, aber insgesamt ein sehr hohes Abstraktionsmodell sind.

Bei der Fragestellung der nationalen und internationalen Diskussion um *Pflegebedürftigkeit*, konnte ein gemeinschaftliches Grundverständnis auf internationaler Ebene erkannt werden.

Wichtige Erkenntnis lag bei der Nutzung der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – nach WHO). Diese Klassifizierung ermöglicht eine Zuordnung im Bereich der Aktivität und Teilhabe und eine spezifische Form der Beeinträchtigung im Bereich dieser Aktivität und Teilhabe.

Es gäbe dann eine Unterscheidung in:

- Verrichtungen des täglichen Lebens gemäß der aktuellen Formulierung im SGB XI
- Aktivierungs-, Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand (auch außerhalb der oben genannten Verrichtungen)
- Behandlungspflegerische Maßnahmen
- Fähigkeit zu kommunizieren und der Bedarf an sozialer Betreuung

Die Frage der unterschiedlichen Konstruktionen der existierenden Pflegeversicherungssysteme in den Ländern bauen sich auf folgende vier Aspekte auf:

1. Konstruktion eines Sicherungssystems für die älteren oder die gesamte Bevölkerung
2. Verhältnis zum Leistungsbereich und Lebensrisiken
3. Finanzielle Situation der Pflegebedürftigen
4. Familiäre Situation der Pflegebedürftigen

Diese vier genannten Aspekte verweisen auf die Hauptdiskussionsstränge, die bei der Konstruktion von Langzeitpflegesystemen international diskutiert werden.

Als Zwischenfazit wurden dann folgende Kernaussagen beschrieben:

- Krankheit oder andere gesundheitliche Störungen oder Probleme werden verstanden als Phänomen, die Pflegebedürftigkeit zugrunde liegen.
- Beeinträchtigungen körperlicher oder kognitiver/ psychischer Funktionen und Fähigkeiten
- Abhängigkeit von personeller Hilfe
- Dauerhafter oder vorübergehende Abhängigkeit hat für die Versorgung auch unter Einbezug der Pflege-theorien keine wesentliche Relevanz.
- Individueller Unterstützungsbedarf

Aus den bisher dargestellten Kernaussagen ergibt sich die Klärung weitere Fragen, vor allem welche Aktivitäten und Lebensbereiche, die bedingt durch gesundheitliche Beeinträchtigungen nicht mehr autonom bewältigt werden können, zu berücksichtigen sind und wie sie sich darstellen lassen.

Unter Gegenüberstellung unterschiedlicher Pflegemodelle konnte recherchiert werden, dass mehrere Vorschläge zur Systematisierung von *Pflegebedürftigkeit* vorliegen, die sich auch sehr diskussionswürdig erweisen. Es existiert bisher jedoch keine Systematik, wo eine vorbehaltlose Übernahme von Seiten der wissenschaftlichen Untersuchung bisher empfohlen werden kann.

Instrumentenentwicklung und -akkreditierung in anderen Ländern

Als nächster Projektschritt stand im Mittelpunkt der Recherche die Suche nach einem geeigneten Instrument für ein Begutachtungsverfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dabei vereinigten die Projektgruppe die Erfahrungen von den USA, Japan, Großbritannien, Nordirland, Australien und Neuseeland. Die Länder sahen ihre Bemühungen darin, älteren Menschen eine angemessene und zeitnahe Hilfe bei gesundheitlichen und sozialen Problemlagen zukommen zu lassen oder auch innerhalb ihrer Untersuchungen von etablierten Instrumenten, die Identifikation eines umfassenden, reliablen und validen Verfahrens zur Bestimmung des Bedarfs an Pflegeleistungen zu finden. Die Erforschungen des Projektteams ergaben:

In den USA wurde Ende der 80er Jahre die Entwicklung eines standardisierten Assessmentverfahrens für die Bewohner von Pflegeheimen initiiert (Kane/Kane 2000). Mit der Einführung des „Resident Assessment Instrument“ (RAI) wurde die Anwendung notwendig in allen Einrichtungen, die eine Refinanzierung über Medicare und Medicaid erhalten.

In Japan wurde nach längerer Diskussion die Einführung eines national einheitlichen Begutachtungsverfahrens entschieden, mit dem gewährleistet werden soll, dass die Gutachter bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit zu gleichen Resultaten gelangen und der Bedarf als standardisierte Einheit dargelegt wird.

