

Pflegeberatung – eine Möglichkeit zur Optimierung der häuslichen Pflege?

Thomas Dietrich,
Carmen Güttner-
Scarfone,
Gerd Glaeske

Thomas Dietrich, Master of Arts,
Dipl.-Oek/Medizin (FH), Teamleiter Häusliche Krankenpflege
pronova BKK

Carmen Güttner-Scarfone,
Diplom Pflegewirtin (FH), Master of Health Administration,
Beraterin und Lehrbeauftragte im Gesundheitswesen

Prof. Dr. Gerd Glaeske,
Co-Leiter der Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung, Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen

Seit Jahrzehnten ist die Gesundheits- und Sozialpolitik durch die demografische Entwicklung und den daraus folgenden Kosten- druck geprägt. Hierbei versucht der Gesetzgeber mit Gesetzes- novellierungen, die als Ziel die Stabilisierung der Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung verfolgen, durch Leistungsreduzierung bzw. Umverteilung der vorhandenen monetären Ressourcen das System zu (unter-) stützen. Als eine wesentliche Vorschrift ist das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz zu nennen, dessen Thematik unter anderem die Verknüpfung von Pflege und Beratung beinhaltet. Die Pflegeberatung nach § 7a SGB XI resultiert auf den zunehmenden Pflegebedarf in der Bevölkerung, der im Rahmen von komplexen Beratungseinheiten von den Versicherten beansprucht werden kann. Im weiteren Sinne sind neben der Pflegeberatung die Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung noch erweiterungsfähig. Insbesondere zeigt die Ambulante Versorgungslücke in der sachgerechten Anschlussversorgung Handlungsoptionen bei den Versicherten auf. Daraus abgeleitet ergeben sich komplexe Aufgaben, die von den Akteuren im Gesundheitswesen, zum Beispiel durch neue Versorgungsformen, bedarfsgerecht gelöst werden können.

Aktuelle Rechtslagen und Rahmenbedingungen

Die Gesundheits- und Pflegepolitik in der Bundesrepublik Deutschland ist schon heute von zwei wesentlichen Faktoren beeinflusst, die sich in Zukunft noch verstärken werden:

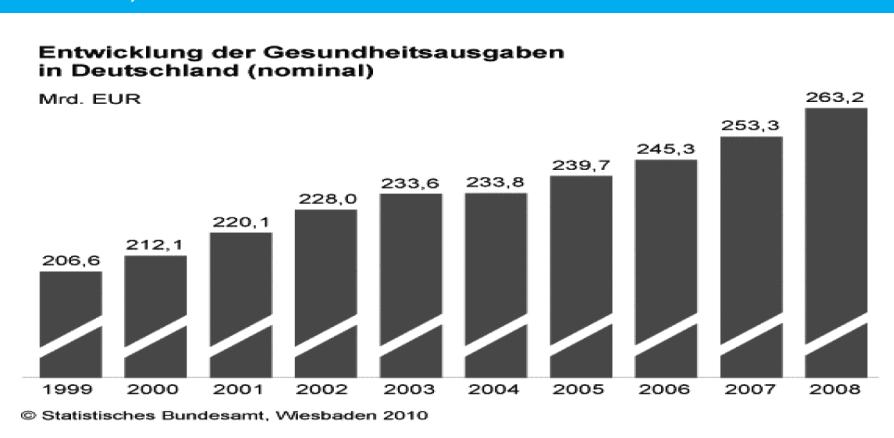
1. Die Demografische Entwicklung (Auswirkung auf Lebensweisen, Krankheiten und Alter)
2. Die Veränderung der rechtlichen Rahmenbedingungen und deren ökonomische Auswirkungen auf die medizinische und pflegerische Versorgung

Im Mittelpunkt stehen dabei Strategien des Gesetzgebers, die Entwicklung der Gesundheitsausgaben (siehe Abbildung 1) durch weitere Reformen, wie

zum Beispiel das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (Bundesanzeiger Verlag, 2008) und GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (Bundesanzeiger Verlag, 2007), die begrenzten finanziellen Mittel in den sozialen Sicherungssystemen effizienter einzusetzen.

