

**DPR**

**DEUTSCHER  
PFLEGERAT e.V.**

*Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen  
und des Hebammenwesens*

## **10 Jahre Pflegeversicherung – Bilanz und Zukunftsperspektiven**

**Gemeinsames Symposium des MDK Niedersachsen und des MDS  
Freitag 1. April 2005, Hannover**

**Referat**

**Professionelle Pflege von Morgen- was muss getan werden?**

**Marie-Luise Müller  
Deutscher Pflegerat e.V.  
Berlin**

Sehr geehrter Herr Vespermann,  
sehr geehrter Herr Dr. Pick,  
sehr geehrter Herr Staatssekretär Hoofe,  
meine sehr verehrten Gäste,

im Namen des deutschen Pflögerates e.V., der Bundesarbeitsgemeinschaft der Pflegeorganisationen und des Hebammenwesens danke ich den Veranstaltern für die Einladung. Die Entwicklung professioneller Pflege unter der geschaffenen fünften Säule des Sozialversicherungssystems (SGB XI) war und ist anerkennenswert. Dennoch zeigen sich mehr und mehr Schief lagen, Fissuren und Fehlentwicklungen bis hin zur defizitären Finanzierung (2004, 820Mio €), die eine Instabilität des SGB XI prognostizieren, wenn nicht kurzfristig mutige Gegenmaßnahmen entschieden werden.

**Referatsthema:**

**Professionelle Pflege von Morgen - Was muss getan werden?**

Meine Argumentation erfolgt aus dem Blickwinkel der **professionellen Pflege**, der **pflegerischen Versorgung** und einem abschließenden **pflegepolitischen Statement**.

**Gliederung:**

**Historischer Rückblick**

**10 Jahre PV- Erfahrung aus pflegeprofessioneller Sicht**

**Gegenstand beruflicher Pflege und professionelles Handeln**

**Was ist Morgen zu tun?**

**Pflegepolitisches Statement**

## **Rückblick:**

Zu Bismarcks Zeiten (vor über Hundert Jahren) war **Pflegebedürftigkeit** noch kein allgemeines soziales Problem (Familienstrukturen, Lebenserwartung, Stand der Medizin) – Schlussfolgernd kam es daher zu keiner Debatte über eine generelle versicherungsmäßige Absicherung.

Bis zum SGB XI 1995 sahen die sozialen Sicherungssysteme nur sehr eng begrenzte Leistungen für Pflegebedürftigkeit vor.

Die gesetzliche Unfallversicherung ist vom Entschädigungsgedanken geprägt, so dass Hilflosigkeit als Schädigungsfolge nicht unberücksichtigt bleiben konnte. Es gab keinen sozialversicherungsrechtlichen Ansatz für die Bedarfe der sozialen Absicherung von Pflegebedürftigkeit.

Die Gesetzliche Krankenversicherung kam nur zum Zuge, wenn pflegerische Leistungen mit medizinischen Behandlungsmaßnahmen einhergingen. Sog. reine Pflegebedürftigkeit fiel nicht unter den Krankheitsbegriff im sozialversicherungsrechtlichen Sinn.

Zunehmend stieg die Sozialhilfe immer mehr zum hauptsächlichen Leistungsträger für Pflegebedürftigkeit – es kam zur Grenzbelastung der Versicherten und Kommunen.

Hieraus leitete sich eine zwanzigjährige gesamtpolitische Diskussion bis zum Entstehen des SGB XI Soziale Pflegeversicherung (PV) ab.

Lösungsweg – von keiner Regelung (Arbeitgeber), bis zur heutigen Kombinationslösung einer Teil-Versicherungslösung jedoch keine Vollkaskolösung.

Pflegebedürftigkeit ist in der BRD zu einem **allgemeinen sozialen Lebensrisiko** geworden, neben Krankheit, Unfall und Invalidität oder **Arbeitslosigkeit**, die die Kräfte des Einzelnen im konkreten Ereignisfall überfordern. Diese Situation bedarf einer solidarischen Absicherung

Die Entscheidung im Jahr 1995 für das Versicherungs- und gegen das Fürsorgeprinzip zur Absicherung hoher Risiken durch Pflegebedürftigkeit war ein entscheidender Schritt, den Betroffenen die individuelle Belastung finanziell zu erleichtern.