In Großbritannien wurde im Jahr 2002 der Single Assessment Process (SAP) initiiert (Department of Health 2007). Der SAP ist integriert in den National Service Framework, in dem die Hilfs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen geregelt sind.

In Nordirland wurde durch die University of Ulster eine Analyse zu Assessmentinstrumenten durchgeführt (McCormack/Slater 2002). Trotz der begrenzt verfügbaren Angaben zur methodischen Güte des RCN Assessment Tools wurde abschließend empfohlen, auf der Grundlage dieses Instruments ein eigenes Verfahren für die Einschätzung des Bedarfs älterer Menschen in Nordirland zu entwickeln und seine Anwendung zu erproben.

In Australien Die Analyse der Assessmentinstrumente kam zu dem Schluss, dass in der methodischen Güte die Assessmentinstrumente CANE, interRAI, OASIS und EASY-Care die höchsten Benotungen enthielten. Wichtig erschien, dass das Assessment mit Fragen des Leistungsbezugs verknüpft sein sollte und des weiteren, wäre zu klären, durch wen das Assessment erfolgen soll und zu entscheiden, in welcher Form Daten aufbereitet und verschiedenen Anwendern zur Verfügung stehen sollen.

Auch in Neuseeland wurde die Erforschung unternommen, ein standardisiertes und landesweites Verfahren zur Einschätzung des Hilfe- und Pflegebedarfs bei älteren

Menschen zu erkennen (Martin/Martin 2003). die Instrumente, die zur näheren Analyse herangezogen wurden eingeteilt nach ihrem Charakter:

- vier komplexe Instrumente (Contextio Geriatric Assessment Wizard; CANE, FACE, MDS-HC),
- sechs Instrumente für ein Übersichtsassessment (EASY-Care; 75+Health Assessment; CANE-short; FACE-Triage; MDS-HC Overview; MDS-HC Overview+) sowie
- zwei Screening-Verfahren (STEP; VES-13) wurden in die Analyse aufgenommen.

Die Projektgruppe bemerkt: ein Assessment muss flexibel genug sein, um für verschiedenste Verwendungsabsichten eingesetzt werden zu können. Es sollte bei Sicherungssystemen eine differenzierte Versorgungsplanung zulassen und die inhaltlich-fachlichen und sozialrechtlichen Gesichtspunkten integrierbar sein.

Auswahl und Übersicht zu den Instrumenten

Es wurden insgesamt 40 Instrumente untersucht. Die Instrumente lassen sich nach Aussage der Experten in komplexe Instrumente, d.h. mit detailliertem Bedarf, und spezifische Instrumente, d.h. Instrumente die ausdrücklich auf bestimmte Zielgruppen oder Teilbereiche eines Pflegebedarfs ausgerichtet sind, unterscheiden.

Komplexe Instrumente, die auch die Pflegebedürftigkeit oder Pflegebedarf in den körperlichen, kognitiv-psychischen und sozialen Bereichen darstellen. Wichtig waren auch für die Auswahl und Bewertung der verschiedenen Instrumente die jeweiligen Verwendungsmöglichkeiten. Folgenden Instrumente wurden zur vertiefenden Analyse ausgewählt:

BESA (BewohnerInnen – Einstufungs- und Abrechnungssystem)

CANE (Camberwell Assessment of Needs for the Elderly)

CAT (Cambridgeshire Assessment Tool)

Care Needs Assessment Pack for Dementia (CarenapD)

EASY Care

Ergotherapeutisches Assessment

FACE (Functional Assessment of the Care Environment for Older People)
FIM (Functional Independence Measure)
HART (Handicap Assessment and Resource Tool)
NOAT (Northamptonshire Overview Assessment Tool)
NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients)
OASIS (Outcome and Assessment Information Set)
PAS (Pflegeabhängigkeitsskala)
PGBA (Pflegegesetzadaptiertes Geriatrisches Basisassessment)
RAI 2.0 (Resident Assessment Instrument)
RAI HC (Resident Assessment Instrument Home Care)
RUM (Resource Use Measure)
RCN Assessment (Royal College of Nursing's Older People Assessment Tool)
SCoTTs (Service Coordination Tool Templates)
Sic Pflegeassistent 1.8
STEP (Standardised Assessment for Elderly Patients in Primary Care)

Keines der oben aufgeführten Instrumente kann ohne Einengung für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des bundesdeutschen Sozialversicherungsrechts empfohlen werden. Positive Empfehlung wurden für EASY Care, Functional Assessment of the Care Environment for Older People (FACE), Resident Assessment Instrument 2.0 (RAI 2.0), Resident Assessment Instrument Home Care (RAI HC) wegen ihrer inhaltlichen Reichweite und ihrer vielfältigen Verwendungsmöglichkeiten ausgesprochen.