Als exemplarisches Beispiel sei hier der Gesundheitsfonds aufgeführt, der das Ziel hat, die Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung anhand gegebener Struktur- und Morbiditätsparameter (Alter, Geschlecht und Krankheiten) gerechter zu verteilen. Zusätzlich soll die Qualität der Behandlung gesteigert werden. Hierzu ermöglichte der Gesetzgeber den gesetzlichen Krankenkassen den Abschluss von selektiven Verträgen mit einer Honorierung nach Qualitätsindikatoren (z. B. §§ 136

Abb 1: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010



oder 140a ff. Sozialgesetzbuch V¹). Darüber hinaus werden auch die Krankenhäuser mit einem wachsenden Kosten- druck aufgrund des DRG bezogenen Entgeltsystems konfrontiert. Dies hat zu einer Diskussion über möglicherweise verfrühte Entlassungen (»Blutige Entlassung«) bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen geführt. Gerade durch diese Entwicklung im Krankenhausbereich werden die Anforderungen an nachgeordnete Leistungserbringer höher, die Versorgung nach einem stationären Aufenthalt wird komplexer und dies trotz sinkender monetärer Mittel.

Im Bereich der Pflegeversicherung wurde neben der stufenweisen Erhöhung der Geld- und Sachleistung (§§ 36 und 37 SGB XI), zur Steigerung der Qualität in der häuslichen Pflege, das Konzept der Pflegeberater bzw. Pflegestützpunkte eingeführt. Ziel hierbei ist es, durch ein möglichst engmaschiges Case Management und weitestgehende Aufklärung des Patienten und dessen Angehörigen die Rahmenbedingungen für eine optimale häusliche Pflegesituation nach dem Grundsatz »ambulant vor stationär« zu schaffen.

Als zweiter wesentlicher Faktor ist im Hinblick auf eine Veränderung im Gesundheitswesen die demografische Entwicklung zu sehen. Zu dieser Entwicklung existieren Hochrechnungen unterschiedlicher Institute und Institutionen [u.a. des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009), des Instituts für Soziologie der Universität Freiburg (2009) oder der Prognos AG (2007)]. Diese gehen davon aus, dass auf der Basis von Hochrechnungen die pfle-

rische Versorgung im Jahr 2050 (Prognos AG, 2007) nicht mehr mit heutigen Ressourcen der Infrastruktur des Gesundheitswesen sowie dessen Finanzierung zu bewerkstelligen ist.

Dies liegt vor allem an der Erhöhung des durchschnittlichen Lebensalters, die vor allem auf verbesserte Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen, aber auch auf ein funktionierendes Gesundheits- und Pflegewesen zurückzuführen ist (Robert-Koch-Institut, 2006). Diese Entwicklung führt ohne Zweifel wegen der Erhöhung des Altersdurchschnitts zu mehr Pflegebedürftigkeit, zu mehr »Pflegefällen« in stationären Einrichtungen und zu höheren Sozialversicherungsbeiträgen, die von weniger Erwerbstätigten als bisher getragen werden müssen. Der Anteil der über 65-jährigen wird zum Jahr 2050 daher deutlich anwachsen, absolut und relativ.

Konkret müssen neue Versorgungsformen gefunden werden, die durch die Sozialsysteme finanziert werden und gleichzeitig dem Bedarf von heute und morgen gerecht werden.

Pflegeberatung und Versorgungsmöglichkeiten

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsge- setz wurde das Leistungsspektrum der Pflege und Beratung unter komplexeren Betrachtungsweisen in das Sozialgesetzbuch XI aufgenommen. Ein Aspekt bezieht sich zum Beispiel auf

eine Beratungsmöglichkeit im Rahmen von Pflegeleistungen oder weiteren Versorgungsleistungen sowie auf die Pflegestützpunkte² in den Kommunen. Dabei geht es insbesondere um die Erweiterung der Beratungsinhalte nach § 7a SGB XI, die über die originäre Beratung nach § 7 SGB XI hinausgehen werden und die aufgrund der demografischen Entwicklung und des daraus resultierenden Pflegebedarfs zu erwarten sind. Dieses Angebot soll vor allem in speziellen Modellen, wie zum Beispiel dem Chronic-Care-Modell³, umgesetzt werden.