Allerdings bewahrheiten sich die immer lauter, konkreter und gesichert nachweisbaren Entwicklungen, dass die Einnahmeseite schrumpft, auf der Ausgabenseite die Leistungsbezieher massiv steigt und die Pflegebedürftigkeit durch die stete Zunahme an Hochaltrigkeit wächst.

Die Personalkosten im Pflegebereich in welchem die Produktivität nur begrenzt erhöht werden kann, hoch sind und, wie man unschwer erkennen mag, noch steigen werden (Stiftung Marktwirtschaft Schriftenreihe 2005).

Die Finanzlage würde sich noch drastischer zuspitzen, wenn der wirklich erforderliche Bedarf im Einzelfall durch einen professionellen Pflegebedürftigkeitsbegriff festgestellt und ein modifiziertes Pflegestufensystem zum Tragen kommen würde.

## 10 Jahre Soziale Pflegeversicherung (SPV) – Erfahrung aus professioneller Pflegesicht

Die eigentliche **Modernisierung der PV** neben dem Lösen der Finanzierung liegt aus professionell pflegerischer Perspektive ganz entscheidend im **Pflegeverständnis**.

Pflege ist im SGB XI in der Versorgungskette- Prävention, Kuration und Rehabilitation am Ende als Restversorgung angelegt.

Die Grundbegrifflichkeit „Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit“ lässt sich aus professioneller Pflegesicht nicht wie erforderlich und erwünscht in Zukunft nicht realisieren.

Sie entspricht in der Feststellung der Pflegebedürftigkeit in der Haupttendenz einer reinen **defizitorientierten Pflege** (NRW-Landespflegeausschuss 2002)

und in der Vergütungsstruktur einem veralteten ökonomischen Finanzierungsstruktur der **Einzelleistungsvergütung**.

1. Die Pflegeversicherung leidet an einem zu engen, nicht genügend ausdifferenzierten Pflegebegriff und an einem unzureichenden Leistungskatalog; die Abgrenzung zwischen den Leistungen der Pflegeversicherung und anderen Sozialleistungen ist zu verbessern.
2. Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl älterer Mitbürger und damit die Zahl der Pflegebedürftigen dramatisch ansteigen. Dem gegenüber werden Pflegefähigkeit und Pflegebereitschaft der Familien in Folge andauernder struktureller Veränderungen abnehmen. Der Bedarf an professioneller Pflege wird steigen.
3. Der Widerspruch zwischen den Forderungen nach mehr Pflegeleistungen und -Qualität auf der einen Seite und dem beschränkten Finanzrahmen der Pflegeversicherung auf der anderen Seite muss aufgelöst werden. Politik und Gesellschaft sind gehalten, die erforderlichen Finanzmittel für die Pflegeversicherung zur Verfügung zu stellen. Der seit Beginn der Pflegeversicherung im Jahr 1995 unverändert geltende Beitragssatz von 1,7 % reicht, bei Umsetzung der erforderlichen Reformen, mittelfristig und vor allem langfristig nicht aus; er ist den tatsächlichen Bedürfnissen anzupassen (kapitalgedeckelte PV versus Bürgerversicherung). Eine grundlegende Reform sollte wohl erforderlich werden (Stiftung Marktwirtschaft).

**Der Gegenstand von beruflicher Pflege** orientiert sich an den Grunddimensionen eines professionellen Pflegeverständnisses (Auszug aus der Enquete-Kommission, Pflege NRW, 2005).

Berufliche Pflege befasst sich mit den Auswirkungen von Krankheit oder anderen Gesundheitsproblemen, wobei hierzu sowohl altersbedingte Beeinträchtigungen als auch der Sterbeprozess gehören. Der pflegerische Focus ist also das Kranksein oder Beeinträchtigung (Pflegebedürftigkeit), hierunter speziell die Folgen „Selbständigkeit bei der alltäglichen Lebensführung“ (Autonomie).

Diese sehr verkürzte Zusammenfassung aus dem aktuell vorgelegten Bericht der Enquete-Kommission „Situation und Zukunft der Pflege in NRW“ März 2005 unter Mitarbeit namhafter der Pflegewissenschaftler/innen führt uns sehr nah an die Fragestellungen der Herausforderungen, wenn die Arbeitsinhalte und Arbeitswelt für beruflich Pflegenden sich verändert.