Von den spezifischen Instrumenten erhielten nach der Bewertung der Experten nur drei eine Empfehlung zur Prüfung einer weiteren Verwendbarkeit. *Alzheimer's Disease Assessment Scale (ADAS)*, *Behavioural Pathology in Alzheimer's Disease Scale (BEHAVE AD)*, und *Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)*

Die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von Kindern die auch von den Experten, MDK und Elternschaft kritisiert wird. ^a Im September 2006 trat eine neue Fassung der Begutachtungsrichtlinien in Kraft (MDS 2006), die auch einige Änderungen des Begutachtungsverfahrens bei Kindern beinhaltet. Pflegezeitaufwand scheint im Falle von Kindern noch weniger als bei Erwachsenen ein geeigneter Maßstab zu sein. Außerdem stellt sich nach wie vor die Frage nach der Eignung des SGB XI-Verrichtungskatalogs für Kinder. Die aktuelle Initiative zur Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eröffnet daher auch eine Chance, die Problematik der Kinderbegutachtung zu lösen.

Es existieren zwar eine Vielzahl von Einschätzungsinstrumenten, die für Kinder, Verfahren für symptomatische Anwendungen im Funktions- und Entwicklungstests mit den Hauptanwendungsgebieten in therapeutischen, rehabilitativen oder pädagogischen Settings. Bei der Sichtung der Assessment konnten die Wissenschaftler feststellen, dass keines von ihnen als hinreichend geeignet für den Einsatz im Rahmen der Kinderbegutachtung. Die Recherche nach spezifischen, explizit auf Kinder zugeschnittene Assessments ergab lediglich Hinweise auf drei Instrumente, Es handelt sich um: PEDI (Pediatric Evaluation of Disability Inventory), • WeeFIM, • KITSI. Eine Empfehlung zur Verwendung eines dieser drei Instrumente kann nicht ausgesprochen werden.

^a Dieses Verfahren ist bei den betroffenen Eltern, der Fachöffentlichkeit und auch bei den MDK-Gutachtern selbst wiederholt auf Kritik gestoßen (MDS 2001). Einige gesundheits- und pflegewissenschaftliche Untersuchungen sowie juristische Fachbeiträge haben die Problematik in den letzten Jahren ebenfalls aufgegriffen. Lange et al. (2000) beispielsweise kommen auf der Basis einer Literaturschau zu dem Schluss, dass die Richtwerte der Begutachtungsrichtlinien nicht der altersgemäßen Entwicklung gesunder, normal entwickelter Kinder entsprechen. Castendiek (2001) verweist auf das Fehlen tragfähiger Daten, mit denen der Hilfebedarf eines gesunden, altersentsprechend entwickelten Kindes angegeben werden könnte. Er plädiert außerdem für einen Verzicht auf die Erfassung des hauswirtschaftlichen Bedarfs, da auch gesunde Kinder sich bis zu einem bestimmten Alter nicht an hauswirtschaftlichen Verrichtungen beteiligen würden. Ferner wird in Frage gestellt, ob das Begutachtungsverfahren generell der spezifischen Situation kranker und behinderter Kinder angemessen ist. Eine Untersuchung von Häußler et al. (2002) dokumentiert eine gute Validität der Pflegebegutachtung bei körperlich beeinträchtigten, nicht jedoch bei geistig beeinträchtigten Kindern, und empfiehlt die Verwendung standardisierter Assessmentverfahren zur Beurteilung des Hilfebedarfs.

Das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft

Zu den oben schon aufgeführten Assessment wurden in den Studien auch das alternative Begutachtungsverfahren (zukünftig ABV) der MDK-Gemeinschaft analysiert^b. Die Entwicklung des ABV ist noch nicht beendet. Der Arbeitsgruppe lagen zur Erforschung alle Kriterien des ABV vor, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zum Verfahren kommen sollen.

