

Bericht

des Ausschusses für Arbeit und Soziales

über den Antrag 1250/A(E) der Abgeordneten Ing. Norbert Hofer, Kolleginnen und Kollegen betreffend Entwicklung eines neuen Begutachtungsverfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Die Abgeordneten Ing. Norbert **Hofer**, Kolleginnen und Kollegen haben den gegenständlichen Entschließungsantrag am 25. August 2010 im Nationalrat eingebracht und wie folgt begründet:

„Begleitend zu den Beratungen eines Beirats des deutschen Bundesministeriums für Gesundheit zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) wurde ein neues Begutachtungsassessment (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit entwickelt, das auf einem pflegewissenschaftlich begründeten Verständnis von Pflegebedürftigkeit aufbaut. Darin werden gleichermaßen körperliche wie kognitive / psychische Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten berücksichtigt und die derzeit geltende Engführung auf wenige körperbezogene Alltagsverrichtungen bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit wird überwunden. Als Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit wird im NBA nicht die Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen verwendet. Das NBA ist auch für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern geeignet und hat sich bei einer bundesweiten praktischen Erprobung gut bewährt. Es wurde vom Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs als zukünftiges Instrument zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen der Pflegeversicherung empfohlen.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im SGB XI und das darauf basierende Begutachtungsverfahren werden bereits seit Einführung der Pflegeversicherung kritisch diskutiert. Pflegebedürftigkeit sei, so der Kern der Kritik, im SGB XI zu eng, zu verrichtungsbezogen und zu einseitig somatisch definiert. Dadurch würden wesentliche Aspekte, wie beispielsweise die interpersonelle Kommunikation und die Teilnahme am sozialen Leben, ausgeblendet und der Bedarf an allgemeiner Betreuung, Beaufsichtigung und Anleitung bei Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu wenig berücksichtigt. Diese Ausgrenzung wichtiger Problem- und Bedarfslagen führe insbesondere dazu, dass die wachsende Zahl Hilfebedürftiger mit dementiellen Erkrankungen oder anders verursachten Einschränkungen der Alltagskompetenz keine adäquate Unterstützung durch die Pflegeversicherung erhalte. Vielmehr verursache der im SGB XI derzeit geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff (§ 14 SGB XI) erhebliche Defizite bei der Versorgung dieser Personengruppe. Auch die Ermittlung des Pflegebedarfs bei Kindern gilt noch immer als unbefriedigend.

Das deutsche Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat im November 2006 einen Beirat mit der Aufgabe betraut, den aktuellen sozialrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit zu überprüfen und eine Empfehlung zu dessen Neufassung zu erarbeiten. Bereits im Vorfeld verständigten sich das Bundesministerium und die Spitzenverbände der Pflegekassen darauf, eine wissenschaftliche Studie zu initiieren, die in Begleitung dieses Prozesses die benötigten Beratungs- und Entscheidungsgrundlagen bereitstellen sollte. Ein entsprechender Projektauftrag erging an das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), das seinen Ergebnisbericht zum 28. Februar 2007 vorlegte (*Wingefeld et al. 2007*). Auf dieser Grundlage schrieben die Spitzenverbände der Pflegekassen ein Projekt ‚Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff‘ und eines neuen bundesweit einheitlichen und reliablen Begutachtungs-Instruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI aus, das die Entwicklungs- und Erprobungsaufgaben für den weiteren Prozess konkretisierte.

Aufgrund der gemeinsamen Einschätzung, dass die Bewältigung dieser Aufgaben die Einbeziehung unabhängiger pflegewissenschaftlicher Expertise ebenso wie der Berücksichtigung des breiten Erfahrungshintergrundes der Medizinischen Dienste bedarf, haben sich das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW), der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK WL), der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e. V (MDS) und das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen (IPP) gemeinsam an dieser Ausschreibung beteiligt und den Zuschlag erhalten.

Da zum Zeitpunkt der Entwicklung des ‚neuen Begutachtungsassessments‘ (NBA) noch keine Festlegung über den zukünftigen Begriff der Pflegebedürftigkeit getroffen war, orientierten sich die Entwicklungsarbeiten an den pflegewissenschaftlich erarbeiteten ‚Elementen eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs‘ aus der IPW-Studie, die vom BMG-Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs akzeptiert worden waren. Danach ist eine Person als ‚pflegebedürftig zu bezeichnen, wenn sie infolge fehlender personaler Ressourcen, mit denen körperliche oder psychische Schädigungen, die Beeinträchtigung körperlicher oder kognitiver / psychischer Funktionen, gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen kompensiert oder bewältigt werden könnten, dauerhaft oder vorübergehend zu selbständigen Aktivitäten im Lebensalltag, selbständiger Krankheitsbewältigung oder selbständiger Gestaltung von Lebensbereichen und sozialer Teilhabe nicht in der Lage und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist‘ (Wingefeld et al. 2007, S. 43).

Das neue Instrument und das ihm hinterlegte Verständnis von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt dementsprechend sowohl körperliche Beeinträchtigungen als auch kognitive / psychische Einbußen und Verhaltensauffälligkeiten, die einen spezifischen Unterstützungsbedarf nach sich ziehen. Es trägt somit dazu bei, die für das heutige Begutachtungsverfahren und die geltenden Vorschriften des SGB XI charakteristische Engführung auf Hilfebedarf bei ausgewählten Alltagsverrichtungen zu überwinden. Ein weiterer, wesentlicher Unterschied zum bisherigen Begutachtungsverfahren besteht darin, dass als Maßstab zur Einschätzung von Pflegebedürftigkeit nicht die erforderliche Pflegezeit, sondern der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten oder der Gestaltung von Lebensbereichen verwendet wird.

1. Anforderungen an das NBA

Die Entwicklung des NBA orientierte sich an verschiedenen Anforderungen, die sich im Aufbau und der Art der Darstellung niedergeschlagen haben. Der vorrangige Zweck des Instruments besteht in der Ermittlung von Leistungsansprüchen. Aus dieser zentralen Funktion lassen sich verschiedene Anforderungen ableiten, die für Einschätzungsverfahren, die ausschließlich für die individuelle Pflege- oder Hilfeplanung verwendet werden, nicht gelten. Dazu gehört z. B. die quantifizierende Darstellung von Pflegebedürftigkeit. Entsprechend wird das Ergebnis der Einschätzung durch das NBA in Form eines Punktwerts ausgedrückt. Daneben sollen die Ergebnisse aber auch als Grundlage für die individuelle Pflegeplanung Anwendung finden können, woraus sich das Erfordernis einer gewissen inhaltlichen Differenzierung ergibt. Schließlich war bei der Instrumentenentwicklung die Vorgabe zu beachten, dass die Dauer der Begutachtung (Dauer des Hausbesuchs) sich im Rahmen von 60 Minuten bewegen sollte.