### **Pflegerische Versorgung unter professionellem Handeln:**

- Erhalt, Förderung oder Wiederherstellung von Autonomie in der alltäglichen Lebensführung
- Berücksichtigung der körperlichen, psychischen und sozialen Aspekte,
- Unterstützung der kognitiven Funktionen, gezielte Kommunikations- und Beziehungsarbeit,
- Hilfen bei der Tagesstrukturierung, spezifische Beratung, Schulung und Anleitung

Pflege umfasst darüber hinaus die Prävention und Begleitung Sterbender.

*Alle sog. Prophylaxen sind präventive Maßnahmen weil sie Krankheiten verhindern (hier braucht es beispielsweise dringend eine sozialversicherungsrechtliche Konfliktlösung, was die Zuordnung nach SGB V und SGB XI betrifft). Aktuelle Auseinandersetzungen zeigen, dass die vom G-BA zum 2.3.05 erlassene Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege systemorientiert, jedoch nicht patienten/verbraucherorientiert funktioniert. Hier kann man nur feststellen, am Thema: qualitätsorientierte Versorgung vorbei, Ressourcenverschwendung ohne Ende, Abgrenzungs- und Verteilungskämpfe auf dem Rücken der Patienten, Bewohner, Pflegenden etc.*

Die Schlussfolgerung aus dieser Betrachtung ist, dass Pflege in allen Bereichen des Versorgungsprozesses – Prävention, Kuration, Rehabilitation, Palliativversorgung – Anforderungen zu erfüllen hat.

Zu diesem Ergebnis ist auch der Sachverständigenrat in seinem letzten Gutachten 2003 gekommen, wenn er empfiehlt, Pflege nicht nur am Ende der Versorgungskette zu definieren, sondern in allen Phasen der Versorgung. Damit könnte der Begriff **Querschnittsdisziplin** ausbauend und zutreffend diskutabel werden.

Pflege beruht auf einer eigenständigen pflegerischen Diagnostik (Assessment).

International bekannt ist dieser Prozess als Pflegeprozess.

1980 stellte die American Nurses Association „Pflege“ in die Definitionsbetrachtung: danach ist Pflege die Diagnostik und Behandlung menschlicher Reaktionen auf aktuelle oder potenzielle gesundheitliche Probleme“.

Berufliche Pflege schließt die Unterstützung von Angehörigen und anderen Bezugspersonen ein.

Die WHO richtet bei diesem Grundsatz besonders den Fokus auf die Vermittlung von Pflegekompetenz für pflegende Angehörige.

In diesem Zusammenhang darf auf die DBfK-Initiative zum Konzept der Familiengesundheitspflege (2000) hingewiesen werden. Oder beispielsweise an Modellen, die sich mit konsiliarisch-pflegerischen Hausbesuchen anstelle des traditionellen Arztbesuches beschäftigen.

Dass die Kooperation mit den anderen Gesundheitsberufen ein besonderes Gewicht bekommen muss, liegt nicht nur in der Zielerreichung der WHO-Grundsätze, der Münchener Erklärung aus 2000, sondern im Kernstück einer qualitätsorientierten, integrierten Versorgung.

**Bildungsentwicklung** fokussiert sich zunehmend auf Anforderungen und Qualifizierungen einer Querschnittsdisziplin des Gesundheitsberufes „Pflege“.

Die jüngste Novellierung des Krankenpflegegesetzes, die Anpassungen im Altenpflegegesetz seit 2004 und die zunehmende Diskursfähigkeit zwischen der Pflegepraxis und den pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen.

Modellhafte Studiengänge für die Erstausbildung im Gesundheitsberuf „Pflege“.

Stabilisierung und Akzeptanz der Pflegewissenschaft und Forschung.

International gelingt zögerlich ein Anschluss.

## Was ist Morgen zu tun?

Grundsätzliche Empfehlungen:

**Gesundheits- und Sozialpolitisch** wird nun alle Hoffnung auf die Kanzlerankündigung, eine umfassende Reform der PV im Herbst 2005 einzusetzen, ausgerichtet.