Insgesamt werden 11 Bereiche, 50 Merkmale der Selbständigkeit und rund 40 weitere Aspekte des Unterstützungsbedarfs unterschieden:

1. Mobilität (8 Merkmale der Selbständigkeit/Unselbständigkeit)
2. Körperpflege (8 Merkmale)
3. An- und Auskleiden (3 Merkmale)
4. Essen und Trinken (6 Merkmale zzgl. Erfassung der Sonden-/parenteralen Ernährung)
5. Ausscheiden (5 Merkmale zzgl. Erfassung künstlicher Ableitungen)
6. Sicherheitsaspekte (5 Merkmale)
7. Beschäftigung und Tagesgestaltung (4 Merkmale)
8. Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (6 Merkmale)
9. Haushalts- und Lebensführung (6 Merkmale)
10. Gesondert zu berücksichtigende Hilfen (allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung, nächtlicher Hilfebedarf, Begleitung bei Arzt-/Therapeutenbesuchen, Begleitung bei Aktivitäten außerhalb der Häuslichkeit)
11. Spezielle Pflegemaßnahmen (Hilfebedarf bei 27 Einzelmaßnahmen).

So bemängeln die Wissenschaftler, dass psychische Problemlagen und deren Verhaltensweisen, (z.B. bei Dementen) viel zu schwach gewürdigt wurden. Das ABV-Instrument ermöglicht keine differenzierte Einschätzung gesundheitlicher Risiken, die für prophylaktische Maßnahmen relevant sein könnten. Eine Erfassung des Hilfsmittelbedarfs ist im ABV auch nicht vorgesehen. Das Erhebungsinstrument sieht

^b Der MDK-Gemeinschaft wurde von den Spitzenverbänden der Pflegekassen damit beauftragt, ein alternatives Begutachtungsverfahren zu entwickeln. Den Auftrag übernahm ein Projektteam der „Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 – Pflege“ (SEG 2) der Medizinischen Dienste, zu dem die MDK Westfalen-Lippe, Thüringen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein sowie der MDS gehörten.

keine Möglichkeit vor, außergewöhnliche Bedarfslagen (Härtefälle) systematisch darzustellen.

Die 51 Merkmale zur Selbständigkeit in den Bereichen 1 bis 9 (s.o.) werden nach einer einheitlichen, vierstufigen Skala kodiert. Sie umfasst die Ausprägungen: „selbständig“, „mit mäßiger personeller Hilfe“, „mit beträchtlicher personeller Hilfe“, und „nicht selbständig“. Die Ausprägungen eines jeden Merkmals werden spezifiziert. Der jeweilige Grad der Selbständigkeit ist mit einem Punktwert verbunden, der die Werte 0 bis 3 vorgeben kann. Gemäß den Erläuterungen im Erhebungsbogen sind alle Merkmale zur Einschätzung der Selbständigkeit in den Bereichen 1 bis 9 gleichbedeutend gewichtet. Es kann im Gesamtergebnis ein Wert von bis zu 150 Punkten errechnet werden.

Die Eignung des ABV zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit von Kindern wird als eher fraglich gesehen. Dazu müsste die Bewertungssystematik, so die Experten, spezifische Gewichtungen und Schwellenwerte für die Kinderbegutachtung berücksichtigen. In den Erläuterungen zum ABV finden keine Erkenntnisse darüber, wie solche Gewichtungen und Schwellenwerte innerhalb der vorliegenden Systematik zukünftig definiert werden könnten. Auch müssten bestimmte Merkmale zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit auf Kinder zugeschnitten werden, wie z.B. die Module „Sicherheitsaspekte“, „Beschäftigung/Tagesgestaltung“, „Kommunikation und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben“ sowie „Haushalts- und Lebensführung“ sind anpassungsbedürftig.

Bei der Adaption und Kombination von Einschätzungsinstrumenten wird darauf hinzuweisen, dass eine definitive Entscheidung für oder gegen ein Instrument letztlich von der Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs abhängig gemacht werden muss.

Zwei Entscheidungsrechte wurden von den Experten empfohlen

Fallen die Entscheidungen auf eines der traditionellen Instrumente (FACE, EASY Care oder RAI) inkl. das alternative Begutachtungsverfahren der MDK-Gemeinschaft, dann wäre zu bedenken, dass mögliche Anpassungen und/oder Kombinationen mit

anderen Instrumenten weitreichende Fragen inhaltlicher, methodischer, praktischer und ggf. lizenzrechtlicher Art aufschlagen, mit einem hohen Aufwand verbunden wären und voraussichtlich viel Zeit in Anspruch nehmen würden.