All diese zum Teil gegenläufigen Anforderungen hatten Konsequenzen für die inhaltliche und formale Gestaltung des neuen Instruments. So wäre es im Hinblick auf die Nutzung der Einschätzungsergebnisse für die individuelle Pflegeplanung wünschenswert, wenn das Instrument Pflegebedürftigkeit möglichst detailliert erfassen und beschreiben würde. Dies ist im vorgegebenen Zeitrahmen von maximal 60 Minuten häufig jedoch nicht möglich. Abgesehen davon, dass der für die Einschätzung selbst tatsächlich verfügbare Zeitumfang niedriger liegt, haben die Gutachter die Selbständigkeit, die Pflegeprobleme, die Ressourcen, die Versorgungsmerkmale und weitere Aspekte des Lebens einer Person zu beurteilen, die ihnen fremd ist. Auch sind spezifische Aspekte der Versorgungssituation zu beurteilen, etwa die Hilfsmittelversorgung oder ein gegebenenfalls ungedeckter Rehabilitations- oder Präventionsbedarf. Eine Erfassung sämtlicher Aspekte der individuellen Pflegebedürftigkeit kann daher im vorgegebenen Zeitrahmen nicht erfolgen. Für die primäre Funktion des Begutachtungsinstruments, der Zuordnung von Leistungsansprüchen, ist eine solch detaillierte Erfassung auch nicht erforderlich. Hierfür sind lediglich diejenigen Aspekte von Interesse, die für den Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit von *wesentlicher* Bedeutung sind.

Darin liegt auch ein Unterschied zum gegenwärtigen Begutachtungsverfahren: Da dieses mit dem Maßstab ‚notwendiger Zeitaufwand‘ operiert, ist es unbedingt erforderlich, sämtliche Aspekte der jeweiligen Alltagsverrichtung zu berücksichtigen. Blieben Teilaspekte außer Betracht, käme dies der Vernachlässigung eines bestehenden Bedarfs zum Nachteil des Antragstellers gleich, da ein für die Versorgung notwendiger Zeitaufwand unberücksichtigt bliebe.

Weil dieser Unterschied für das Verständnis des neuen Verfahrens von großer Bedeutung ist, sei er anhand eines Beispiels illustriert. Bei der Alltagsverrichtung ‚Waschen‘ werden im derzeitigen Begutachtungsverfahren neun Teilhandlungen differenziert (Ganzkörperwäsche, Teilwäsche Oberkörper, Teilwäsche Unterkörper, Teilwäsche Hände/Gesicht, Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen, Rasieren). Das neue Instrument beschränkt sich hingegen auf vier Merkmale, es fasst die Teilhandlungen der Aktivität ‚sich waschen‘ stärker zusammen. So wird etwa die Selbständigkeit beim Rasieren, Kämmen und bei der Zahnpflege oder Prothesenreinigung mit einem einzigen Merkmal erfasst. Dies ist möglich, weil die genannten Handlungen gleiche Fähigkeiten voraussetzen und einen vergleichbaren Schwierigkeitsgrad aufweisen. Außerdem geht es bei der Einschätzung eben nicht um die Frage nach dem notwendigen Zeitaufwand, sondern um die Frage nach der selbständigen Ausführung dieser Handlungen.

Der Einschätzungsteil des neuen Begutachtungsinstruments enthält rund 90 Merkmale („Items“). Damit wird ein Differenzierungsgrad erreicht, der eine Kompromisslösung zwischen den beiden zentralen Funktionen (Feststellung von Leistungsansprüchen, Ergebnisnutzung bei der Hilfe- / Pflegeplanung) und der vorgegebenen Begutachtungsdauer von einer Stunde darstellt.

2. Aufbau des neuen Begutachtungsinstruments

Mit dem NBA werden verschiedene Informationen erfasst, die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit, aber auch aus anderen formalen und inhaltlichen Gründen benötigt werden. Entsprechend ist das neue Begutachtungsinstrument in vier Abschnitte untergliedert:

- (1) *Informationserfassung*: Dieser erste Abschnitt des NBA weist viele Gemeinsamkeiten mit dem gegenwärtigen Begutachtungsverfahren auf. Zur Informationserfassung gehören allgemeine Angaben zur Person des Antragstellers und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zur Pflegeperson bzw. den Pflegepersonen sowie Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen und bisherigen gesundheitlichen Problemen. Erfasst werden soll an dieser Stelle auch, wie die begutachteten Personen ihre Situation in ihren eigenen Worten schildern und die aus ihrer Sicht vorrangigen Problemstellungen und notwendigen Maßnahmen darstellen.
- (2) *Befunderhebung*: Ebenfalls ähnlich wie im derzeitigen Verfahren erfolgt eine Befunderhebung, bei der die Gutachter sich neben der Prüfung verfügbarer Vorbefunde oder anderer Informationen ein eigenes Bild von den Schädigungen und Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen machen. Dazu wird eine persönliche Untersuchung des Antragstellers mit Beobachtung alltagspraktischer Tätigkeiten durchgeführt. Bei Bedarf wird die Befunderhebung durch standardisierte Testverfahren oder Elemente daraus ergänzt und abgerundet.
- (3) *Einschätzung der Pflegebedürftigkeit*: Die eigentliche Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt im dritten Teil des NBA. Darin wird der Grad der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen in insgesamt acht Bereichen („Modulen“) erhoben, einschließlich der Selbständigkeit bei außerhäuslichen sozialen Aktivitäten und der Haushaltsführung. Diese beiden Bereiche werden jedoch nicht zur Feststellung der Pflegestufe herangezogen. Die Module bilden den Kern des neuen Begutachtungsverfahrens und enthalten alle Merkmale, die in die Bestimmung des Grades der Pflegebedürftigkeit einfließen. Dieser Teil umfasst ferner Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und zu präventionsrelevanten Risiken.
- (4) *Empfehlungen*: Der abschließende Teil des NBA bietet Raum für Empfehlungen zur Versorgungssituation. In zusammenfassender Form werden hier Empfehlungen zur Prävention und Rehabilitation sowie zu anderen Fragen, beispielsweise zur Stabilisierung der häuslichen Versorgungssituation oder zur Verbesserung der Hilfsmittelversorgung ausgesprochen.