Hierzu sind die aktuellen Untersuchungs-Ergebnisse, Bestandsaufnahmen und jüngsten Erkenntnisse aus den Bundes- und Länderministerien, den Hochschulen und Instituten, den Wohlfahrtseinrichtungen und originären Pflegeverbänden und Pflegewissenschaften nicht sozialrechtlich gefiltert eingeholt worden.

Einsetzung einer Bundestags-Enquête-Kommission zur Situation der Pflege unter Einbeziehung der Experten der Pflegeverbände, um Reformbedarf und Reformnotwendigkeit deutlich zu machen.

**Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte** sind schneller zu etablieren. Medizinische und Finanzierungsbarrieren sind schneller zu durchbrechen. Notfalls hat der Gesetzgeber tragfähigere Regelungen zu treffen. Eine wesentliche Begründung liegt in der DRG-Einführung und Konvergenzgrenze.

Der Abbau von Krankenhausversorgung hin zu einem vielfachen mehr an ambulanter und stationärer Versorgung wird die Bedarfe an professioneller Pflege enorm steigern. Dies betrifft insbesondere die Gruppe/Klienten von Menschen die bereits in der PV angekommen sind und zunehmend schwerkranker und höher pflegebedürftiger zurückverlegt werden müssen.

## Im Besonderen zu empfehlen:

1. Herstellen von Transparenz

insbesondere aus der Versorgungsrealität, hierzu könnten u.a. sofort als (Grundlagen das Gutachten der Enquete-Kommission NRW 2005, Zwischenbilanz des Runden Tisches, Pflege thermometer 2004 dip-Institut, PV und Pflegebedürftigkeits-Analyse der Leistungsentwicklung 97-2001, M. Simon, dienen.

2. Moderne Mitwirkungs- und Beteiligungsstrukturen- und Formen im SGB schaffen, um so das einerseits festgestellte defizitäre Pflegebedürftigkeits-Konstrukt mit der politisch gewollten Teilkaskoversicherungsgarantie fachöffentlich auszuhandeln.
3. Breite gesellschaftliche Diskussion herstellen, über Synthese, Ergebnis und Konsequenzen aus der neuen Fachdiskussion sind über die Parteien, Kassen, Träger und Leistungserbringer hinweg offen, ehrlich und verantwortungsbewusst zu vermitteln. Vollversicherung oder Ausfilterungsprozess und dann wie?
4. Förderung der Eigenverantwortung unabhängig vom Lebensalter durch private Vorsorge. Dies kann u.a. nur durch nachvollziehbare Darstellung der sozialen Risiken, der Komplexität und Vielschichtigkeit des sozialversicherungsrechtlichen Regelwerkes erfolgen.
5. Akzeptanz des eigenständigen Gesundheitsberufes „Pflege“ und seiner Leistungsfähigkeit.

## **6. Weiteren Reformschritte:**

- 6.1. Veränderung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit, Modifizierung des Pflegestufen-Systems und Einbeziehung der Folgen von Demenz,
- 6.2. Erweiterung des Leistungsumfangs der Pflegeversicherung, insbesondere soziale Betreuung, Prävention und Rehabilitation,
- 6.3. Durchsetzung des Grundsatzes „Prävention und Rehabilitation“ vor und bei Pflegebedürftigkeit,
- 6.4. Dynamisierung der Leistungshöhe, um mit der Preisentwicklung Schritt zu halten,
- 6.5. Beseitigung finanzpolitischer Verschiebeparkplätze durch Zusammenlegung der KV und PV, hieraus ließen sich Millionen Euro generieren die einer direkten Verbesserung der Versorgung dienen könnten, Verzicht auf überflüssige Bürokratie (Runder Tisch AG-Entbürokratisierung)
- 6.6. Bessere Unterstützung von pflegenden Angehörigen, insbesondere in der häuslichen Betreuung von chronisch Erkrankten,
- 6.7. Einführung eines Modellparagraphen zur Erprobung innovativer Pflege- Betreuungskonzepte und Betreuungsformen von familiärer und professioneller pflegerischer Versorgung.

- 6.8. Perspektivisch sind die Pflegestatistikdaten zu einer Pflegeberichterstattung im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung zusammen zu führen.
- 6.9. Beachtung der Charta- Grundsätze aus dem noch nicht veröffentlichten Bericht des Runden Tisches der Bundesministerien.