Würde dazu entschieden, ein Begutachtungsinstrument ohne Rückgriff auf verfügbare Assessmentverfahren zu aktivieren und mit dem Prozess der Überprüfung und Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs eng zu verknüpfen böten sich bessere Aussichten, innerhalb des festgelegten Zeitplanes für die Assessment Entwicklung zu effektiven Resultaten zu kommen.

Kritikfelder

Die derzeitige Prozedur ein neues Begutachtungsinstrument zu entwickeln ist kontraindiziert. Die komplexere und erfassendere Herangehensweise wäre:

- Neubildung des Pflegebedürftigkeitsbegriff
- Leistungsrechtliche Zuordnung zur Kostenverantwortung (wer ist leistungsberechtigt und welche Leistungen werden erbracht)
- Entwicklung des Begutachtungsverfahrens

Bei den derzeitigen Bemühungen des ABV der MDK-Gemeinschaft ein allgemeingültiges Begutachtungsinstrument zu entwickeln wird die Frage der Kinderbegutachtung stark vernachlässigt. Auf die Erforderlichkeit von besonderen „Härtefälle“ wird im ABV nicht eingegangen. Das Erhebungsinstrument sieht keine Möglichkeit vor, außergewöhnliche Bedarfslagen festzustellen, Eine Erfassung des Hilfsmittelbedarfs und eine differenzierte Einschätzung gesundheitlicher Risiken, die für prophylaktische Maßnahmen relevant sein könnten ist nicht geplant, diese Vorgehensweise ist nicht nachvollziehbar.

Bei der Entwicklung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und des ABV wären noch die Implementierung von zusätzlich unabhängige externen Berater^c (unabhängig von den Krankenkassen) sinnvoll gewesen.

^c Vgl. www.bvpp.org

Gehörte Meinungen in Fachkreisen¹

So richtet Herr Wolfgang Schütte² seine Reformoptionen auf vier Eckpfeiler: den Begriff der Pflegebedürftigkeit eher weit und großzügig zu gestalten, sodass sich die hilfsbedürftigen Menschen und ihre Angehörigen darin wieder finden können. Die Bedarfsermittlung wesentlich in fachliche Hände zu legen. Die finanz- und sozialpolitischen Grenzen und damit die Verantwortung für nicht bedarfsgerechte Leistung klar auszusprechen und die pflegebezogenen Leistungen weitgehend aus einer Hand zu gewährleisten.

Herr Felix Welti³ schrieb: ...“dass eine isolierte Reform der Pflegeversicherung keine wirksame Reform ist. Er sieht es auch als eine Kernaufgabe der Reform das normative und tatsächliche Verhältnis zwischen SGB IX und SGB XI, zwischen Teilhabe zu verändern. ...“

Frau Katrin Auer unterstreicht⁴: ...“um hohe Folgekosten zu vermeiden, geht kein Weg daran vorbei, das der sozialrechtliche Begriff von Pflege mit dem sozialrechtlichen Begriff der Behinderung kompatibel gemacht wird und dass der Pflegebedarf gemeinsam mit anderen Bedarfen der Rehabilitation und Teilhabe im ganzheitlichen, aufeinander abgestimmten Verfahren festgestellt werden kann. ...“

Frau Helga Walter⁵ bekräftigt: ...“dass Erkenntnisse darüber vorhanden sind, was fit und gesund hält und wir auch verpflichtet sind dafür zu sorgen, dass alle Menschen die Möglichkeiten haben sich darüber zu informieren und entsprechend leben können. ...“

Christine Schmidt [www. Premio-Berlin.de](http://www.Premio-Berlin.de)

Maria Penzlien www.penzlien.net

¹ Archiv Pflegebedürftigkeit, Anforderungen an die Neudefinition (für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit

² Prof. Dr. Jur. Wolfgang Schütte ist Professor für Sozialrecht an der Hochschule für angewandte Wissenschaft Hamburg,

³ Dr. Jur.Habil.Felix Welti ist Lehrstuhlvertreter am Fachbereich Gesundheit und Pflege der Hochschule Neubrandenburg

⁴

⁵