3. Die modulare Struktur des NBA

Die Module des NBA, mit denen der Grad der individuellen Beeinträchtigung der Selbständigkeit ermittelt wird, berücksichtigen folgende Inhalte:

- (1) *Mobilität*: Dieses Modul bezieht sich auf die Selbständigkeit bei der Fortbewegung über kurze Strecken und bei Lageveränderungen des Körpers.
- (2) *Kognitive und kommunikative Fähigkeiten*: In diesem Modul geht es weniger um Aktivitäten als um Funktionen, die jedoch für eine selbständige Lebensführung von hoher Wichtigkeit sind. Dazu gehören: Gedächtnis, Wahrnehmung, Denk- und Urteilsvermögen sowie Kommunikation.
- (3) *Verhaltensweisen und psychische Problemlagen*: Dieser Bereich ist ein wichtiger Bestandteil bei der Erfassung von Pflegebedürftigkeit, da die hier angesprochenen Problemlagen mit einem hohen Maß an personeller Abhängigkeit einhergehen. Angesprochen sind u. a. selbst- und

- fremdgefährdendes Verhalten sowie psychische Probleme wie Ängstlichkeit, Panikattacken oder Wahnvorstellungen.
- (4) *Selbstversorgung*: In diesem Modul wird die Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten zur Selbstversorgung wie z. B. Körperpflege, sich kleiden, Essen und Trinken sowie Ausscheidungen erhoben.
 - (5) *Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen*: Krankheitsbewältigung bei chronischer Krankheit wird in diesem Modul verstanden als Aktivität, die für die autonome Lebensführung entscheidende Bedeutung hat. Dazu zählen Anforderungen und Belastungen infolge von Krankheit oder Therapiemaßnahmen, z. B. Medikamenteneinnahme, Wundversorgung, Umgang mit körpernahen Hilfsmitteln oder Durchführung zeitaufwändiger Therapien innerhalb und außerhalb der häuslichen Umgebung.
 - (6) *Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte*: Dazu gehören die Einteilung von Zeit, Einhaltung eines Rhythmus von Wachen und Schlafen, die Gestaltung verfügbarer Zeit und die Pflege sozialer Beziehungen.
 - (7) *Außerhäusliche Aktivitäten*: Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen Aktivitäten einschließlich der außerhäuslichen Mobilität.
 - (8) *Haushaltsführung*: Hauswirtschaftliche Tätigkeiten und Regelung der für die alltägliche Lebensführung notwendigen geschäftlichen Belange, d. h. die Nutzung von Dienstleistungen, der Umgang mit Behörden und die Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Diese modulare Struktur spiegelt ein modernes Verständnis von Pflegebedürftigkeit wider, welches auch in anderen pflegewissenschaftlichen Assessmentinstrumenten und Klassifikationssystemen angelegt ist. Der Bereich der Mobilität wird in nahezu allen komplexeren Assessmentinstrumenten als eigenständiger Bereich berücksichtigt. Beeinträchtigungen der Mobilität sind häufig auslösend für die Abhängigkeit von personeller Hilfe und daher zentral bei der Bestimmung von Pflegebedürftigkeit. In der Logik der, auf Aktivitäten des täglichen Lebens basierenden Pflegetheorien finden sich entsprechende Aspekte unter der Bezeichnung ‚Bewegung‘ bzw. ‚sich bewegen‘. Auch in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) (WHO 2002) oder der Systematik der Pflegeergebnisklassifikation hat die Mobilität eine zentrale Bedeutung (Johnson et al. 2005).

Das Modul 2 umfasst die für die selbständige Lebensführung ebenfalls zentralen kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. Als Funktionen bzw. Fähigkeiten sind sie in etablierten Modellen, Klassifikationen und Instrumenten ebenfalls ausgewiesen. Das Minimum Data Set des RAI HC 2.0 beispielsweise subsumiert solche Fähigkeiten unter dem Titel ‚Kognitive Fähigkeiten‘ (Garms-Homolova 2002). In der ICF sind sie Bestandteil der Klassifikation der Körperfunktionen (Funktionen der Orientierung, des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, Wahrnehmung und des Denkens).

Bei einer Berücksichtigung der wesentlichen Aspekte von Pflegebedürftigkeit ist die Erfassung von Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen (Modul 3) unabdingbar. Sie findet sich auch in anderen Einschätzungsinstrumenten.

Die Selbstversorgung (Modul 4) ist ebenfalls ein wichtiger Bereich für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit. Die dazu gehörigen Aspekte finden sich in anderen Instrumenten zum Teil als ‚Aktivitäten des täglichen Lebens‘ oder ‚ADL‘ wieder oder werden häufig ebenfalls unter der Bezeichnung ‚Selbstversorgung‘ (‚self care‘) ausgewiesen. Die Inhalte dieses Moduls weisen eine hohe Übereinstimmung mit den Inhalten anderer Instrumente und auch der ICF auf.

Neu und für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit bislang ungewöhnlich sind die Inhalte des Moduls 5, die auf den ersten Blick Ähnlichkeit mit den verordnungsfähigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V aufweisen. Intendiert ist hier jedoch ebenfalls die Erfassung von Selbständigkeit bei der Durchführung der krankheitsbedingt notwendigen Aktivitäten.

Andere pflegerische Assessmentverfahren erfassen in diesem Bereich in der Regel die Perspektive der professionellen Pflege, indem die einzelnen Aspekte nicht im Sinne der Selbständigkeit einer Person, sondern als professionell anzugehende Problemlagen aufgefasst werden, z. B. als Hautprobleme oder Störungen vitaler Funktionen. Die Selbständigkeit im Bereich der krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen kann auch durch fehlendes Wissen der erkrankten Person beeinträchtigt sein, worauf u. a. in der Pflegeergebnisklassifikation NOC (Johnson et al. 2005) hingewiesen wird.

Im Modul 6 werden zentrale Aspekte der Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte thematisiert, ein Bereich, der im Rahmen der Kritik am geltenden Pflegebedürftigkeitsbegriff regelmäßig als wichtig benannt wurde.

Das Modul 7 befasst sich mit der Teilnahme an sozialen und im weitesten Sinne kulturellen außerhäuslichen Aktivitäten. In den Begrifflichkeiten der ICF gehört dieser Aspekt zu den ‚bedeutenden

Lebensbereichen‘ (z. B. Bildung oder Arbeit) oder zum Gemeinschafts-, sozialen und staatsbürgerlichen Leben. Das Modul umfasst nur wenige Items, da die Anforderungen an die Fähigkeit zur Teilnahme an oder zur Durchführung von außerhäuslichen Aktivitäten größtenteils nicht besonders unterscheiden.