### **Pflegepolitische Statement:**

Die Weiterentwicklung des Sozialversicherungssystems kann **ohne eine eigenständige Einbindung professioneller Pflegeperspektive nicht mehr hilfreich für die soziale Sicherung von morgen sein.**

Ein **Richtungs- und Denkwechsel** (Abkehr vom Medizinsystem - hin zu einem Gesundheitssystem mit Experten und Netzwerkpartnerschaften).

Um das **Image**, die Bedeutung und Wertschätzung des Pflegeberufes zu fördern, sind umgehend Maßnahmen gesamtpolitisch einzuleiten so beispielsweise:

Hintergründe zu den Versorgungsdefiziten objektiv darstellen,

Abbau der 8 Mio. Überstunden könnte dauerhaft zu 4.5000 Arbeitsplätzen führen,

qualitätsorientierte Versorgungsstandards werden die Wachstumsmarke „Pflege“ zu einer der wichtigsten Dienstleistung stärken,

Aufhebung des Verschreibungs- und Verordnungsmonopols ermöglicht neue innovative Leistungs- und Berufschancen und unterstützt die Professionalisierung des Gesundheitsberufes (international weit verbreitet)

**Sektorenübergreifende Qualitätsverfahren** sind dringend erforderlich.

Zwischenzeitlich herrschen urwaldähnliche Zustände in den jeweiligen Versorgungsbe-  
reichen. Experten auf dem Gebiet der Qualitätsentwicklung sprechen bereits von fa-  
talen Entwicklungen (Ressourcenverschwendung, Bürokratieaufwand, Schulungs-  
aufwand, evidenz-basiert versus praktischer Erfahrung, Irritationen bei Leistungs-  
erbringer und Leistungsempfänger).

Der Gesetzgeber sollte die Mitgliedschaft der Pflege im Gemeinsamen Bundesausschuss neu regeln. Insbesondere dies im Sinne der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Dabei sind ausschließlich fachliche und effizienzorientierte Beweggründe im Vordergrund.

Praxisbezogene Erfahrungswerte geben wichtige Hinweise zur Verbesserung der Versorgungsqualität über Sektorengrenzen (Einsetzen von evidenz-basierten Pflegestandards).

Fort- und Weiterbildung für alle Fachberufe im Gesundheitswesen, bzw. „Heilberufe“ im Sinne des Art. 74, 19 GG werden zur Pflicht im Sinne der Qualitätssicherung. Ein starker Spagat für die Leistungserbringer zwischen Erkenntnis und Rahmenbedingungen.

Maßnahmen, die eine gesicherte integrierte Patientenversorgung mit den erforderlichen Experten/Therapeuten sichert, sollten schneller durch weitere politische Maßnahmen gefördert werden.



Mit der Einführung der eGK und elektronischen Patientenakte im Krankenhaus wird einmal mehr deutlich, dass Patientensicherheit keine Berufsgrenzen kennt.

Per Gesetz (§291a SGBV) wird den Pflegekräften nur ein geringer Handlungsspielraum zur Nutzung der eGK gewährt. Im Sinne von Patientensicherheit ist jedoch der Zugriff auf alle Daten unerlässlich, denn neben sicheren Arzneimittelverordnungen gilt auch die sichere Gabe von Medikamenten und die Abwendung von Schaden für den Patienten zu gewährleisten.

Gerade an den Schnittstellen der Versorgung steigt das Schadensrisiko für den Patienten.

Damit Pflegekräfte diese Aufgaben multidisziplinär und wirksam wahrnehmen können, darf das Gesetz ihnen den Zugriff auf die Gesundheitsdaten der eGK nicht verwehren.

Gefordert sind daher, ein Heilberufsausweis für die Pflege und eine qualifizierte Gesetzesänderung.

Eine Botschaft zur zehnjährigen Bilanz, die die Väter der PV sicherlich wenig erfreuen lassen. Wir, die wir alle in der täglichen Anwendungsverantwortung stehen, sollten uns nicht scheuen, mit der Wahrheit und Klarheit, im Interesse der Gesellschaft und ihrer hilfebedürftigen Menschen bewusster umzugehen.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit