

Auswirkungen der neuen Pflegegrade auf gerontopsychiatrisch erkrankte Personen mit ausgeprägten Verhaltensauffälligkeiten

Kritische Betrachtung zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Nach zwei Jahrzehnten Kritik sollte mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff endlich der tatsächliche Pflege- und Betreuungsbedarf von Menschen mit Demenz angemessen berücksichtigt werden. Jetzt ist die Reform da und es wird deutlich, dass wahrscheinlich zu viel versprochen wurde. Warum?

Die Expertenkommission zur Erarbeitung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes hatte für „Menschen mit hochgradiger Unruhe und extremen Verhaltensauffälligkeiten“ eine besondere Bedarfskonstellation angeregt, damit der enorme Zeitbedarf in der Anleitung, Begleitung und Pflege im Pflegegrad 5 abgebildet werden könne. Diese Anregung wurde nicht aufgegriffen, im Gegenteil, es hat den Anschein, dass eine größere Bedarfsgruppe fachlich nicht angemessen berücksichtigt und dessen Versorgung zweifelhaft bewertet wurde.

Verlierer der Reform

Bei dem Personenkreis, welcher zum Verlierer der Reform zu werden droht, handelt es sich nach unserer Einschätzung um Menschen mit mittelschwerer bis schwerer Demenz, körperlich agil und teilweise unter Anleitung teilselbstständig bei den lebenspraktischen Verrichtungen (Selbstversorgung) mit herausforderndem Verhalten (Verhaltensauffällig). Ein Personenkreis, welcher eine zeitintensive Begleitung benötigt, die über weite Teile des Tages zu erbringen ist.

Nach dem neuen System erfolgt mehrheitlich die Eingruppierung des Pflegebedarfes im Grad 4, weil das Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) mit einer Gewichtung von nur 15 Prozent nicht die tatsächlich gegebene Betreuungserfordernis über 24 Stunden abbildet bzw. auffängt. Nach unserer jetzigen Einschätzung sollte die ursprünglich vorgeschlagene besondere Bedarfskonstellation in das neue Begutachtungssystem integriert werden, um eine Eingruppierung im Grad 5 zu erreichen.

Die dargestellte Problematik lässt sich nicht allein über Personalschlüssel lösen. Das zusätzlich benötigte Personal für diesen Personenkreis kostet Geld – und dafür müssen die Leistungen nach Grad 5 zum Ansatz kommen. Als wirklich problematisch sind die Ausführungen zu diesem Personenkreis in der „Praktikabilitätsstudie zur Einführung des neuen Begutachtungsassessment NBA in der Pflegeversicherung“ (GKV, Band 12, 2015) einzustufen:

„Von den 1.689 mit dem NBA begutachteten erwachsenen Antragstellern konnten von den Gutachtern 26 Versicherte identifiziert werden, die von einer Gebrauchsunfähigkeit der Arme und Beine betroffen sind. Ausgeprägte motorische Verhaltensauffälligkeiten mit Selbst- und Fremdgefährdung kamen bei erwachsenen Antragstellern in der Praxis nur selten vor; lediglich in vier Fällen konnte diese Bedarfskonstellation festgestellt werden. Das liegt vor allem daran, dass diese Beeinträchtigungen in der Regel nicht permanent und auf Dauer bestehen, sondern sich insbesondere bei einer Demenz als akuter Zustand zeigen. Wegen der großen Belastung für Betroffenen sind diese Beeinträchtigungen als behandlungsbedürftig einzustufen. Nach Ansicht der Gutachter der Praktikabilitätsstudie werden Betroffene

womöglich eher in gerontopsychiatrischen Einrichtungen anzutreffen oder medikamentös eingestellt sein“ (Seite 63). (...)

„Eine weitere Schwierigkeit der gutachterlichen Beurteilung ausgeprägter Verhaltensauffälligkeiten besteht nach Ansicht der Gutachter darin, sicher einzuschätzen, ob die in der Begutachtungssituation festgestellten Symptome permanent und auf Dauer bestehen oder nicht vielmehr als ein vorübergehender Zustand einzustufen sind. Da betroffene Antragsteller unbedingt einer Behandlung ihrer belastenden Beeinträchtigungen bedürfen, würde die Feststellung der genannten Bedarfskonstellation zwar der Feststellung eines hohen Hilfe- und Betreuungsaufwands entsprechen, aber auch der Feststellung einer ärztlichen und therapeutischen Fehl- bzw. Unterversorgung. Zum Zeitpunkt des Haus- oder Einrichtungsbesuchs wäre der Versicherte dem Pflegegrad 5 zuzuordnen, bei einer adäquaten Therapie würde sich der Zustand jedoch bessern, was zumeist einen niedrigeren Pflegegrad zur Folge hätte“ (Seite 63-64).