Die Haushaltsführung in Modul 8 umfasst sowohl hauswirtschaftliche Tätigkeiten als auch die Fähigkeit, im Bedarfsfall Dienstleistungsangebote nutzen zu können. Aus der Perspektive des Pflegebedürftigen handelt es sich hierbei um elementare Aspekte, weil von der Fähigkeit zur selbständigen Haushaltsführung in hohem Maße abhängt, ob eine Person in der Lage ist, weiterhin in der eigenen Wohnung zu verbleiben. In den meisten pflegetheoretischen Arbeiten spielt dieser Aspekt allerdings nur eine randständige Rolle, da es sich bei den notwendigen Hilfen in diesem Bereich nicht um pflegerische, sondern um hauswirtschaftliche oder soziale Hilfen handelt.

4. Bewertung der Selbständigkeit

Im Gegensatz zum bisherigen Begutachtungsverfahren wird das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach dem Zeitaufwand bemessen, ‚den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt‘ (§ 15 Abs. 3 SGB XI)‘. Neuer Maßstab für die Einschätzung von Pflegebedürftigkeit ist der Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten und bei der Gestaltung von Lebensbereichen, die in den einzelnen Modulen festgelegt sind. Es wird eingeschätzt, ob eine Person grundsätzlich in der Lage ist, eine Aktivität selbständig durchzuführen (z. B. Treppen steigen). Dabei ist es unerheblich, ob diese Aktivität tatsächlich notwendig ist (z. B. wenn das Haus oder die Wohnung keine Treppen hat).

Selbständigkeit ist im NBA definiert als die Fähigkeit einer Person, die jeweilige Handlung bzw. Aktivität allein, d. h. ohne *personelle* Hilfe durchzuführen. Wer in der Lage ist, eine Aktivität mit technischer oder anderer materieller Hilfe durchzuführen, gilt als selbständig. Die Bewertung des Grades der Selbständigkeit bei Aktivitäten erfolgt in den Modulen 1, 4, 6 und 8 mittels einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen:

- **Selbständig:** Die Person kann eine Aktivität in der Regel selbständig durchführen, wobei die Durchführung erschwert, verlangsamt oder nur unter Nutzung von Hilfsmitteln möglich sein kann. Entscheidend ist, dass die Person (noch) keine personelle Hilfe benötigt. Vorübergehende oder nur vereinzelt auftretende Beeinträchtigungen werden dabei nicht berücksichtigt.
- **Überwiegend selbständig:** Dabei kann die Person den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen. Personelle Hilfe ist nur in geringem Maße erforderlich, z. B. in Form von motivierenden Aufforderungen, Impulsgebung, Richten, Zurechtlegen von Gegenständen oder punktueller Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität.
- **Überwiegend unselbständig:** Die Person kann eine Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen, ist aber aufgrund vorhandener Ressourcen in der Lage, sich zu beteiligen. Die personelle Hilfe kann in Form ständiger Anleitung oder aufwändiger Motivation auch während der Aktivität notwendig sein, wobei Teilschritte der Handlung übernommen werden müssen.
- **Unselbständig:** Die Person kann eine Aktivität in der Regel nicht selbständig durchführen oder steuern, auch nicht in Teilen. Es sind kaum oder keine Ressourcen vorhanden. Die Abhängigkeit von personeller Hilfe bezieht sich auf nahezu alle Aktivitäten und Handlungen.

Für die Module 2, 3, 5 und 7 wurden modifizierte Formen dieser vierstufigen Skala entwickelt. Im Modul 2 ist einzuschätzen, ob die entsprechenden Fähigkeiten vorhanden, größtenteils vorhanden, in geringem Maße vorhanden oder nicht vorhanden sind. Im Modul 3 ist die Häufigkeit des Auftretens von bestimmten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen einzuschätzen. Die vierstufige Ausprägung ist hier: nie, selten (ein bis zweimal innerhalb von zwei Wochen), häufig (zweimal oder mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) und täglich. Die Häufigkeit des Vorkommens einer Aktivität spielt auch im Modul 5 eine wesentliche Rolle. Hier wird bei den einzelnen Items zuerst gefragt, ob die Aktivität vorkommt. Wenn eine Aktivität vorkommt, wird die Häufigkeit der erforderlichen Hilfe durch eine andere Person erfragt (Häufigkeit pro Tag, Woche oder Monat). Im Modul 7 erfolgt die Einschätzung anhand vorgegebener Antwortmöglichkeiten, die inhaltlich der vierstufigen Standardskala zur Selbständigkeit entsprechen.

Um der Anforderung Rechnung zu tragen, das Instrument für Gutachter und Versicherte gleichermaßen anwendungsfreundlich zu gestalten, wurden kurze und unkomplizierte Formulierungen sowie gleichförmige Skalen gewählt. Sowohl der Pretest als auch die breiter angelegte Praxiserprobung des Instruments (*Windeler et al. 2008*) haben gezeigt, dass die Einschätzung mit dem NBA gut durchführbar ist.

5. Bewertungssystematik

Um als Grundlage für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die darauf basierende Zuordnung von Leistungsansprüchen Anwendung zu finden, benötigt ein Begutachtungsinstrument eine zusammenfassende Bewertung der erhobenen Informationen.

Im Falle des NBA liefert die Begutachtung zunächst für jedes Modul ein Teilergebnis. Dieses Teilergebnis ergibt sich aus der Einschätzung anhand der im vorhergehenden Abschnitt erläuterten Skalen. Die Ergebnisse der Einschätzung werden für jedes Modul gesondert, aber einheitlich anhand einer fünfstufigen Skala dargestellt. Diese Skala bildet je nach Modul entweder den Grad der Beeinträchtigung von Selbständigkeit, von kognitiven Fähigkeiten oder von Selbststeuerungskompetenz ab.

Unterschieden werden die Abstufungen:

- 0 = selbständig (keine Beeinträchtigung),
- 1 = geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- 2 = erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- 3 = schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- 4 = völliger / weitgehender Verlust der Selbständigkeit.

Die Teilergebnisse der Module werden zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit anschließend in einem Gesamtergebnis zusammengeführt und als Punktwert auf einer Skala zwischen 0 und 100 dargestellt. Unter Bezug auf die bereits erwähnten ‚Elemente eines Pflegebedürftigkeitsbegriff‘ aus der IPW-Studie ist Pflegebedürftigkeit im NBA definiert als ‚gesundheitlich bedingte Beeinträchtigung der Selbständigkeit, die personelle Hilfe in den Bereichen

- Mobilität,
- Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen,
- Selbstversorgung (regelmäßige Alltagsverrichtungen),
- Bewältigung krankheits-/ behandlungsbedingter Anforderungen und Belastungen sowie
- Gestaltung des Alltagslebens und soziale Kontakte erforderlich macht.‘ (*Wingenfeld et al. 2008: 75*)

Für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit sind also die Module 1 bis 6 des NBA maßgeblich (der Bereich ‚Bewältigung psychischer Anforderungen und Problemlagen‘ spricht die in den Modulen 2 und 3 erfassten Merkmale an). Die Module 7 und 8 bleiben bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit und einer Differenzierung von Pflegestufen außer Betracht, da es sich bei den dabei notwendigen personellen Hilfen vom Charakter her nicht notwendigerweise um pflegerische Hilfen handelt.

Beeinträchtigungen in diesen Bereichen weisen allerdings eine starke Korrelation mit den anderen Merkmalen auf. Sie liefern keine Mehrinformation für die Unterscheidung von Graden der Selbständigkeit und sind daher auch aus rein methodischen Gründen verzichtbar.

Die einzelnen Module fließen nicht zu gleichen Anteilen in die Gesamtbewertung ein, sondern werden gewichtet:

Modul 1	Mobilität	10%
Module 2 & 3	Kognition und Verhalten	15%
Modul 4	Selbstversorgung	40%
Modul 5	Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen	20%
Modul 6	Gestaltung des Alltagslebens, soziale Kontakte	15%

Das Modul 1 liefert maximal 10 Punkte, die Module 2 und 3 zusammen 15 Punkte usw. Es ist also ein maximaler Wert von 100 Punkten zu erreichen, wobei dieser Wert bei einer Person ermittelt würde, die in allen Bereichen die höchst mögliche Beeinträchtigung zeigt.

In die Gewichtung sind verschiedene Überlegungen eingeflossen:

- Der Bereich der Selbstversorgung (Modul 4) deckt viele der Aktivitäten ab, die derzeit im SGB XI für die Bemessung von Leistungsansprüchen relevant sind. Es handelt sich allerdings auch unabhängig davon um einen für die Ausprägung von Pflegebedürftigkeit zentralen Bereich, der entsprechend hoch zu gewichten ist.

- Beeinträchtigungen der Mobilität (Modul 1) durchziehen ähnlich wie kognitive Einbußen alle anderen Lebensbereiche und sind auch unabhängig von anderen alltäglichen Verrichtungen Auslöser für Unterstützungsbedarf. Die Ergebnisse einer Studie zur Leistungsstruktur in stationären Pflegeeinrichtungen (*Wingefeld / Schnabel 2002*) zeigen ein Verhältnis von in etwa 4:1 des Leistungsaufwands für Hilfen bei der Selbstversorgung (Modul 4) und des Aufwands für Unterstützung bei der Mobilität.
- Die Module 2, 3 und 6 werden mit einem Anteil von zusammen 30% gewichtet. Diese auf der Grundlage eines durchgeführten Pretest vorgenommene Festlegung hat sich bei der praktischen Erprobung des Instruments als angemessen herausgestellt. Dadurch ist gewährleistet, dass die in diesen Modulen angesprochenen Aspekte in Zukunft adäquat bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden, ohne gleichzeitig eine zu starke Verschiebung zu Lasten von Personen, die ausschließlich unter körperlichen Einbußen leiden, vorzunehmen.
- Die Selbständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen fließt mit 20% in das Gesamtergebnis ein. Sie trägt damit die Hälfte des Punktwertes des Moduls 4. Damit kann die Bedeutung chronischer Krankheiten für pflegebedürftige, meist ältere Menschen angemessen berücksichtigt werden. Eine höhere Gewichtung erscheint schon allein aufgrund des Umstandes, dass Pflegebedürftige in diesem Bereich sehr heterogene Bedarfslagen zeigen und damit möglicherweise schwer begründbare Unterschiede entstehen würden, nicht angezeigt.

Entsprechend der Darstellung des Grades der Beeinträchtigung von Selbständigkeit auf einer fünfstufigen Skala je Modul haben die Entwickler des NBA aus inhaltlichen und methodischen Erwägungen vorgeschlagen, bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in Zukunft fünf Grade der Pflegebedürftigkeit zu unterscheiden:

- Grad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- Grad 2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- Grad 3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- Grad 4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit,
- Grad 5: besondere Bedarfskonstellation.

Der niedrigste Grad ist u. a. für Personen vorgesehen, die im derzeitigen System die Pflegestufe oft nicht erreichen, obwohl sie aus fachlicher Sicht als pflegebedürftig gelten müssen. Der höchste Grad der Pflegebedürftigkeit ist für jene Personen vorgesehen, die nicht nur weitreichende Selbstständigkeitsverluste, sondern gleichzeitig einen Bedarf an ungewöhnlich intensiver pflegerischer Versorgung aufweisen.

Die Darstellung des Begutachtungsergebnisses in Form eines Punktwertes erlaubt jedoch auch andere Festlegungen auf eine höhere oder geringere Anzahl von Graden der Pflegebedürftigkeit.

6. Weitere Verwendungsmöglichkeiten des NBA

Neben dem primären Ziel der Ermittlung von Leistungsansprüchen können die auf der Grundlage des NBA erhobenen Informationen auch für andere Zwecke genutzt werden:

- *Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit:* Das Instrument sieht eine Überprüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit und weitere Schritte zur Abklärung des Bedarfs an medizinischer Rehabilitation vor. Diese Abklärung erfolgt wesentlich systematischer als im Rahmen des heutigen Begutachtungsverfahrens. Die Gutachter werden durch einen formalisierten Fragenkatalog dazu angehalten, Hinweise zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose zu erfassen. Dazu soll in den Modulen 1, 2, 4 und 5 die Entwicklungstendenz der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten eingeschätzt werden, d. h. es soll angegeben werden, ob und ggf. wie ein höherer Grad an Selbständigkeit wiedererlangt werden kann (bzw. ob es Möglichkeiten gibt, einer Verschlechterung entgegenzuwirken). Auf dieser Grundlage und unter Berücksichtigung der Rehabilitationsfähigkeit soll eine explizite Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen formuliert werden. Bei negativer Entscheidung sind vom Gutachter entsprechende Begründungen gefordert.
- *Bedarf an Prävention:* Neben den Informationen aus den einzelnen Modulen werden systematisch Risiken erfasst, die einen spezifischen Präventionsbedarf begründen können. Dazu gehören krankheitsbedingte Risiken, Umweltfaktoren und verhaltensbedingte Risiken.
- *Hilfsmittelversorgung:* Ähnlich wie im heutigen Begutachtungsverfahren wird der Status der Hilfsmittelversorgung erfasst und eine explizite Einschätzung vorgenommen, inwieweit der Hilfsmittelbedarf gedeckt ist. Dokumentiert wird darüber hinaus, ob vorhandene Hilfsmittel tatsächlich genutzt werden und ob ein Bedarf an Anleitung zur Hilfsmittelnutzung besteht.

