



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

PFLEH09



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Jörg Hallensleben

Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

PFLEH09



Dr. phil. Jörg (Alexander) Hallensleben

(geb. 1959, geb. Meyer) wurde durch seinen im Krankenhaus abgeleisteten Zivildienst dazu motiviert, eine Ausbildung zum Krankenpfleger zu machen. Im Anschluss daran arbeitete er fünf Jahre in der ambulanten Pflege, die letzten beiden Jahre als Geschäftsführer des Pflegedienstes. Parallel dazu absolvierte er in Marburg ein Politikstudium, das er zunächst mit einem Diplom abschloss. Es schlossen sich zehn Jahre primär wissenschaftlicher Tätigkeit an. Jörg Hallensleben promovierte in Marburg zum Thema „Einführung der Pflegeversicherung“ und betrieb danach im Auftrag des Bundes Begleit- und Aktionsforschung zur Verbesserung der Pflege in Münster. Anschließend bekleidete er eine Vertretungsprofessur für Theorie und Praxis der Pflege an der FH Jena sowie eine weitere für das Fach Pflegemanagement an der Hamburger Fernhochschule (HFH). Seit 2002 ist Jörg Hallensleben in erster Linie als freiberuflicher Unternehmensberater für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen tätig. Nebenberuflich lehrt und unterrichtet er – nicht zuletzt an der APOLLON Hochschule.

Jörg Hallensleben hat sich auch nach seiner Promotion ständig fortgebildet. Unter anderem hat er das Fernstudium Management von Sozial- und Gesundheitseinrichtungen (Master of Arts) an der Universität Kaiserslautern sowie eine Ausbildung zum QM-Manager bei der Deutschen Gesellschaft für Qualität (DGQ) erfolgreich abgeschlossen, ferner eine Ausbildung zum Wundexperten der Initiative Chronische Wunden (ICW).

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Pflegebedarf und Pflegebedürftigkeit

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Pflegebedarf und Pflegewissenschaft	3
1.1 Pflegewissenschaftliche Konzepte zum Pflegebedarf	4
1.2 Rolle der (deutschen) Pflegewissenschaft bei der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments	7
Zusammenfassung	8
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	9
2 Feststellung der Pflegebedürftigkeit	10
2.1 Früheres gesetzliches Begriffsverständnis	10
2.2 Aktuelle gesetzliche Definition	12
2.3 Das Neue Begutachtungsassessment (NBA)	14
2.4 Exkurs: Begutachtungsverfahren	15
Zusammenfassung	15
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	16
Schlussbetrachtung	17
Anhang	
A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen	18
B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	20
C. Abkürzungsverzeichnis	23
D. Glossar	24
E. Literaturverzeichnis	25
F. Rechtsquellenverzeichnis	28
G. Abbildungsverzeichnis	29
H. Sachwortverzeichnis	30

Einleitung

Wer „pflegebedürftig“ ist und damit ein Anrecht auf entsprechende staatliche Sozialleistungen hat, wird in Deutschland im Elften Sozialgesetzbuch (Pflegeversicherung) definiert. Die Kenntnis der einschlägigen Paragraphen des SGB XI sowie der daraus abgeleiteten untergesetzlichen Normen und Verfahren ist für Sie unentbehrlich, wenn Sie Pflegebedürftige und deren Angehörige beraten wollen – sei es im Namen einer Pflegeeinrichtung, sei es im Namen einer Kranken- und Pflegekasse – oder wenn Sie gar selbst als Pflegegutachterin oder -gutachter tätig werden wollen. Interessant ist das Thema allemal. Falls Sie nicht beruflich mit dem Thema Pflegebedürftigkeit konfrontiert worden sind oder werden, besteht doch eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass Sie mit dem Thema als Privatperson in Berührung kommen werden (soweit dies nicht schon geschehen ist).

Die Frage „Wie krank oder anderweitig hilfebedürftig muss ein Mensch sein, damit er (sozialstaatlich) berechtigt ist, professionelle Pflege in Anspruch zu nehmen?“ ist nicht nur von sozial- bzw. gesundheitspolitischem Interesse, sondern rührt an dem Kern der Profession Pflege und ist – unabhängig von der konkreten sozialstaatlichen Ausprägung in Deutschland – eine zentrale Fragestellung der nationalen und internationalen Pflegewissenschaft. Die Pflegewissenschaft befasst sich schließlich nicht nur mit Fragestellungen der direkten Pflege (Mikroebene), sondern auch mit den auf der Makroebene angesiedelten pflegepolitischen Fragestellungen (vgl. Robert Bosch Stiftung, 1996, S. 15).

Aus dem gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsbegriff leitet sich das Verständnis von Pflege in der Pflegeversicherung (sowie der Hilfe zur Pflege im Rahmen des SGB XII) ab. Es beeinflusst im Geltungsbereich dieser Gesetze sowohl die Inhalte der pflegerischen Leistungen als auch das Qualitätsverständnis. Mit anderen Worten: Es beeinflusst das, was hunderttausende (Fach-)Pfleger tun bzw. tun dürfen (vgl. Wingefeld; Büscher, 2017).

Aufbau dieser Studienanleitung

In **Kapitel 1** erwartet Sie zunächst eine pflegewissenschaftliche Einordnung des Themas. Im Fokus unserer Betrachtung stehen dabei die einschlägigen Positionen von Dorothea Orem sowie von Monika Krohwinkel. Diese beiden Autorinnen bilden zwar nicht die gesamte Bandbreite des disziplinären Meinungsspektrums ab, sie gehörten aber – jede zu ihrer Zeit – zu den tonangebenden Stimmen; die erste in den USA, letztere in Deutschland. Das rechtfertigt ihre exemplarische Betrachtung.

In **Kapitel 2** geht es um die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit im deutschen Sozialrecht sowie um die inhaltlichen Kriterien zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Ferner wird das offizielle Begutachtungsverfahren skizziert.

Eine **Studienanleitung** ist kein gewöhnliches Studienheft. Es gibt wenig zu lesen, vielmehr werden Lernimpulse gesetzt. Die vorliegende Studienanleitung bezieht sich nicht nur auf ein einziges Buch, vielmehr behandelt sie den Gesetzestext (d.h. die einschlägigen Paragraphen zur Pflegebedürftigkeit und zum Verfahren zur Feststellung derselben) sowie die Begutachtungsrichtlinien (BRi) als zentrale untergesetzliche Norm. Die Beschäftigung mit Gesetzen und juristischen Texten ist grundsätzlich immer empfehlenswert, oft auch unumgänglich und soll(te) daher von Ihnen geübt werden. Um Ihnen das Verständnis des Lernstoffs zu erleichtern, wird aber auch auf populärwissenschaftliche Quellen abgestellt.

1 Pflegebedarf und Pflegewissenschaft

Nach dem Durcharbeiten dieses Kapitels und der Bearbeitung der Arbeitsaufträge können Sie

- *erläutern, warum die Pflegewissenschaft bei der Schaffung der Pflegeversicherung 1994 noch keine Rolle spielte, sodass erst die 2017 in Kraft getretene Neuformulierung der gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsdefinition auf pflegewissenschaftlicher Expertise beruht.*
- *in groben Zügen die pflegewissenschaftliche Kontroverse darstellen, ob und inwieweit der (Selbst-)Pflegebedarf grundsätzlich „objektiv“ bestimmbar ist.*

Die heutige gesetzliche Definition der **Pflegebedürftigkeit** im SGB XI existiert so erst seit Jahresbeginn 2017 (dem Inkrafttreten des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes – PSG II). Die Bundesregierung selbst hat immer wieder hervorgehoben, dass mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und dem Neuen Begutachtungsassessment (NBA) die Pflegeversicherung auf eine „grundlegend neue, den pflegewissenschaftlichen Anforderungen entsprechende fachliche Grundlage gestellt“ (Bundestags-Drucksache 18/5926, S. 3) worden sei. Dass der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) „mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt“ wird, steht sogar wörtlich so im Gesetz (vgl. § 15 Abs. 1 SGB XI).

Im Umkehrschluss verweist dies darauf, dass der frühere, bis Ende 2016 gültige Begriff der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI a.F.) noch nicht pflegewissenschaftlich begründet gewesen ist. Tatsächlich spielte die **Pflegewissenschaft** bei der Entwicklung der früheren gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsdefinition keine nachweisbare Rolle. Vielmehr knüpfte der Gesetzgeber dabei an den durch ständige Rechtsprechung seit 1960 geformten Pflegebedürftigkeitsbegriff zum Bundessozialhilfegesetz an (vgl. Meyer, 1996).

Warum war der Einfluss der Pflegewissenschaft auf den Gesetzgeber bei der Entstehung der Pflegeversicherung gering?

- **Erste Antwort:** Als die Definition der Pflegebedürftigkeit in der einzuführenden Pflegeversicherung politisch diskutiert wurde, nämlich etwa ab 1990 (vgl. Meyer 1996, S. 271), stand die Pflegewissenschaft in Deutschland noch ganz am Anfang. Es existierten erst wenige Forschungsprojekte und kaum Studiengänge. Mit anderen Worten: Die deutschsprachige Pflegewissenschaft war strukturell noch zu schwach, um nennenswerten Einfluss auf die Politik nehmen zu können. Erwähnt sei aber, dass alle maßgeblichen Parteien Sympathien für die Forderung der Pflegeberufsverbände nach Förderung der Pflegewissenschaft und dem Aufbau entsprechender Studiengänge erkennen ließen (vgl. DBfK, 1993). Vor diesem Hintergrund wurde im Gesetzgebungsprozess 1993/94 eine Leistungserbringung auf dem „Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse“ gesetzlich verankert (§ 28 Abs. 3 SGB XI).
- **Zweite Antwort:** Inhaltlich zielten die damaligen pflegetheoretischen Konzepte zum Pflegebedarf nicht in die Richtung, die für die Sozial- und Gesundheitspolitik von Interesse war. Die politischen Akteure trieb vor allem die Frage um, wie der Kreis der Leistungsanspruchsberechtigten a) eindeutig festzulegen sei, und zwar b) in einer Weise, dass die Kosten der geplanten Pflegeversicherung nicht aus dem Ruder laufen würden (vgl. Meyer, 1996). Wäre die Pflegewissenschaft 1993/94 von

der Politik um Expertise zum Pflegebedürftigkeitsbegriff gebeten worden (was nicht der Fall war), wäre die Wahrscheinlichkeit groß gewesen, dass Pflegewissenschaft und Politik aneinander vorbeigeredet hätten.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit folgender Frage: Wie konzipierte die (deutsche) Pflegewissenschaft Anfang der 1990er-Jahre den Pflegebedarf?

1.1 Pflegewissenschaftliche Konzepte zum Pflegebedarf

- *Wie krank oder anderweitig hilfebedürftig muss ein Mensch sein, damit er professionelle Pflege in Anspruch nehmen darf?*
- *Was tun dann die Pflegekräfte? Was sind ihre Aufgaben? (Wofür werden sie bezahlt und wofür nicht?)*

Solche Fragen zum Selbstverständnis der Disziplin Pflege sind von so großem Interesse für die Pflegewissenschaft, dass sich schon ihre Pioniere damit beschäftigt haben, etwa Virginia A. Henderson und Dorothea Orem in den USA oder – 30 Jahre später – Monika Krohwinkel in Deutschland.



Lesehinweis

Lesen Sie bitte in GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2011) den Abschnitt 4.1 „Der Beitrag der Pflegetheorien“ (S. 34–45). Richten Sie dabei Ihr besonderes Augenmerk auf das Fazit (S. 43 ff.) sowie auf die Darstellung der Pflegetheorie von Dorothea Orem (S. 38 ff.). Sie finden die Publikation unter folgendem Link: <http://www.aon.media/xipmox> (05.04.2022).

Dorothea Orem

Besonders systematisch hat **Dorothea Orem** (1914–2007) Ende der 1950er-Jahre die obigen Fragen untersucht. Ihre Positionierungen haben die Pflegewissenschaft sehr beeinflusst, wenngleich sie sicherlich nie so populär waren wie die Pflegedefinition von Virginia Henderson, die vom Weltbund der Krankenschwestern (ICN) geteilt und verbreitet wurde (vgl. Henderson, 1963). Im Zusammenhang mit ihrer zentralen Fragestellung „Was ist Pflege?“ (Orem, 1997, S. 473) stellte sich Orem bereits 1958 die Frage:

„Welche Bedingungen müssen bei einer Person vorliegen, wenn sie selbst oder ein Familienangehöriger, der zuständige Arzt oder eine Pflegekraft die Entscheidung trifft, dass diese Person pflegerische Betreuung erhalten sollte?“ (Orem, 1997, S. 473).

Orems Antwort lautete kurz gesagt:

„*Legitime* Patienten von [professionell, Anm. d. Verf.] Pflegenden sind Personen, deren Selbstpflegekompetenz hinsichtlich des Verstehens und Erfüllens des eigenen situativen Selbstpflegebedarfs (oder dem der von ihnen abhängigen Personen¹) aufgrund des Gesundheitszustandes oder der Gesundheitspflegerfordernisse nicht ausreichend sind oder unzureichend werden.“ (Orem, 1997, S. 475; Hervorhebung v. Verf.)

Zentral für Orem's Ansatz ist die „Theorie“ der Selbstpflege (engl.: „Self Care“). **Selbstpflege** ist nach Orem wie folgt definiert:

Definition 1.1: Selbstpflege

„(...) das persönliche *für sich sorgen*, das Individuen jeden Tag benötigen, um ihr allgemeines Funktionieren und ihre Entwicklung zu regulieren.“ (Orem 1997, S. 9)

Selbstpflege ist der Normalfall, jedenfalls bei Erwachsenen (vgl. Orem, 1997, S. 112), aber „Krankheit, Verletzungen sowie mentale oder physiologische Disfunktionen“ können die Selbstpflegekompetenz einschränken und Pflege notwendig machen (vgl. Orem, 1997, S. 115; S. 258 ff.).

In der zitierten Abstraktheit besitzt Orem's Konzept sicherlich ein hohes Maß an allgemeingültiger Plausibilität.

Orem's Ansatz beruht auf einem empirisch-analytischen Wissenschaftsverständnis sowie auf der funktionalistischen Systemtheorie, genauer auf dem systemtheoretischen Prinzip der Selbsterhaltung im Sinne sich selbst regulierender Kreisläufe. Sie ging davon aus, dass Menschen (wie alle Systeme) grundsätzlich ein Selbsterhaltungsinteresse hätten. Auf der obersten Abstraktionsebene hätten Menschen objektiv die gleichen Ziele, nämlich: Lebenserhalt, Integrität/Gesundheit, Wohlbefinden sowie kontinuierliche persönliche Entwicklung (vgl. Orem 1995, S. 46; Orem 1997, S. 114). Um als „Organismus mit einem sinnvollen Leben fortzubestehen“, müsse jeder Mensch eine Reihe von Aktivitäten durchführen, viele von diesen tagtäglich und wiederholt (vgl. Orem, 1997, S. 115).

Zu den sogenannten „Selbstpflegeerfordernissen“ gehören – laut Orem – das Sorgen für eine angemessene Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme ebenso wie die Einhaltung einer Balance zwischen Aktivität und Ruhephase sowie zwischen Alleinsein und sozialen Interaktionen. Vor diesem Hintergrund vertrat Orem die Auffassung, dass der (Selbst-)Pflegebedarf grundsätzlich objektiv von außen durch professionelle Pflegefachkräfte bestimmbar sei (vgl. Orem, 1997, S. 120). Diese Auffassung vertrat Orem zwar keineswegs mit Blick auf ein sozialstaatliches Begutachtungsverfahren irgendeines Landes, aber ihre Ansicht war (und ist) grundsätzlich kompatibel mit einer behördlich-technokratischen Vorgehensweise.

Für unsere Fragestellung, warum der Einfluss der Pflegewissenschaft auf den Gesetzgeber bei der Entstehung der Pflegeversicherung gering war, ist daher von Interesse, dass gerade Orem's diesbezügliche Position in der deutschen Pflegewissenschaft der 1990er-Jahre auf massive Ablehnung stieß. Dass der Selbstpflegebedarf (aufgrund der Selbsterhaltungsinteressen) durch organische Funktionen festgelegt und von daher grundsätzlich „objektiv“ durch biomedizinische oder quasi-biomedizinische Kontrollwerte bestimmbar sei, wurde selbst für das individuelle Bedürfnis nach physischem Überleben in Zweifel gezogen (vgl. Remmers, 2000, S. 145), erst recht für die Bereiche Wohlbefinden sowie persönliche Entwicklung. Aus der angeblichen Natur des Menschen abgeleitete Kontrollwerte und Normalitätsvorstellungen seien ideologieverdächtig, da die konkrete Bedürfnisbefriedigung von sozialen Rahmenbedingungen und kulturell geprägten Interpretationen davon abhängig sei, „was als ein *gutes Leben* gelten“ (Remmers, 2000,

1. Orem meint hier Wissensdefizite von Familienghörigen und anderen nahestehenden Personen. Pflege durch Angehörige bezeichnet sie als „Dependenzpflege“.