Es ist völlig unerklärlich, wie dieser Personenkreis mit nur 0,2 %, also 4 Betroffenen, so unterrepräsentiert sein konnte. Statistisch wiesen vor der Reform 71 % der Pflegeheimbewohner Einschränkungen der Alltagskompetenz auf. Das Assessment erfasst bekanntlich mehrheitlich Verhaltensauffälligkeiten (herausforderndes Verhalten). Es ist also von einem erheblich größeren Anteil der Betroffenen auszugehen. Fachlich sind Länder wie HH, BaWü oder Hessen von 10 bis max. 20 % der stationär versorgten Bewohner für Sondervereinbarungen (Angebot der Besonderen stationären Dementenbetreuung, Nachweis Verhaltensauffälligkeiten mit der Cohen-Mansfield Skala) seit den 90ziger Jahren ausgegangen.

Der indirekte Hinweis, dass herausforderndes Verhalten medikamentös (Psychopharmaka) zu lösen sei, wirkt verstörend. Dies widerspricht allen Erfahrungen aus über 20 Jahren spezialisierter Dementenbetreuung sowie wissenschaftlichen Studien. Ein Hinweis auf die Bedeutung psychosozialer, nicht medikamentöser Betreuungsansätze fehlt. Die S3-Leitlinie "Demenzen" in der Fassung vom 01/2016 besagt eindeutig, dass Psychopharmaka aufgrund der hohen Mortalitätsrate das letzte Mittel der Wahl darstellen.

Auch ist nicht klar, welche gerontopsychiatrischen Einrichtungen gemeint sein sollen. Es gibt nur vollstationäre Pflegeeinrichtungen nach SGB XI für diese Menschen oder die Akutpsychiatrie. Es bleibt also bei der Anwendung des NBA.

Insgesamt spiegeln diese Äußerungen der Studie nicht die tatsächlichen Gegebenheiten wider. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff verbessert damit offensichtlich die Situation einer größeren Gruppe von Menschen mit Demenz nicht.

Bei der auf Demenz spezialisierten Fachtagung „Holler Runde“ am 01.03.2017 (300 Teilnehmer) hat eine Vielzahl guter Häuser den dargestellten Sachverhalt bestätigt. In der Einrichtung des Unterzeichners verschlechtert sich die Eingruppierung der Pflegebedarfe um fast 40 %. Die Personalausstattung bei identischem Klientel um 4 Vollzeitstellen (siehe Tabelle).

<i>Pflegestufe/Pflegegrad</i>	<i>Pflegegrade nach Überleitung</i>	<i>Neueingruppierung durch MA Holle</i>
Stufe I ohne eA/ Pflegegrad 2	0	0
Stufe I mit eA/ Pflegegrad 3	0	2
Stufe II mit eA / Pflegegrad 4	9	31
Stufe III mit eA / Pflegegrad 5	45 (62)	38
Härtefälle mit eA/ Pflegegrad 5	17	
Personal VK	42,34	38,37

Eigene Erhebung von Daten - Zielsetzung

Vor diesem Hintergrund hat der DVLAB in Zusammenarbeit mit der Alzheimerberatung e.V. sowie mit Unterstützung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung (DED) und dem Deutschen Berufsverband Altenpflege (DBVA) – alle trägerunabhängig - eine „Arbeitsgruppe Altenpflege Pflegebedürftigkeitsbegriff „ ins Leben gerufen.

Ziel soll es sein, bei einer größeren Stichprobe zu überprüfen, in welchen Pflegegraden die Eingruppierung des benannten Personenkreises tatsächlich erfolgt.

Sollten die gewonnenen Daten unsere Einschätzung stützen, werden wir Einfluss nehmen, um den Pflegebedürftigkeitsbegriff anzupassen. Eine Option wäre die besondere Bedarfskonstellation, die z.B. eine automatische Zuordnung zum Pflegegrad 5 ermöglicht. In der Folge käme es für die Einrichtungen durch Neueinzüge nicht zur Absenkung der bisherigen Pflegegrade und folglich auch nicht zu Budgeteinbußen, gekoppelt mit Personalverlusten.

Peter Dürrmann
Hildesheim/Kassel, 20.04.2017