- *Aufstellung eines Pflege- oder Hilfeplans:* Die Ergebnisse der Begutachtung lassen sich bei der Aufstellung eines Hilfe- oder Pflegeplans nutzen, obwohl, wie bereits erwähnt, nicht alle relevanten Informationen erfasst werden. Allerdings werden über das NBA deutlich mehr Informationen erhoben als durch die heute vielfach üblichen Formen der pflegerischen Einschätzung in Pflegeeinrichtungen.

7. Anpassung des Verfahrens an die Begutachtung von Kindern

Es gehörte zu den besonderen Anforderungen, ein Verfahren zu entwickeln, das sich auch für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei Kindern eignet. Im Verlauf der Entwicklungsarbeiten stellte sich heraus, dass die für Erwachsene relevanten Items mit nur wenigen Anpassungen auch Geltung für Kinder und Jugendliche beanspruchen können. Der wesentliche Unterschied besteht darin, dass bei Kindern in der Bewertung allein die Abweichung von der Selbständigkeit gesunder Kinder zugrunde gelegt wird. Hierzu wird nach bestimmten Regeln der vorhandene Grad der Selbständigkeit erfasst und mit der altersentsprechenden Entwicklung verglichen.

Ein wesentliches Merkmal der normalen kindlichen Entwicklung ist die Variabilität aller Entwicklungsschritte. Dies erschwert es, altersgemäße Norm- oder Schwellenwerte festzulegen.

Die Variabilität eines Entwicklungsmerkmals wird sowohl durch die genetische Anlage als auch durch Umweltfaktoren bestimmt (*Largo* 2000). Nach *Michaelis* et al. (1993) differenziert sich die Variabilität in:

- Interindividuelle Variabilität: Nicht vorhersagbarer individueller Verlauf.
- Individuelle Variabilität: Herausbildung einzelner Funktionen oder Entwicklungsbereiche zu unterschiedlichen Zeitpunkten (z. B. rasche motorische, aber langsame sprachliche Entwicklung).
- Inkonsistenzen: Überspringen von Entwicklungsschritten (z. B. Krabbeln) oder zeitlich begrenzter Rückfall in eine frühere Entwicklungsstufe (Regression).
- Interkulturelle Variabilität: Entwicklungsunterschiede unterschiedlicher Kulturkreise.
- Geschlechtsunterschiede: schnellere Sprach- und Sozialentwicklung der Mädchen, schnellere somatische Entwicklung der Jungen (*Largo* 2004).

Diese Variabilitäten sind bei der Festlegung altersentsprechender Fähigkeiten und Selbständigkeiten zu berücksichtigen, um nicht Gefahr zu laufen, Kinder ungerechtfertigt als auffällig einzustufen und unnötige diagnostische, therapeutische oder pädagogische Maßnahmen einzuleiten.

Zur Entwicklungsbeurteilung von Kindern zwischen 0 und 6 Jahren stehen verschiedene methodische Ansätze zur Verfügung (*Michaelis* 2004). Neben einer sorgfältigen Anamneseerhebung kommen diverse Screeningverfahren und Entwicklungstests zum Einsatz. Im Focus der Diagnostik stehen vor allem die Entwicklungsbereiche Körper- und Handmotorik, kognitive Fähigkeiten, Sprach- bzw. Sprechfähigkeit und die soziale und emotionale Kompetenz.

Durch zahlreiche Untersuchungen ist belegt, dass die meisten Eltern ihre Kinder und deren entwicklungsabhängige Fähigkeiten sehr gut beschreiben können, wenn ihnen die Fragen dazu präzise und in laienverständlicher Form gestellt werden (*Schlack* 2004).

Ausgangspunkt bei der Anpassung des neuen Begutachtungsassessments bildete eine Literaturrecherche und -analyse zur allgemeinen kindlichen Entwicklung und speziell zum Entwicklungsverlauf in den einzelnen Items des Begutachtungsinstruments. Die Literaturanalyse wurde ergänzt durch die Fachexpertise einiger Kinderärzte und Pflegefachkräfte aus verschiedenen MDK im Rahmen einer Fokusgruppendifkussion. In einem nächsten Schritt erfolgte die Ermittlung und Festlegung von Altersgrenzen mit der jeweiligen Zuordnung zu einem Selbständigkeitsgrad.

Die Analyse zielte darauf ab, zu den im Begutachtungsassessment verwendeten Items eine auf empirischen Untersuchungen basierende Aussage zu treffen, wann die entsprechende Aktivität üblicherweise selbständig von einem Kind durchgeführt wird bzw. die entsprechende Fähigkeit ausgebildet ist. Ausnahmen bildeten die Module 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und 5 (Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen), in denen eine Festlegung von Altersgrenzen nicht relevant ist. Ferner wurde das Modul 8 (Haushaltsführung) ausgespart.

Zur Festlegung der Altersgrenzen wurde auf die aktuellen Erkenntnisse der Entwicklungs pädiatrie zur ‚normalen‘ Entwicklung von Kindern zurückgegriffen (u. a. *Haug-Schnabel* 2007; *Largo* 2004; *Michaelis / Niemann* 2004; *Schlack* 2004). Anhand verschiedener etablierter Entwicklungstests und Screeninguntersuchungen, darunter die *Denver Entwicklungsskala* (*Flehmg* 2007), der *Entwicklungstest ET 6 - 6* (*Petermann* et al. 2006) und die *Griffith Entwicklungsskalen* (*Brandt / Sticker* 2001), sowie unter

Einbeziehung des *Grenzsteinprinzips* (Michaelis 2003) konnten zu zahlreichen Items entsprechende empirische Belege identifiziert werden, wann die meisten gesunden Kinder Selbständigkeit in dem jeweiligen Item erlangen. Maßgebliche Belege lieferte auch das *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)* (Haley et al. 1998) als ein sehr umfassendes Assessmentverfahren mit engem Bezug zu kindlichen Alltagssituationen.