S. 146) solle (vgl. Remmers, 1998, S. 227). Orem wurde ein „latenter Paternalismus“ (Remmers, 1998, S. 227) bzw. ein „expertokratisches Praxisverständnis“ (Wittneben, 1993, S. 206) vorgehalten. Orem's Begriff der Selbstpflege sei „von jeglichen emanzipatorischen Ansprüchen befreit“ (Friesacher, 2008, S. 64), da er nicht auf ein gleichberechtigtes Arbeitsbündnis zwischen Pflegenden und Betroffenen abstelle.

Monika Krohwinkel

Eine zentrale Rolle in der deutschen Pflegewissenschaft spielte in den 1990er-Jahren **Monika Krohwinkel**.

Monika Krohwinkels Modell der **Aktivitäten und Erfahrungen des täglichen Lebens** (abgekürzt: AEDL) kann man – ähnlich wie Orem's Selbstpflegetherfordernisse – als einen Katalog universeller menschlicher Bedürfnisse ansehen. Bei durchaus vorhandenen Parallelen zwischen diesen Theorien dominieren allerdings die **Unterschiede** zwischen den Ansätzen Krohwinkels und Orem's:

- So sprach sich Krohwinkel in ihrem Konzept der sogenannten „fördernden Prozesspflege“ klarer als Orem dafür aus, die Autonomie der pflegebedürftigen Personen und ihrer persönlichen Bezugspersonen zu respektieren (vgl. Krohwinkel, 1998, S. 151).
- Besonderen Wert legte Krohwinkel auf die existenziellen Lebenserfahrungen (AEDL 13). Vor allem um diesen Aspekt hatte Krohwinkel das ältere Modell der Lebensaktivitäten von Roper, Logan und Tierney (1980) ergänzt.
- Der vielleicht wichtigste Unterschied zu Orem im Kontext der vorliegenden Argumentation ist allerdings keine Aussage Krohwinkels, sondern vielmehr deren Fehlen: Orem's obige Frage, wer denn „legitime Patienten“ der Pflege seien, war für Krohwinkel nicht von Interesse. Krohwinkel ging es nicht um Eingrenzung, sondern um Erweiterung: Mit ihrem AEDL-Strukturierungsmodell wollte sie den diagnostischen Blick der Pflegefachkraft für möglicherweise noch unerkannte Probleme der pflegebedürftigen Person und ggf. ihrer Angehörigen öffnen.

Krohwinkels Studie zur fördernden Prozesspflege (vgl. Krohwinkel, 1993a) wurde zwar mit Fördermitteln der Bundesregierung ermöglicht und obendrein in der heißen Phase der politischen Diskussion um die Einführung der Pflegeversicherung veröffentlicht. Dennoch spielte ihr Ansatz in diesen Diskussionen keine oder allenfalls eine marginale Rolle. Krohwinkels Angebot (ein grober Orientierungsrahmen für die prinzipiell offene Identifikation von Pflegeproblemen) passte schlicht nicht zur Fragestellung der mit den Details der gesetzlichen Pflegebedürftigkeitsdefinition befassten SozialexpertInnen aus den Regierungsparteien und aus der Verwaltung (oberste Sozialbehörden und Krankenkassen). Diese waren auf der Suche nach möglichst leicht und möglichst objektiv prüfbareren Kriterien für die Zuerkennung der dreifach abgestuften Leistungsansprüche der geplanten Pflegeversicherung (vgl. Kap. 2). Schließlich mussten mit der zu findenden Pflegebedürftigkeitsdefinition nicht nur die Leistungsberechtigten identifiziert werden, sondern auch unberechtigte Leistungsansprüche abgewehrt werden. Das in dieser Logik folgerichtige Ergebnis war dann die biomedizinisch-reduktionistische Definition der Pflege in der ersten Fassung des SGB XI.