Der Begriff Case Management⁴ grenzt sich in der Definition nach Wendt von dem Begriff der Pflegeberatung im Hinblick auf eine umfassende und integrierte Versorgung unter Berücksichtigung der personellen und strukturellen Ressourcen ab und orientiert sich an der methodischen Einzelfallhilfe (case work) in der beruflichen Sozialarbeit.

Ausgehend vom Sozialraum des Hilfesuchenden und dessen Einbettung in das Gemeinwesen orientiert sich Case Management nicht nur am Pflegebedarf, sondern an allen Belangen und sozialrechtlichen Kontexten. Case Ma-

Konkret müssen neue Versorgungsformen gefunden werden, die durch die Sozialsysteme finanziert werden und gleichzeitig dem Bedarf von heute und morgen gerecht werden.

nagement positioniert sich daher im »Feld« mit Blick auf die Einzelfallhilfe (Wendt, 2003).

Der Pflegeberatungsbegriff nach § 7 SGB XI orientiert sich weitgehend an der Eigenverantwortung der Versicherten und an der Unterstützung durch gesundheitsfördernde Maßnahmen und Präventionsangebote. Die Beratung soll über die auf dem Pflegemarkt zur Verfü-

1 Der Begriff »Sozialgesetzbuch« wird im folgenden Text mit SGB abgekürzt.

2 Die Pflegestützpunkte, die gemäß § 92 c SGB XI im Case Management verankert sind, führen ihre Beratungen auf der Systemebene durch.

3 Dieses Modell unterstützt die ganzheitliche Versorgung chronisch Kranker.

gung stehenden Leistungen informieren. Die Maßnahmen, die zur Durchführung des Versorgungsplanes notwendig sind, sind mit dem Leistungserbringer (Netzwerkpartner) zu vereinbaren und umzusetzen.

Einen Rechtsanspruch auf die Inhalte einer individuellen und breitgefächerten Beratung nach § 7a SGB XI und Unterstützung haben Pflegebedürftige und Antragsteller i.S. des Sozialgesetzbuchs XI seit dem 01.01.2009. Die durch eine Fachausbildung qualifizierten Pflegeberater⁵ verfügen über detailliertes und fachübergreifendes Wissen aus folgenden Bereichen: Pflegefachwissen, Sozialrecht, Kommunikation und Sozialarbeit. Gefordert sind auch zwei berufspraktische Einsätze (GKV – Spitzenverband, 2008). Im Rahmen eines individuellen Beratungs- und Unterstützungsangebots werden die Kenntnisse des Pflegeberaters im Rahmen einer freiwilligen Beratungsleistung auf Wunsch direkt zuhause beim Versicherten erbracht.

Die erworbenen Kenntnisse werden in der Feststellung des Hilfbedarfs unter Hinzuziehung der Pflegebegutachtung, in der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans unter Berücksichtigung der erforderlichen Sozialleistungen

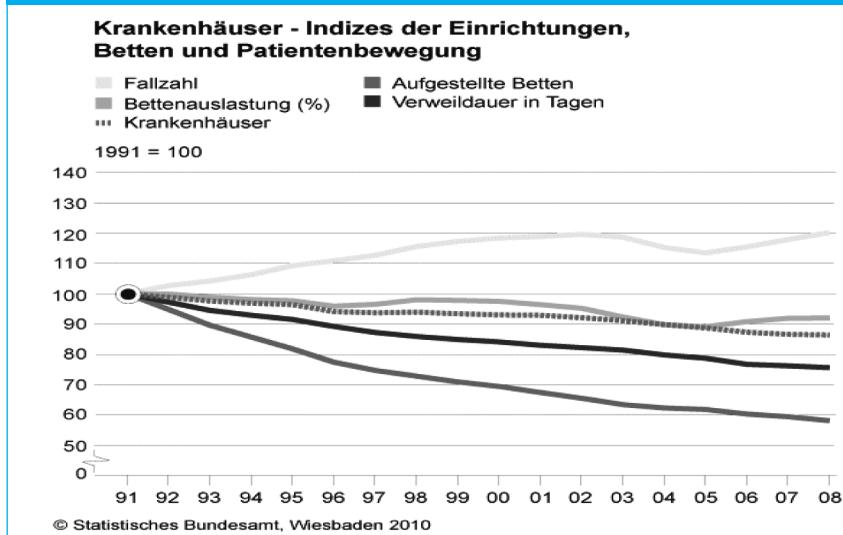
Der Deutsche Pflegerat (DPR) konstatiert bereits eine positive Entwicklung hinsichtlich der Pflegeberatung.

sowie gesundheitsfördernde, präventive, kurative, rehabilitative, medizinische, pflegerische und soziale Hilfen umgesetzt. Des Weiteren wird die Durchführung des Versorgungsplanes⁶ im Rahmen des Monitoring überwacht und bei Veränderung des Bedarfs adäquat angepasst.

Bei besonders komplexen Bedarfslagen soll im Rahmen der Fallgestaltung der Hilfeprozess ausgewertet und dokumentiert werden⁷.

Unterschiedliche Fachgesellschaften und Arbeitsgemeinschaften haben sich in ihren Stellungnahmen differenziert dieser Thematik angenommen und führen einen Diskurs über die Qualifikation des »Pflegeberaters« und über die entsprechenden Anforderungen. Der Deutsche Pflegerat (DPR) konsta-

Abb 2: Krankenhäuser – Indizes der Einrichtungen, Betten und Patientenbewegungen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2010



tiert bereits eine positive Entwicklung hinsichtlich der Pflegeberatung. Abgelehnt wird dagegen die Konstruktion und die Anbindung der Pflegeberater an die Pflegekasse, befürwortet wird hingegen die Anbindung an eine neutrale Stelle mit einer unabhängigen Rechtsform des Trägers. Aufgrund des hohen Anteils pflegefachlicher Aspekte und der komplexen Beratungssituation werden zusätzliche zu der pflegerischen Qualifikation auch gute Kenntnisse in den sozialrechtlichen Themen gefordert (Deutscher Pflegerat, 2007).

Die so konzipierte Beratungseinheit soll die Qualität in der häuslichen Pflege bezüglich der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen⁸ und pflegefachlicher Unterstützung der in der Regel pflegenden Angehörigen sicherstellen. Bei einem erheblichen Pflegebedarf und Betreuung des Personenkreises nach § 45a SGB XI kann unter Berücksichtigung der fehlenden Voraussetzungen der Pflegestufe I eine Beratung halbjährlich beansprucht werden.

Eine weitere Differenzierung zum Begriff Pflegeberatung nach § 7a SGB XI ist im Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V erläutert. Versicherte haben danach insbesondere einen Anspruch auf ein solches Versorgungsmanagement, das sich auf die Schnittstellenproblematik zwischen den verschiedenen beteiligten Leistungserbringern unter Berücksichtigung der

örtlichen Strukturen bezieht. Deren Zuständigkeit liegt in der sachgerechten Anschlussversorgung des Versicherten unter Berücksichtigung eines wechselseitigen Informationsflusses der beteiligten Leistungserbringer untereinander. Insbesondere in ländlichen Gebieten – so der Sachverständigenrat – bedarf es einer starken Berücksichtigung von Schnittstellen der Bereiche ambulanter und stationärer Sektoren (SVR, 2009). In strukturstarken Regionen dürfte diese Schnittstellenproblematik wegen eines meist großen Angebotes an ambulanten und stationären Einrichtungen geringer ausfallen.

Rahmen der Forschungsarbeit

Die neuen Entgeltsysteme in der stationären Versorgung (DRG's) haben dazu geführt, dass im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in

4 Eine klare gesetzliche Definition gibt es für den Begriff »Case Management« bislang nicht.

5 Die Empfehlung bezüglich der Anzahl der Pflegeberater wird mit 1:100 angegeben (vgl. Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Peters).

6 Der Versorgungsplan hat keinen rechtsverbindlichen, sondern einen empfehlenden Charakter (vgl. Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Peters).

7 Die Aufgaben können auf Dritte übertragen werden. Die Entscheidungsbefugnis verbleibt bei den Pflegeberatern.

8 Die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen beinhalten die Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung.

den Jahren 1997 bis 2007 die durchschnittliche Verweildauer um 2,1 Kalendertage auf nun 8,3 Tage verkürzt worden ist. Diese Verkürzung der Verweildauer führt aber mehr und mehr zu Versorgungsproblemen im ambulanten Sektor, da nicht alle Patientinnen und Patienten in der Lage sind, die anschließende Versorgungsnotwendigkeit von pflegerischen Maßnahmen selbstständig wahrzunehmen oder zu organisieren.

Diese Problematik der möglicherweise immer größer werdenden Versorgungslücke sollte analysiert werden.

Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt:

Welche Möglichkeiten bestehen durch den Gesetzgeber, bei immer knapper werdenden Ressourcen auch morgen noch eine effiziente und effektive Versorgung anbieten zu können und dabei die sozialstaatlichen Prinzipien zu erhalten?

Inwiefern kann die Pflegeberatung eine adäquate Versorgungssicherheit implementieren und welche Kompetenzen müssen hierzu bei den Pflegeberatern vorhanden sein?

Entsprechende Antworten sollen im «Feld» erhoben und zeitnah diskutiert werden. Die Ergebnisse werden in einer Dissertation aufbereitet und diskutiert, die im Bereich Public Health und Pflegewissenschaften an der Universität Bremen angesiedelt ist. Erste Erfahrungen und Erkenntnisse sollen zeitnah berichtet werden. Ergänzende Anmerkungen und Vorschläge zur Bearbeitung dieses Themas werden gerne berücksichtigt.

Literatur:

Bundesanzeiger Verlag (2007): Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 26. März 2007, BGBl, 378, Köln.

Bundesanzeiger Verlag (2008): Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung vom 28. Mai 2008, BGBl, 874, Köln.

Deutscher Pflegerat e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Pflege- und Hebammenwesen, (2007): Stellungnahme des Deutschen Pflegerat e.V. zum Entwurf eines Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz – PfWG) vom 07.12. 2007, BT-Drucksache 16/7439.

GKV-Spitzenverband (2008): Empfehlungen des GKV-Spitzenverbandes nach § 7a Abs. 3 SGB XI zur Anzahl und Qualifikation der Pflegeberaterinnen und Pflegeberater vom 28. August 2008.

Peters, (2009): in: Kasseler Kommentar, zu § 7a SGB XI, München, Beck.

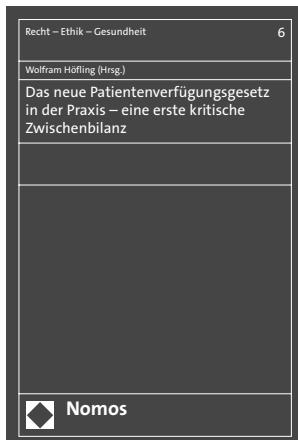
Prognos AG / IKB (Hrsg.) (2007): Die Gesundheitsbranche: Dynamisches Wachstum im Spannungsfeld von Innovation und Intervention, Juni 2007, Basel/Düsseldorf, S.6.

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland (Zusammenfassung), Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin, S.3.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung (2009): Gutachten 2009, »Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in der Gesellschaft des längeren Lebens«, Bonn.

Walhalla Fachverlag (2009): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, 2009/I, 7. Auflage, Regensburg.

Wendt, W. (Hrsg.) (2003): Case Management: Stand und Positionen in der Bundesrepublik, in: Löcherbach et al., Case Management. Fall- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit, München.



Das neue Patientenverfügungsgesetz in der Praxis – eine erste kritische Zwischenbilanz

Herausgegeben von Prof. Dr. Wolfram Höfling
2011, 139 S., brosch., 36,- €, ISBN 978-3-8329-5883-1
(Recht – Ethik – Gesundheit, Bd. 6)
nomos-shop.de/12812

Ein Jahr nach Inkrafttreten des Patientenverfügungsgesetzes besteht Anlass, sich mit der praktischen Umsetzung der neuen Regelungen auseinanderzusetzen. Der Band versammelt die verschiedenen Perspektiven und zeigt das Potential und die Probleme im Umgang mit der Patientenverfügung.

Bitte bestellen Sie im Buchhandel oder
versandkostenfrei unter ► www.nomos-shop.de



Nomos