Wie in der Erwachsenenbegutachtung erfolgt die Bewertung der Selbständigkeit bei Kindern anhand der vierstufigen Skala mit den Ausprägungen ‚selbständig‘, ‚überwiegend selbständig‘, ‚überwiegend unselbständig‘ und ‚unselbständig‘. Dementsprechend musste für jedes Item des Erhebungsbogens für die Bewertungssystematik festgelegt werden, in welchem Alter diese Stufen der Selbständigkeit erreicht werden. Die Festlegung erfolgte anhand einer dreischrittigen Vorgehensweise: Zunächst wurde der ‚normale‘ kindliche Entwicklungsverlauf herausgearbeitet und in einem zweiten Schritt im Hinblick auf markante Entwicklungsschritte mit ihrer jeweiligen Altersstufe überprüft. Anschließend erfolgte die Zuordnung dieser Altersstufen zu den vier Ausprägungsmerkmalen. Am Beispiel des Items ‚Stabile Sitzposition halten‘ soll dieses Verfahren verdeutlicht werden. Für das Item stellt sich der Entwicklungsverlauf folgendermaßen dar: Als Voraussetzung für stabiles Sitzen muss zunächst die Fähigkeit zur kontinuierlichen Aufrechterhaltung des Kopfes vorhanden sein (erste Entwicklungsstufe). Später sitzt das Kind, indem es von einer Pflegeperson gestützt oder gehalten wird (zweite Entwicklungsstufe). Im nächsten Schritt sitzt das Kind schon relativ stabil, indem es sich selbst abstützt (dritte Entwicklungsstufe). Die Fähigkeit ist voll entwickelt, wenn das Kind sich ohne Hilfe aufsetzen kann und selbständig mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle sitzt (vierte Entwicklungsstufe).

Nun wird das Alter ermittelt, in dem 90 % der Kinder die jeweiligen Entwicklungsstufen erreichen: Eine stabile Kopfkontrolle wird mit 6 Monaten beherrscht (Brandt / Sticker 2001; Michaeli 2004). Das Kind muss allerdings noch beim Sitzen gehalten oder abgestützt werden (Flehmig 2007). Mit 8 Monaten beugt ein Kind beim Hochziehen an zwei Händen den Kopf und die Schultern (Brandt / Sticker 2001); es kann für kurze Zeit relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt (Flehmig 2007). Mit 9 Monaten beherrscht ein Kind die stabile Kopf- und Rumpfkontrolle, es kann sich ohne Hilfestellung aufsetzen und selbständig sitzen (Flehmig 2007; Michaelis / Niemann 2004; WHO 2006).

Im letzten Schritt erfolgt nun die Zuordnung der Altersstufen zu den vier Merkmalsausprägungen. Diese zeigt sich wie folgt:

- Da erst mit 6 Monaten eine hinreichende Stabilität der Kopfkontrolle erreicht wird, gilt ein Kind bis zu diesem Zeitpunkt (unter 6 Monate) als altersbedingt ‚unselbständig‘.
- Spätestens mit 6 Monaten zeigen sich erste Aktivitäten im Entwicklungsverlauf zum Sitzen. Das Kind kann an zwei Händen gehalten langsam zum Sitzen hochgezogen werden. Der Kopf wird dabei in der Rumpfebene gehalten. Beim Sitzen muss das Kind jedoch noch gestützt oder gehalten werden. Somit muss ein erheblicher Teil der Handlungsschritte durch eine Bezugsperson geleistet werden. Da der nächste Entwicklungsschritt sich mit 8 Monaten vollzieht, ist das Kind demzufolge von 6 Monaten bis unter 8 Monaten als ‚überwiegend unselbständig‘ zu betrachten.
- Mit 8 Monaten kann ein Kind relativ stabil sitzen, indem es sich selbst abstützt. Es benötigt lediglich noch Hilfe beim Aufsetzen sowie gelegentliche Hilfe beim Aufrechterhalten der Stabilität im Sitzen. Damit kann es den größten Teil der Aktivität selbst durchführen. Für die Bezugsperson entsteht nur ein geringer Aufwand. Bis zum nächsten Entwicklungsschritt, der mit 9 Monaten erreicht ist, gilt das Kind demzufolge von 8 Monaten bis unter 9 Monaten als ‚überwiegend selbständig‘.
- Mit 9 Monaten können 90% der Kinder sich ohne Hilfe aufsetzen und sitzen mit stabiler Kopf- und Rumpfkontrolle. Sie benötigen keinerlei personelle Hilfe mehr und gelten in diesem Item nun als ‚selbständig‘.

<i>Item</i>	<i>0</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	selb- ständig	über- wiegend selb- ständig	über- wiegend unselb- ständig	unselb- ständig
<i>Stabile Sitzposition halten</i>	ab 9 Monate	von 8 Monaten bis < 9 Monaten	von 6 Monaten bis < 8 Monaten	< 6 Monate

Selbständigkeitsgrade im Item *Stabile Sitzposition halten*

Nicht in allen Items liegen so kurze Zeitspannen zwischen bedeutsamen kindlichen Entwicklungsschritten. Vielmehr zeigen sich sehr unterschiedliche Altersspannen von teilweise nur wenigen Wochen oder Monaten bis hin zu einigen Jahren. In der Gesamtbetrachtung wird erkennbar, dass die meisten kindlichen Entwicklungsschritte bis zum Alter von 6 Jahren vollzogen sind. Die höchste Altersgrenze der in dem neuen Begutachtungsverfahren berücksichtigten Items liegt bei 11 Jahren.

Die ermittelten Altersstufen der kindlichen Entwicklung finden sich im Begutachtungsinstrument automatisch hinterlegt wieder, so dass der Gutachter keine Überlegungen anstellen muss, *ob* ein Kind altersgemäß entwickelt ist oder nicht. Seine Aufgabe ist es lediglich, analog zur Erwachsenenbegutachtung die festgestellten Beeinträchtigungen und den Grad der Selbständigkeit zu dokumentieren. Der Blick auf den Status quo der kindlichen Entwicklung erleichtert die Abbildung der individuellen Selbständigkeit und entlastet den Gutachter aus der Diskussion über einen Zeitmehraufwand als Grundlage einer Pflegeeinstufung. Es kann somit aufgrund umfangreicherer Kenntnis der individuellen Kontextfaktoren mehr Raum für Beratungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Die Erprobungserfahrungen zeigen, dass aus der Sicht von Eltern im Vergleich zum bisherigen Verfahren relevante Aspekte des Lebens- und Versorgungsalltags kranker und behinderter Kinder angemessener erfasst werden, insbesondere die individuelle psychosoziale Situation und besondere Problemlagen (z. B. ausgeprägte Spastik) sowie die Belastungen durch krankheitsbedingte Anforderungen.

8. Ausblick

Im Rahmen der bundesweiten praktischen Erprobung unter realen Bedingungen der Begutachtung hat sich das ‚neue Begutachtungsassessment‘ gut bewährt. Seine methodischen Eigenschaften und Praktikabilität sind mehr als zufriedenstellend und auch bei den Gutachtern, den Versicherten und ihren Angehörigen weckte es im Gesamtbild sehr positive Reaktionen. Aufgrund der Erprobungserfahrungen erschien es notwendig, an manchen Stellen noch eine Feinjustierung des Instruments vorzunehmen, denn die Erprobung zeigte, dass das Instrument bei Personen mit geringen Beeinträchtigungen manchmal übermäßig sensitiv reagierte. Dieses Problem wurde durch eine geringfügige Anpassung der Bewertungssystematik behoben. Eine Veränderung der Gewichtung der Module zueinander erwies *sich* nicht als erforderlich, sondern birgt, wie Modelberechnungen erkennen lassen, sogar das Risiko, die neue Ausgewogenheit bei der Bewertung von körperlichen und mentalen Beeinträchtigungen zu stören. Weitergehende Veränderungen, etwa eine Verschiebung der Schwellenwerte zu den höheren Bedarfsgraden, wurden getestet, aber wieder verworfen, da dadurch der Zugang von überwiegend körperlich beeinträchtigten Personen zu den höheren Bedarfsgraden erschwert oder unmöglich gemacht werden könnte und aus diesem Grund nicht als sachgerecht erachtet wird.

Nach der erfolgreichen Testung stellt sich nunmehr die Frage der praktischen Gestaltung des Prozesses, mit dem die angestrebte sozialrechtliche Weiterentwicklung umgesetzt werden könnte. Die Komplexität der Fragen, die mit der Erarbeitung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen Begutachtungsverfahrens verbunden sind, erlaubt es nicht, diesen Schritt bereits im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zu vollziehen. Über die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs kann nur auf einer pflegewissenschaftlich fundierten Grundlage entschieden werden. Vor diesem Hintergrund hatte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) den Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsverfahrens einberufen.

Im Bericht vom 26. Januar 2009 beschreibt der Beirat, nachdem alle Ergebnisse der Entwicklungsarbeiten und die Erprobungserfahrungen eingehend analysiert und diskutiert worden waren, als sein wesentliches Ziel die Verbesserung und Veränderung der Lebenslagen von Menschen, die in ihrer Selbständigkeit beeinträchtigt sind und daher auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Der Bericht hebt hervor, dass

- der geltende Pflegebedürftigkeitsbegriff im SGB XI pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen nicht gerecht werde;
- ein differenzierter, an Lebenslagen orientierter, auf den Grad der Selbständigkeit abstellender Pflegebedürftigkeitsbegriff notwendig sei;
- das von dem Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe entwickelte und vom Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen und dem MDS erprobte neue Begutachtungsinstrument vom Beirat empfohlen werde;
- es der Arbeitsgruppe zur Formulierung eines Pflegebedürftigkeitsbegriffs gelungen sei, für die gesetzliche Neuregelung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs einen geeigneten Formulierungsvorschlag vorzulegen, der das neue Begutachtungsinstrument umsetzt;
- die Notwendigkeit von gesetzlichen Anpassungen in leistungsrechtlichen Vorschriften bestehe;
- die Notwendigkeit der Prüfung leistungsrechtlicher Folgen eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs auf andere Sozialleistungssysteme (z. B. Hilfe zur Pflege und Eingliederungshilfe nach SGB XII) bestehe.

Im Ergänzungsbericht, den der Beirat am 25.05.2009 vorgelegt hat, wird empfohlen, die Umsetzung des Abschlussberichts und die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit der Diskussion um neue Strukturen der Leistungserbringung zu verbinden. Es werden verschiedene Szenarien für eine mögliche Umsetzung vorgelegt, die sowohl verschiedene Optionen der leistungsrechtlichen Ausgestaltung des zukünftigen Pflegestufensystems („Bedarfsgrade“) als auch Ansatzpunkte für eine stärker präventiv orientierte Ausrichtung von Leistungen bei geringer Pflegebedürftigkeit aufzeigen. Fragen der Weiterentwicklung der Angebotsstruktur der Leistungserbringung treten in allen denkbaren Konstellationen auf.

Der Beirat hat sich letztlich mit großem Einvernehmen dafür ausgesprochen, das neue Begutachtungsverfahren und die damit verbundenen Anpassungen in einem Schritt bundesweit einzuführen. Er hat jedoch zugleich die Notwendigkeit betont, ausreichend Zeit für die Klärung von Detailfragen vorzusehen. Denn im Verlauf des Prozesses wurde immer wieder deutlich, dass die Verschränkungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im SGB XI mit anderen sozialrechtlichen Bestimmungen und die heutigen Abgrenzungen der Verantwortung von Leistungsträgern durch die angestrebte Revision weitreichende Gestaltungsherausforderungen beinhaltet – beispielsweise die Frage, wie auf der Basis eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs das Verhältnis zwischen dem System der Pflegeversicherung und dem System der Eingliederungshilfe ausgestaltet werden kann.

Ungeachtet solcher Detailprobleme ist festzustellen, dass es seit Einführung der Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland noch nie einen so breiten gesellschaftlichen Konsens und zugleich einen als praktikabel nachgewiesenen Weg zur Behebung alter „Webfehler“ dieses Sicherungssystems gegeben hat. Es bleibt zu hoffen, dass diese Chance, die Pflegeversicherung zukunftsfest zu machen, nunmehr auch tatsächlich genutzt wird.“

Der Ausschuss für Arbeit und Soziales hat den gegenständlichen Entschließungsantrag in seinen Sitzungen am 5. Oktober 2010 und am 28. Juni 2011 in Verhandlung genommen.

An der Debatte beteiligten sich im Anschluss an die Ausführungen des Berichterstatters Abgeordnete Ing. Norbert **Hofer** die Abgeordnete Oswald **Klikovits**, Mag. Christine **Lapp**, Karl **Öllinger**, Dr. Andreas **Karlsböck**, Sigisbert **Dolinschek**, Herbert **Kickl**, August **Wöginger**, Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS, Dr. Franz-Joseph **Huainigg**, Ulrike **Königsberger-Ludwig** und Ursula **Haubner** sowie der Bundesminister für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz Rudolf **Hundstorfer**.

Bei der Abstimmung fand der gegenständliche Entschließungsantrag keine Mehrheit (**für den Antrag**: F,G **dagegen**: S,V,B).

Zur Berichterstatterin für den Nationalrat wurde Abgeordnete Dr. Sabine **Oberhauser**, MAS gewählt.

Als Ergebnis seiner Beratungen stellt der Ausschuss für Arbeit und Soziales somit den **Antrag**, der Nationalrat wolle diesen Bericht zur Kenntnis nehmen.

Wien, 2011 06 28

Dr. Sabine Oberhauser, MAS

Berichterstatte^rin

Renate Csörgits

Obfrau