Erwähnt sei, dass Krohwinkel im Zuge der von ihr angestrebten Emanzipation der Pflegedisziplin von der Medizin die Begriffe **Grundpflege** und **Behandlungspflege** ablehnte. Denn beim herrschenden Begriffsverständnis werde Erstere der Zweiten nachgeord-

net und abgewertet; schon sprachlich werde der eigenständige therapeutische oder beratende Beitrag einer auf Grundbedürfnisse bezogenen Pflege ausgeblendet (vgl. Krohwinkel, 1993b, S. 39; Müller, 1998). Krohwinkel sprach deshalb allenfalls von „sogenannter“ Grund- und Behandlungspflege und versuchte Ersatzbezeichnungen sowie ein anderes Begriffsverständnis zu verankern. Hauptaufgabe der Pflege sei die direkte Pflege, „in der der eigentliche Pflegeprozess zwischen Pflegenden und Gepflegten realisiert“ werde (Krohwinkel, 1993b, S. 41). Die Mitarbeit bei der ärztlichen Diagnostik und Therapie, also die sogenannte Behandlungspflege, charakterisierte Krohwinkel dagegen als indirekte Pflege, die den direkten Hauptaufgaben nachzuordnen sei (vgl. Krohwinkel, 1993b, S. 41).

Die eben skizzierte berufspolitisch motivierte Positionierung zur sogenannten Grund- und Behandlungspflege erfolgte losgelöst von den sozialpolitischen Diskursen jener Zeit. Falls Krohwinkels o.g. Positionierung überhaupt von den mit der gesetzlichen Pflegebegriffsbestimmung befassten Personen zur Kenntnis genommen wurde (was nicht als sicher anzunehmen ist), dürfte sie auf Unverständnis gestoßen sein. Aus gesundheitspolitischer und sozialtechnokratischer Sicht war etwa die Frage zu klären, wie Leistungsansprüche an die Pflegeversicherung von Leistungsansprüchen an die Krankenversicherung abzugrenzen seien. Sollten z.B. krankheitsbezogene Pflegebedarfe, wie etwa das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen (also „Behandlungspflege“), bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit mitberücksichtigt werden? Der Gesetzgeber hat dies implizit verworfen. Nach Einführung der Pflegeversicherung beschäftigten solche Fragen dann allerdings ausgiebig die Sozialgerichte, und das Bundessozialgericht machte aus dem tendenziellen Nein ein tendenzielles Ja, indem es den Begriff der „einfachen“ Behandlungspflege einführte (vgl. BSG, 30.10.2001, B 10 KR 4/97 R).

Im aktuellen SGB XI taucht der Begriff „Grundpflege“ allerdings nicht mehr auf. Durch das PSG II wurde er zuletzt auch aus § 36 SGB XI gestrichen. Auf sprachlicher Ebene war Krohwinkels Initiative also immerhin ein Teilerfolg beschieden. Der Begriff „Behandlungspflege“ existiert freilich nach wie vor in den Sozialgesetzbüchern V und XI. Auch hat sich – trotz der semantischen Korrektur – nichts Entscheidendes daran geändert, dass im Sozialrecht die *Durchführung* der Behandlungspflege a) an eine ärztliche Verordnung und Delegationsverantwortung gekoppelt ist sowie b) eine höhere berufliche Qualifikation voraussetzt als beispielsweise die *Durchführung* pflegerischer Verrichtungen im Zusammenhang mit der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme.

1.2 Rolle der (deutschen) Pflegewissenschaft bei der Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungsinstruments

Vor dem Hintergrund anhaltender Kritik an der ersten gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit und des existierenden Begutachtungsinstruments (vgl. Klie, Schmidt, 1999; Deutscher Bundestag, 2001, S. 25) verständigten sich das Bundesministerium für Gesundheit sowie die Spitzenverbände der Pflegekassen 2006 darauf, a) eine wissenschaftliche Studie zu initiieren und b) einen Beirat einzuberufen, der eine entsprechende Empfehlung zur Revision der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen erarbeiten sollte. Den Auftrag zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie eines neuen Begutachtungsinstruments zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit erhielt das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld. Eine erste große Leistung dieser pflegewissenschaftlichen Arbeitsgruppe bestand darin, dass sie die heterogenen und

verwirrenden pflegetheoretischen Positionierungen anschlussfähig an die sozial- und gesundheitspolitischen Positionierungen gemacht hat (vgl. GKV-Spitzenverband, 2011, S. 31 ff.).

Die Erarbeitung des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) war 2008 vorläufig abgeschlossen (vgl. Wingenfeld et al. 2008, S. 3). Die ohnehin bereits von PflegewissenschaftlerInnen dominierte Arbeitsgruppe bezog zusätzlich externe pflegewissenschaftliche Expertise ein (vgl. Wingenfeld et al., 2008, S. 106).



Lesehinweis

Lesen Sie bitte in Wingenfeld et al. (2008) die „Einleitung“ (S. 3 f.), die „Aufgabenstellung“ (S. 4–8) sowie den Abschnitt „Die pflegewissenschaftliche Perspektive“ (S. 106 f.). Sie finden die Publikation unter folgendem Link: <http://www.aon.media/o1keh�> (28.04.2022).

Im Jahr 2008 war die pflegewissenschaftliche Arbeit am Neuen Begutachtungsassessments zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit bereits im Wesentlichen erledigt. Noch längst nicht abgeschlossen war damit freilich der Prozess der politischen Entscheidungsfindung. Wie eingangs angedeutet, fiel die politische Entscheidung erst Ende 2015 (Verabschiedung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes – PSG II – durch den Deutschen Bundestag; Zustimmung zum Gesetz durch den Bundesrat am 18. Dezember 2015).

Hier ist es weder möglich noch nötig, alle Züge des Entscheidungsprozesses nachzuvollziehen. Erwähnt sei nur, dass 2012 von der Politik erneut ein Expertenbeirat einberufen wurde, der allerdings an die Vorarbeiten des ersten Beirats anknüpfen konnte und dessen Aussagen zum NBA im Wesentlichen bestätigte (vgl. Expertenbeirat, 2013, S. 20). Der zweite Expertenbeirat empfahl vor allem, das Instrument vor dessen Einführung im Hinblick auf seine Umsetzbarkeit in der gutachterlichen Praxis zu erproben. Diese Phase wurde 2015 mit Erfolg abgeschlossen (vgl. MDS, 2015), sodass – aus Sicht der Pflegewissenschaft – der Boden für die politische Entscheidung endgültig bereitet war.



Übung 1.1: Rolle der Pflegewissenschaft bei der Revision der gesetzlichen und untergesetzlichen Normen zur Pflegebedürftigkeit

Reflektieren Sie die mutmaßlichen Gründe dafür, dass die deutsche Pflegewissenschaft im längeren Prozess zur Reform der Pflegeversicherung zwischen 2005/2006 und 2015/2016 eine ungleich aktivere und wichtigere Rolle gespielt hat als noch im Gesetzgebungsverfahren zur Schaffung einer Pflegeversicherung 1993 bis 1994.

Zusammenfassung

Eine wichtige Aufgabe der Pflegewissenschaft ist es, zur Klärung der Frage beizutragen, was Pflege ist und um welche Bedarfslagen sich Berufsangehörige kümmern sollen. Bereits die US-amerikanischen Pioniere der Pflegewissenschaft, wie Virginia Henderson und Dorothea Orem, haben darauf universelle Antworten zu geben versucht. Diese Antworten sind immer noch lesenswert (auch wenn es sich dabei eher um Meinungsäußerungen handelt als um strenge Wissenschaft). Das Hauptproblem aller universellen Ant-

worten ist allerdings, dass die Frage, um welche Bedarfslagen sich Pflegefachpersonal kümmern soll oder *darf*, nur teilweise losgelöst von den nationalen Gesundheitssystemen beantwortet werden kann.

Ausgangspunkt dieses Kapitels war die Frage, warum die deutsche Pflegewissenschaft bei der Schaffung der Pflegeversicherung 1994 keinen nennenswerten Einfluss auf die gesetzliche Definition der Pflege und der Pflegebedürftigkeit nehmen konnte. Antworten: Erstens war die deutsche Pflegewissenschaft zu diesem Zeitpunkt strukturell schwach und zweitens auch inhaltlich noch nicht anschlussfähig an die Diskussionen der politischen Akteure.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Die Aussagen von Pflegeetheoretikerinnen zur Pflegebedürftigkeit divergieren zum Teil erheblich und lassen sich schwer auf einen gemeinsamen Nenner bringen. Rekapitulieren Sie die Gemeinsamkeiten, die die Autoren und Autorinnen der Publikation GKV-Spitzenverband erkannt haben. Nutzen Sie dazu folgenden Link: <http://www.aon.media/xipmox> (05.04.2022).
- 1.2
 - a) Nennen Sie ein Argument Orems dafür, dass der (Selbst-)Pflegebedarf „objektiv“ bestimmbar sei.
 - b) Nennen Sie ein Argument von Remmers gegen (quasi-)biomedizinische Kontrollwerte zur Objektivierung des Pflegebedarfs.