

Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches



Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 02 01 83 27-0
Telefax: 02 01 83 27-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 30
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Titelfoto:

© Alexander Raths – Fotolia.com

Umschlaggestaltung & Satz:
BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45481 Mülheim an der Ruhr

Druck:
asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg
50829 Köln

2013

Vorwort

Seit Einführung der Pflegeversicherung beruht die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI auf einem Verfahren, das sich unmittelbar aus den gesetzlichen Vorgaben zum Pflegebedürftigkeitsbegriff und zur Begutachtung ableitet. Die „Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRI)“ sind die einheitliche Begutachtungsgrundlage sowohl für die Pflegekassen als auch für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK). Die Verbindlichkeit wird durch den Richtlinienstatus nach §§ 17 sowie 53 a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI normiert.

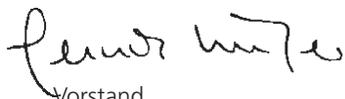
Ziel der Begutachtungs-Richtlinien ist es, bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sicherzustellen, die in der Begutachtungspraxis gewonnenen Erfahrungen aufzunehmen und eine stärkere Präzisierung einzelner Begutachtungskriterien zu erreichen.

Die aktualisierte Fassung der Begutachtungs-Richtlinien vom 16. April 2013 setzt die begutachtungsrelevanten Themen aus dem Pflege-Neuausrichtung-Gesetz (PNG) vom 23. Oktober 2012 um, nimmt redaktionell zur Sicherstellung einer einheitlichen Begutachtung Klarstellung vor und modifiziert das Gutachtenformular.

Erarbeitet wurden die Begutachtungs-Richtlinien und die Ergänzungen in engem Zusammenwirken von MDS, MDK-Gemeinschaft und dem GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung der jeweils zuständigen Bundesministerien. Allen daran Beteiligten gilt dafür unser besonderer Dank.

Berlin und Essen, im August 2013

Gernot Kiefer



Vorstand
GKV-Spitzenverband

Dr. Peter Pick



Geschäftsführer
MDS

Inhaltsverzeichnis

Richtlinien

A	Allgemeines	12
B	Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)	14
	B 1 Verantwortung des MDK für eine qualifizierte Begutachtung	14
	B 2 Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.....	14
C	Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	16
	C 1 Pflegekasse.....	16
	C 2 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung	18
	C 2.1 Sichtung der Unterlagen/Einbeziehung der behandelnden Ärzte/ der Pflegeeinrichtungen und/oder der den Antragsteller Pfleger in die Vorbereitung der Begutachtung	18
	C 2.2 Vorbereitung des Besuchs	18
	C 2.2.1 Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en ..	18
	C 2.2.2 Ankündigung des Besuchs	19
	C 2.2.3 Fehlende Einwilligung des Antragstellers.....	19
	C 2.3 Der Besuch	20
	C 2.4 Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz ..	21
	C 2.5 Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung.....	22
	C 2.6 Auswertung des Besuchs	22
	C 2.7 Gutachtenabschluss.....	22
	C 2.8 Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	23
	C 2.8.1 Begutachtung bei Höherstufungs- und Rückstufungs- anträgen.....	23
	C 2.8.2 Wiederholungsbegutachtung	23
	C 2.8.3 Widerspruch.....	24
	C 3 Bearbeitungs-/Begutachtungsfristen.....	24
D	Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürf- tigkeit gemäß SGB XI	26
	D 01 Anforderungen an das Formulargutachten.....	26
	D 02 Gliederung des Formulargutachtens.....	27

D 03 Definitionen.....	27
D 04 Angaben im Gutachten zum Antragsteller, zur Untersuchung und zur beantragten Leistung.....	28
D 1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation	29
D 1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung	29
D 1.2 Verordnete Heilmittel.....	30
D 1.3 Hilfsmittel/Nutzung.....	30
D 1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung	30
D 2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde.....	31
D 2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation.....	31
D 2.2 Fremdbefunde	31
D 2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)	32
D 3 Gutachterlicher Befund.....	33
D 3.1 Allgemeinzustand/Befund.....	33
D 3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungs- apparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche	34
D 3.3 Pflegebegründende Diagnose(n)	39
D 3.4 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	40
D 4 Pflegebedürftigkeit	42
D 4.0 Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit	42
D 4.0 / I Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs.....	42
D 4.0 / II Formen der Hilfeleistung	44
D 4.0 / III Ermittlung des Hilfebedarfs	46
D 4.0 / III. / 1 Grundsätze	46
D 4.0 / III. / 2 Hilfebedarf auf Dauer.....	46
D 4.0 / III. / 3 Ermittlung von Art und Häufigkeit des regel- mäßigen Hilfebedarfs	47
D 4.0 / III. / 4 Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regel- mäßigen Hilfebedarfs	48
D 4.0 / III. / 5 Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs ..	50
D 4.0 / III. / 6 Hilfebedarf und Aktivierende Pflege	50
D 4.0 / III. / 7 Hilfebedarf und Rehabilitation, Prävention und Einsatz von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln	51

D 4.0 / III. / 8 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen	52
D 4.0 / III. / 8. / a Organische, einschließlich symptomatischer psy- chischer Störungen (Demenzen und organische Psychosen) ICD-10 F 0	53
D 4.0 / III. / 8. / b Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Abhängigkeitserkran- kungen) ICD-10 F 1	55
D 4.0 / III. / 8. / c Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Stö- rungen (Schizophrene Psychosen) ICD-10 F 2	55
D 4.0 / III. / 8. / d Affektive Störungen ICD-10 F 3	56
D 4.0 / III. / 8. / e Intelligenzminderung (Geistige Behinderungen) ICD-10 F 7	56
D 4.0 / III. / 8. / f Besonderheiten bei der Begutachtung	56
D 4.0 / III. / 9 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung	57
D 4.0 / IV Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte	63
D 4.0 / V Verrichtungen im Sinne des SGB XI	65
D 4.1 Körperpflege	67
D 4.2 Ernährung	69
D 4.3 Mobilität	70
D 4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung	75
D 4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf	76
D 5 Ergebnis	77
D 5.1 Stimmt der unter 1.4 von Pflegepersonen angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?	77
D 5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?	77
D 5.2.1 Pflegebedürftigkeit	77
D 5.2.2 Einschränkung der Alltagskompetenz	80
D 5.2.3 Widerspruchsbegutachtung	80
D 5.2.4 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege	80
D 5.2.5 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	81

D 5.3	Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?	81
D 5.4	Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?	81
D 5.5	Ist vollstationäre Pflege erforderlich?	82
D 6	Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan	84
D 6.1	Präventive Leistungen	84
D 6.2	Heilmittel	84
D 6.3	Leistung zur medizinischen Rehabilitation	85
D 6.4	Sonstige Therapien	90
D 6.5	Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung	90
D 6.6	Technische Hilfen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	93
D 6.7	Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation	94
D 7	Erläuterungen für die Pflegekasse	95
D 8	Prognose/ Wiederholungsbegutachtung	95
D 9	Beteiligte Gutachter	96
E	Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz	97
E 1	Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs	97
E 2	Besonderheiten zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren	104
E 3	Algorithmus zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz	110
F	Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege	111
G	Formulargutachten	120
G 1	Art des Gutachtens	120
G 1.1	Gutachten nach Hausbesuch	120
G 1.2	Gutachten nach Aktenlage	120
G 1.3	Gutachten bei isolierter Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz	121
G 1.4	Begutachtung in Fällen mit verkürzter Bearbeitungs-/ Begutachtungsfrist	122
G 2	Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI	123

Anlagen	146
Anlage 1	
Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit, zum Verfahren der Feststellung sowie für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung	147
Anlage 2	
Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008	157
Anlage 3	
Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRI) vom 10.07.1995, geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005	168
Anlage 4	
Psychopathologischer Befund in Anlehnung an die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)	172
Anlage 5	
Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenver- bandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflVG zu § 40 Abs. 4 SGB XI	175
Anlage 6	
Mitteilung PflegeZG	188
Anlage 7	
Mitteilung Familienpflegezeit	190
Anlage 8	
Erläuterung der wichtigsten Fachbegriffe	192
Anlage 9	
Stichwortverzeichnis	199

Richtlinien

des GKV-Spitzenverbandes
zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit
nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
(Begutachtungs-Richtlinien – BRi)
vom 08.06.2009 geändert durch Beschluss vom 16.04.2013¹

Der GKV-Spitzenverband² hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund der §§ 17, 53a SGB XI

am 08.06.2009 die nachstehenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) beschlossen. Diese Richtlinien ersetzen die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches vom 21.07.1997 in der Fassung vom 11.05.2006.

Die Begutachtungs-Richtlinien dienen der Zielsetzung, bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten und eine hohe Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste sicherzustellen.

Die Regelungen der Begutachtungs-Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein.

¹ Das Bundesministeriums für Gesundheit hat den Richtlinien mit Schreiben vom 21.05.2013 zugestimmt.

² Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Pflegekassen gemäß § 53 SGB XI

A Allgemeines

Zum 01.01.1995 ist das Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit in Kraft getreten. Leistungen bei häuslicher Pflege erhalten die Versicherten seit dem 01.04.1995, bei stationärer Pflege seit dem 01.07.1996.

Die Leistungen gehen von den Grundsätzen „Vorrang der häuslichen Pflege“ und „Vorrang von Prävention und Rehabilitation“ aus (§§ 3 und 5 SGB XI).

Der Vorrang der häuslichen vor der vollstationären Pflege stellt eines der wesentlichen Ziele der Pflegeversicherung dar, damit es den Pflegebedürftigen ermöglicht wird, möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben zu können. Diesem Ziel entsprechend gehen auch die Leistungen der teilstationären Pflege und der Kurzzeitpflege denen der vollstationären Pflege vor.

Ein weiteres wichtiges gesundheitspolitisches Ziel kommt in dem Vorrang von Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitation zum Ausdruck. Der MDK ist gehalten, im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Da die Pflegekassen selbst nicht Träger dieser Leistungen sind, wirken sie bei den zuständigen Leistungsträgern darauf hin, dass frühzeitig alle geeigneten Maßnahmen der Prävention, Krankenbehandlung und der Rehabilitation eingeleitet werden, um den Eintritt von Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Die Leistungsträger haben im Rahmen ihres Leistungsrechts auch nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ihre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzenden Leistungen in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 5 SGB XI). Die Pflegekasse erbringt vorläufige Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wenn eine sofortige Leistungserbringung erforderlich ist und sonst die sofortige Einleitung der Leistungen gefährdet wäre (vgl. § 32 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen dazu bei, dem Pflegebedürftigen³ ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu ermöglichen. Die Pflegebedürftigen können im Rahmen von Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit zwischen den aufgrund eines Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen zugelassenen ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen wählen. Auch religiösen Bedürfnissen und den Bedürfnissen nach einer kultursensiblen Pflege ist Rechnung zu tragen; Wünsche nach gleichgeschlechtlicher Pflege sind nach Möglichkeit zu berücksichtigen (§§ 1,2 SGB XI).

Ein weiteres erklärtes Ziel ist die Stärkung der Kompetenz und der Motivation pflegender Angehöriger durch Beratung (§ 7 SGB XI), durch die bei Bezug von Pflegegeld abzurufenden Beratungseinsätze (§ 37 Abs. 3 SGB XI) und die Durchführung von Pflegekursen (§ 45 SGB XI).

³ Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit der Richtlinien erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

Die Pflege soll auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und ggf. verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Um der Gefahr einer Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden (§ 28 Abs. 4 SGB XI). Dies gilt gleichermaßen für somatisch wie psychisch kranke Menschen sowie für körperlich und geistig behinderte Menschen.

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung sowie Kostenerstattung, soweit es im SGB XI vorgesehen ist (§ 4 SGB XI). Hinzu kommen bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege die soziale Betreuung sowie die Leistungen der medizinischen Behandlungspflege. Im Rahmen der gesetzlich vorgegebenen Höchstgrenzen erhalten die pflegebedürftigen Versicherten und deren Pflegepersonen folgende Leistungen (§ 28 SGB XI):

1. Pflegesachleistung (§ 36 SGB XI),
2. Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (§ 37 SGB XI),
3. Kombination von Geld- und Sachleistung (§ 38 SGB XI),
4. zusätzliche Leistungen für Pflegebedürftige in ambulant betreuten Wohngruppen (§ 38a SGB XI),
5. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
6. Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI),
7. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
8. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
9. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI),
10. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI),
11. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
12. zusätzliche Leistungen bei Pflegezeit (§ 44a SGB XI),
13. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI),
14. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI),
15. Leistungen des Persönlichen Budgets nach § 17 Abs. 2 bis 4 SGB IX (§ 35a SGB XI),
16. Pflegeberatung (§ 7a SGB XI),
17. Anschubfinanzierung zur Gründung von ambulanten Wohngruppen (§ 45e SGB XI)
18. Verbesserte Pflegeleistungen für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 123 SGB XI)⁴

⁴ neue Leistung ab 01.01.2013

B Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

B 1 Verantwortung des MDK für eine qualifizierte Begutachtung

Die Begutachtungen sind durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen. Sie erfolgen durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte, die der Medizinische Dienst für die Bewältigung des laufenden Arbeitsanfalls vorhält. Der Medizinische Dienst kann zur Bewältigung von Antragsspitzen und zu speziellen gutachterlichen Fragestellungen Ärzte, Pflegefachkräfte oder andere geeignete Fachkräfte bei der Erstellung des Gutachtens als externe Kräfte beteiligen. Die Verantwortung für die Begutachtung trägt der Medizinische Dienst auch dann, wenn externe Sachverständige beteiligt waren.

Als externe Kräfte sind vorrangig Mitarbeiter anderer Gutachterdienste, insbesondere des öffentlichen Gesundheitswesens und der Versorgungsverwaltung oder anderer Sozialleistungsträger zu beauftragen. Sofern ausnahmsweise niedergelassene Ärzte oder Pflegefachkräfte von Sozialstationen, gewerblichen Pflegediensten sowie in der Pflege selbständig Tätige als externe Kräfte beauftragt werden, ist sicherzustellen, dass keine Interessenkollisionen entstehen.

B 2 Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Die zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes im Rahmen des SGB XI ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dazu ist eine Begutachtung des Antragstellers in seinem Wohnbereich durchzuführen (§ 18 Abs. 2 Satz 1 SGB XI). Der MDK hat dabei insbesondere

- den ursächlichen Zusammenhang des vorliegenden Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung,
- unter Berücksichtigung vorliegender Krankheiten oder Behinderungen den Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung sowie
- das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und ihre Abstufung

zu prüfen und festzustellen.

Grundlagen dieser Prüfungen und Feststellungen sind

- das SGB XI,
- die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs (Anlage 2),
- diese Begutachtungs-Richtlinien.

Darüber hinaus hat der MDK den Pflegekassen einen individuellen Pflegeplan im Sinne von Empfehlungen insbesondere

- zu präventiven Leistungen,
- zu Heilmitteln,
- zu einer Leistung der medizinischen Rehabilitation,
- zur Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung,
- zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie
- zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

zu unterbreiten.

Die Stellungnahme des MDK hat sich auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflegeleistungen, hat der MDK auch die Erforderlichkeit vollstationärer Pflege zu prüfen.

Diese Anforderungen verlangen vom MDK die angemessene Einbindung unterschiedlicher Fachkompetenzen in das Verfahren der Begutachtung (§ 18 Abs. 7 SGB XI). Unabhängig davon, ob bei der Begutachtung interne oder externe Kräfte tätig werden, erfordert dies eine große Kooperationsbereitschaft aller am Begutachtungsverfahren Beteiligten der unterschiedlichen Professionen.

C Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Diese Begutachtungs-Richtlinien erläutern die Begutachungskriterien und das Begutachtungsverfahren auf der Basis des SGB XI. Sie sichern bundesweit einheitliche Maßstäbe für die Begutachtung. Nach dem Gesetz sind regionale Abweichungen nicht zulässig.

C 1 Pflegekasse

Die Leistungen nach dem SGB XI sind bei der Pflegekasse zu beantragen.

Die Entscheidung über den Antrag trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Weicht die Pflegekasse von der Empfehlung des MDK zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und zur Pflegestufe ab, teilt sie dies dem MDK unter Angabe der Gründe mit.

Zur gutachterlichen Prüfung der Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe übermittelt die Pflegekasse dem MDK die Antragsinformationen (dieser sollte Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Telefonnummer, beantragter Leistung, ggf. Pflegeperson, ggf. Pflegedienst enthalten) und, so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen/Informationen

- über Vorerkrankungen,
- über Klinikaufenthalte und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- zur Heilmittelversorgung,
- zur Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung,
- zum behandelnden Arzt,
- zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V,
- hinsichtlich eines Bevollmächtigten/Betreuers mit entsprechendem Aufgabenkreis.

Im Hinblick auf ggf. verkürzte Bearbeitungs-/Begutachtungsfristen (siehe Punkt C 3.) informiert die Pflegekasse den MDK soweit bekannt darüber hinaus über folgende Sachverhalte:

- aktueller Aufenthalt des Antragstellers im Krankenhaus oder einer Rehabilitationseinrichtung und vorliegende Hinweise auf Dringlichkeit der Begutachtung zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung,
- aktueller Aufenthalt des Antragstellers in einem stationären Hospiz,

- Ankündigung der Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person/Vereinbarung einer Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person,
- ambulante palliative Versorgung des Antragstellers.

Bei erneuter Beauftragung⁵ gibt die Pflegekasse außerdem Hinweise auf vorhergehende Begutachtungen, zur Pflegestufe und Alltagskompetenz sowie zu den Ergebnissen der Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die Pflegekasse klärt den Antragsteller bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert ihn auf, dem zuständigen MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften – soweit diese für die Begutachtung erforderlich sind – bei den behandelnden Ärzten, den betreuenden Pflegepersonen und der betreuenden Pflegeeinrichtung zu erteilen (vgl. § 18 Abs. 4 SGB XI). Darüber hinaus informiert sie den Antragsteller darüber, dass im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit auch geprüft wird, ob und ggf. welche Maßnahmen der Prävention und medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind. In diesem Kontext sollte der Antragsteller gebeten werden, ihm vorliegende Befunde und Entlassungsberichte aus Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen für die Begutachtung bereit zu halten.

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 18 Abs. 5 SGB XI).

Beantragt ein Versicherter,

- bei dem das Vorliegen von mindestens erheblicher Pflegebedürftigkeit nach den §§ 14, 15 SGB XI zuvor noch nicht oder mit einem negativen Ergebnis überprüft wurde,
- der bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig im Sinne der §§ 14, 15 SGB XI anerkannt ist und bei dem zuvor keine oder eine in erheblichem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz erkannt wurde,

die isolierte Feststellung des Vorliegens einer erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz, hat die Pflegekasse den Antragsteller über die Voraussetzungen für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bzw. die Pflegestufenzuordnung zu informieren und individuell zu beraten, ob eine gleichzeitige Begutachtung zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder zur Zuordnung zu einer anderen Pflegestufe angezeigt erscheint. Hält der Antragsteller nach der Beratung an seinem eingeschränkten Antrag auf Feststellung einer erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz fest, beauftragt die Pflegekasse den MDK entsprechend (vgl. Punkt G 1.3 „Gutachten bei isolierter Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz“).

⁵ Unter „erneute Beauftragung“ zählen Höherstufungs- und Rückstufungsanträge, Widerspruchsgutachten und Wiederholungsbegutachtungen.

C 2 Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

C 2.1 Sichtung der Unterlagen/Einbeziehung der behandelnden Ärzte/der Pflegeeinrichtungen und/oder der den Antragsteller Pflegenden in die Vorbereitung der Begutachtung

Der MDK sichtet die Unterlagen der Pflegekasse und prüft, ob vor dem Haus-/Krankenhaus-/Heimbefuch/Befuch in sonstigen Einrichtungen (im Folgenden als Befuch bezeichnet) Auskünfte seitens der behandelnden Ärzte des Antragstellers, insbesondere seines Hausarztes, der den Antragsteller Pflegenden, des Krankenhauses bzw. der Pflegeeinrichtung benötigt werden. Hierbei geht es vor allem darum, relevante und aktuelle Informationen, insbesondere zu den pflegebegründenden Krankheiten oder Behinderungen, zu deren Verlauf und zu durchgeführten Behandlungen und Rehabilitationsleistungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege zu erhalten (vgl. § 18 Abs. 4 SGB XI). Zu den Auskunftspflichten der Vertragsärzte bestehen Vereinbarungen zwischen den MDK und den Kassenärztlichen Vereinigungen. Soweit die angeforderten Unterlagen nicht vorgelegt werden, ist dies im Formulargutachten unter Punkt 2.2 „Fremdbefunde“ zu dokumentieren. Gleichwohl hat der Gutachter eigene Erhebungen anzustellen.

C 2.2 Vorbereitung des Besuchs

C 2.2.1 Festlegung der den Befuch durchführenden Person/-en

Auf der Grundlage der bereits vorhandenen oder von der Pflegekasse übergebenen und ggf. von behandelnden Ärzten sowie Pflegepersonen oder anderen Personen des Krankenhauses, der sonstigen Einrichtungen oder der Pflegeeinrichtungen eingeholten Informationen und des zu erwartenden Schwerpunktes der Begutachtung sollten Arzt und Pflegefachkraft des MDK gemeinsam im Einzelfall festlegen, welcher Gutachter (Arzt und/oder Pflegefachkraft, spezielles Fachgebiet, speziell geschulte Gutachter) den Befuch durchführt. Dabei wird auch darüber entschieden, ob dieser durch Gutachter des MDK oder geeignete externe Fachkräfte erfolgt. Zur umfassenden Beurteilung der Pflegesituation, insbesondere auch bei der Beurteilung von behinderten oder psychisch kranken Menschen und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen oder der Psychiatrie. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderarzt vorzunehmen.

Ein Arzt ist dann mit dem Befuch zu beauftragen, wenn keine oder nur ungenügende Informationen über rein medizinische Sachverhalte vorliegen, ansonsten kann den Befuch sowohl eine Pflegefachkraft als auch ein Arzt durchführen.

In der Regel ist es ausreichend, dass der Besuch von einem Gutachter durchgeführt wird. Ein gemeinsamer Besuch von Arzt und Pflegefachkraft kann dann sinnvoll sein, wenn mit einer besonders schwierigen Begutachtungssituation zu rechnen ist. Zur gemeinsamen Verantwortung von Ärzten und Pflegefachkräften für das Gutachten siehe Punkt C 2.7 „Gutachtenabschluss“.

C 2.2.2 Ankündigung des Besuchs

Der Besuch wird rechtzeitig angekündigt oder vereinbart. Dem Antragsteller sind das vorgesehene Datum der Begutachtung mit einem Zeitfenster von max. 2 Stunden, die voraussichtliche Dauer der Begutachtung, der Name des Gutachters sowie Grund und Art der Begutachtung mitzuteilen. Mit dieser Ankündigung / Vereinbarung wird der Antragsteller gleichzeitig gebeten, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pfl egetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger – soweit sie für die Begutachtung erforderlich sind – bereitzulegen. Der Antragsteller ist vorab durch den MDK zu informieren, dass er sich bei Verständigungsschwierigkeiten in der Amtssprache Unterstützung durch Angehörige / Bekannte mit ausreichenden Sprachkenntnissen oder durch einen Übersetzer für den Zeitraum der Begutachtung heranziehen sollte. (Dies kann z. B. im Rahmen der Terminankündigung durch Übersendung eines Flyers mit Informationen zur Begutachtung erfolgen.) Der Antragsteller hat sicherzustellen, dass eine Verständigung in der Amtssprache möglich ist. Dessen ungeachtet ist das Recht des Antragstellers auf barrierefreie Kommunikation zu gewährleisten. Die Pflegeperson sollte beim Hausbesuch zugegen sein.

Bei der Ankündigung des Besuchs ist auf die Verpflichtung der Pflegeeinrichtung hinzuweisen, die zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen, insbesondere die Pflegedokumentation vorzulegen (vgl. § 18 Abs. 5 SGB XI). In stationären Einrichtungen sollte die Pflegefachkraft, die am besten mit der Pflegesituation des Antragstellers vertraut ist, beim Besuch zugegen sein, um die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

Falls ein Bevollmächtigter/Betreuer bekannt ist, muss auch dieser benachrichtigt werden.

C 2.2.3 Fehlende Einwilligung des Antragstellers

Verweigert ein Antragsteller, sein Bevollmächtigter oder sein Betreuer eine Begutachtung in seinem Wohnbereich, die für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erforderlich ist, reicht der MDK die Unterlagen mit einem entsprechenden Vermerk an die Pflegekasse zurück.

Wenn in diesen Fällen aus Sicht des MDK ausnahmsweise ein Begutachtungsergebnis schon nach Aktenlage unzweifelhaft feststeht (z. B. Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit, Pflegestufe und Vorschläge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation), teilt er dies der Pflegekasse mit.

C 2.3 Der Besuch

Die Erst- und Folgebegutachtung hat der MDK in der Regel im Wohnbereich des Antragstellers vorzunehmen. Dies gilt für Anträge auf häusliche und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Der Antragsteller hat das Recht, sich während des Besuchs des Beistandes dritter Personen zu bedienen. Der Antragsteller hat sich in Ausnahmefällen und bei begründeten Zweifeln mit einem Identifikationsausweis auszuweisen. Ausnahmefälle und begründete Zweifel müssen im Formulargutachten hinreichend erläutert werden. Mit Einverständnis des Antragstellers sollen auch pflegende Angehörige, Lebenspartner oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Antragstellers beteiligt sind, befragt werden. Ein fehlender Identifikationsnachweis führt jedoch nicht zum Abbruch des Begutachtungsverfahrens. Sofern die Begutachtung wegen Verständigungsschwierigkeiten abgebrochen werden muss, wird ein neuer zeitnaher Begutachtungstermin vereinbart.

Bei Antragstellern auf Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, gelten die unter Punkt C 2.4 „Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz“ beschriebenen Besonderheiten.

Ergibt sich bei der Begutachtung durch eine Pflegefachkraft eine nicht abschließend abklärbare rein medizinische Fragestellung (z. B. therapeutische Defizite), ist ein zusätzlicher Besuch eines Arztes erforderlich. Dies gilt analog, wenn sich in der aktuellen Begutachtungssituation durch einen Arzt eine nicht abschließend abklärbare rein pflegerische Fragestellung ergibt (z. B. nicht sichergestellte Pflege).

Wenn **ausnahmsweise** bereits aufgrund einer **eindeutigen Aktenlage** feststeht (siehe Abschnitt G 1.),

- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind,
- welche Pflegestufe vorliegt,
- ob und ggf. in welchem Maße eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt und
- ob und in welchem Umfang geeignete therapeutische bzw. rehabilitative Leistungen in Betracht kommen,

kann die Begutachtung des Antragstellers bzw. Pflegebedürftigen im Wohnbereich unterbleiben.

Sind weitere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Hilfs-/Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) notwendig, sind diese im Rahmen eines Besuchs zu treffen.

Stellt der Gutachter im Rahmen einer Begutachtung aus Anlass eines isolierten Antrags auf Feststellung des Vorliegens einer erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz (zur insoweit erforderlichen Beratung von Seiten der Pflegekasse vgl. Punkt C 1. „Pflegekasse“) fest, dass eine weitergehen-

de Begutachtung zur Feststellung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit oder zur Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe voraussichtlich erfolgreich wäre, berät der Gutachter den Antragsteller entsprechend. Erweitert der Antragsteller daraufhin sein Antragsbegehren, dokumentiert der Gutachter die Antragserweiterung, führt eine vollständige Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach Abschnitt D durch und informiert die Pflegekasse.

C 2.4 Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, ist die Begutachtung in der Einrichtung durchzuführen, wenn Hinweise vorliegen, dass dies zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung (z. B. Kurzzeitpflege, Wohnumfeldverbesserungen) erforderlich ist oder die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde. oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde. Gleiches gilt für Antragsteller, die sich in einem Hospiz befinden. In diesen Fällen kann es zunächst ausreichen, eine Aussage zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI zu treffen (siehe Punkt C 3 „Bearbeitungs-/Begutachtungsfristen“). Auch bei dieser Begutachtung sind die Grundsätze

- Vorrang von Rehabilitation vor Pflege und
- Vorrang von ambulanter vor stationärer Pflege

zu beachten.

Soll der Antragsteller dauerhaft stationär gepflegt werden, hat in der Regel im unmittelbaren Anschluss an die Begutachtung in der Einrichtung zeitnah eine ergänzende Begutachtung des häuslichen Umfeldes stattzufinden. Diese kann unterbleiben, wenn dadurch der im Rahmen der Begutachtung festzustellende Sachverhalt nicht weiter aufgeklärt werden kann. Das kann zutreffen bei

- fehlender Pflegeperson,
- Weigerung möglicher Pflegepersonen, die Pflege zu übernehmen oder fortzusetzen,
- fehlender Zutrittsmöglichkeit zur Wohnung

oder ähnlichen klaren und sicher feststellbaren Tatsachen. Zur Feststellung der Pflegestufe ist dann für die Bemessung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes bezüglich des festgestellten Hilfebedarfs durch Laienpfleger von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen. Dies gilt auch, wenn der Antragsteller zum Zeitpunkt der Begutachtung im Krankenhaus oder der stationären Rehabilitationseinrichtung nicht mehr über eine eigene Wohnung verfügt.

Eine „durchschnittliche häusliche Wohnsituation“ beinhaltet:

1. Lage der Wohnung: 1. Etage/kein Aufzug/nicht ebenerdig erreichbar
2. Anzahl der Räume je Wohnung: vier (zwei Zimmer, Küche, Diele, Bad)
3. Personen je Haushalt: Zweipersonenhaushalt
4. Ausstattung der Wohnung: Keine „behindertengerechte Ausstattung“/Zentralheizung/Standardküche/Kochnische mit Elektroherd bzw. Gasherd/Standard-WC/Bad/Waschmaschine.

C 2.5 fehlende oder unzureichende Sicherstellung der pflegerischen Versorgung

Wird beim Besuch eine defizitäre Pflege- und Versorgungssituation des Antragstellers festgestellt, ist die Situation – soweit möglich – sowohl mit ihm als auch mit der Pflegeperson, der leitenden Pflegefachkraft und dem Heimleiter der vollstationären Pflegeeinrichtung bzw. Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen eingehend zu erörtern und unter Punkt 7 „Erläuterungen für die Pflegekasse“ des Formulargutachtens zu dokumentieren. Der Pflegekasse sind konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Pflege und Versorgung des Antragstellers zu unterbreiten. Bei nicht sichergestellter Pflege ist der Gutachter gehalten, der Pflegekasse die Einleitung von Sofortmaßnahmen zu empfehlen.

C 2.6 Auswertung des Besuchs

Die an der Begutachtung beteiligten Ärzte und Pflegefachkräfte werten gemeinsam die beim o. g. Besuch erhobenen Befunde und die sonstigen Informationen aus.

Sollte ausnahmsweise im Rahmen dieser Auswertung eine abschließende Beurteilung nicht möglich sein, muss der Sachverhalt weiter aufgeklärt werden. Dazu ist zu entscheiden, ob ein zusätzlicher Besuch und/oder das Hinzuziehen von weiteren sachdienlichen Informationen erforderlich sind. Auch dieser Besuch muss schriftlich oder mündlich angekündigt oder vereinbart werden, unter Hinweis darauf, dass es sinnvoll sein kann, die an der Versorgung Beteiligten hinzuzuziehen.

Auch bei der Auswertung des Besuchs, insbesondere bei der Beurteilung von Kindern, behinderten oder psychisch kranken Menschen und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Kinderheilkunde, der Hilfe für behinderte Menschen oder der Psychiatrie (siehe auch Punkt C 2.2.1 „Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en“).

C 2.7 Gutachtenabschluss

Auch bei der Ergebnisdiskussion arbeiten Arzt und Pflegefachkraft des MDK eng zusammen. Dabei ist es Aufgabe des Arztes, alle für die Beurteilung erforderlichen medizinischen Feststellungen zu treffen, insbesondere

- den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem individuellen Hilfebedarf und der Krankheit oder der Behinderung (einschließlich der daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten) zu prüfen sowie
- aufgrund der Ressourcen des Antragstellers geeignete therapeutische Leistungen aufzuzeigen (siehe Punkt D 6.2 „Heilmittel“ bzw. Punkt D 6.4 „Sonstige Therapien“) und ggf. eine Rehabilitationsindikation zu stellen (siehe Punkt D 6.3 „Leistung zur medizinischen Rehabilitation“) oder zu begründen, warum keine Empfehlung für eine medizinische Rehabilitation gegeben wird.⁶

Aufgabe der Pflegefachkraft ist es, alle für die Beurteilung der Pflege erforderlichen Feststellungen zu treffen, insbesondere

- ermittelt sie den aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten abzuleitenden individuellen Hilfebedarf auf der Grundlage der in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- beurteilt sie die individuelle Pflegesituation und entwirft unter Einbeziehung der Feststellungen des Arztes den individuellen Pflegeplan (siehe Punkt 6 „Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan“ des Formulargutachtens) unter Berücksichtigung der Ressourcen des Antragstellers.

Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse mittels des Formulargutachtens (siehe Punkt G „Formulargutachten“) mit.

C 2.8 Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit

Bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen sind die beim MDK vorliegenden Gutachten beizuziehen. In dem neuen Gutachten ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen und eingehend zu dokumentieren. Wird eine niedrigere Pflegestufe empfohlen, so ist zusätzlich darzulegen, inwiefern sich der individuelle Hilfebedarf verringert hat (siehe Punkt D 5.2 „Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?“).

C 2.8.1 Begutachtung bei Höherstufungs- und Rückstufungsanträgen

Bei einer Begutachtung aufgrund eines Höherstufungs- oder Rückstufungsantrags bei bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit und/oder Leistungsberechtigung wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz entspricht das Verfahren dem einer Erstbegutachtung.

⁶ Konkretisierung siehe Punkt D 6.3 unter „Ablauf der Prüfung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation“

C 2.8.2 Wiederholungsbegutachtung

Eine Wiederholungsbegutachtung erfolgt in angemessenen Abständen. Arzt und Pflegefachkraft empfehlen den Termin unter Berücksichtigung der Prognose. Zum Verfahren wird auf Punkt D 8 „Prognose/Wiederholungsbegutachtung“ verwiesen.

C 2.8.3 Widerspruch

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, ist der entsprechende Auftrag zusammen mit der von der Pflegekasse zur Verfügung gestellten Kopie des Widerspruchsschreibens den Erstgutachtern vorzulegen. Diese prüfen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen.

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Widerspruchsgutachten nach den unter Punkt C 2.2.1 „Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en“ beschriebenen Kriterien von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die Widerspruchsbegutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. in der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, dass in dem Erstgutachten die Pflegesituation ausreichend dargestellt wurde. Dies ist im Widerspruchsgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Widerspruchsbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und ggf. auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen behinderter oder psychisch kranker Menschen oder von Kindern kann es zur umfassenden Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen, der Psychiatrie oder der Kinderheilkunde, zu beteiligen (siehe auch Punkt C 2.2.1 „Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en“ und Punkt C 2.5 „Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung“).

C 3 Bearbeitungs-/Begutachtungsfristen

Im Regelfall ist dem Antragsteller spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Dadurch sollen pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen schnelle Entscheidungen über die von ihnen beantragten Leistungen erhalten, um die Pflege zeitnah organisieren zu können. Dies stellt hohe Anforderungen an die Zusammenarbeit zwischen Pflegekasse und MDK sowie die Termin- und Ablaufplanung des MDK und erfordert die Mitwirkung des Antragstellers. Für bestimmte Fallgestaltungen gelten gesetzliche Begutachtungsfristen für den MDK.

Eine unverzügliche Begutachtung, spätestens **innerhalb einer Woche** nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse ist erforderlich, wenn sich

der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung befindet und

- Hinweise vorliegen, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder
- die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder
- mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.

Die Wochenfrist gilt auch, wenn

- sich der Antragsteller in einem Hospiz befindet oder
- der Antragsteller ambulant palliativ versorgt wird.

Die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden (siehe § 18 Abs. 3 SGB XI).

Eine Begutachtung **innerhalb von zwei Wochen** nach Eingang des Antrages bei der zuständigen Pflegekasse ist erforderlich, wenn der Antragsteller sich in häuslicher Umgebung befindet, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt wurde oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Abs. 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart wurde.

In diesen Fällen hat der MDK den Antragsteller unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung im Hinblick auf das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit er an die Pflegekasse weiterleitet (für die Information können die in den Anlagen 6 und 7 beigefügten Formulare verwendet werden).

In den vorgenannten Fällen der verkürzten Begutachtungsfrist muss die Empfehlung des MDK zunächst nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI vorliegt. Die abschließende Begutachtung – insbesondere zur Pflegestufe – ist dann unverzüglich nachzuholen.

Sofern sich im Verfahren eine Verzögerung ergibt, ist der Grund im Gutachtenformular auszuweisen (vgl. Formulargutachten G5).

D Erläuterung zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Die Gliederung dieses Kapitels erfolgt nach den Punkten des Formulargutachtens, wobei unterschieden wird, ob es sich jeweils um diese Punkte oder zugehörige zusätzliche erläuternde Bemerkungen der Begutachtungs-Richtlinien handelt.

Erläuterungen D 01 Anforderungen an das Formulargutachten

Der MDK teilt das Ergebnis seiner Prüfung der Pflegekasse in dem verbindlichen Formulargutachten (Punkt G 2. „Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“) mit. Darin ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn einer mindestens erheblichen Pflegebedürftigkeit (bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen ggf. Zeitpunkt einer Änderung),
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI – Anlage 3),
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, deren Abstufung und Zeitpunkt des Eintritts (bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen ggf. Zeitpunkt einer Änderung),
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Wird vollstationäre Pflege beantragt, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

Darüber hinaus hat der MDK in einem Empfehlungsteil insbesondere (individueller Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfs-/Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),
- Empfehlungen zur Rehabilitation,
- Vorschläge für Leistungen zur Prävention,

- Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Ferner hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Der Gutachter ist aufgefordert ggf. Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation abzugeben. Der Gutachter klärt den Versicherten, dessen Angehörige und Lebenspartner darüber auf, dass ein Anspruch auf Übermittlung des MDK-Gutachtens besteht und teilt der Pflegekasse mit, ob der Versicherte die Zusendung des Gutachtens wünscht.

D 02 Gliederung des Formulargutachtens

Das Formulargutachten (Punkt G 2. „Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“) gliedert sich in drei systematische Abschnitte, die inhaltlich aufeinander aufbauen.

- Im ersten Abschnitt (Punkte 1 – 3) findet die gutachterliche Erhebung der Versorgungssituation und der pflegebegründenden Vorgeschichte sowie der Befunde (Ist-Situation) statt.

Dieser Erhebungsteil beinhaltet unter den Punkten 1 und 2.2 die Angaben aus der Sicht des Antragstellers und der Pflegeperson zur Situation im häuslichen Bereich bzw. aus Sicht des Antragstellers, der Angehörigen und/oder der zuständigen Pflegefachkraft zur Situation in einer vollstationären Einrichtung/vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen und die Dokumentation der Fremdbefunde.

Unter den Punkten 2.1, 2.3 und 3 werden die vom Gutachter erhobenen Befunde und Diagnosen dokumentiert.

- Im zweiten Abschnitt (Punkt 4 und 5) findet die gutachterliche Wertung auf der Grundlage der erhobenen Befunde und erhaltenen Informationen statt.
- Im abschließenden empfehlenden Abschnitt (Punkte 6 – 8), der auf den Informationen und Befunden sowie Wertungen der vorherigen Abschnitte aufbaut, unterbreitet der Gutachter Vorschläge zur Gestaltung der erforderlichen Leistungen, macht Angaben zur Prognose und zum Termin der Wiederholungsbegutachtung.

Der Gutachter hat eine Plausibilitätsprüfung innerhalb der Abschnitte sowie zwischen diesen durchzuführen.

D 03 Definitionen

Erläuterungen

Pflegepersonen sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen im Sinne des § 14 SGB XI in seiner häuslichen Umgebung pflegen. Leistungen zur sozialen Sicherung nach § 44 SGB XI erhält eine Pflegeperson nur dann, wenn sie eine oder mehrere pflegebedürftige Personen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt (vgl. § 19 SGB XI).

Pflegekräfte/Pflegefachkräfte sind Personen, die aufgrund einer entsprechenden Ausbildung erwerbsmäßig pflegen.

Pflegeeinrichtungen sind ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, die unter der fachlichen Verantwortung einer Pflegefachkraft stehen.

Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, die unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft Pflegebedürftige in ihrer Wohnung pflegen und hauswirtschaftlich versorgen (vgl. § 71 Abs. 1 SGB XI und § 124 SGB XI).

Stationäre Pflegeeinrichtungen sind selbständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können (vgl. § 71 Abs. 2 SGB XI).

Stationäre Einrichtungen, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI.

Erläuterungen

D 04 Angaben im Gutachten zum Antragsteller, zur Untersuchung und zur beantragten Leistung

Die geforderten Angaben im Formulargutachten sind bis zum Punkt – „Alltagskompetenz eingeschränkt“ – mit Ausnahme der Verzögerungsgründe den Unterlagen der Pflegekasse, die mit dem Antrag vorgelegt werden, zu entnehmen. Verzögerungsgründe sind:

- Der Wohnsitz des Antragstellers ist nicht im Inland
- Antragsteller im Krankenhaus/Reha-Einrichtung
- Wichtiger Behandlungstermin des Antragstellers
- Antragsteller umgezogen
- Antragsteller verstorben
- Termin von Antragsteller abgesagt (sonstige Gründe)
- Beim angekündigten Hausbesuch nicht angetroffen
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache)

Der Abbruch eines Hausbesuchs oder eine Verzögerung des Begutachtungsverfahrens sind ausführlich zu erläutern.

Es sind der Untersuchungstag, der Untersuchungsort sowie die Uhrzeit anzugeben.

Die nachfolgende Reihenfolge und Nummerierung der Abschnitte entsprechen denen des Formulargutachtens.

D 1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

Formular-
gutachten

Das Gespräch mit dem Antragsteller bzw. der/den Pflegeperson/-en sowie die Ermittlung zur bestehenden Versorgung und Betreuung erlauben einen guten Einstieg in den weiteren Verlauf der Begutachtung. Die Pflegesituation **aus der Sicht des Antragstellers und der Pflegeperson bzw. der Pflegefachkraft** (Ist-Zustand) ist hier aufzunehmen.

Besonders bei Krankheits- und Behinderungsbildern mit wechselnder Symptomatik erleichtert dieses Vorgehen dem Gutachter die nachfolgende Beurteilung des Hilfebedarfs.

Im Formulargutachten wird angegeben, welche Personen zur pflegebegründenden Vorgeschichte Angaben machen, und ob beim Besuch die Pflegeperson bzw. Pflegefachkraft und/oder weitere Personen wie Freunde, Familienangehörige, Lebenspartner oder Nachbarn zugegen sind.

Es kann erforderlich sein, sowohl die Pflegeperson bzw. Pflegefachkraft als auch den Antragsteller allein zu befragen. Die Möglichkeit eines getrennten Gesprächs ist ggf. anzubieten.

Weichen die Angaben des Antragstellers und der Pflegeperson bzw. Pflegefachkraft voneinander ab, ist dies zu dokumentieren.

D 1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung

Formular-
gutachten

Die ärztliche/fachärztliche Versorgung ist im Formulargutachten anzugeben. Dabei sind die Art des Arztkontaktes (Haus- und/oder Praxisbesuch) und die Häufigkeit (wie oft pro Woche oder – wenn seltener – pro Monat) zu dokumentieren. Bei Praxisbesuchen ist anzugeben, ob der Antragsteller die Praxis selbständig oder in Begleitung aufsucht und ob Wartezeiten anfallen.

Es sind auch die aktuelle medikamentöse Therapie und Besonderheiten der Verabreichung zu erfragen, und ob der Antragsteller die Medikamente selbständig einnimmt. In begründeten Einzelfällen ist mit Einwilligung des Antragstellers, Bevollmächtigten oder Betreuers Kontakt zum behandelnden Arzt aufzunehmen.

D 1.2 Verordnete Heilmittel

Anzugeben sind Art (z. B. Physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, podologische Therapie), Häufigkeit (wie oft pro Woche oder – wenn seltener – pro Monat) sowie ggf. die Dauer der Heilmittelversorgung. Es ist anzugeben, ob der Antragsteller den Therapeuten selbständig oder in Begleitung aufsucht, ob Wartezeiten anfallen oder ob der Therapeut zur Behandlung ins Haus kommt.

D 1.3 Hilfsmittel/Nutzung

Alle Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel/technischen Hilfen des Antragstellers, ungeachtet der Kostenträgerschaft, einschließlich Verbrauchsgüter sind aufzuführen. Aufzunehmen ist, ob die Hilfsmittel benutzt werden oder nicht und in welchem Umfang durch ihre Anwendung/Nichtanwendung die Pflege bei den im Gesetz definierten täglich wiederkehrenden Verrichtungen beeinflusst wird. Im Laufe der Begutachtung ist zu prüfen, ob durch den Hilfsmittleinsatz der Hilfebedarf beeinflusst oder kompensiert wird (Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formularegutachtens). Kann durch Schulung/Training des Hilfsmittelgebrauchs dieser pflegerelevant verbessert werden, hat der Gutachter dies im individuellen Pflegeplan (Punkt 6.5 „Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung“ des Formularegutachtens) anzugeben.

D 1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

Unter diesem Punkt sind alle Pflege- und Betreuungsleistungen, unabhängig von der Kostenträgerschaft, nach Art, Häufigkeit, Zeitpunkt (insbesondere auch nächtliche Hilfeleistungen) und ggf. Dauer stichpunktartig im Freitext zu dokumentieren. Grundlage dafür sind die Angaben der an der Pflege Beteiligten (Antragsteller, Betreuer, Pflegeperson, Pflegekraft). Ebenfalls ist aufzunehmen (s. D 5.1), ob die angegebenen Pflegepersonen, die unter 14 Stunden pro Woche pflegen, weitere Pflegebedürftige versorgen.

Bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V oder Pflege durch Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI sind die Leistungen im Freitext zu dokumentieren. Es sind Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung – ohne Angabe der Pflegezeit – anzugeben. Insbesondere ist anzugeben, ob rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege erfolgt.

Bei Pflege/Betreuung durch Angehörige/Bekannte (Pflegeperson/-en) ist die dargestellte Versorgungssituation stichpunktartig im Freitext zu dokumentieren. Die Selbsteinschätzung des zeitlichen Pflegeaufwands ist in Stunden pro Woche (codiert in den Stufen „unter 14 Stunden“, „14 bis unter 21 Stunden“, „21 bis unter 28 Stunden“ und „28 Stunden und mehr“) in der Tabelle mit Angabe des Namens, der Anschrift, möglichst auch der Telefonnummer und des Geburtsdatums anzugeben. Die gutachterliche Wertung der Angaben in Abgleich mit

dem Hilfebedarf erfolgt unter Punkt 5.1 „Stimmt der unter 1.4 von Pflegepersonen angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?“ des Formulargutachtens.

Des Weiteren ist unter „Betreuung durch sonstige Einrichtungen“ anzugeben, ob und ggf. für welche Zeit eine Pflege/Betreuung in tagesstrukturierenden Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) stattfindet.

Abschließend ist anzugeben, ob der Antragsteller allein lebt. Wenn „nein“ ist zusätzlich zu klären, ob er in einer ambulant betreuten Wohngruppe lebt. Für die Feststellung, ob der Antragsteller in einer ambulant betreuten Wohngruppe lebt, ist nur auf die Angaben des Antragstellers abzustellen. Dafür ist zu erfassen, ob der Versicherte nach eigenen Angaben in einer ambulanten Wohngruppe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen (mindestens Pflegestufe I) nach § 38a SGB XI lebt.

Werden „freiheitsentziehende“ (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren) geschildert, sind diese zu dokumentieren. Sofern die Maßnahmen aus dem Wunsch einsichtsfähiger Antragsteller nach Sicherung (z. B. Bettgitter, Therapietisch) resultieren, ist dies zu dokumentieren.

D 2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde

Formular-
gutachten

D 2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation

Formular-
gutachten

Der Gutachter hat sich ein umfassendes und genaues Bild von der Wohnsituation des Antragstellers zu machen, zumal sich diese umweltbezogenen Kontextfaktoren fördernd oder hemmend auf den Hilfebedarf auswirken können. Zu dokumentieren sind:

- Lage der Wohnung (Stufen zum Hauseingang, Etage, Fahrstuhl).
- Anzahl der Räume, Stufen oder Treppen in der Wohnung, Erreichbarkeit von Bad/Waschmöglichkeit und Toilette, Erreichbarkeit des Telefons.
- Behindertenadaptierte Verhältnisse oder Erschwernisse (z. B. Türbreite, Schwellen, Art des Bettes, Art der Heizungsanlage).

Die Sicherheit der unmittelbaren Umgebung des Antragstellers (z. B. lose Teppiche, rutschiger Holzboden) ist anzugeben und ggf. unter Punkt 6.7 „Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation“ des Formulargutachtens Empfehlungen auszusprechen.

D 2.2 Fremdbefunde

Formular-
gutachten

Die vorliegenden Befundberichte sind zu prüfen und auszuwerten, ob sie bedeutsame Angaben über

- die pflegeverursachenden Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten,
- noch vorhandene Ressourcen sowie
- die Art und den Umfang des Pflegebedarfs

enthalten.

Hierzu sind im Begutachtungsverfahren vorgelegte Berichte zu berücksichtigen, wie

- Pflegedokumentationen,
- Krankenhaus-, Rehabilitations- und Arztberichte (insbesondere des Hausarztes oder des behandelnden Facharztes),
- Berichte z. B. von Werkstätten für behinderte Menschen und von Therapeuten,
- Pflegeberichte (z. B. Überleitungsberichte von ambulanten und stationären Einrichtungen),
- bereits vorliegende sozialmedizinische Gutachten (z. B. zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit, Rehabilitationsgutachten).

Ergeben sich aus den Fremdbefunden Hinweise auf „freiheitsentziehende“ (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren), ist dies hier zu dokumentieren. In stationären Pflegeeinrichtungen werden solche Maßnahmen dokumentiert; es ist eine Genehmigung des Betreuungsgerichts erforderlich, wenn solche Maßnahmen regelmäßig für unverzichtbar gehalten werden. Sofern die Maßnahmen aus dem Wunsch einsichtsfähiger Antragsteller nach Sicherung (z. B. Bettgitter, Therapietisch) resultieren, muss sich dies aus der Pflegedokumentation ergeben und ist hier zu dokumentieren.

D 2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)

Nach Darstellung der wesentlichen aktuellen Probleme in der Selbstversorgung sind Beginn und Verlauf der Krankheiten/Behinderungen im Überblick zu schildern, die ursächlich für die bestehende Hilfebedürftigkeit sind. Der Gutachter soll hier die pflegebegründenden Krankheiten/Behinderungen zuerst darstellen und weitere, die sich nur gering oder unbedeutend auf die Hilfebedürftigkeit auswirkende Krankheiten/Behinderungen erst danach nennen. **Das alleinige Aufzählen von Diagnosen ist nicht ausreichend.**

Vorerkrankungen, die sich nicht auf die Hilfebedürftigkeit auswirken, sollen nur angegeben werden, wenn sie für die Gesamteinschätzung der Situation, z. B. bei den Rehabilitationsmöglichkeiten, von Bedeutung sind.

Sofern innerhalb der letzten vier Jahre eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation stattgefunden hat bzw. stattfindet, ist dies vom Gutachter unter genauer Angabe der Rehabilitationsform (ambulant, mobil, stationär) und nach Möglichkeit unter Angabe der Art (geriatrisch bzw. indikationsspezifisch) zu benennen

(Rehabilitationsleistungen im letzten Jahr vor der Begutachtung sind gesondert auszuweisen). Der subjektive Erfolg abgeschlossener Leistungen der medizinischen Rehabilitation ist zu dokumentieren.

Eventuell vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf (Pflegetagebuch/Pflegedokumentation, Anfallskalender, Entwicklungsbericht für Rehabilitationsträger) sind zu berücksichtigen.

Bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen reicht ein Verweis auf das Vorgutachten nicht aus. Eine Zusammenfassung der Vorgeschichte und die Erhebung der ausführlichen Zwischenanamnese sind zu dokumentieren. Es ist darzulegen, worauf Veränderungen des Hilfebedarfs zurückgeführt werden. In stationären Pflegeeinrichtungen ist in diesem Kontext auch anzugeben, ob der Pflegebedürftige an zusätzlichen aktivierenden oder rehabilitativen Maßnahmen der Einrichtung teilgenommen hat.

Bei der Begutachtung von Kindern sind bei Erhebung der Anamnese auch Aussagen zu Schwangerschaft, Geburtsverlauf, wenn möglich zu Apgar-Werten (gelbes Vorsorgeheft) und frühkindlicher Entwicklung zu machen, soweit die Schädigung(en) aus dieser Zeit resultieren.

D 3 Gutachterlicher Befund

Formular-
gutachten

D 3.1 Allgemeinzustand/Befund

Hier sollen vom Gutachter offensichtliche Elementarbefunde wiedergegeben werden, die durch einfache Untersuchung und Inaugenscheinnahme des Antragstellers mit „den fünf Sinnen“ ohne apparativen Aufwand erhalten werden können, um ein nachvollziehbares Bild des Antragstellers und seines Pflegezustandes und nicht nur eine Summe von Einzelbefunden zu erhalten.

Hier ist auch festzuhalten, wie der Antragsteller beim Hausbesuch angetroffen wurde (z. B. selbst die Tür öffnend, im Bett liegend, vollständig bekleidet) einschließlich erster Eindrücke über Interaktion bei der Kontaktaufnahme. Hier sind auch eventuell freiheitsentziehende (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren) zu beschreiben, die der Gutachter feststellt.

Aussagen zum Ernährungs- (Größe, Gewicht), Kräfte- (z. B. Händedruck, Gangbild) und Pflegezustand (z. B. Haare, Nägel, Kleidung, Wohnumfeld) sind zu dokumentieren, ggf. vorliegende Bettlägerigkeit ist anzugeben. Befunde wie Zyanose, Dyspnoe und Oedeme können auch schon hier erwähnt werden.

Kinder

Es ist der globale Entwicklungsstand – wie er vom Gutachter durch eigene Beobachtung und Befragung der Eltern festgestellt wurde – darzustellen. Hierzu gehören auch Angaben zu Größe und Gewicht, die unter Berücksichtigung der Aktualität dem gelben Vorsorgeheft entnommen werden können.

Erwähnt werden kann hier das Verhalten des Kindes, das der Gutachter schon während des Gesprächs mit den Eltern beobachten kann (z. B. Antriebsarmut, psychomotorische Unruhe, Erregbarkeit).

D 3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche

Formular-
gutachten

Die Angaben des Antragstellers und/oder seiner Bezugsperson zum Hilfebedarf, die Vorgeschichte sowie Art und Ausmaß der Krankheit/Behinderung bestimmen den notwendigen Untersuchungsumfang. Vorliegende Befundberichte sind zu berücksichtigen. Der Gutachter muss sich über die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen des Antragstellers selbst ein Bild machen.

Die Aufzählung von Diagnosen ist nicht angebracht, da damit Schädigungen und insbesondere Beeinträchtigungen der Aktivitäten und noch vorhandene Ressourcen nicht abgebildet werden können. Die Befunderhebung deckt Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen auf.

Eine Schädigung ist charakterisiert durch einen beliebigen Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion. Sie ist unabhängig von der Ätiologie und umfasst die Existenz oder das Auftreten einer Anomalie, eines Defektes oder Verlustes eines Gliedes, Organs, Gewebes oder einer anderen Körperstruktur, auch eines Defektes in einem funktionellen System oder Mechanismus des Körpers einschließlich des Systems der geistigen Funktionen.

Eine Beeinträchtigung der Aktivitäten ist Folge einer Schädigung und stellt jede Einschränkung oder jeden Verlust der Fähigkeit, Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als normal angesehen werden kann, dar. Sie betrifft komplexe oder integrierte Aktivitäten, wie sie von einer Person oder dem Körper als Ganzem erwartet werden und wie sie sich als Aufgabe, Fähigkeit und Verhaltensweise darstellt. Die Beeinträchtigung der Aktivitäten stellt eine Normabweichung dar, die sich in der Leistung der Person, im Gegensatz zu der des Organs oder des Organismus, ausdrückt.

Ressourcen sind vorhandene Fähigkeiten, Kräfte und Möglichkeiten, die einem kranken, behinderten oder alten Menschen helfen, sein Leben und seine Krankheit oder Behinderung zu bewältigen. Ressourcen sollen bei der Pflege erkannt und gefördert werden, um die Selbständigkeit so lange und so weit wie möglich zu erhalten.

Die im Rahmen der Begutachtung feststellbaren Schädigungen in den einzelnen Organsystemen sind prägnant nach Art, Lokalisation und Grad ihrer Ausprägung zu dokumentieren.

Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten soll auf einer Prüfung der vorhandenen Funktionen basieren, dabei sollte der zu untersuchende Antragsteller alle geeigneten zur Verfügung stehenden Hilfsmittel nutzen können. Ihre Verwendung ist durch den Gutachter bei der jeweiligen Funktionsprüfung in ihrer Auswirkung mit zu beschreiben. Sollten zusätzlich personelle Hilfen erforderlich sein, so ist dies gleichfalls zu vermerken. Im Rahmen der Begutachtung im ambulanten Bereich sollte der Gutachter gemeinsam mit dem zu untersuchenden Antragsteller alle Räume aufsuchen, in denen regelmäßig grundpflegerische Verrichtungen durchgeführt werden. Hierzu gehört auch das Treppensteigen, wenn die vom Antragsteller genutzten Räumlichkeiten durch Treppen miteinander verbunden sind.

Die in diesem Zusammenhang festgestellten Ressourcen sind ebenso zu dokumentieren.

Wenn Untersuchungen nicht durchgeführt werden können, z. B. bei ausgeprägten Schmerzzuständen oder bei schweren psychischen Störungen, hat der Gutachter dies zu dokumentieren und ggf. zu begründen.

Bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen müssen diese Befunde die Beurteilung des Erfolgs von Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen ermöglichen. Falls sich hieraus ein veränderter Hilfebedarf ergibt, dienen diese Befunde als Beleg für die Begründung einer veränderten Pflegeeinstufung.

Aus diesem Vorgehen ergibt sich für den Gutachter ein positives/negatives Leistungsbild des Antragstellers hinsichtlich dessen Hilfebedarfs, der unter Punkt 4 nach Art und Umfang zu bewerten ist.

Bei Vorliegen von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung muss das Screening- und ggf. Assessment-Verfahren durchgeführt werden (siehe Punkt D 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“).

Unabhängig von ihrer Ursache sind alle pflegerelevanten Schädigungen zu beschreiben, die Auswirkungen auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane, das Nervensystem und die Psyche haben.

Schädigungen am Stütz- und Bewegungsapparat sind z. B.

- Verlust von Gliedmaßen/Kontrakturen/Gelenkfehlstellungen/Paresen (schlaff/spastisch),
- Bewegungsstörungen wie z. B. Athetosen/Akinesien/Gleichgewichtsstörungen/Sensibilitätsstörungen/Tremor.

Schädigungen an den inneren Organen sind z. B.

- Schädigung der Herzkreislauf- und Atmungsfunktion (z. B. Zyanose/Luftnot in Ruhe oder unter Belastung/Oedeme/Herzrhythmusstörungen/Brustschmerz/Husten/Auswurf),
- Schädigung der Magen-Darm-Funktion (z. B. Übelkeit/Erbrechen/Verstopfung/Durchfall/Darminkontinenz/Schluckstörungen/Störungen der Nahrungsverwertung),
- Schädigung der Harnausscheidungsfunktion (z. B. Miktionstörung/Inkontinenz).

Auch Hautveränderungen sind hier zu beschreiben wie z. B. Dekubital- und/oder andere Ulcera (Lokalisation, Größe und Wundbeschaffenheit), Pergamenthaut.

Schädigungen an den Sinnesorganen sind z. B.

- Sehkraftminderung/Blindheit,
- Schwerhörigkeit/Taubheit.

Neurologische Schädigungen fallen häufig bereits bei der Untersuchung des Stütz- und Bewegungsapparates auf, z. B. Bewegungsstörungen, Tremor, Paresen sowie Veränderungen der Stamm- und Extremitätenmuskulatur.

Daneben sollte der Gutachter aber auch beurteilen, ob Hirnwerkzeugstörungen (z. B. Aphasie, Apraxie, Agnosie, Neglect) vorliegen. Grundlage der Beschreibung der Schädigungen bildet der psychopathologische Befund (siehe Anlage 4), ggf. ergänzt durch Elemente aus psychometrischen Testverfahren (z. B. MMSE, FTDD, DemTect).

Psychische Störungen zeigen sich in

- Störung des quantitativen Bewusstseins (z. B. Somnolenz, Sopor, Präkoma, Koma) und des qualitativen (z. B. Bewusstseinsengung, Bewusstseinsverschieben),
- Störung der Perzeption und Aufmerksamkeit (z. B. gestörte Fähigkeit zur Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen oder mehrere bestimmte Gegenstände/Themen),
- Störung des Erinnerungsvermögens (z. B. Merkfähigkeit-, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Konfabulation),
- Störung der emotionalen Funktion und Willensfunktion (z. B. depressive Stimmung, Angst, Insuffizienzgefühle, Euphorie, Gereiztheit, Antriebslosigkeit, Antriebshemmung, psychomotorische Unruhe, Logorrhoe),
- Störung der Intelligenz (z. B. geistige Behinderung, Störungen von Aufnahme, Speichern und Wiedergabe neuer Gedächtnisinhalte),
- Störung des Denkens (z. B. inhaltliche Denkstörung: Wahnerleben; formale Denkstörung: Beeinträchtigung der Abstraktion, des logischen Denkens; Gedankenflucht),

- Störung des Wahrnehmens (z. B. Halluzinationen),
- Störung der vegetativen Funktionen (z. B. Schlafstörungen, Appetitstörungen).

Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beziehen sich immer auf den ganzen Menschen. Durch eine genaue Befunderhebung sind die sich aus den Schädigungen ergebenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Verrichtungen des täglichen Lebens aufzuzeigen. Es ist zu prüfen, inwieweit der Antragsteller selber Angaben machen kann, ob er sich in seiner Wohnung zurecht findet, ob er Aufforderungen erfassen und umsetzen kann. Hilfreich ist es, den Antragsteller den Tagesablauf schildern zu lassen und sich einzelne Verrichtungen exemplarisch demonstrieren zu lassen.

Um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen im Einzelnen abzubilden, hat der Gutachter z. B. Bewegungsmöglichkeiten der Arme und Beine (grobe Kraft, Nacken- und Schürzengriff, Pinzettengriff, Greiffunktion), Hals- und Rumpfbewegungen (Vorbeugen im Stehen, im Sitzen), Umlagerung, Gehen, Stehen, Treppensteigen darzustellen. Insbesondere ist anzugeben, ob und inwieweit durch vorhandene Hilfs-/Pflegehilfsmittel (z. B. Einsatz von Greif- und Gehhilfen, Rollator, Rollstuhl, Prothese) oder andere technische Hilfen die Beeinträchtigung einer Aktivität ausgeglichen wird.

Obwohl als Hinweis für das Vorliegen einer Darm- und/oder Blaseninkontinenz zum Zeitpunkt der Untersuchung oft nur indirekte Anzeichen festzustellen sind, ist hierauf wegen der großen Bedeutung für den Pflegebedarf besonders einzugehen. Bei der Beschreibung sind ggf. zum Einsatz kommende Hilfsmittel (z. B. Stomaartikel/Blasenkatheter /Inkontinenzprodukte) zu benennen. Bei Verwendung von PEG-/Magensonden ist auch Nahrungsart, Menge und Applikationsform aufzuführen. Ebenso sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beim Lesen, Erkennen von Personen, Umrissen oder kleinen Gegenständen, bei der Orientierung in der Wohnung, der Reaktion auf Geräusche, der Verständigung im Gespräch aufzuzeigen (z. B. Einsatz von Brille, Hörgerät, Kommunikationshilfen).

Die Beschreibung der Beeinträchtigung der Aktivitäten und Ressourcen hat sich auch auf folgende Bereiche zu erstrecken:

Orientierung

Orientierung beschreibt das Bescheid wissen über Ort, Zeit, Situation und Person.

- Örtliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit seinen Aufenthaltsort zu kennen und sich im eigenen Bewegungsradius zurecht zu finden. Eine leichte Orientierungsstörung liegt vor, wenn der Ortsname nur mit Mühe genannt werden kann, schwer ist die Störung, wenn die Orientierung in der Wohnung nicht mehr gelingt.
- Zeitliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit, Tag und Uhrzeit zu kennen und entsprechend den Tagesablauf strukturieren zu können. Das Nichtwissen des

Kalendertages kann nicht generell als zeitliche Orientierungsstörung beurteilt werden, allerdings muss die Tageszeit gewusst werden.

- Situative Orientierung beinhaltet das Verständnis für die derzeitige Lebenslage. Gemeint ist damit nicht nur das Wissen, sich als Antragsteller in einer Begutachtung zu befinden, sondern auch das Wissen um die Hintergründe, die zur Begutachtung geführt haben.
- Personelle Orientierung beinhaltet das Wissen über die aktuelle persönliche als auch lebensgeschichtliche Situation und die individuelle Beziehung zu den Kontaktpersonen. Eine schwere Störung liegt vor, wenn weder der Name, noch der Geburtstag, noch das Alter angegeben werden können.

Antrieb/Beschäftigung

Hierzu gehört die geistige Fähigkeit, geprägt durch Erlebnisse und Gewohnheiten, seine Zeit sinnvoll einzuteilen, sich entsprechend zu beschäftigen und seine Aktivitäten von sich aus aufzunehmen und an seine körperlichen Fähigkeiten anzupassen.

Stimmung

Die Stimmung drückt das Empfinden und die Steuerung von Emotionen wie z. B. Freude, Trauer, Hass aus. Die Beurteilung affektiver Störungen (Störungen der Gefühle, Stimmungen, Emotionalität) führt immer wieder zu besonderen Schwierigkeiten. Die Grenze zwischen psychopathologischen Auffälligkeiten und gesundem Erleben ist in diesem Bereich besonders unscharf.

Gedächtnis

Hierzu gehört die Fähigkeit, Erlebtes und Erlerntes behalten und wiedergeben zu können. Im Langzeitgedächtnis sind biografische und anamnestische Angaben gespeichert. Das Kurzzeitgedächtnis umfasst die Merkfähigkeit, d. h. die Speicherung neu gelernter Inhalte für einige Minuten. Seine Störung hat insbesondere Auswirkungen im täglichen Ablauf, somit beeinflusst das Kurzzeitgedächtnis entscheidend das Pflegegeschehen, diesbezügliche Störungen lassen sich mit einfachen Tests feststellen.

Tag-/Nachtrhythmus

Hierzu gehört die Fähigkeit, einen regelmäßigen und altersentsprechenden Rhythmus sowie die Art und Weise von Wachen, Ruhen und Schlafen zu gestalten und aufrecht zu erhalten, wie z. B. der Umgang mit Schlafstörungen, auch nach nächtlichen Unterbrechungen durch Nykturie oder das Einplanen notwendiger Ruhepausen tagsüber.

Wahrnehmung und Denken

Hierzu gehört die Fähigkeit, Informationen aus der Umgebung aufnehmen und einordnen zu können, logische Folgerungen zu schließen und begründete Entscheidungen treffen zu können. Dabei spielt das Erkennen von Gefahren und das Einschätzen von Risiken eine wesentliche Rolle. Formale Denkstörungen zeigen sich meistens in der Sprache. Es handelt sich dabei um Veränderungen in der Geschwindigkeit, Kohärenz und Stringenz des Gedankenablaufes.

Kommunikation und Sprache

Hierzu gehört die geistige Fähigkeit zum sinnhaften, interpersonellen Austausch unter Berücksichtigung kultureller Gegebenheiten (ggf. unter Nutzung kommunikativer Hilfsmittel). Wesentlich sind das Verstehen der Bezugsperson (hören, sehen, lesen) und Wünsche und Gedanken äußern zu können (Sprache, Schrift, Gestik, Mimik und Ausdruck von Gefühlen).

Situatives Anpassen

Dies beinhaltet die Fähigkeit, sich auf wechselnde Anforderungen/Situationen einzustellen, wie z. B. Besuch/Alleinsein/Wechsel der Bezugsperson, Änderung des üblichen Tagesablaufes, sich in gegebenen Situationen adäquat verhalten zu können, wie z. B. die Fähigkeit, Wünsche zu äußern, bei Gefahr Hilfe einzuholen, aber auch Ablehnungen deutlich zu machen.

Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen

Hierzu gehört die Fähigkeit, selbstständig soziale Kontakte aufnehmen und aufrecht erhalten zu können und sein Leben verantwortlich innerhalb des gesellschaftlichen Beziehungsgeflechtes zu gestalten. Das bedeutet u. a., Kontakte zu Familie, Nachbarn und Freunden pflegen zu können oder die Geschäftsfähigkeit bezüglich finanzieller und behördlicher Angelegenheiten zu erhalten.

D 3.3 Pflegebegründende Diagnose(n)

Formular-
gutachten

Eine oder zwei Diagnosen, die im Wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen, sind anzugeben und nach ICD-10 zu verschlüsseln. Weitere Diagnosen sollten in der Reihenfolge ihrer Wertigkeit bezüglich des Pflegebedarfs angegeben werden.

Es sollten auch Diagnosen angegeben werden, die keinen Pflegebedarf begründen, jedoch bei eventuellen Therapie- und Rehabilitationsleistungen von Bedeutung sind.

D 3.4 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist generell durchzuführen, wenn demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen vorliegen (zu den insoweit relevanten Erkrankungen siehe D 4.0 / III. / 8 Buchstaben a. bis e.). Bei bereits festgestellter Einschränkung der Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die Empfehlung der Zuordnung zur erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz unverändert weiter besteht. Eine erneute Durchführung des Assessments ist nur erforderlich, wenn insoweit relevante Veränderungen eingetreten sind.

Zunächst erfolgt eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formularegutachtens. Dazu ist in der Tabelle zu „Orientierung“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“, „Gedächtnis“, „Tag-/Nachtrhythmus“, „Wahrnehmung und Denken“, „Kommunikation/Sprache“, „Situatives Anpassen“ und „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“ jeweils eine Bewertung „unauffällig“ oder „auffällig“ abzugeben (Screening). Wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens 6 Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert,

ist das Assessment durchzuführen (siehe Punkt E „Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“).

Ein regelmäßiger und dauerhafter Bedarf an Beaufsichtigung und Betreuung kann auch aus der Unfähigkeit resultieren, körperliche und seelische Gefühle oder Bedürfnisse, wie Schmerzen, Hunger, Durst, Frieren und Schwitzen wahrzunehmen oder zu äußern, z. B. bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz oder im Wachkoma.

Werden Auffälligkeiten dokumentiert, die keinen regelmäßigen und dauerhaften Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies zu begründen.

Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Alltagskompetenz auf Dauer erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkt ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie
- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit „ja“ zu dokumentieren, wenn wegen dieser Störungen

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) und
- regelmäßig besteht.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Die Fragen sind eindeutig mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestic zu erfragen, mit erhobenen Befunden abzugleichen und gutachterlich zu würdigen (siehe Punkt E „Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“).

Die unter Punkt E „Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ genannten Hinweise unter den Bereichen 5, 10, 11 sind so zu verstehen, dass die Beeinträchtigung einer einzelnen Aktivität je nach Ursache nur einem Item zuzuordnen ist. Dies bedeutet aber nicht, dass sich die benannten Bereiche gegenseitig ausschließen.

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach SGB XI liegt vor, wenn im Assessment vom Gutachter wenigstens zweimal „ja“ angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Die Alltagskompetenz ist in erhöhtem Maße eingeschränkt, wenn die Voraussetzungen für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus den Bereichen 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden.

Darüber hinaus ist zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne des § 45a SGB XI erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

D 4 Pflegebedürftigkeit

D 4.0 Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI gelten Antragsteller, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Pflegebedürftigkeit liegt auch dann vor, wenn der Hilfebedarf nur deswegen nicht mindestens 6 Monate lang gegeben ist, weil die zu erwartende Lebensdauer kürzer ist.

Ursachen der Pflegebedürftigkeit müssen demnach Krankheiten oder Behinderungen sein. Die Aufzählung der in Betracht kommenden Krankheits- oder Behinderungsgruppen im Gesetz und in den Richtlinien macht deutlich, dass nichtmedizinische Ursachen nicht ausreichen, um Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes anzunehmen.

Bezüglich der Feststellung der Pflegebedürftigkeit gilt Gleichbehandlung von körperlich und psychisch kranken Menschen sowie geistig und körperlich behinderten Menschen.

Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, **dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der aus der konkreten Schädigung und Beeinträchtigung der Aktivitäten resultierende Hilfebedarf in Bezug auf die gesetzlich definierten Verrichtungen als Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit dient.** Daher begründen z. B. Blindheit oder Taubheit allein noch nicht die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI. Entscheidungen in einem anderen Sozialleistungsbereich über das Vorliegen einer Behinderung oder die Gewährung einer Rente sind kein Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. So sagen die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder der Grad der Behinderung nichts darüber aus, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gegeben sind.

D 4.0 / I Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs

Der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgebliche Hilfebedarf bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI nach Art, Häufigkeit, zeitlichem Umfang und Prognose ergibt sich aus

- der individuellen Ausprägung von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten durch Krankheit oder Behinderung,
- den individuellen Ressourcen,

- der individuellen Lebenssituation (z. B. umweltbezogene Kontextfaktoren wie Wohnverhältnisse, soziales Umfeld),
- der individuellen Pflegesituation (z. B. personenbezogene Kontextfaktoren wie Lebensgewohnheiten)

unter Zugrundelegung der Laienpflege. Es ist ausschließlich auf die Individualität des Antragstellers abzustellen. Die Individualität der Pflegeperson/-en wird nicht berücksichtigt.

Für die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs ist eine **Gesamtbetrachtung** durch den Gutachter notwendig. Dabei werden die erbrachte Hilfeleistung und der individuelle Hilfebedarf ins Verhältnis gesetzt und zusammenfassend bewertet, d. h., es wird ermittelt, ob die erbrachte Hilfeleistung dem individuellen Hilfebedarf entspricht.

Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist der individuelle Hilfebedarf des Antragstellers bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen, orientiert an der tatsächlichen Hilfeleistung im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen. Für die Begutachtung kann also nur das berücksichtigt werden, was medizinisch und pflegerisch notwendig ist und innerhalb des damit vorgegebenen Rahmens liegt:

- Was den Rahmen des Notwendigen übersteigt, kann in der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden (vgl. § 29 Abs. 1 SGB XI). Weder können der von einem Antragsteller geltend gemachte Anspruch auf eine besonders aufwendige pflegerische Betreuung (Wunsch nach übertersorgender Pflege) noch eine tatsächlich über das Maß des Notwendigen hinaus erbrachte Pflege (Übertersorgung) berücksichtigt werden.
- Ebenso wenig entspricht unzureichende Pflege (Unterversorgung) dem Maß des Notwendigen. Soweit die Pflege, ggf. auch auf Wunsch des Antragstellers, tatsächlich unzureichend erbracht wird, hat der Gutachter auf das Maß des Notwendigen abzustellen.

Maßgebend ist die Einschränkung der Fähigkeit, die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen ohne personelle Hilfe vornehmen zu können. Hilfebedarf ist auch dann gegeben, wenn die Verrichtung zwar motorisch ausgeübt, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkannt oder nicht in sinnvolles Handeln umgesetzt werden kann. Gleichrangig maßgebend sind die Unterstützung, die teilweise oder vollständige Übernahme wie auch die Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder die Anleitung zu deren Selbstvornahme.

Der individuelle Hilfebedarf ergibt sich aus den vom Gutachter festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten sowie aus den noch vorhandenen Fähigkeiten (Ressourcen) im Hinblick auf die Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI.

Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung allein begründet keine Pflegebedürftigkeit.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V), der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V), der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) mit Ausnahme der für die Grundpflege notwendigen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, der sozialen Betreuung, der beruflichen und sozialen Eingliederung sowie zur Kommunikation nicht berücksichtigt werden.

Hilfebedarf im Sinne des SGB XI wird verringert oder besteht nicht mehr, wenn der Antragsteller die eingeschränkte oder verlorene Fähigkeit durch Benutzung eines Hilfsmittels oder Verwendung von Gebrauchsgegenständen selbst ausführen kann. Der danach verbleibende personelle Hilfebedarf bestimmt den Umfang der Pflegebedürftigkeit.

Erläuterungen **D 4.0 / II Formen der Hilfeleistung**

Bei den Formen der Hilfe werden die **Unterstützung**, die **teilweise oder vollständige Übernahme** der Verrichtung sowie die **Beaufsichtigung** und **Anleitung** unterschieden. Individuelle Hilfeleistungen können dabei aus einer Kombination einzelner Hilfeformen zusammengesetzt sein oder im Tagesverlauf wechselnde Hilfeformen bedingen. Sie sind dann in ihrer Gesamtheit zu werten. Ziel der Hilfe ist, so weit wie möglich, die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person (aktivierende Pflege, siehe Punkt D 4.0 / III. / 6. „Hilfebedarf und Aktivierende Pflege“).

Unterstützung bedeutet, den Antragsteller durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen in die Lage zu versetzen, eine Verrichtung selbständig durchzuführen. Dazu gehört z. B. beim Gehen die Bereitstellung eines Rollators. Eine Unterstützung z. B. beim Waschen liegt dann vor, wenn eine Person sich zwar selbst waschen kann, aber das Waschwasser bereitgestellt, nach dem Waschen beseitigt oder ein Waschlappen gereicht werden muss. Ein weiteres Beispiel ist das Bereitlegen geeigneter Kleidungsstücke im Rahmen des An- und Auskleidens.

Bei der teilweisen Übernahme werden in Abgrenzung zur Unterstützung unmittelbare personelle Hilfen bei der Durchführung einer Verrichtung berücksichtigt. **Teilweise Übernahme** bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Antragsteller selbst nicht ausführen kann. Eine teilweise Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine personelle Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschens liegt z. B. dann vor, wenn Gesicht und Teile des Körpers selbständig gewaschen werden, für das Waschen der Füße und Beine aber die Hilfe einer Pflegeperson benötigt wird. Auch wenn eine Verrichtung begonnen, aber z. B. wegen Erschöpfung abgebrochen wird, kann eine teilweise Übernahme der Verrichtung notwendig werden. Bei geistig behinderten, geronto-psychiatrisch veränderten oder psychisch kranken Menschen kann eine teilweise Übernahme dann erforderlich werden, wenn der Antragsteller von der eigentlichen Verrichtung wiederholt abschweift oder die Verrichtung trotz Anleitung zu langsam und umständlich ausführt. In einem solchen Fall muss z. B. das Waschen wegen der Gefahr des Auskühlens von der Pflegeperson durch teilweise Übernahme zu Ende gebracht werden.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen ausführt, die der Antragsteller selbst nicht ausführen kann. Eine vollständige Übernahme liegt dann vor, wenn die Pflegeperson die Verrichtung ausführt und der Antragsteller dabei keinen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung leisten kann. Die Hilfeform der vollständigen Übernahme greift erst dann, wenn alle anderen Hilfeformen nicht in Betracht kommen.

Ein Hilfebedarf in Form der Beaufsichtigung und Anleitung ist nur zu berücksichtigen, wenn dieser bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist.

Bei der **Beaufsichtigung** steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund. Z. B. ist Beaufsichtigung beim Rasieren erforderlich, wenn durch unsachgemäße Benutzung der Klinge oder des Stroms eine Selbstgefährdung gegeben ist. Zum anderen kann es um die Kontrolle darüber gehen, ob die betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. Eine Aufsicht, die darin besteht zu überwachen, ob die erforderlichen Verrichtungen des täglichen Lebens überhaupt ausgeführt werden, und lediglich dazu führt, dass gelegentlich zu bestimmten Handlungen aufgefordert werden muss, reicht nicht aus. Nur konkrete Beaufsichtigung, Überwachung und/oder Erledigungskontrollen sind zu berücksichtigen, die die Pflegeperson in zeitlicher und örtlicher Hinsicht in gleicher Weise binden wie bei unmittelbarer personeller Hilfe. Eine allgemeine Beaufsichtigung zählt nicht dazu.

Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Dies kann insbesondere dann erforderlich sein, wenn der Antragsteller trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Antragstellers zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, dass die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI in sinnvoller Weise vom Antragsteller selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),
- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),
- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen beim Antragsteller abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig behinderten Menschen) ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

Hinsichtlich der Relevanz von Beaufsichtigung und Anleitung für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wird auf Punkt D 4.0 / III. / 8. „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen“ verwiesen.

Erläuterungen **D 4.0 / III Ermittlung des Hilfebedarfs**

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 1 Grundsätze**

Unter Punkt 4.1 bis 4.4 „Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaftliche Versorgung“ im Formulgutachten hat der Gutachter eine objektive Bewertung der Situation und des Hilfebedarfs in den einzelnen Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und der hauswirtschaftlichen Versorgung entsprechend den o. g. Kriterien vorzunehmen.

Für die Feststellung einer Pflegestufe nach dem SGB XI ist nur ein dauerhaft bestehender Hilfebedarf (6 Monate) relevant. Entscheidend ist,

- bei wie vielen in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen,
- wie häufig,
- zu welchen verschiedenen Zeiten des Tages (ggf. „rund um die Uhr“) und
- in welchem zeitlichen Umfang für die einzelnen Verrichtungen

ein regelmäßiger Hilfebedarf besteht. Geringfügiger, nicht regelmäßiger oder nur kurzzeitig anfallender Hilfebedarf führt nicht zu einer Anerkennung einer Pflegestufe. Das gilt auch, wenn der Hilfebedarf nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht oder bei schubweise verlaufenden Erkrankungen bzw. Therapien, die einen wechselnden Hilfebedarf (z. B. nur an jedem zweiten Tag) nach sich ziehen können.

Diese Prüfung muss für jede der insgesamt 21 Verrichtungen der Bereiche Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung vorgenommen werden.

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 2 Hilfebedarf auf Dauer**

Der Anspruch nach dem SGB XI setzt einen **auf Dauer**, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, bestehenden Hilfebedarf bei der Ausübung bestimmter Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens voraus. Der Einschub „voraussichtlich für mindestens 6 Monate“ präzisiert den Begriff „auf Dauer“ in mehrfacher Hinsicht. Zum einen wird festgelegt, dass nur Zeiträume von mindestens 6 Monaten die Voraussetzung „auf Dauer“ erfüllen. Zum anderen wird verdeutlicht, dass bereits vor Ablauf von 6 Monaten eine Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit getroffen werden kann, wenn vorhersehbar ist, dass der Zustand der Hilfebedürftigkeit mindestens 6 Monate andauern wird. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn der Hilfebedarf deshalb nicht 6 Monate andauert, weil die verbleibende Lebensspanne voraussichtlich weniger als 6 Monate beträgt.

Bei der Beurteilung der 6-Monatsfrist ist vom Eintritt der Hilfebedürftigkeit und nicht vom Zeitpunkt der Begutachtung auszugehen.

Der Zeitpunkt der Antragstellung hat in diesem Zusammenhang lediglich leistungsrechtliche Auswirkungen und ist für die Bemessung des Zeitraumes „auf Dauer“ nicht maßgebend. Die Festlegung des Leistungsbeginns ist Aufgabe der Pflegekasse.

Lässt sich eine auf Dauer bestehende Pflegebedürftigkeit nicht mit großer Wahrscheinlichkeit prognostizieren, ist der Pflegekasse die Ablehnung des Antrages zu empfehlen; zugleich ist anzugeben, wann voraussichtlich ein neuer Antrag und eine neue Begutachtung sinnvoll sind.

Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe für mindestens 6 Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich der Hilfebedarf z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegestufenrelevant verringert, ist der Pflegekasse mit entsprechender Begründung eine befristete Leistungszusage zu empfehlen (siehe Punkt 5.2 „Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?“).

D 4.0 / III. / 3 Ermittlung von Art und Häufigkeit des regelmäßigen Hilfebedarfs

Erläuterungen

Bei der Bemessung der Häufigkeit des jeweiligen Hilfebedarfs gemäß § 15 Abs. 1 SGB XI für die Verrichtungen des täglichen Lebens ist von den tatsächlichen individuellen Lebensgewohnheiten auszugehen, die der Antragsteller – als personenbezogene Kontextfaktoren – nachvollziehbar in seinem persönlichen Umfeld hat. Es gibt keine anerkannten allgemein gültigen Standards, wie oft man sich z. B. täglich kämmt oder die Zähne putzt. Dennoch gibt es kulturell bedingte und letztlich gesellschaftlich akzeptierte Normen, die die mögliche Bandbreite der Anzahl der einzelnen täglichen Verrichtungen eingrenzen. Entscheidend sind hier also die individuellen Lebensgewohnheiten, wobei allerdings grundlegende Mindesthygieneanforderungen nicht unterschritten werden sollen.

Auch wenn bestimmte gesetzlich festgelegte Verrichtungen des täglichen Lebens nicht täglich anfallen (z. B. das Baden), sind diese zu berücksichtigen soweit sie regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche und auf Dauer für mindestens 6 Monate anfallen.

Eine Versorgung „rund um die Uhr“ liegt vor, wenn konkreter Hilfebedarf aus dem grundpflegerischen Bereich jederzeit gegeben ist und Tag (06.00 Uhr – 22.00 Uhr) und Nacht (22.00 Uhr – 06.00 Uhr) anfällt. Ein nächtlicher Grundpflegebedarf liegt vor, wenn der Hilfebedarf „rund um die Uhr“ zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich regelmäßig mindestens einmal zur Nachtzeit anfällt/ anfallen würde (bei defizitärer Pflege). Der nächtliche Hilfebedarf muss also prinzipiell jeden Tag auftreten; soweit an wenigen einzelnen Tagen im Laufe eines Monats eine solche Hilfe nicht geleistet werden muss, ist dies allerdings unschäd-

lich. Nächtlicher Grundpflegebedarf kann im Rahmen dieser Regel ausnahmsweise auch dann anerkannt werden, wenn in den letzten vier Wochen einmal oder höchstens zweimal in der Woche nächtliche Hilfeleistungen nicht anfielen und Hilfebedarf mindestens in diesem Umfang voraussichtlich auf Dauer bestehen wird. Die ständige Einsatzbereitschaft (Rufbereitschaft) der Pflegeperson/-en reicht allein nicht aus, um einen nächtlichen Grundpflegebedarf im Sinne des SGB XI zu begründen. Eine nur gelegentlich anfallende Hilfe reicht auch dann nicht aus, wenn zusätzlich die ständige Einsatzbereitschaft einer Hilfsperson erforderlich ist. Eine gezielte Verlagerung der Hilfeleistung in die Nacht rechtfertigt nicht die Anerkennung als nächtlicher Hilfebedarf; maßgebend ist der individuell notwendige Grundpflegebedarf des Pflegebedürftigen. Es ist besonders wichtig, dass der Gutachter die diesbezüglichen Angaben auf ihre Plausibilität prüft (z. B. anhand der Pflegedokumentation oder eventuell vorhandener längerfristiger Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf).

Wird ein nächtlicher Grundpflegebedarf festgestellt, so ist dieser unter der Zeile „Nächtlicher Grundpflegebedarf“ unter Punkt 4.3 „Mobilität“ des Formulargutachtens nach Art und Umfang gesondert zu dokumentieren.

Im Falle nächtlicher Sedierung ist bei der gutachterlichen Ermittlung des nächtlichen Hilfebedarfs und dessen Wertung wie folgt zu verfahren:

- a) Bei Sedierung und ausreichender Pflege wird nur die tatsächlich in der Nacht anfallende (erbrachte) Hilfeleistung berücksichtigt, soweit sie notwendig ist.
- b) Geht eine Sedierung mit einem offensichtlichen Defizit in der Grundpflege einher, indem beispielsweise die nächtliche Hilfeleistung beim Einkoten und Einnässen unterbleibt, ist die Pflege als nicht sichergestellt zu kennzeichnen. Ein nächtlicher Hilfebedarf ist in diesen Fällen als gegeben anzusehen und bei der Feststellung der Pflegestufe zu berücksichtigen, auch wenn keine entsprechende Hilfe geleistet wurde. Das pflegerische Defizit ist gesondert zu dokumentieren (siehe Punkt D 4.0 / IV. „Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte“).

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 4 Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regelmäßigen Hilfebedarfs**

Der Gutachter hat den Zeitbedarf in der Grundpflege für die Einzelverrichtungen sowie den Zeitbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung insgesamt anzugeben. Maßstab für die Bemessung des Pflegezeitaufwandes ist die Pflegezeit, die nichtprofessionelle Pflegepersonen im Sinne der Laienpflege benötigen würden. Zur Pflegezeitbemessung dienen die Orientierungswerte (Punkt F „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“ Punkte 4.1 – 4.3). Auch bei der Anwendung der Orientierungswerte bleibt die individuelle Pflegesituation für die Feststellung des zeitlichen Umfangs des Hilfebedarfs maßgeblich. Insbesondere ist zu prüfen, ob die Durchführung der Pflege durch besondere Faktoren wie z. B. verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen beeinflusst ist. Als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche Maßnahmen in Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

- untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder
- objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Ausgangspunkt für die Bewertung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und können deshalb nur dann berücksichtigt werden, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich notwendig sind. Nur dann sind verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerisfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen (zur notwendigen Dokumentation siehe Punkt D 4.3 „Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren“).

Der Zeitaufwand für die Grundpflege einschließlich verrichtungsbezogene(r) krankheitsspezifische(r) Pflegemaßnahmen ist als Summenwert für die jeweilige(n) Verrichtung(en) darzustellen.

Auch die nicht tägliche Hilfeleistung bei den gesetzlich festgelegten Verrichtungen ist bei der Feststellung des Zeitaufwandes zu berücksichtigen (siehe auch Punkt F „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“), soweit diese regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche, und auf Dauer erbracht wird. Der Zeitemfang dieser Hilfeleistung ist auf den Tag umzurechnen und ggf. auf volle Minuten zu runden.

Bei unvermeidbarem zeitgleichem Einsatz zweier Pflegekräfte/Pflegepersonen ist der Zeitaufwand beider Pflegepersonen zu addieren.

Unrealistische, weil nach allgemeiner Lebenserfahrung nicht mehr nachvollziehbare und nicht krankheitsbedingte, Lebensgewohnheiten sind nicht zu berücksichtigen.

Dem Gutachter muss bewusst sein, dass das Gutachten in der Regel aufgrund eines einzigen Hausbesuchs erstellt wird und die Tagesform des Antragstellers den aktuellen Hilfebedarf beeinflussen kann. **Bei Personen mit wechselnden Hilfeleistungen ist der durchschnittliche zeitliche Hilfebedarf über einen längeren Zeitraum zu berücksichtigen** (Hinweise aus Pflegedokumentation, Pflegetagebuch, Angaben der Pflegeperson). Alle vorhandenen Unterlagen einschließlich der Angaben des Antragstellers und der Pflegeperson bzw. der Pflegeeinrichtung oder der behandelnden Ärzte sind, insbesondere bei psychisch kranken Menschen mit wechselnden Tagesformen, neben den selbsterhobenen Befunden zur Ermittlung des tatsächlichen Hilfebedarfs einzubeziehen. Auf Abweichungen zwischen dem Pflegeumfang, der z. B. in einem Pflegetagebuch dargestellt ist, und dem festgestellten Hilfebedarf ist im Formulargutachten einzugehen.

Auch die Notwendigkeit eines zusätzlichen Hausbesuchs durch einen Fachgutachter anderer Profession (Arzt/Pflegefachkraft/Facharzt) ist ggf. zu prüfen.

Bei dem gutachterlich festzustellenden Zeitaufwand für die einzelnen Hilfeleistungen sind immer die im Einzelfall gegebenen Verhältnisse zu überprüfen. Der Zeitaufwand wird auch mitbestimmt durch den Einsatz von Hilfsmitteln, Pflegehilfsmitteln, technischen Hilfen oder durch bauliche Besonderheiten, die im Einzelfall zu beschreiben sind (siehe Punkt D 1.3 „Hilfsmittel/Nutzung“).

Der Zeitaufwand für die jeweilige Verrichtung ist pro Tag, gerundet auf volle Minuten anzugeben. Dabei erfolgt die Rundung nur im Zusammenhang mit der Ermittlung des Gesamtzeitaufwands pro Tag und nicht für jede Hilfeleistung, deren Zeitaufwand weniger als eine Minute beträgt (z. B. Schließen des Hosenknotens nach dem Toilettengang 6 mal täglich zusammen 1 Minute).

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 5 Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs**

Solche Besonderheiten ergeben sich dann, wenn der Antragsteller

- zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht (mehr) über eine eigene Wohnung verfügt. Dies wird häufig bei der Begutachtung in stationären Einrichtungen der Fall sein. In diesen Fällen ist nicht, wie im ambulanten Bereich, für die Bemessung des Zeitaufwandes für den festgestellten Hilfebedarf vom tatsächlichen Wohnumfeld, sondern von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen (siehe Punkt C 2.4 „Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz“). Hinsichtlich der Erfassung von Art und Häufigkeit des Hilfebedarfs bei den einzelnen Verrichtungen sind die tatsächlichen Verhältnisse maßgebend.
- professionell gepflegt wird. In diesen Fällen ist bei der Ermittlung des Hilfebedarfs für die jeweiligen Verrichtungen der zeitliche Umfang der Laienpflege zugrunde zu legen.

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 6 Hilfebedarf und Aktivierende Pflege**

Unter der aktivierenden Pflege ist eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Menschen fördert (ressourcenorientierte Selbstpflege). Sie berücksichtigt die Ressourcen des zu Pflegenden, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine bestimmte Haltung der in der Pflege Tätigen voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen und Hinkehr zur biografiegeleiteten, bedürfnisorientierten Pflege. Sie hat einen nachvollziehbaren Pflegeprozess zur Voraussetzung, der sich in der Pflegedokumentation widerspiegeln muss.

Die aktivierende Pflege soll dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben

- vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch behinderte Menschen, psychisch kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Art, Häufigkeit und Dauer des Hilfebedarfs sind abhängig von der individuellen Situation. Im Rahmen der aktivierenden Pflege kann die Anleitung und teilweise Übernahme einen höheren Zeitbedarf beanspruchen als die vollständige Übernahme.

Bei der Pflege durch Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen. Wird nicht aktivierend gepflegt, ist dies unter Punkt 6.7 „Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation“ des Formulargutachtens zu dokumentieren. Entsprechende Empfehlungen sind abzugeben.

D 4.0 / III. / 7 Hilfebedarf und Rehabilitation, Prävention und Einsatz von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln

Erläuterungen

Bei bestehendem Rehabilitationspotenzial des Antragstellers ist

- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bzw. die Anerkennung einer höheren Pflegestufe bei einem – im Zeitpunkt der Begutachtung festgestellten – erheblichen oder höheren Hilfebedarf zu verneinen, wenn die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe als Folge geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten nicht mehr vorliegen.
- der Pflegekasse diejenige Pflegestufe zu empfehlen, deren Voraussetzungen nach Abschluss geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussichtlich auf Dauer bestehen bleiben werden.

Mögliche Verbesserungen durch Prävention oder durch Einsatz von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln sind bei der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit nur zu berücksichtigen, wenn die Veränderung des Hilfebedarfs auf Dauer (mindestens 6 Monate) mit hoher Wahrscheinlichkeit bestehen bleiben wird. Ist diese Veränderung nur möglich oder wahrscheinlich, ist der ggf. resultierende neue Hilfebedarf im Rahmen einer späteren Wiederholungsbegutachtung festzustellen. Hierzu sind vom Gutachter unter Punkt 8 „Prognose/Wiederholungsbegutachtung“ des Formulargutachtens entsprechende Hinweise zu geben.

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 8 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen**

Bei der Begutachtung von psychisch kranken Menschen oder geistig behinderten Menschen können – jeweils spezifisch – eine Reihe von Besonderheiten auftreten in Bezug auf:

- die Krankheitsbilder,
- den daraus resultierenden Hilfebedarf,
- die Vorbereitung der Begutachtung,
- die Begutachtungssituation.

Als Grundlage zur Beschreibung der Krankheitsbilder dient der psychopathologische Befund (siehe Anlage 4).

Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen sind zwar noch in der Lage, die Verrichtungen des täglichen Lebens ganz oder teilweise motorisch auszuführen, aufgrund der Einschränkung beim Planen und Organisieren oder z. B. der fehlenden Krankheitseinsicht ist jedoch die Fähigkeit verloren gegangen, die Verrichtungen ohne die Hilfe einer weiteren Person durchzuführen.

In anderen Fällen werden die Verrichtungen des täglichen Lebens zwar begonnen, jedoch nicht zielgerichtet zu Ende geführt. Die Verrichtungen werden dann abgebrochen und entweder nicht oder erst nach Unterbrechung(en) beendet. Wiederum andere Menschen können die Verrichtungen zwar erledigen, gefährden sich jedoch hierbei im Umgang mit alltäglichen Gefahrenquellen, indem z. B. vergessen wird, den Herd oder fließendes Wasser abzustellen.

Für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen sind die Hilfeleistungen Beaufsichtigung und Anleitung von besonderer Bedeutung.

Bei der Beaufsichtigung zur Abwehr von Selbst- oder Fremdgefährdung sind tatsächlich notwendige Hilfeleistungen bei den Verrichtungen im Sinne von § 14 Abs. 4 SGB XI in sehr unterschiedlichem Umfang erforderlich. So wird bei einem leichteren Krankheitsverlauf nur in größeren Zeitabständen (Monate und Wochen) eine Hilfeleistung benötigt, bei schwer kranken Menschen (z. B. bei unruhigen demenzkranken Menschen mit gestörtem Tag-/ Nachtrhythmus) sind hingegen unter Umständen rund-um-die-Uhr Hilfeleistungen erforderlich.

Die Anleitung hat zum Ziel, die Erledigung der täglich wiederkehrenden Verrichtungen durch den Pflegebedürftigen selbst sicherzustellen. Aufgabe der Pflegeperson ist es, im individuell notwendigen Umfang zur Erledigung der Verrichtungen anzuhalten. Wie bei anderen Hilfeleistungen auch, kann der mit der Anleitung verbundene Aufwand sehr unterschiedlich sein. Er kann von der Anforderung mit Erledigungskontrolle bis hin zur ständig notwendigen Anwesenheit der Pflegeperson reichen, um auch kleinste Einzelhandlungen oder den ganzen Vorgang lenken oder demonstrieren zu können. Bei leichteren Erkran-

kungen genügt z. B. die Aufforderung zur Einnahme einer Mahlzeit mit anschließender Erledigungskontrolle, bei schweren Erkrankungen hingegen muss bei jedem einzelnen Bissen dazu aufgefordert werden, Nahrung vom Teller aufzunehmen, die Gabel zum Mund zu nehmen und zu kauen. Bei unruhigen Menschen ist es Aufgabe der Pflegeperson, eine oder mehrere Unterbrechungen der alltäglichen Verrichtungen so kurz wie möglich zu halten und zur zielgerichteten Beendigung anzuleiten.

Die Krankheitsbilder und der daraus resultierende Hilfebedarf:

Erläuterungen

D 4.0 / III. / 8. / a Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (Demenzen und organische Psychosen) ICD-10 F 0

Demenzkranke Menschen sind die weitaus größte Gruppe aller psychisch erkrankten Menschen mit langfristigem Pflegebedarf.

Bei den Demenzerkrankungen (F00 bis F03) handelt es sich um eine erworbene Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Die Demenzkriterien nach ICD-10 sind:

- Nachweisbare Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (Gedächtnisstörungen, die der Betroffene selbst, seine Umgebung oder sein Arzt bemerkt),
- Vorhandensein mindestens eines der folgenden Merkmale:
 - Beeinträchtigung des abstrakten Denkens (der Betroffene kann keine größeren Zusammenhänge mehr herstellen)
 - Beeinträchtigung der Kritik- und Urteilsfähigkeit
 - Störung neuropsychologischer Funktionen (Aphasie, Apraxie, andere neuropsychologische Ausfälle)
 - Persönlichkeitsveränderungen (Zuspitzung bisheriger Persönlichkeitszüge – z. B. „Sparsamkeit wird zum Geiz“),
- die Störungen müssen so schwer sein, dass Arbeit, soziales Miteinander und persönliche Beziehung darunter leiden,
- entweder Nachweis eines spezifischen organischen Faktors, der die Demenz erklärt oder Ausschluss einer depressiven Erkrankung,
- Dauer der Störung von mindestens 6 Monaten,
- die Störung darf nicht während eines Delirs oder einer Bewusstseinsstörung auftreten.

Nicht-kognitive Störungen (z. B. Wahn, Halluzinationen, psychomotorische Unruhe, affektive Störungen, Verhaltensstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) sind für die Pflegesituation genauso erheblich wie die kognitiven Störungen. Beaufsichtigung und Anleitung haben deshalb eine zentrale Bedeutung. Einzel Fertigkeiten sind zwar spezifisch zu trainieren, um eine Progredienz zu verhindern, ohne dass sich der globale Zustand ändert. Die Antragsteller können, zumal in vertrauter Umgebung, bei der Kontaktaufnahme zunächst orientiert und unauffällig wirken, so dass die Einschränkungen der seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit nicht deutlich werden („erhaltende Fassade“). Hier kann gezieltes Befragen, z. B. zur Krankheitsvorgeschichte und aktuellen Lebenssituation, dennoch Defizite aufzeigen. Bei demenzkranken Menschen können Schwankungen im Tagesverlauf auftreten. Einige psychisch kranke Menschen sind tagsüber nur relativ leicht gestört, während sie am späten Nachmittag, abends und nachts unruhig und verwirrt werden (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht rhythmus). Aufgrund des gestörten Tag-/Nacht rhythmus sind der Zeitpunkt und das Ausmaß der Pflege häufig nur eingeschränkt vorhersehbar. Dies gilt insbesondere für den nächtlichen Hilfebedarf. Beaufsichtigung und Anleitung beim Aufstehen, Waschen und Ankleiden zur Förderung noch vorhandener Ressourcen, vor allem aber zur Sicherung eines effektiven Ergebnisses dieser Verrichtungen sind erforderlich.

Stehen z. B. depressive Verstimmungen oder Situationsverkennung im Vordergrund der aktuellen Befindlichkeit, so muss zeitaufwendige und qualifizierte Umstimmungs- und Motivationsarbeit geleistet werden, um eine Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens auf Dauer zu gewährleisten oder auch durch Deeskalation überhaupt durchführbar zu machen.

Wegen der eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit sind die Betroffenen nicht immer in der Lage (gültige) verlässliche Angaben zu ihrer Pflegesituation zu machen; deshalb sind ergänzend die Angaben von Angehörigen und Pflegenden sowie die Einsicht in die Pflegedokumentation immer notwendig.

Hirnfunktionsstörungen können darüber hinaus auch primär als Folge einer Krankheit, Verletzung oder Störung des Gehirns auftreten oder sekundär als Folge von systemischen Erkrankungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen (F06-F09). Dies betrifft u.a. hypoxische Hirnschädigungen, Schädelhirntraumen, Hirntumore oder Hirnmetastasen mit mehr oder weniger ausgeprägten Bewusstseinsstörungen.

D 4.0 / III. / 8. / b Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Abhängigkeitserkrankungen) ICD-10 F 1

Erläuterungen

Bei den Abhängigkeitserkrankungen sind das Korsakow-Syndrom und die Korsakow-Psychose die Gruppen, die zu längerfristigem Pflegebedarf führen können.

Leitsymptome sind Störungen des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (mit Konfabulationen), der Konzentrationsfähigkeit und der Orientierung. Häufig bestehen ausgedehnte Symptome einer Polyneuropathie mit Reflexabschwächung, Muskelatrophien, trophischen Veränderungen, Gefühls- und Gangstörungen, sowie chronische Augenmuskel- und Pupillenstörungen mit Nystagmus. Aufgrund der schweren Störung der Kritik- und Urteilsfähigkeit sind die Betroffenen nicht in der Lage ihre Situation adäquat einzuschätzen. Sie sind dann schnell gereizt und versuchen ihre Defizite zu dissimulieren. Beaufsichtigung und Anleitung beim Aufstehen, Waschen und Ankleiden zur Förderung noch vorhandener Ressourcen, vor allem aber zur Sicherung eines effektiven Ergebnisses dieser Verrichtungen sind erforderlich. Die Gewährleistung einer regelmäßigen und ausgewogenen Nahrungsaufnahme erfordert oft einen erheblichen zeitlichen Aufwand.

D 4.0 / III. / 8. / c Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (Schizophrene Psychosen) ICD-10 F 2

Erläuterungen

Bei Personen mit Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises ist häufig eine chronifizierte therapeutisch oft nur schwer zu beeinflussende sog. Minussymptomatik pflegebegründend. Symptomatologisch sind u. a. Denkstörungen, chronisches Wahnerleben, verarmte Gefühlswelt, Ambivalenz, Mangel an Spontaneität, autistische Züge und Antriebsschwäche sowie fehlendes Krankheitsgefühl, fehlende Krankheitseinsicht und Störung der Kritik- und Urteilsfähigkeit am häufigsten pflegebegründend. Die Betroffenen können sich dann nicht mehr ausreichend selbst versorgen und sehen teilweise die Notwendigkeit der Verrichtungen selbst nicht. Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit beim Aufstehen, Waschen, Ankleiden, bei regelmäßiger Nahrungsaufnahme und anderen Verrichtungen erfordern oft einen erheblichen zeitlichen Aufwand.

Psychosekranken Menschen können situationsabhängig und unter Umständen auch in der Begutachtungssituation wenig auffällig wirken. Auch hier ist die Befragung der Angehörigen oder anderer Pflegepersonen sehr wichtig.

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 8. / d Affektive Störungen ICD-10 F 3**

Bei Personen mit affektiven Störungen können vor allem chronifizierte Verläufe mit schwerer depressiver Verstimmung und hochgradigem Antriebsmangel pflegebegründend sein. Wahnsymptome unterschiedlichster Qualität (Schuld-, Verarmungs-, hypochondrischer Wahn) können dabei vorkommen. Die Betroffenen können sich dann nicht mehr ausreichend selbst versorgen und sehen teilweise die Notwendigkeit der Verrichtungen selbst nicht. Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit beim Aufstehen, Waschen, Ankleiden, bei regelmäßiger Nahrungsaufnahme und anderen Verrichtungen erfordern oft einen erheblichen zeitlichen Aufwand.

Erläuterungen **D 4.0 / III. / 8. / e Intelligenzminderung (Geistige Behinderungen) ICD-10 F 7**

Bei der geistigen Behinderung handelt es sich um eine angeborene oder früh erworbene Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die zu einer verzögerten oder unvollständigen Entwicklung der geistigen Fähigkeiten führt, zum Teil mit weiteren körperlichen und/oder neurologischen und/oder psychischen Defiziten.

Die meisten der geringgradig geistig behinderten Menschen erlangen eine weit gehende Unabhängigkeit in der Selbstversorgung und in den praktischen und häuslichen Tätigkeiten.

Bei mittelgradiger geistiger Behinderung werden tägliche Verrichtungen im Handlungsablauf oft nicht verstanden. Es ist zu prüfen, bei welchen Verrichtungen die Betroffenen deshalb in welchem Umfang beaufsichtigt und angeleitet werden müssen.

Schwere und schwerste geistige Behinderungen bedürfen eines hohen pflegerischen Aufwands und gehen häufig mit körperlichen, neurologischen und psychischen Defiziten einher.

Erläuterungen **D 4.0 / III. 8. / f Besonderheiten bei der Begutachtung**

Besonders bei der Vorbereitung der Begutachtung von Antragstellern mit einer psychischen Erkrankung ist es hilfreich, wenn begutachtungsrelevante Informationen bereits aus den Unterlagen hervorgehen (z. B. welche psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, ob Krankenhausberichte vorliegen, wer die Pflegeperson, wer der Bevollmächtigte/Betreuer ist, ob sog. komplementäre Einrichtungen genutzt werden). Selbst bei fehlenden psychiatrischen Diagnosen in den Arztbriefen/Entlassungsberichten finden sich häufig in der Schilderung der Anamnese und des Aufnahmebefundes dieser Fremdbefunde wertvolle Hinweise auf pflegerelevante psychische Störungen. Weitere Auskünfte sind hier unter Umständen vom behandelnden Psychiater, Hausarzt oder Sozialpsychiatrischen Dienst einzuholen.

Die Gestaltung einer entspannten Begutachtungssituation ist von besonderer Bedeutung. Pflegeperson und Antragsteller sollten gemeinsam angesprochen werden und nicht etwa ausschließlich die Pflegeperson. Es ist sowohl dem Antragsteller als auch den Angehörigen/Pflegepersonen die Möglichkeit eines vertraulichen Gespräches zu geben (z. B. wenn Scham oder Verleugnung einer realistischen Schilderung des Hilfebedarfs seitens des Antragstellers entgegenstehen).

Der Zeitaufwand für Beaufsichtigung und Anleitung bei den einzelnen Verrichtungen muss in jedem Einzelfall individuell erhoben und in dem Gutachten bewertet werden. Bei der Begutachtung des Antragstellers kann es notwendig sein, dass sich der Gutachter über den Bedarf an Anleitung dadurch überzeugt, dass er sich den Hilfebedarf bei den einzelnen regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens demonstrieren lässt. Bei der Pflegezeitbemessung ist die gesamte Zeit zu berücksichtigen, die für die Erledigung der Verrichtung benötigt wird. Entfernt sich z. B. ein unruhiger demenzkranker Mensch beim Waschen aus dem Badezimmer, so ist auch die benötigte Zeit für ein beruhigendes Gespräch, das die Fortsetzung des Waschens ermöglicht, zu berücksichtigen.

Ergibt sich aus dem abschließenden Begutachtungsergebnis eine deutliche Abweichung zwischen den Feststellungen des Gutachters und den Aussagen der Pflegeperson zum Hilfebedarf, so ist zu prüfen, ob z. B. das Führen eines Pflegetagebuches, eine Wiederholung der Begutachtung im Rahmen desselben Begutachtungsauftrages oder die Einschaltung eines weiteren Gutachters vor Weitergabe des Begutachtungsergebnisses an die Pflegekasse dazu geeignet sind, die Ursachen genauer aufzuklären.

Die Begutachtung geistig behinderter oder psychisch kranker Antragsteller dauert mitunter länger als die Begutachtung von Antragstellern mit körperlichen Erkrankungen.

D 4.0 / III. / 9 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung

Erläuterungen

Das zu begutachtende Kind ist zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem Säugling oder Kleinkind ist nicht der natürliche altersbedingte Pflegeaufwand, sondern nur der darüber hinausgehende Hilfebedarf. Bei kranken oder behinderten Kindern ist der zusätzliche Hilfebedarf zu berücksichtigen, der sich z. B. als Langzeitfolge einer angeborenen Erkrankung oder Behinderung, einer intensiv-medizinischen Behandlung oder einer Operation im Bereich der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ergibt und u. a. in häufigen Mahlzeiten oder zusätzlicher Körperpflege bzw. Lagerungsmaßnahmen bestehen kann. **Im ersten Lebensjahr liegt Pflegebedürftigkeit nur ausnahmsweise vor; die Feststellung bedarf einer besonderen Begründung.**

Ein solcher Ausnahmefall liegt z. B. bei Säuglingen mit schweren Fehlbildungen sowie angeborenen oder früh erworbenen schweren Erkrankungen eines oder mehrerer Organsysteme vor, wodurch bei der häuslichen Pflege in der Regel die Nahrungsaufnahme erheblich erschwert und um Stunden zeitaufwendiger wird, im Ausnahmefall auch die Körperpflege um ein Vielfaches umfangreicher und zeitaufwendiger erfolgen muss.

Bei der Beurteilung des Hilfebedarfs kranker oder behinderter Kinder ist davon auszugehen, dass der Hilfebedarf (inklusive Beaufsichtigungs- und Anleitungsbefehl) zeitaufwendiger sein kann als bei einem gesunden Kind. So kann die Nahrungsaufnahme z. B. bei einigen seltenen Syndromen oder schweren Cerebralpareesen, die mit ausgeprägten Störungen der Mundmotorik einhergehen, erheblich erschwert sein. Der Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen ist konkret bezüglich des Zeitaufwandes, der Häufigkeit und der Hilfeform zu erfassen und zu dokumentieren. Die Angaben eines Pflegetagebuches sind im Hinblick auf die Erfassung der geleisteten Hilfe zu berücksichtigen.

Bei kranken oder behinderten Kindern erfolgt im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft nur die Erfassung und Dokumentation des krankheits- bzw. behinderungsbedingten Mehrbedarfes für die jeweiligen Verrichtungen. Gesunde und altersentsprechend entwickelte Kinder erlernen im Laufe ihrer Entwicklung die einzelnen Verrichtungen in unterschiedlichem Alter und mit einer teils sehr großen Variationsbreite. Gleichwohl ist aus Gründen der Begutachtung nach einheitlichen Maßstäben eine Pauschalierung notwendig. Deshalb wird in der nachfolgenden Tabelle für die einzelnen Verrichtungen (§ 14 SGB XI) der Hilfebedarf angegeben, den erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen. Die Gesamtsumme je Altersgruppe weist auf der Grundlage des Urteils des BSG vom 15.03.2012 (Az: B 3 P 1/11 R) den Durchschnittswert für alle pflegerelevanten Verrichtungen für gesunde Kinder aus. Wegen der stärkeren Ausdifferenzierung der neuen Zeitkorridore ist eine Berücksichtigung von Zwischenwerten nach Auffassung des BSG nicht mehr geboten. Insofern handelt es sich um eine Hilfebedarfstabelle und nicht um eine „Entwicklungstabelle“ eines gesunden Kindes.

Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten pro Tag

Alter des Kindes	Säugling		Kleinkind		
	0-½ J.	½-1 J.	1-1 ½ J.	1 ½-2 J.	2-3 J.
Körperpflege					
Waschen = Teilwäschen + H/G*	10	10	12	12	10
Duschen/Baden = GK*	15	18	18	18	15
Zahnpflege	0	2	5	6	12
Kämmen	1	2	3	3	4
Darm-/Blasenentleerung	35	30	28	32	40
Summe Körperpflege	61	62	66	71	81
Ernährung*					
mundgerechte Zubereitung	5	5	8	8	8
Nahrungsaufnahme	140	120	100	80	40
Summe Ernährung	145	125	108	88	48
Mobilität					
Aufstehen/Zubettgehen*	10	10	12	15	15
An-/Auskleiden*	10	16	20	20	15
Gehen*	10	10	10	12	8
Stehen = Transfer*	2	2	2	2	2
Verlassen/ Wiederaufsuchen der Wohnung				Regelmäßige Arzt-	
Summe Mobilität	32	38	44	49	40
Gesamtsumme (Mittelwert)	232	222	213	189	154
Treppensteigen*	4	4	4	8	6
Gesamtsumme mit Treppensteigen (Mittelwert)	236	226	219	196	159

*siehe Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes

Kindergarten			Grundschule				weiterführende Schule	
3-4 J.	4-5 J.	5-6 J.	6-7 J.	7-8 J.	8-9 J.	9-10 J.	10-11 J.	11-12 J.
10	8	6	4	2	-	-	-	-
15	12	12	10	6	4	2	-	-
12	9	6	3	3	-	-	-	-
4	3	3	2	-	-	-	-	-
35	15	5	3	-	-	-	-	-
76	47	32	22	11	4	2	-	-
8	6	4	3	2	2	-	-	-
20	15	6	-	-	-	-	-	-
28	21	10	3	2	2	-	-	-
15	10	5	5	4	2	2	-	-
15	10	5	5	4	2	2	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-
-	-	-	-	-	-	-	-	-
oder Therapeutenbesuche fallen bei einem gesunden Kind nicht an.								
34	20	10	10	8	4	4	-	-
113	70	44	28	16	8	3	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-
115	70	44	28	16	8	3	-	-

Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes:

Körperpflege

Es wird eine Ganzkörperwäsche täglich zugrunde gelegt, die alternativ mit gleichem Zeitaufwand in der Dusche, Badewanne oder am Waschbecken stattfinden kann. Dies ist in der Tabelle unter Duschen/Waschen = GK dargestellt. Zusätzlich zur GK wird täglich eine Teilkörperwäsche (Hände, Gesicht, Achselhöhlen ggf. Intimbereich) berücksichtigt. Die zusätzliche Reinigung von Händen und Gesicht in Zusammenhang mit den Mahlzeiten ist der Teilwäsche H/G zugeordnet.

Ernährung

Ab einem Lebensalter von 1½ Jahren werden 3 Hauptmahlzeiten und eine Zwischenmahlzeit zugrunde gelegt. Zusätzlich zweimaliges Bereitstellen bzw. Reichen von Getränken in der Zwischenzeit.

Mobilität

Beim Aufstehen/Zubettgehen, Stehen (= Transfer) und beim Treppensteigen wird jede Handlung einzeln gezählt (z. B. Hin- und Rückweg).

Beim An- und Auskleiden werden das Auskleiden der Nachtwäsche und das Ankleiden der Tagesbekleidung als ein Vorgang gewertet wie das zwischenzeitliche Wechseln verschmutzter Oberbekleidung.

Zum Transfer (Verrichtung „Stehen“) zählen das Hochnehmen oder das Ablegen des Kindes (z. B. von der Wickelkommode, aus dem Laufstall/Kinderwagen) sowie der Transfer in die Dusche oder Badewanne. Diese Transferleistungen nehmen nur Sekunden in Anspruch, so dass trotz hoher Häufigkeit der Durchführung nur ein Zeitwert von 2 Minuten im Tagesdurchschnitt angesetzt wird.

Beim Gehen werden die Wege zum Wickeln, zum Essen, zur Toilette und zurück berücksichtigt. Ab 1½ Jahren ist ein Kind zwar gehfähig, es benötigt aber weiterhin eine Anleitung zum zielgerichteten Gehen zu den Verrichtungen.

Der Hilfebedarf beim Treppensteigen ist abhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Nur wenn tatsächlich Treppensteigen zur Durchführung der Verrichtungen erforderlich ist, kann ein Zeitwert für ein gesundes Kind berücksichtigt werden.

Da bei gesunden Kindern regelmäßige (mindestens einmal wöchentlich) Arzt- und Therapeutenbesuche nicht erforderlich sind, wird kein Zeitwert für die Verrichtung Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung angegeben.

Der Hilfebedarf bei Kindern in der Hauswirtschaft ist individuell festzustellen. Hierbei kann es sich um die hauswirtschaftlichen Leistungen handeln, die unmittelbar aus der Krankheit/Behinderung resultieren (häufigeres Waschen der Kleidung). Es kann sich auch um Leistungen handeln, die üblicherweise ein gesundes Kind im Haushalt leisten könnte, durch das kranke oder behinderte Kind aber nicht erbracht werden können (z. B. Abtrocknen des Geschirrs, Müllentsorgung).

Im Allgemeinen ist davon auszugehen, dass gesunde Kinder bis zur Vollendung

des 8. Lebensjahres keine nennenswerten hauswirtschaftlichen Leistungen erbringen. Dennoch zeigen die Erfahrungen bei der Begutachtung, dass ein Mehrbedarf in der Hauswirtschaft in aller Regel erfüllt ist. Dies rechtfertigt es, bei bestehendem Mehrbedarf mit Hinweis auf das Alter des Kindes (unter 8 Jahre) nicht im Einzelnen den Mehrbedarf im Gutachten zu dokumentieren. In diesem Fall kann bei bestehendem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 45 Minuten zugrunde gelegt werden. Bei einem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufen II oder III erfüllt, kann ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 60 Minuten zugrunde gelegt werden.

Bei Kindern nach vollendetem 8. Lebensjahr ist dem gegenüber der hauswirtschaftliche Mehrbedarf spezifiziert zu dokumentieren. Ist der bestehende Mehrbedarf jedoch nicht quantitativ spezifiziert darstellbar, ist dies zu begründen. In diesen Fällen kann im Hinblick auf die Erfahrungswerte bei bestehendem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 45 Minuten zugrunde gelegt werden. Bei einem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufen II oder III erfüllt, kann ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 60 Minuten zugrunde gelegt werden.

D 4.0 / IV Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte

Erläuterungen

- a. Ermittlung der erbrachten Hilfeleistung bei den Verrichtungen nach § 14 SGB XI. Diese erfolgt durch Befragung des Antragstellers, der Pflegenden sowie durch die Nutzung anderer Quellen (insbesondere von Pflegedokumentation bzw. -tagebuch).
- b. Plausibilitätsprüfung der Angaben zu erbrachten Hilfeleistungen. Maßstab sind die im Rahmen der Begutachtung festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formulargutachtens). Diese Plausibilitätsprüfung besteht in der Beantwortung folgender Fragen:
 - b.1 Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch notwendig, um für den Antragsteller eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen?
 - b.2 Ist die erbrachte Hilfeleistung ausreichend?

Werden die Fragen zu b.1. und b.2. bejaht, d. h., ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch notwendig sowie ausreichend, entspricht die erbrachte Hilfeleistung dem individuellen Hilfebedarf.

Wird eine der Fragen verneint, d. h., ist die erbrachte Hilfeleistung nicht medizinisch und pflegerisch notwendig oder nicht ausreichend, hat dies der Gutachter in folgender Weise zu berücksichtigen:

zu b.1

Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch nicht notwendig (pflegerische Überversorgung), hat der Gutachter auf das Maß des medizinisch und pflegerisch Notwendigen abzustellen und diesen Sachverhalt unter Punkt 5.2 „Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?“ des Formulargutachtens zu begründen.

zu b.2

Ist die erbrachte Hilfeleistung aus gutachterlicher Sicht nicht ausreichend, dann besteht ein pflegerisches Defizit mit fließendem Übergang zu Situationen, in denen der Gutachter eine nicht sichergestellte Pflege feststellt.

Er ist im Falle eines pflegerischen Defizits gehalten Art, Häufigkeit und zeitlichen Umfang der zusätzlich notwendigen realisierbaren Hilfeleistung hinzuzurechnen und im Formulargutachten (Punkt 4.1 bis 4.3 „Körperpflege, Ernährung, Mobilität“) festzuhalten und zu begründen (siehe auch Punkt D 6.7 „Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation“).

Wird nachweislich aktivierend gepflegt, ist der daraus resultierende Pflegeaufwand als Bestandteil des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zu werten. Allein die Tatsache, dass nicht aktivierend gepflegt wird, ist jedoch nicht gleich bedeutend mit einem pflegerischen Defizit im Sinne von b.2.

An ein pflegerisches Defizit ist insbesondere zu denken, wenn folgende Sachverhalte zutreffen bzw. Befunde zu erheben sind:

- kachektischer und/oder exsikkotischer Allgemeinzustand,
- Dekubitalgeschwüre,
- Anwendung von Inkontenzprodukten, Blasen-Dauerkatheter oder PEG-Sonde ausschließlich zur Pflegeerleichterung,
- unterlassene Pflegeleistung nach Einkoten und Einnässen,
- Vernachlässigung der Körperhygiene,
- Hinweise auf Vernachlässigung der Kommunikation
- unterlassene Beaufsichtigung von geistig behinderten Menschen oder demenzkranken Menschen mit herausfordernden Verhaltensweisen (im Zusammenhang mit den definierten Verrichtungen),
- Kontrakturen,
- nicht ärztlich verordnete Sedierung,
- Hinweise auf mögliche Gewalteinwirkung,
- verschmutzte Wäsche,
- Vernachlässigung des Haushalts.

Bei pflegerischen Defiziten und gleichzeitig nicht sichergestellter Pflege hat der Gutachter der Pflegekasse die Einleitung von Sofortmaßnahmen zu empfehlen (vgl. Punkt D 5.4 „Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?“

bzw. Punkt D 8 „Prognose/Wiederholungsbegutachtung“). Die Pflegekasse hat in Abhängigkeit von den eingeleiteten Maßnahmen zeitnah eine Wiederholungsbegutachtung zu veranlassen. Der Gutachter hat in diesen Fällen immer eine zeitnahe Wiederholungsbegutachtung zu empfehlen.

D 4.0 / V **Verrichtungen im Sinne des SGB XI**

Erläuterungen

Das SGB XI definiert in § 14 Abs. 4 die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit zu berücksichtigen sind. Die Verrichtungen sind in vier Bereiche unterteilt:

- Körperpflege,
- Ernährung,
- Mobilität und
- hauswirtschaftliche Versorgung.

Andere Aktivitäten des täglichen Lebens, z. B. Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation und der allgemeinen Betreuung, finden hierbei keine Berücksichtigung.

Die Begutachtung nach dem SGB XI richtet sich u. a. an folgenden gesetzlichen Vorgaben aus:

1. Der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe liegen die drei folgenden Voraussetzungsebenen zugrunde:
 - 1.1 die Art und die Häufigkeit der Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI, bei denen ein Hilfebedarf besteht,
 - 1.2 die Zuordnung dieser Verrichtungen im Tagesablauf gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB XI sowie
 - 1.3 der Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung (mindestens) benötigt.

Der Zeitaufwand für diese Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung spielt nur auf der dritten Voraussetzungsebene und nur dann eine Rolle, wenn die Voraussetzungen auf den Ebenen 1.1 und 1.2 erfüllt sind.

Die Voraussetzungen auf den Ebenen 1.1 bis 1.3 müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, vorliegen.

2. Obwohl der Zeitaufwand erst auf der dritten Voraussetzungsebene zu prüfen ist, gibt er nach dem Vorliegen der Voraussetzungsebenen 1.1 und 1.2 in vie-

len Fällen den Ausschlag für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe.

Für den Zeitaufwand der Grundpflege legt § 15 Abs. 3 SGB XI folgende Mindestzeitwerte fest, die wöchentlich im Tagesdurchschnitt erreicht werden müssen:

Pflegestufe	Grundpflege
I	mehr als 45 Minuten
II	120 Minuten
III	240 Minuten

Aus der gesetzlichen Verknüpfung von Art und Häufigkeit der Verrichtungen mit dem Mindestzeitaufwand für die Pflege folgt zwingend, dass der Zeitaufwand für die notwendige Hilfe bei den Einzelnen nach dem Gesetz maßgeblichen Verrichtungen festgestellt werden muss. Das schon nach den Prinzipien des Rechts- und Sozialstaates besonders bedeutsame Gebot der sozialen Gerechtigkeit erfordert dabei eine Gleichbehandlung vergleichbarer Sachverhalte. Dem dienen die in **Punkt F „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“ unter Punkt 4.1 bis 4.3** aufgezeigten Orientierungsrahmen für den pflegerischen Zeitaufwand für die Grundpflege (Zeitorientierungswerte). Diese Zeitorientierungswerte beruhen auf der mehrjährigen Gutachtertätigkeit erfahrener Pflegefachkräfte und Sozialmediziner. In die Festlegung der Zeitorientierungswerte sind Erkenntnisse aus ca. 3 Mio. Begutachtungen nach dem SGB XI eingeflossen.

Die Zeitorientierungswerte stehen nicht in einem Gegensatz zu dem Individualitätsprinzip des SGB XI. Weil für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf des Antragstellers maßgeblich ist, können und sollen die Zeitorientierungswerte für die Begutachtung nur Anhaltsgroßen im Sinne eines Orientierungsrahmens liefern. Gerade damit geben sie dem Gutachter ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Die in § 14 SGB XI genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens werden nachfolgend, differenziert nach den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftliche Versorgung aufgeführt und erläutert. Vor- und Nachbereitungsarbeiten zu den Verrichtungen sind Hilfen im Sinne des SGB XI. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die untrennbar Bestandteil der Hilfe für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege sind oder die objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen, sind als Erschwerisfaktor zu benennen und bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen

D 4.1 Körperpflege

Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist Bestandteil der Körperpflege. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden. Zur Körperpflege zählt auch das Haarewaschen. Es ist Bestandteil des Waschens, Duschens oder Badens. Alleiniges Haarewaschen ist der Verrichtung „Waschen“ zuzuordnen. Ein ein- bis zweimaliges Haarewaschen pro Woche entspricht dem heutigen Hygienestandard. Maßgebend ist die medizinische bzw. pflegerische Notwendigkeit. Der Hilfebedarf beim Haarewaschen umfasst auch die Haartrocknung.

1. Das Waschen

Das Waschen umfasst das Waschen des ganzen Körpers, aber auch von Teilbereichen des Körpers, hauptsächlich am Waschbecken bzw. im Bett mit einer Waschschiüssel. Es gehören u. a. zum Waschvorgang: die Vor- und Nachbereitung sowie das Waschen des ganzen Körpers bzw. einzelner Körperteile und das Abtrocknen. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Waschen/Duschen oder Baden z. B. eine oro/tracheale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Waschen/Duschen oder Baden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfangs des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen.

(Während die Intimwäsche hier zu berücksichtigen ist, ist die Durchführung einer Intimhygiene z. B. nach dem Toilettengang der Verrichtung „Darm- und Blasenentleerung“ zuzuordnen.)

2. Das Duschen

Das Duschen des Körpers umfasst eine Ganzkörperwäsche unter der Dusche, wobei die Vor- und Nachbereitung, die Ganzkörperwäsche selbst und das Abtrocknen des ganzen Körpers zu berücksichtigen sind.

(Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Antragstellers z. B. auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität „Stehen“ zu berücksichtigen.)

3. Das Baden

Das Baden umfasst eine Ganzkörperwäsche in einer Badewanne, wobei der Antragsteller entweder sitzen oder liegen kann. Zum eigentlichen Waschvorgang gehören sowohl die Vor- und Nachbereitung, das Waschen des ganzen Körpers selbst sowie das Abtrocknen des Körpers. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Duschen, Baden oder Waschen z. B. aufgrund einer Hauterkrankung nach Durchführung der Verrichtung das Einreiben mit Dermatika notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Duschen, Baden oder Waschen bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfangs des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen.

(Eine Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne ist im Bereich der Mobilität „Stehen“ zu berücksichtigen.)

4. Die Zahnpflege

Die Zahnpflege umfasst sowohl die Vorbereitung wie z. B. Zahnpasta-auf-die-Bürste-Geben und/oder das Aufschrauben von Behältnissen (Zahnpaste/Mundwasser) als auch den eigentlichen Putzvorgang und die Nachbereitung, aber auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege, d. h. das Spülen der Mundhöhle mit Mundwasser und die mechanische Reinigung der Mundhöhle.

5. Das Kämmen

Dies umfasst das Kämmen oder Bürsten der Haare entsprechend der individuellen Frisur. Das Legen von Frisuren (z. B. Dauerwellen) oder das Haareschneiden sind nicht zu berücksichtigen. Wird ein Toupet oder eine Perücke getragen, ist das Kämmen oder Aufsetzen dieses Haarteils beim Hilfebedarf zu werten.

6. Das Rasieren

Das Rasieren (auch eines Damenbartes) beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur und deren sichere Durchführung.

7. Die Darm- und Blasenentleerung

Hierzu gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlganges sowie die notwendigen Handgriffe bei dieser Verrichtung, wie das Richten der Kleidung vor und nach der Benutzung der Toilette, das Säubern des Intimbereichs nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang, das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Stechbeckens oder das Entleeren/Wechseln eines Urinbeutels. Auch zu berücksichtigen ist das An-/Ablegen und Wechseln von Inkontinenzprodukten, die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anuspraeter). Fehlhandlungen des zu Pflegenden, z. B. Verunreinigungen mit Exkrementen (Kotschmierern) sind zu berücksichtigen. In diesem Fall kann auch ein zusätzlicher grundpflegerischer Hilfebedarf beim Waschen und Kleiden anfallen. Darüber hinausgehender Säuberungsbedarf des Umfeldes (z. B. Boden, Wände, Wechseln der Bettwäsche) ist der hauswirtschaftlichen Versorgung zuzuordnen. Nicht zu berücksichtigen ist unter diesen Verrichtungen die eventuell eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette. Kann der Antragsteller die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter „Gehen“ im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung z. B. die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Darm- und Blasenentleerung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfangs des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist die Laxantiengabe oder das Legen eines Blasendauerkatheters keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

Aufgrund der Vielfältigkeit der bei der Darm- und Blasenentleerung notwendigen verschiedenen Hilfeleistungen ist es häufig erforderlich, den Hilfebedarf differenziert darzustellen.

D 4.2 Ernährung

Formular-
gutachten

8. Das mundgerechte Zubereiten der Nahrung

Zur „mundgerechten“ Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme, z. B. das Zerkleinern in mundgerechte Bissen, das Heraustrennen von Knochen und Gräten, das Einweichen harter Nahrung bei Kau- und Schluckbeschwerden und das Einfüllen von Getränken in Trinkgefäße. Erfasst werden nur solche Maßnahmen, die dazu dienen, die bereits zubereitete Nahrung so aufzubereiten, dass eine abschließende Aufnahme durch den Antragsteller erfolgen kann. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten, einschließlich des anhand der Diätvorschriften vorzunehmenden Bemessens und Zuteilens der zubereiteten Nahrung bzw. einzelner Nahrungsbestandteile ist nicht hier, sondern unter der Ifd. Nr. 17 „Kochen“ zu berücksichtigen. Die regelmäßige Insulingabe, die Blutzuckermessungen sowie grundsätzlich auch die Gabe von Medikamenten sind keine verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, da sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden müssen.

9. Die Aufnahme der Nahrung

Dazu gehören die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, breiig, flüssig) wie auch die Verabreichung von Sondennahrung mittels Ernährungssonde einschließlich der Pflege der Sonde und die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte (z. B. behindertengerechtes Geschirr oder Essbesteck), um Nahrung zum Mund zu führen. Notwendige Aufforderungen zur bedarfsgerechten Aufnahme der Nahrung in fester, breiiger und flüssiger Form (Essen und Trinken), die eine Überwachung und/oder Erledigungskontrolle erfordern, sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Antragsteller aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist (z. B. bei mukoviszidosekranken Kindern abhängig vom Lebensalter oder bei geronto-psychiatrisch veränderten Menschen). Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Aufnahme der Nahrung z. B. das Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei einem Tracheostomapatienten zur Ermöglichung des Schluckens oder vor oder während dieser Verrichtung eine oro/tracheale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Aufnahme der Nahrung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfangs des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist das Legen einer Dauerernährungssonde keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

D 4.3 Mobilität

10. Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

Das Aufstehen stellt einen körperlichen Bewegungsvorgang dar, der den Zweck hat, aus einer liegenden Position im Bett in eine stehende oder sitzende Position z. B. in einen Rollstuhl/Toilettenstuhl zu gelangen. Das Zu-Bett-Gehen stellt einen körperlichen Bewegungsvorgang dar, der den Zweck hat, in ein Bett hineinzugelangen, und der mit der Einnahme einer liegenden (zum Ruhen oder Schlafen geeigneten) Position im Bett endet. Hierunter ist jedes Aufstehen und Zubettgehen im Zusammenhang mit den individuellen Ruhe- und Schlafbedürfnissen sowie zu grundpflegerischen Verrichtungen zu verstehen.

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung **im Zusammenhang mit Wachen, Ruhen und Schlafen** zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Alle notwendigen Hilfestellungen, die der Durchführung dieses körperlichen Bewegungsvorganges dienen, sind als Hilfebedarf zu berücksichtigen.

Auch zu berücksichtigen ist, wenn die liegende Position im Bett bewusst oder unbewusst verlassen worden ist und erneut eingenommen werden muss, dies aber ohne fremde Hilfe nicht möglich ist (z. B. demenziell erkrankte oder orientierungslose Menschen, die nachts ihr Bett verlassen, kleine Kinder die sich im Bett aufgerichtet haben und sich am Gittergestell festhalten).

Ein Hilfebedarf kann nicht berücksichtigt werden, wenn der Antragsteller im Bett liegt, aber wach ist und die Pflegeperson auf Rufen, Weinen oder Jammern ans Bett tritt, um den Antragsteller zu beruhigen, und sie so lange bei ihm bleibt, bis er wieder eingeschlafen ist.

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen z. B. Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder bei Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf notwendig sind, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen.

Umlagern

Unter Umlagern sind Maßnahmen zu verstehen, die der Einnahme einer gegenüber der Ausgangsposition veränderten Lage im Bett oder an einem anderen Ort (z. B. im Lagerungsrollstuhl) mit dem Ziel dienen, diese Position über einen längeren Zeitraum einzunehmen und damit schädlichen Folgen eines dauernden Liegens in gleicher Position vorzubeugen.

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als Bestandteil der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität betrachtet und entsprechend berücksichtigt, obwohl das Umlagern keine eigene Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI ist. Dabei wird so verfahren,

dass der notwendige Hilfebedarf für das Umlagern unabhängig davon, ob das Umlagern solitär oder im Zusammenhang mit Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität durchgeführt wird, hier zu dokumentieren ist. D. h., sofern der Pflegebedürftige z. B. nach der Körperpflege und/oder dem Wechsel von Inkontinenzprodukten in einer neuen adäquaten Liegeposition gelagert wird, ist hier nur der auf die Lagerungsmaßnahmen entfallende Hilfebedarf zu dokumentieren.

11. Das An- und Auskleiden

Bei der Verrichtung Ankleiden ist das Ausziehen von Nachtwäsche und das Anziehen von Tagesbekleidung als ein Vorgang zu werten. Bei der Verrichtung Auskleiden ist das Ausziehen von Tagesbekleidung und das Anziehen von Nachtwäsche als ein Vorgang zu werten. Das An- und Auskleiden beinhaltet neben den notwendigen Handgriffen, z. B. Öffnen und Schließen von Verschlüssen, Auf- und Zuknöpfen, Aus- und Anziehen von Schuhen die Auswahl der Kleidungsstücke (Jahreszeit, Witterung), deren Entnahme aus ihrem normalen Aufbewahrungsort wie Kommoden und Schränken. Hierzu zählt auch das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Kompressionsklasse 1. Bei der Feststellung des Zeitaufwandes für das An- und Ablegen von Prothesen, Orthesen, Korsetts und Stützstrümpfen hat der Gutachter aufgrund einer eigenen Inaugenscheinnahme den Zeitaufwand individuell zu messen.

Vollständiges An- bzw. Auskleiden fällt in der Regel 2x täglich, also morgens und abends an. Beim Mittagsschlaf ist in der Regel nur eine Teilkleidung notwendig.

Zusätzliche (Teil-)Kleidungswechsel, z. B. zur Physiotherapie, wegen starkem Schwitzen oder Verschmutzung der Kleidung beim Essen, Erbrechen oder Einnässen sind im notwendigen Umfang berücksichtigungsfähig, wenn diese regelmäßig mindestens 1x wöchentlich und auf Dauer, mindestens für 6 Monate anfallen. Auch der notwendige Hilfebedarf beim An- und Auskleiden im Zusammenhang mit berücksichtigungsfähigen Anlässen des Verlassens und Wiederaufsuchens der Wohnung (siehe Ifd. Nr. 15), so etwa der Hilfebedarf beim An- und Auskleiden z. B. im Rahmen eines Arztbesuches oder einer Therapie, ist hier zu dokumentieren, es sei denn, das An- und Auskleiden fällt während der aus anderen Gründen notwendigen Warte- und Begleitzeit an.

Nicht berücksichtigungsfähig sind aber Kleidungswechsel im Zusammenhang mit Freizeitbeschäftigungen wie Sport, Unterhaltung, Bildung oder mit Schule oder Erwerbstätigkeit.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilkleidungen sowohl des Ober- als auch des Unterkörpers vor und müssen gesondert berücksichtigt werden. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden z. B. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim An- und Auskleiden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen. Dieser Hilfebedarf ist auch dann im Zusammenhang mit dem An- und Aus-

kleiden zu bewerten und zu dokumentieren, wenn die Kompressionsstrümpfe ab Kompressionsklasse 2 – wie pflegefachlich geboten – unmittelbar vor dem Aufstehen angezogen werden. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. „Ermittlung des zeitlichen Umfangs des regelmäßigen Hilfebedarfs“ sind zu berücksichtigen.

12. Das Gehen

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen zu werten. Das Gehen beschränkt sich nicht allein auf die körperliche Fähigkeit zur eigenständigen Fortbewegung. Vielmehr umfasst es auch die Fähigkeit zum Vernunft geleiteten zielgerichteten Gehen (z. B. bei desorientierten Personen). Demgegenüber kann die Beaufsichtigung beim Gehen allein zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung – ohne dass ein Bezug zu einer Verrichtung besteht – nicht beim Hilfebedarf berücksichtigt werden.

Der Hilfebedarf beim Gehen kann auch aus einer sitzenden Position heraus beginnen oder in dieser enden, beinhaltet also ggf. das Aufstehen und Hinsetzen. Gehen bedeutet bei Rollstuhlfahrern das Fortbewegen mit Hilfe des Rollstuhls. Das Gehen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zu werten.

Der Gutachter hat den Zeitaufwand für das „Gehen“ unter Berücksichtigung der in der Wohnung zurückzulegenden Wegstrecken und unter Berücksichtigung der Bewegungsfähigkeit des Antragstellers abzuschätzen. Als Maß für die Gehstrecke bei der einzelnen Verrichtung in der „durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation“ (vgl. Punkt C 2.4 „Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz“) ist eine einfache Gehstrecke von 8 Metern anzunehmen.

Jeder Weg ist einzeln zu berücksichtigen (Hin- und Rückweg = 2 x Gehen).

13. Das Stehen (Transfer)

Notwendige Hilfestellungen beim Stehen sind im Hinblick auf die Durchführung der gesetzlich vorgegebenen Verrichtungen im Rahmen aller anfallenden notwendigen Handlungen zeitlich berücksichtigt (siehe aber auch lfd. Nr. 15).

Als Hilfebedarf ist ausschließlich der Transfer zu berücksichtigen. Hierzu zählt z. B. das Umsetzen von einem Rollstuhl/Sessel auf einen Toilettenstuhl oder der Transfer in eine Badewanne oder Duschtasse.

Jeder Transfer ist einzeln zu berücksichtigen (Hin- und Rücktransfer = 2 x Transfer).

14. Das Treppensteigen

Das Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung ist als hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zu werten.

Das Treppensteigen beinhaltet das Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung. Keine andere Verrichtung im Bereich der Grundpflege ist so abhängig vom individuellen Wohnbereich des Antragstellers wie das Treppensteigen. Besonders

ist zu prüfen, ob die Notwendigkeit besteht, für die Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen. Ist dies nicht erforderlich, kann diese Verrichtung beim Pflegeumfang nicht berücksichtigt werden. Sollte es notwendig sein, zur Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen, so hat der Gutachter sich den Bewegungsablauf und den zeitlichen Aufwand des Treppensteigens durch den Antragsteller und seine Hilfsperson demonstrieren zu lassen und das Ergebnis seiner Beobachtung in seinem Gutachten zu dokumentieren.

Bei Begutachtungen in stationären Einrichtungen kann ein Hilfebedarf beim Treppensteigen wegen der Vorgabe der „durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation“ nicht gewertet werden (siehe aber auch lfd. Nr. 15).

15. Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Es sind nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und das persönliche Erscheinen des Antragstellers erfordern. Berücksichtigungsfähige Maßnahmen sind das Aufsuchen von Ärzten zu therapeutischen Zwecken oder die Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien, wie z. B. Dialysemaßnahmen, onkologische oder immunsuppressive Maßnahmen, Physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, podologische Therapie. Ein Hilfebedarf beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung ist zu berücksichtigen, wenn dieser regelmäßig (mindestens einmal pro Woche) und auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) anfällt. Es ist nicht erforderlich, dass jede Maßnahme für sich isoliert betrachtet einmal wöchentlich anfällt. Der Hilfebedarf ist somit zu berücksichtigen, wenn in der Gesamtbetrachtung einmal wöchentlich für voraussichtlich mindestens 6 Monate berücksichtigungsfähige Maßnahmen anfallen.

Nicht zu berücksichtigen ist das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung im Zusammenhang mit

- Leistungen der medizinischen Rehabilitation. Diese umfassen die physischen, psychischen und sozialen Aspekte und gehen von einem ganzheitlichen Ansatz aus. Sie sind insoweit von einzelnen therapeutischen Maßnahmen abzugrenzen. Die Leistungen der medizinischen Rehabilitation zielen darauf ab, nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder drohende oder bereits manifeste Beeinträchtigungen in der Teilhabe am schulischen, beruflichen und gesellschaftlichen Leben als Folge einer Schädigung durch frühzeitige Einleitung geeigneter Rehabilitationsleistungen zu vermeiden, zu beseitigen bzw. zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Für die Leistungen der medizinischen Rehabilitation sind die Individualität, Komplexität, Interdisziplinarität (Rehabilitationsteam) und die Finalität charakteristisch. Die medizinische Rehabilitation unterscheidet sich durch Komplexität und Interdisziplinarität daher wesentlich von der physikalischen Therapie.
- Leistungen zur primären Prävention. Diese zielen darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primäre Prävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen, die Indivi-

duen und Personengruppen betreffen, wie optimale Ernährung, physische Aktivität, Impfungen gegen Infektionskrankheiten und Beseitigung von Gesundheitsgefahren in der Umwelt (§ 20 SGB V).

- Maßnahmen der Eingliederungshilfe (einschl. Frühförderung).
- der Beteiligung an einer klinischen Arzneimittelstudie. Die klinische Prüfung von noch nicht zugelassenen Arzneimitteln gilt nicht als Behandlungsmethode i.S. des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Erhält der Antragsteller während eines Aufenthaltes z. B. in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, Frühförderstellen oder einem sozialpädiatrischen Zentrum u.a. ärztliche Behandlung bzw. therapeutische Maßnahmen, so ist das hierzu erforderliche Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung nicht als Hilfebedarf zu berücksichtigen, es sei denn, diese Einrichtungen werden ausschließlich zum Zwecke einer ärztlichen Behandlung oder zur Inanspruchnahme einer vertragsärztlich verordneten Therapie aufgesucht.

Das Aufsuchen von Behörden oder anderen Stellen, die das persönliche Erscheinen des Antragstellers notwendig machen, ist zu berücksichtigen. Weitere Hilfen – z. B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Werkstätten für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit, beim Aufsuchen einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen – bleiben unberücksichtigt. Der Hilfebedarf beim Einkaufen ist unter der lfd. Nr. 16 „Einkaufen“ mit zu berücksichtigen.

Im Zusammenhang mit berücksichtigungsfähigen Anlässen des Verlassens und Wiederaufsuchens der Wohnung ist der Hilfebedarf beim Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu bewerten. Dabei ist auch die Verkehrssicherheit zu beachten. Es sind die notwendigen Hilfeleistungen anzurechnen, unabhängig davon, wer diese erbringt bzw. ob die Kosten von einem Sozialleistungsträger getragen werden (z. B. Hilfe beim Treppensteigen, Ein- oder Aussteigen durch den Taxifahrer oder durch das Personal bei Krankenfahrten).

Fahrzeiten sind dann zu berücksichtigen, wenn während der Fahrt Beaufsichtigungsbedarf besteht und deshalb eine kontinuierliche Begleitung des Pflegebedürftigen erforderlich ist. Dies gilt unabhängig davon, ob z. B. ein privater PKW, öffentliche Verkehrsmittel oder ein Taxi benutzt werden. Fahrzeiten sind auch zu berücksichtigen, wenn die Anwesenheit der Begleitperson beim Arzt oder bei der Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien zur Sicherstellung der Behandlung erforderlich ist.

Zusätzlich zu den ggf. zu berücksichtigenden Wege- und Fahrzeiten sind die zwangsläufig anfallenden Warte- und Begleitzeiten der Begleitperson anzurechnen, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Bei Kindern und Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz kann die Notwendigkeit der Begleitung beim Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung bei Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien in der Regel vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf be-

rücksichtigt werden. Notwendige Fahr- und Wartezeiten, die nicht täglich anfallen, sind für die Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes auf den Tag umzurechnen.

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

Formular-
gutachten

Erschwerende oder erleichternde Faktoren, die sich auf mehrere Verrichtungen auswirken, müssen hier dokumentiert werden (vgl. auch Punkt F „Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege“). Es bietet sich eine prägnante tabellarische Zusammenfassung an, z. B. hochgradige Spastik erschwert Waschen und Kleiden; oro/tracheales Sekretabsaugen erhöht den Zeitaufwand beim Waschen und der Nahrungsaufnahme. Erläuterungen zu erschwerenden oder erleichternden Faktoren, die sich nur auf eine Verrichtung auswirken, sind unter der jeweiligen Verrichtung unter Punkt 4.1 bis 4.3 zu dokumentieren. Wird rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege durchgeführt (siehe D 1.4), ist an dieser Stelle zu dokumentieren, welcher Zeitaufwand auf die jeweilige verrichtungsbezogene krankheits-spezifische Pflegemaßnahme entfällt.

Nächtlicher Grundpflegebedarf

Formular-
gutachten

Wird ein nächtlicher Grundpflegebedarf festgestellt, so ist dieser nach Art und Häufigkeit hier zu dokumentieren (vgl. auch Punkt D 4.0 / III. / 3. „Ermittlung von Art und Häufigkeit des regelmäßigen Hilfebedarfs“).

Medizinische Behandlungspflege (nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege)

Formular-
gutachten

Wird medizinische Behandlungspflege auf Dauer (mindestens 6 Monate) bei einem Antragsteller in einer vollstationären Pflegeeinrichtung festgestellt, so ist diese nach Art, Häufigkeit und Zeitumfang hier zu dokumentieren (vgl. auch Punkt D 5.2.1 „Pflegebedürftigkeit“ zur Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes).

D 4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

Formular-
gutachten

Es ist der tatsächlich anfallende individuelle Hilfebedarf zu bewerten und der Zeitaufwand in Stunden pro Woche abzuschätzen. **Es sind nur die Tätigkeiten bei den folgenden Verrichtungen zu berücksichtigen, die sich auf die Versorgung des Antragstellers selbst beziehen.** Die Versorgung möglicher weiterer Familienmitglieder bleibt unberücksichtigt.

Wenn ein krankheits- und/oder behinderungsbedingter Hilfebedarf im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht, ist er zu berücksichtigen, auch wenn die Versorgung durch Dritte (z. B. Putzfrau, Essen auf Rädern, Angehörige) erfolgt.

16. Das Einkaufen

Dies beinhaltet auch das Planen und Informieren bei der Beschaffung von Lebens-, Reinigungs- sowie Körperpflegemitteln, den Überblick zu haben, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen, unter Berücksichtigung der Jahres-

zeit und Menge, die Kenntnis des Wertes von Geld (preisbewusst) sowie die Kenntnis der Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und die richtige Lagerung. Auch die Beschaffung der für eine Diät benötigten Lebensmittel ist hier zu berücksichtigen.

17. Das Kochen

Es umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diät nahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen. Auch die Bedienung der technischen Geräte sowie die Einschätzung der Mengenverhältnisse und Garzeiten unter Beachtung von Hygieneregeln sind zu werten.

18. Das Reinigen der Wohnung

Hierzu gehört das Reinigen von Fußböden, Möbeln, Fenstern und Haushaltsgeräten im allgemein üblichen Lebensbereich des Antragstellers. Auch die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten sowie das Bettenmachen sind hier zu berücksichtigen.

19. Das Spülen

Je nach den Gegebenheiten des Haushalts ist manuelles bzw. maschinelles Spülen zu werten.

20. Das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung

Hierzu gehören das Einteilen und Sortieren der Textilien, das Waschen, Aufhängen, Bügeln, Ausbessern und Einsortieren der Kleidung in den Schrank sowie das Bettenbeziehen.

21. Das Beheizen

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

Formular-
gutachten

D 4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Hier können zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf gemacht werden.

D 5 Ergebnis

Formular-
gutachten

D 5.1 Stimmt der unter 1.4 von Pflegepersonen angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?

Formular-
gutachten

Die Angaben unter diesem Punkt sollen es der Pflegekasse ermöglichen, bei häuslicher Pflege den Personenkreis festzustellen, für den eine soziale Absicherung in der Rentenversicherung in Betracht kommt (§ 44 SGB XI). Dies gilt für Pflegepersonen, die für die Pflege von einem oder mehreren Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich aufwenden (§ 19 SGB XI). Der Beitragsbemessung in der Rentenversicherung liegt eine zeitliche Abstufung des wöchentlichen Pflegeaufwandes (14, 21, 28 Stunden) unter Berücksichtigung der Pflegestufe zugrunde. Eine stundengenaue Angabe des Pflegeaufwandes ist erforderlich, wenn für den einzelnen Pflegebedürftigen weniger als 14 Stunden erbracht werden. Die Stundenangaben sind jeweils auf die nächste volle Stunde aufzurunden.

Der Gutachter hat an dieser Stelle die vom Antragsteller bzw. von der Pflegeperson geltend gemachten Pflegezeiten zu überprüfen und, ausgehend vom festgestellten Hilfebedarf bei der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (Punkt 4.1 bis 4.4 „Körperpflege, Ernährung, Mobilität, Hauswirtschaftliche Versorgung“ des Formulgutachtens), eine eigenständige Bewertung des wöchentlichen Pflegeaufwandes vorzunehmen. Da insbesondere Zeiten der allgemeinen Betreuung und Beaufsichtigung hierbei nicht zu berücksichtigen sind, kann es zu Abweichungen zwischen den Angaben des Antragstellers/der Pflegeperson/-en unter Punkt 1.4 „Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung“ des Formulgutachtens und dem festgestellten Hilfebedarf des Gutachters kommen.

Eine differenzierte Stellungnahme zum Umfang der pflegerischen Versorgung hat der Gutachter zu dokumentieren, insbesondere wenn

- neben den Pflegediensten noch Pflegepersonen tätig werden oder
- die Pflege durch mehrere Personen geleistet wird,
- bzw. Abweichungen zu den Angaben hinsichtlich der Pflegeleistungen der Pflegeperson/-en unter Punkt 1.4 „Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung“ des Formulgutachtens bestehen.

D 5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?

Formular-
gutachten

D 5.2.1 Pflegebedürftigkeit

Formular-
gutachten

Die gutachterliche Entscheidung, ob aufgrund von Krankheit oder Behinderung Pflegebedürftigkeit vorliegt, gründet sich auf

- die Feststellung des Hilfebedarfs bei den definierten Verrichtungen,
- die Zuordnung dieser Verrichtungen im Tagesablauf,
- die Häufigkeit der hierzu erforderlichen Hilfeleistungen,
- den jeweiligen Zeitaufwand für diese Hilfeleistungen,
- die zeitliche Gewichtung der Maßnahmen der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung,
- die Dauer des voraussichtlichen Hilfebedarfs über mindestens 6 Monate.

Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist die Einstufung entsprechend der nachfolgenden Kriterien vorzunehmen. Eine Begründung zu den einzelnen Pflegestufen ist abzugeben.

Pflegebedürftige Personen sind einer **der folgenden drei Pflegestufen** zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

Bei Pflegebedürftigen mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III ist zu prüfen und zu dokumentieren, ob ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt. Grundlage dafür sind die Härtefall-Richtlinien (vgl. Anlage 3). Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen reicht es neben dem Hilfebedarf der Pflegestufe III und der zusätzlich ständig erforderlichen Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aus, wenn eines der beiden Merkmale erfüllt wird:

- die Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität ist mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- die Grundpflege kann für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden.

Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte ist so zu verstehen, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen mindestens eine weitere Pflegekraft, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss. Durch diese Festlegung soll erreicht werden, dass nicht mehrere Pflegekräfte eines Pflegedienstes (§ 71 SGB XI) hier tätig werden müssen. Jedes der beiden Merkmale erfüllt bereits für sich die Voraussetzungen eines qualitativ und quantitativ weit über das übliche Maß der Grundvoraussetzung der Pflegestufe III hinausgehenden Pflegeaufwandes.

Eine **Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe I** ist dann auszuweisen, wenn der Antragsteller einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung aufweist, dieser aber nicht das für die Zuordnung zu Pflegestufe I erforderliche Maß erreicht. Liegt kein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege vor, ist die Frage mit „nein“ zu beantworten.

Liegt nach dieser Bewertung mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit nicht vor, ist dies zu begründen. Ggf. sind dann unter Punkt 6 „Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan“ im Formulargutachten Maßnahmen zur Vermeidung einer ansonsten drohenden Pflegebedürftigkeit zu empfehlen.

Weiterhin ist zu dokumentieren, **seit wann** Pflegebedürftigkeit in der aktuell festgestellten Ausprägung vorliegt. Dies ist ohne Schwierigkeiten möglich, wenn die Pflegebedürftigkeit durch eindeutig zuzuordnende Ereignisse ausgelöst worden ist. Es ist jedoch auch bei chronischen Verläufen hierzu eine begründete Abschätzung notwendig. Ein bloßes Abstellen auf das Datum der Antragstellung bzw. Beginn des Antragsmonats ist nicht zulässig.

Liegen die Voraussetzungen für die Zuordnung zu einer Pflegestufe für mindestens 6 Monate vor und ist mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten, dass sich der Hilfebedarf z. B. durch therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen pflegestufenrelevant verringert, ist der Pflegekasse unter Nennung eines konkreten Datums eine befristete Leistungszusage zu empfehlen.

Bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen muss an dieser Stelle dokumentiert werden, ob und ggf. ab wann welche Änderung des Pflegebedarfs im Vergleich zur Voruntersuchung gegeben ist. Insbesondere sind Veränderungen zu begründen, die zu einer Verringerung der Pflegestufe führen.

Formular-
gutachten

D 5.2.2 Einschränkung der Alltagskompetenz

Die gutachterliche Entscheidung, ob eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt, gründet auf dem Screening und Assessment unter Punkt 3.4. Das dort festgestellte Ergebnis ist in den Ergebnisteil des Gutachtens zu übertragen.

Neben Pflegebedürftigen der Pflegestufen I, II, und III haben auch Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, einen Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen, wenn deren Alltagskompetenz dauerhaft in mindestens erheblichem Maße eingeschränkt ist (§ 45a Abs. 1 SGB XI).

Das Ergebnis der Prüfung der Einschränkung der Alltagskompetenz, deren Ausmaß und der Zeitpunkt, seit wann die ggf. festgestellte Einschränkung besteht, ist hier zu dokumentieren. Dies gilt im Hinblick auf die Möglichkeit der Vereinbarung von Vergütungszuschlägen nach § 87b SGB XI auch für den stationären Bereich.

Formular-
gutachten

D 5.2.3 Widerspruchsbegutachtung

Bei Widerspruchsbegutachtungen ist hier anzugeben, ob das Ergebnis des Vorgutachtens bestätigt wird und ob sich durch eine zwischenzeitliche Veränderung des Hilfebedarfs aktuell ggf. eine andere Empfehlung ergibt.

Erläuterungen

D 5.2.4 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege

Bei einem Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege behält der Pflegebedürftige die ihm zuerkannte Pflegestufe, es sei denn, dass nach einer erneuten Begutachtung ein davon abweichender Hilfebedarf festgestellt wird.

Die Erforderlichkeit von stationärer Pflege kann im Einzelfall im Rahmen eines Besuchs in der Häuslichkeit geprüft werden, um das häusliche Umfeld erfassen zu können. Bei anerkannter Pflegestufe III entfällt diese Prüfung. Verfügt der Antragsteller zum Zeitpunkt der Begutachtung nicht mehr über eine eigene Wohnung, so ist für die Bemessung des Zeitaufwandes bezüglich des festgestellten Hilfebedarfs durch Laienpfleger von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen (vgl. zur Beschreibung der durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation Punkt C 2.4 „Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz“).

D 5.2.5 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

Erläuterungen

In vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leisten die Pflegekassen für mindestens erheblich Pflegebedürftige – ohne weitere Differenzierung nach Pflegestufen – eine Pauschale (§ 43a SGB XI). Obwohl leistungrechtlich für den Anspruch auf Leistungen nach § 43a SGB XI lediglich das Vorliegen von erheblicher Pflegebedürftigkeit voraus-gesetzt wird, ist generell die entsprechende Pflegestufe auszuweisen, da neben der Pauschale für Zeiten in der häuslichen Pflege (z. B. Wochenende, Ferien) ein weiter gehender Leistungsanspruch in Abhängigkeit von der Pflegestufe besteht. Bei Vorliegen von demenz-bedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung muss das Screening- und ggf. Assessment-Verfahren durchgeführt werden (siehe Punkt D 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“).

D 5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

Formular-gutachten

Liegen Hinweise dafür vor, dass die Pflegebedürftigkeit durch Unfallfolgen, Berufserkrankungen, Arbeitsunfälle oder Versorgungsleiden (z. B. Kriegs-, Wehrdienst- oder Impfschaden) hervorgerufen wurde, oder wesentlich mit bedingt wird, ist dies anzugeben.

D 5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?

Formular-gutachten

Festgestellte Defizite in der häuslichen Pflege von mindestens erheblich Pflegebedürftigen – auch bei professioneller Pflege – sind hier darzustellen (vgl. Punkt D 4.0 / IV. „Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte“).

Der Gutachter hat sich zu orientieren

- an der Situation des Pflegebedürftigen,
- an den Belastungen und der Belastbarkeit der Pflegeperson,
- am sozialen Umfeld der konkreten Pflegesituation,
- an der Wohnsituation einschließlich möglicher Wohnumfeldverbesserungen des Antragstellers.

Der Gutachter muss sich darüber im Klaren sein, dass die Feststellung einer nicht sichergestellten Pflege tiefgreifend in familiäre Strukturen eingreifen kann. Grundsätzlich hat die häusliche Pflege Vorrang vor stationärer Pflege. Der Vorrang häuslicher Pflege hat dort seine Grenzen, wo, bedingt durch die familiären und sozialen Verhältnisse, eine angemessene Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich nicht sichergestellt ist.

Wird festgestellt, dass die häusliche Pflege auch bei Realisierung der im Gutachten (Punkt 6 „Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan“ und Punkt 7 „Erläuterungen für die Pflegekasse“) gegebenen Empfehlungen nicht in geeigneter Weise sichergestellt werden kann, so ist zu empfehlen, dass – bei Laienpflege – ggf. professionelle häusliche Pflege in Anspruch genommen wird. Hierbei kommen entweder die kombinierte Geld- und Sachleistung oder die alleinige Sachleistung in Betracht oder wenn auch dies nicht ausreicht teilstationäre oder vollstationäre Pflege. Wird vollstationäre Pflege empfohlen ist die Erforderlichkeit unter Punkt 5.5 „Ist vollstationäre Pflege erforderlich?“ im Formulargutachten zu begründen.

Da derartige Empfehlungen auch weit reichende Konsequenzen für den Pflegebedürftigen in Form des Entzugs der gewohnten Geldleistung und für die Pflegeperson in Form versagter Rentenversicherungsansprüche haben können, ist mit solchen Vorschlägen behutsam umzugehen.

Sofern eine akute Gefahrensituation abzuwenden ist, muss der Gutachter selbst unmittelbar Kontakt, z. B. mit behandelnden Ärzten, Pflegediensten, Sozialdienst oder Gesundheitsamt, aufnehmen. Die Umsetzung der weiter gehenden Empfehlungen des Gutachters liegt in der Verantwortung der Pflegekasse.

D 5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?

Die Erforderlichkeit ist generell zu prüfen und zu begründen, wenn mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegt. Bei Pflegebedürftigen, bei denen die Notwendigkeit der vollstationären Pflege bereits in einem Vorgutachten festgestellt wurde ist die Frage mit „ja“ zu beantworten. Eine Begründung ist nicht erforderlich. Liegen Hinweise vor, dass eine Rückkehr in die häusliche Umgebung möglich ist, sind diese zu benennen. Bei einem Antrag auf ambulante Pflegeleistungen und sichergestellter häuslicher Pflege (siehe Punkt D 5.4 „Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?“) ist die Frage mit „nein“ zu beantworten. In diesem Fall ist eine Begründung nicht erforderlich. Bei Versicherten, die bereits vor dem 01.04.1996 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebten, wird die Notwendigkeit der vollstationären Pflege unterstellt. Liegt Schwerstpflegebedürftigkeit (Stufe III) vor, wird die Erforderlichkeit von vollstationärer Pflege wegen der Art, Häufigkeit und des zeitlichen Umfangs des Hilfebedarfs gleichfalls unterstellt.

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung von Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- oder Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen,
- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

Das Kriterium des Fehlens einer Pflegeperson bzw. der fehlenden Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen sollte erst dann als erfüllt betrachtet werden, nachdem der Antragsteller auf die Möglichkeit zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, Pflegesachleistung, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen wurde.

Eine Überforderung von Pflegepersonen entsteht aus unterschiedlichen Gründen, wie z. B.:

- Die Pflegepersonen sind selbst betagt oder gesundheitlich beeinträchtigt.
- Die Entfernung zwischen dem Wohn- und Pflegeort ist zu groß.
- Die psychische Belastung, die durch eine Pflegesituation entsteht, wird individuell unterschiedlich verarbeitet. So kann bereits bei geringem Pflegeaufwand eine Überforderungssituation entstehen.

Droht ein pflegerisches Defizit durch Überforderung der Pflegeperson, so gilt das Kriterium als erfüllt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine absehbar zeitlich befristete Überforderungssituation der Pflegeperson unter Umständen durch Kurzzeitpflege oder teilstationäre Pflege des Pflegebedürftigen behoben werden kann.

Soziale Isolation kann Verwahrlosungstendenzen begünstigen. Anzeichen dafür können u. a. sein

- die Vernachlässigung der Körperpflege,
- unregelmäßige und nicht ausreichende Einnahme von Mahlzeiten,
- die Vernachlässigung des Haushaltes.

Diese Situation kann auftreten, obgleich die Durchführung der hierfür notwendigen Verrichtungen vom körperlichen Funktionszustand her möglich wäre.

Eine Selbstgefährdung kann vorliegen, wenn der Betroffene nicht oder nicht rechtzeitig im Falle des eintretenden akuten Hilfebedarfs Hilfe herbeiholen kann. Eine Selbstgefährdung kann auch dann vorliegen, wenn der Betroffene hochgradig verwirrt oder antriebsarm ist, den Realitätsbezug verloren hat, schwer depressiv ist oder Suizidtendenzen vorliegen. Selbstgefährdung kann mit Fremdgefährdung einhergehen. Insbesondere liegt Fremdgefährdung vor, wenn der Antragsteller die Übersicht im Umgang mit Strom, Gas und Wasser verloren hat. Für solche Gefährdungen müssen konkrete Hinweise vorliegen.

Räumliche Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die ein wesentliches Hindernis für die häusliche Pflege darstellen können, sind z. B. die Lage von Toilette und Bad außerhalb der Wohnung, die fehlende Rollstuhlgängigkeit der Wohnung (z. B. infolge zu schmaler Türen von Küche, Bad und WC). Liegt eine entsprechende Situation vor, sollte zunächst geprüft werden, ob durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen häuslichen Wohnumfeldes die wesentlichen Hindernisse für die ambulante Pflege zu beseitigen sind und damit vollstationäre Pflege vermeidbar ist.

D 6 Empfehlungen an die Pflegekasse/ Individueller Pflegeplan

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch aktivierende Pflege, Maßnahmen der Krankenbehandlung, Leistungen mit präventiver und rehabilitativer Zielsetzung oder durch medizinische Rehabilitation beeinflussbar ist. Hier hat der Gutachter unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung für den häuslichen und stationären Bereich Stellung zu nehmen, ob über die derzeitige Versorgungssituation hinaus (siehe Punkte 1.1 bis 1.4 „Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation“, Punkt 2.1 „Pflegerrelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation“ und Punkt 2.3 „Pflegerrelevante Vorgeschichte (Anamnese)“ des Formulargutachtens) präventive Maßnahmen, Heilmittel als Einzelleistungen (Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, podologische Therapie) oder eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation (ambulante einschließlich mobile oder stationäre Rehabilitation) erforderlich sind.

Darüber hinaus sind hier über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend

- Vorschläge zur ärztlichen Behandlung und zu weiteren Therapien, Rehabilitations-sport/Funktionstraining,
- Empfehlungen zu notwendigen Hilfsmitteln (§ 33 SGB V) und Pflegehilfsmitteln (§ 40 SGB XI),
- Vorschläge zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI),
- Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

zu dokumentieren.

D 6.1 Präventive Leistungen

Hier hat der Gutachter für den häuslichen und stationären Bereich unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung Stellung zu nehmen, ob und ggf. welche präventive Leistungen empfohlen werden und welche Ziele damit verknüpft werden.

D 6.2 Heilmittel

Hier hat der Gutachter für den häuslichen und stationären Bereich unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung Stellung zu nehmen, ob und ggf. welche Heilmittel als Einzelleistungen (Physikalische Therapie, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, podologische Therapie) auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien empfohlen und welche Ziele damit verknüpft werden.

D 6.3 Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe ist im SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) festgelegt. Im SGB XI ist geregelt, dass im Falle drohender oder bestehender Pflegebedürftigkeit regelmäßig die Notwendigkeit präventiver oder rehabilitativer Leistungen, insbesondere die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zu prüfen ist. Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde der Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ gestärkt. Eine Empfehlung des Medizinischen Dienstes für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation führt unmittelbar zu einem Rehabilitationsantrag gemäß § 14 SGB IX, sofern dazu die Einwilligung des Versicherten vorliegt. Es ist in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob eine Indikation für diese Leistung besteht, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Nach dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz hat der MDK eine gesonderte Rehabilitationsempfehlung zu erstellen und an die Pflegekasse zu übersenden (vgl. § 31 SGB XI, § 8 Abs. 1 und 3 SGB IX, § 18 Abs. 1 und 6 SGB XI).

Mit dem Begriff „Leistung zur medizinischen Rehabilitation“ wird eine komplexe interdisziplinäre Leistung, die in der GKV nach § 40 SGB V zu erbringen ist, bezeichnet. Demgegenüber stehen Einzelleistungen (z. B. Heilmittel), die eine rehabilitative Zielsetzung haben können.

Indikationsstellung zur medizinischen Rehabilitation

Die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation im Sinne des SGB IX liegt vor, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit,
- Rehabilitationsfähigkeit,
- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und
- eine positive Rehabilitationsprognose

bestehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch bei psychisch kranken sowie geistig, seelisch und körperlich behinderten Menschen geeignete Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen können.

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung

- voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen, durch die in absehbarer Zeit Beeinträchtigungen der Teilhabe drohen

oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen

und

- über die kurative Versorgung hinaus der mehrdimensionale und interdisziplinäre Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit. Bei der Beurteilung sind die umwelt- und personbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Bei der Prüfung der Rehabilitationsbedürftigkeit sind insbesondere folgende Ausprägungen alltagsrelevanter Aktivitätsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen:

- die Selbstversorgung (z. B. Ernährung, Körperpflege, Ausscheidung), deren Beeinträchtigung zur Abhängigkeit von fremder Hilfe (Pflegebedürftigkeit) führen kann,
- die Mobilität, deren Beeinträchtigung ein Leben der Patientin/des Patienten außerhalb ihrer/seiner Wohnung verhindern und so zu deren/dessen sozialer Isolation führen kann,
- die Kommunikation (z. B. Sprachverständnis, Sprachvermögen, Hören, Sehen) mit der Folge der Beeinträchtigung der örtlichen/räumlichen Orientierung,
- manuelle Aktivitäten, deren Einschränkung z. B. zu Beeinträchtigungen der Beschäftigung/Haushaltsführung führen kann,
- die Strukturierung des Tagesablaufes, die zu vielfältiger Beeinträchtigung der Teilhabe führen kann.

Rehabilitationsbedürftigkeit ist nicht gegeben, wenn kurative oder ausschließlich pflegerische bzw. andere Maßnahmen ausreichend sind, z. B.

- vertragsärztliche Behandlung einschließlich der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln,
- Krankenhausbehandlung,
- aktivierende Pflege.

Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein Antragsteller, wenn er aufgrund seiner somatischen und psychischen Verfassung die für die Durchführung und Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt.

Bei Antragstellern der Pflegeversicherung handelt es sich überwiegend um ältere und multimorbide Personen. Daher sind bei der Prüfung der Rehabilitationsfähigkeit insbesondere die nachstehenden niedrighwelligeren Kriterien für die geriatrische Rehabilitation zu berücksichtigen. Eine geriatrische Rehabilitation kann auch mobil erbracht werden, wenn die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehabilitationsprognose nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden kann.

Insbesondere geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist dann gegeben, wenn alle nachfolgend genannten Kriterien erfüllt sind:

- die vitalen Parameter sind stabil,
- die bestehenden Begleiterkrankungen, Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen und typischen Komplikationen können vom ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Personal der geriatrischen Einrichtung behandelt werden sowie
- die Stabilität des Kreislaufs und die allgemeine psychische und physische Belastbarkeit des Patienten erlauben, dass er mehrmals täglich aktiv an rehabilitativen Maßnahmen teilnehmen kann.

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit ist nicht gegeben, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Ausschlusskriterien erfüllt ist:

- Fehlende Zustimmung des Patienten zur Rehabilitation,
- fehlende oder nicht ausreichende Belastbarkeit, die die aktive Teilnahme verhindert (z. B. nach Frakturen und nach Gelenkoperationen),
- Darminkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist,
- Begleiterkrankungen bzw. Komplikationen, die eine aktive Teilnahme an der Rehabilitation verhindern, z. B.
 - Desorientiertheit,
 - Weglauftendenz,
 - erhebliche Störung der Hör- und Sehfähigkeit,
 - Lage und Größe eines Dekubitus,
 - Probleme am Amputationsstumpf,
 - schwere psychische Störungen wie schwere Depression oder akute Wahnsymptomatik.

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten oder drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung der Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten. Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Realistische, für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele leiten sich aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe ab. Bei der Formulierung der Rehabilitationsziele ist der Antragsteller zu beteiligen.

Ziele der Rehabilitation können sein:

- Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/ Teilhabe.

- Größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe.
- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten.
- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe des Antragstellers.

Konkrete alltagsrelevante Rehabilitationsziele können z. B. sein:

- Erreichen der Stehfähigkeit,
- Erreichen des Bett-Rollstuhl-Transfers,
- Verbesserung der Rollstuhlfähigkeit,
- Erreichen des Toilettenganges/persönliche Hygiene,
- selbstständige Nahrungsaufnahme,
- selbstständiges An- und Auskleiden,
- Gehfähigkeit über mehrere Treppenstufen,
- Gehfähigkeit innerhalb und außerhalb der Wohnung,
- Tagesstrukturierung.

Im Rahmen der Begutachtung kommt diesen Zielen eine besondere Bedeutung im Hinblick darauf zu, eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten. Dabei kann es sowohl um die Reduktion des Hilfebedarfs innerhalb der festgestellten Pflegestufe als auch um eine Verringerung des Hilfebedarfs von einer höheren zu einer niedrigeren Pflegestufe gehen.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren
- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation
- in einem notwendigen Zeitraum.

Eine positive Rehabilitationsprognose ist anzunehmen, wenn mindestens eines der nachfolgend genannten Kriterien zutrifft:

- Beseitigung/alltagsrelevante Verminderung der Beeinträchtigung(en) der Aktivitäten durch Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit sind erreichbar,
- Kompensationsmöglichkeiten zur Alltagsbewältigung sind mit nachhaltigem Erfolg anzuwenden (trainierbar) und/oder
- Adaptionsmöglichkeiten, welche die Beeinträchtigungen der Teilhabe vermindern, können erfolgreich eingeleitet werden.

Ablauf der Prüfung der Notwendigkeit einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation

Aus den bei der Pflegebegutachtung festgestellten Beeinträchtigungen der Aktivitäten können im Einzelfall realistische, alltagsrelevante Rehabilitationsziele zur Verbesserung der Selbständigkeit bzw. zur Verminderung des personellen Hilfebedarfs formuliert werden.

Für die Feststellung von Rehabilitationsbedürftigkeit ist darüber hinaus zu prüfen, ob zur Verbesserung der Beeinträchtigungen über die kurative Behandlung hinaus der multidimensionale interdisziplinäre Ansatz der Rehabilitation erforderlich und Erfolg versprechend ist. Aus der Anamnese sind Art, Umfang und Dauer der bestehenden Schädigungen und Beeinträchtigungen sowie die Entwicklungstendenz zu entnehmen.

In der Regel ist die Kenntnis von medizinischen Unterlagen und Befundberichten zur bisherigen Diagnostik, der Therapie und dem Verlauf notwendig, um eine fundierte Aussage zu den Erfolgsaussichten einer Rehabilitationsleistung abgeben zu können (siehe Punkte. C 1. und C 2.2.2).

Des Weiteren ist bei der Begutachtung darauf zu achten, ob Hinweise auf eine Einschränkung der Rehabilitationsfähigkeit bestehen, wie erhebliche Schädigungen der kognitiven Funktionen oder eine zu geringe körperliche Belastbarkeit, die die Durchführung unmöglich machen. Auch eine fehlende Motivation und ggf. andere Faktoren (z. B. anstehende Operation) sind bei der Begutachtung abzuklären.

Der gemeinsamen Verantwortung von Ärzten und Pflegefachkräften für das Gutachtenergebnis wird im MDK durch eine strukturierte Kooperation der beteiligten Gutachter Rechnung getragen.

Kommt die begutachtende Pflegefachkraft auf der Grundlage der erhobenen Informationen zu der Einschätzung, dass eine Rehabilitationsindikation bestehen könnte, schaltet sie einen Arzt des MDK in die Begutachtung ein, der zu der Einschätzung der Pflegefachkraft zur Notwendigkeit einer medizinischen Rehabilitationsleistung Stellung nimmt. Dabei wird auch die Frage geprüft, ob das individuelle Zustands- und Verhaltensprofil Rehabilitationsfähigkeit erkennen lässt und der bisherige Verlauf eine positive Rehabilitationsprognose wahrscheinlich macht. Erst aus einer Gesamtbetrachtung kann der ärztliche Gutachter auf der Grundlage der von der Pflegefachkraft erfassten Informationen die Rehabilitationsindikation stellen und eine Zuweisungsempfehlung abgeben. Es ist anzugeben, ob eine geriatrische oder indikationspezifische Rehabilitation oder eine spezielle Maßnahme für Kinder und Jugendliche erforderlich ist und ob diese ambulant (ggf. mobil) oder stationär durchgeführt werden kann. Sofern erkennbar ist, dass Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitationsträger erfolgreich sein könnten, ist dies zu dokumentieren.

Die Einschaltung eines Arztes des MDK zur Beurteilung der Rehabilitationsindikation ist nicht erforderlich, wenn die begutachtende Pflegefachkraft begründen kann, warum sie keine Empfehlung zur Einleitung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abgibt, z. B.:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und/oder aktivierend-pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob empfohlene weitere Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung eingeleitet werden können.
- Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- Die Wirkung einer abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
- Es wird derzeit keine realistische Möglichkeit gesehen, durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Ist sich die Pflegefachkraft in ihrer Einschätzung bezüglich einer Rehabilitationsindikation nicht sicher, wird ein Arzt des MDK in die Begutachtung eingeschaltet. Die vorstehenden Feststellungen sind in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren und zusammen mit dem Pflegegutachten an die Pflegekasse zu senden.

Formular-
gutachten

D 6.4 Sonstige Therapien

Hier hat der Gutachter unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung z. B. Empfehlungen zur Veränderung der ärztlichen und weiteren Therapien, zur Teilnahme am Rehabilitationssport/Funktionstraining zu dokumentieren. Darüber hinaus sind ggf. Hinweise auf eine mögliche therapeutische Unter- oder Fehlversorgung (z. B. unzureichende Schmerztherapie oder nicht angemessene Medikation mit Psychopharmaka) festzuhalten. Ggf. ist mit Einwilligung des Antragstellers, Bevollmächtigten oder Betreuers Kontakt zum behandelnden Arzt oder zu anderen Therapeuten aufzunehmen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Formular-
gutachten

D 6.5 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung

Hilfsmittel nach § 33 SGB V sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung den Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Es sind nur solche technischen Hilfen als Hilfsmittel anzusehen, die vom Versicherten getragen oder mitgeführt und bei einem Wohnungswechsel auch mitgenommen und weiter benutzt werden können, um sich im jeweiligen Umfeld zu bewegen, zurechtzufinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen

Lebens zu befriedigen. Hilfsmittel sollen die Körperfunktionen des Versicherten ersetzen, ergänzen oder verbessern, die für die möglichst selbständige Durchführung der Alltagsverrichtungen notwendig sind.

Die Hilfsmittel müssen im Einzelfall erforderlich sein, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Die nur mittelbar oder nur teilweise die Organfunktionen ersetzenden Mittel sind nur dann als Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung anzusehen, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung nicht nur in einem bestimmten Lebensbereich (Beruf/Gesellschaft/Freizeit), sondern im gesamten täglichen Leben („allgemein“) beseitigen oder mildern und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betreffen.

Ein Hilfsmittel ist dann erforderlich, wenn sein Einsatz zur Lebensbewältigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse benötigt wird. Dazu gehören

- die körperlichen Grundfunktionen (z. B. Gehen, Stehen, Treppensteigen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Sprechen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung).
- die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. die elementare Körperpflege, das An- und Auskleiden, das selbständige Wohnen, die Möglichkeit, die Wohnung zu verlassen und die Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind).
- die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (z. B. die Aufnahme von Informationen, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens sowie die Integration eines behinderten Kindes in die Gruppe Gleichaltriger).

Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI sind sächliche Mittel oder technische Produkte, die individuell gefertigt oder als serienmäßig hergestellte Ware in unverändertem Zustand oder als Basisprodukt mit entsprechender handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung den Versicherten zur Verfügung gestellt werden. Pflegehilfsmittel werden unterschieden in zum Verbrauch bestimmte und technische Produkte.

Die Pflegehilfsmittel müssen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen.

Die Pflegekassen sind lediglich für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig, da der § 40 SGB XI in der Systematik des SGB XI den Leistungen bei häuslicher Pflege zugeordnet ist.

Gegenstände, die zum allgemeinen Lebensbedarf oder zu den Kosten der normalen Lebenshaltung gehören, zählen nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung bzw. der sozialen Pflegeversicherung. Bei solchen Produkten handelt es sich um Gebrauchsgegenstände, die der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen sind.

Stationäre Pflegeeinrichtungen haben die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel bereitzustellen, weil sie aufgrund des Versorgungsauftrags (§ 71 Abs. 2 SGB XI) verpflichtet sind, die Pflegebedürftigen nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse ausreichend und angemessen zu pflegen. Von daher sind von den vollstationären Pflegeeinrichtungen Hilfsmittel, die der Durchführung der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung oder allgemein der Prophylaxe dienen, vorzuhalten.

Pflegebedürftige, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen leben, haben auch weiterhin einen Anspruch auf die individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln nach § 33 SGB V zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen. Dies gilt für Hilfsmittel, die individuell angepasst werden oder ausschließlich von einem Pflegebedürftigen genutzt werden. Wenn das Hilfsmittel zur Behandlungspflege eingesetzt wird, ist ebenfalls eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich.

In jedem Einzelfall ist die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung zu prüfen. Ausgehend von der derzeitigen Versorgung (Punkt 1.3 „Hilfsmittel/Nutzung“ des Formulargutachtens) sind differenzierte Empfehlungen abzugeben. Wird ein vorhandenes Hilfs-/Pflegehilfsmittel, das unter Punkt 1.3 „Hilfsmittel/Nutzung“ des Formulargutachtens beschrieben wurde, nicht oder nur unzureichend genutzt, ist zu prüfen, ob es der Pflegebedürftige bedienen kann, und wenn nicht, ob eine Ausbildung im Gebrauch erforderlich ist oder eventuell Änderungen oder Anpassungen erforderlich sind.

Wird zur Verbesserung der Versorgung eine Ausstattung mit weiteren Hilfs-/Pflegehilfsmitteln für erforderlich gehalten, ist dies hier zu empfehlen. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, ob es sich bei der vorgeschlagenen Versorgung durch den Gutachter um ein Hilfsmittel nach § 33 SGB V oder um ein Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI handelt, obliegt der Kranken- bzw. Pflegekasse. Ein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegekasse setzt voraus, dass

- kein Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse besteht

und

- das Produkt allein den Zielsetzungen des § 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI (Erleichterung der Pflege, Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung) dient

oder

- diese Zwecke im Einzelfall „ganz überwiegend“ verfolgt werden, weil nur marginal bzw. in äußerst geringem Maß noch ein Behinderungsausgleich vorstellbar ist.

Sofern die Bereitstellung weiterer Hilfs-/Pflegehilfsmittel empfohlen wird, benötigt die Kranken-/Pflegekasse deshalb für die leistungsrechtliche Entscheidung detaillierte Angaben,

- bei welchen Aktivitäten/zu welchem Zweck das vorgeschlagene Produkt genutzt werden soll

und

- in welcher Art und in welchem Umfang der Antragsteller das Produkt nutzen soll; dies erfordert eine detaillierte Beschreibung, ob die Nutzung selbstbestimmt, selbständig, teilweise selbständig oder ausschließlich durch die Pflegeperson erfolgen kann.

D 6.6 Technische Hilfen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

Formular-
gutachten

Die Pflegekassen können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des mindestens erheblich Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 SGB XI (ggf. i.V.m. § 123 Abs. 2 SGB XI) gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall

- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Pflegebedürftigen und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von den Pflegenden verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf die Ermöglichung und Erleichterung von verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI bzw. auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt.

Bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen kann es sich um wesentliche Eingriffe in die Bausubstanz, um den Ein- und Umbau von Mobiliar oder um Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden, handeln. Der Gutachter hat alle zum Zeitpunkt der Begutachtung erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren. Diese Maßnahmen werden von der Pflegekasse als eine Verbesserungsmaßnahme gewertet und hierbei ist es nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung bzw. Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen gerichtet sind,

- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,
- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder
- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen kommen z. B. in Frage:

Bad: Unterfahrbares Waschbecken, verstellbare Spiegel, behindertengerechte Toilette, behindertengerechter Umbau von Dusche oder Wanne.

Türen: verbreitern, Schwellen beseitigen, Türgriffe tiefer setzen, automatische Türöffnung anbringen, Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen.

Treppen: Treppenlifter, fest installierte Rampen.

Küche: Unterfahrbare Arbeitsplatte, Höhenverstellbarkeit der Schränke, Wasseranschlüsse/Armaturen.

Weitere Informationen sind der Anlage 5 „Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG zu § 40 Abs. 4 SGB XI“ (in der jeweils gültigen Fassung) zu entnehmen.

D 6.7 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

Hier hat der Gutachter Empfehlungen zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation auszusprechen. Grundlage dafür sind einerseits die Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen (siehe Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formulgutachtens), andererseits die vorgefundene Pflegesituation (z. B. Belastung der Pflegeperson).

Der Gutachter hat konkrete Maßnahmen vorzuschlagen (z. B. hauswirtschaftliche Versorgung, Grundpflege, Behandlungspflege). So können sich Empfehlungen zur Veränderung der pflegerischen Situation des Antragstellers sowohl

- auf die organisatorische (z. B. Gestaltung des Tagesablaufes, Essenszeiten, Weckzeiten),
- auf die räumliche (z. B. Anordnung des Bettes und der Möbel im Zimmer, lose Teppiche) und
- auf inhaltliche Aspekte bezüglich einzelner Pflegeleistungen (z. B. Prinzip der „aktivierenden Pflege“, Risikomanagement insbesondere bei Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Sturzgefahr),
- aber auch auf bestimmte Personengruppen (z. B. Altersverwirrte, Hemiplegiker, Inkontinente)

beziehen. Dabei ist den individuellen Wünschen der Antragsteller Rechnung zu tragen.

Liegt eine Überforderungssituation der Pflegeperson/-en vor oder droht diese, sind Vorschläge zur Entlastung zu machen (z. B. Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, vollstationäre Pflege, Pflegekurs).

Liegen Hinweise auf eine defizitäre Pflege vor, sind diese darzustellen und geeignete Maßnahmen zu empfehlen (siehe Punkt D 4.0 / IV. „Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte“).

Werden „freiheitsentziehende“ Maßnahmen notwendig, so erwachsen daraus besondere Sorgfaltspflichten (z. B. aufgrund erhöhtem Dekubitusrisiko, Aspirations- und Verletzungsgefahr). In jedem Fall hat der Gutachter besonders sorgfältig zu prüfen, ob eine defizitäre Pflegesituation vorliegt bzw. droht, auch wenn – wie im stationären Bereich erforderlich – eine richterliche Genehmigung vorliegt und ggf. andere geeignetere Maßnahmen zu empfehlen. Der Wunsch von einrichtsfähigen Antragstellern nach sichernden Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Therapietisch) ist keine gerichtlich zu genehmigende „freiheitsentziehende“ (unterbringungsähnliche) Maßnahme. Dieser Wille muss nachvollziehbar und eindeutig dokumentiert sein.

D 7 Erläuterungen für die Pflegekasse

Formular-
gutachten

Bemerkungen des Gutachters, die in der Systematik des Formularegutachtens an anderer Stelle nicht möglich sind, können hier gemacht werden.

D 8 Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Formular-
gutachten

Die Begutachtung des Pflegebedürftigen ist in angemessenen Abständen zu wiederholen. Der im Einzelfall anzugebende Termin der Wiederholungsbegutachtung muss im inneren Bezug zur angegebenen Prognose stehen. Der Gutachter hat hier die weitere voraussichtliche Entwicklung der Pflegebedürftigkeit abzuschätzen und zu dokumentieren. Kann durch zumutbare kurative, pflegerische oder rehabilitative Maßnahmen sowie durch den Einsatz von Hilfsmitteln/Pflegehilfsmitteln oder durch eine Verbesserung des Wohnumfeldes der Hilfebedarf verändert werden, ist dies mit anzugeben. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf empfohlene Maßnahmen bei oder sich abzeichnender defizitärer Pflege (siehe Punkt D 4.0 / IV. „Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte“). Nach diesen Kriterien ist der Zeitpunkt einer Wiederholungsbegutachtung abhängig vom Einzelfall zu empfehlen.

Insbesondere wenn die Begutachtung im Krankenhaus (siehe Punkt C 2.4 „Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz“) erfolgt ist, kann eine kurzfristige Wiederholungsbegutachtung angezeigt sein.

Ist prognostisch nicht einschätzbar, ob und ggf. wann eine Änderung des Hilfebedarfs zu erwarten ist (z. B. Wachkoma), ist die Angabe eines Termins nicht

zwingend erforderlich. Dies ist entsprechend begründet zu dokumentieren. Die Angabe zu dem Termin einer Wiederholungsbegutachtung „aus medizinischen Gründen nicht notwendig“ ist nicht ausreichend. Auf der Grundlage der Empfehlungen des Gutachters wird die Pflegekasse über die weitere Vorgehensweise entscheiden. Unabhängig davon hat der MDK eine durch die Pflegekasse veranlasste Begutachtung durchzuführen. Bei Kindern ist eine Wiederholungsbegutachtung in der Regel nach zwei Jahren durchzuführen.

Formular-
gutachten

D 9 Beteiligte Gutachter

Die für die Begutachtung zuständigen Gutachter sind hier – ungeachtet der gemeinsamen Verantwortung von Ärzten und Pflegefachkräften für das Gutachterergebnis (siehe Punkt C 2.2.1 „Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en“ bzw. Punkt C 2.7 „Gutachtenabschluss“) – zu benennen.

E Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

E 1 Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs⁷

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Für ambulant gepflegte bzw. versorgte Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz besteht ein – seit dem 01.07.2008 je nach Umfang des allgemeinen Betreuungsbedarfs gestaffelter – zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Mit dieser Leistung werden insbesondere für die Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruch auf die Leistung nach § 45b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III und Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Versicherte, die wegen erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz die Voraussetzungen des § 45a SGB XI erfüllen, haben neben den Leistungen nach § 45b SGB XI ab 01.01.2013 bis zum Inkrafttreten eines Gesetzes, das die Leistungsgewährung auf Grund eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines entsprechenden Begutachtungsverfahrens regelt, Ansprüche auf Pflegeleistungen nach § 123 SGB XI.

Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die von einer stationären Pflegeeinrichtung versorgt werden, haben die Einrichtungen einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn die Einrichtung ein zusätzliches über das normale Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen hinausgehendes Angebot der Betreuung und Aktivierung dieser Bewohner bzw. Gäste vorhält (§ 87b Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsich-

⁷ Dieses Verfahren wurde in den „Richtlinien zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ festgelegt und wird hier auszugsweise nochmals abgebildet (siehe auch Anlage 2).

tigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen Einschränkungen in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien (vgl. Anlage 1).

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment (Punkt (jetzt) G 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) und baut auf der Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Punkt D 4. / III. / 8. „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen“ der Begutachtungs-Richtlinien hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G 2 der Begutachtungs-Richtlinien). Dort sind die vorliegenden Schädigungen, vorhandenen Ressourcen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens zu dokumentieren.

Screening

Das Screening (Punkt G 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G 2 der Begutachtungs-Richtlinien) mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist in der Tabelle der spezifische Hilfebedarf (nicht jedoch der Pflegebedarf) bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist zu „Orientierung“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“, „Gedächtnis“, „Tag-/Nachtrhythmus“, „Wahrnehmung und Denken“, „Kommunikation/Sprache“, „Situatives Anpassen“ und „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“ jeweils eine Bewertung „unauffällig“ oder „auffällig“ abzugeben. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Werden im Screening (Tabelle in Punkt G 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies im Formulargutachten zu begründen.

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen oder sich Veränderungen ergeben haben.

Assessment

Das Assessment (Punkt G 3.4 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist generell zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist. Unerheblich ist, ob die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllt sind oder ob der Versicherte häuslich oder stationär versorgt wird. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken)

sowie

- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit „Ja“ zu dokumentieren, wenn wegen dieser Störungen

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Die Fragen sind eindeutig mit „Ja“ oder mit „Nein“ zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnistisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

Das Assessment erfasst die 13 gesetzlich festgeschriebenen Items. Nachfolgend werden für die 13 Items besonders typische und eindeutige Beispiele beschrieben, in denen ein „Ja“ zu dokumentieren ist. Eine abschließende und vollständige Aufzählung aller Situationen, in denen sich psychopathologische Störungen manifestieren, ist nicht möglich.

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,
- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- Harn- und Stuhl drang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss,
- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingezogen wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,

- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss psychiatrisch gesichert sein.

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wieder erkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind.

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,

- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/ schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nicht-kognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche psychiatrisch gesichert sind.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,
- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig „jammert“ und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss psychiatrisch gesichert sein.

Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und Empfehlungen an die Pflegekasse

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden

- für Versicherte mit einem im Verhältnis geringeren allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem Grundbetrag und
- für Versicherte mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem erhöhten Betrag

geleistet. Maßstab für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages sind

die Feststellungen zu den Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bei den maßgeblichen Items im Rahmen des Assessments.

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein „Ja“ angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

Darüber hinaus hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers entsprechend eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

E 2 Besonderheiten zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren

Auch bei Kindern kann eine erheblich oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegen. Grundlage für die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bilden die in § 45a Abs. 2 SGB XI gesetzlich beschriebenen 13 Items im Vergleich zu einem gleichaltrigen, altersentsprechend entwickelten gesunden Kind.

In Ausnahmefällen können die Kriterien der eingeschränkten Alltagskompetenz auch bei einem geistig schwer behinderten Säugling vorliegen. Das ist z. B. der Fall bei speziellen Syndromen wie Patau-, Edwards-, Cri-du-chat-Syndrom, bei schweren Perinatalerschäden, bei schnellem geistigem Abbau durch neurodegenerative Erkrankungen. Im Entwicklungsverlauf auftretende vorübergehende Auffälligkeiten bei geistig altersgerecht entwickelten Kindern können nicht berücksichtigt werden (z. B. Schlafstörungen, Trotzverhalten im Vorschulalter, soziale und/oder familiäre Interaktionsstörungen, die im Zusammenhang mit einer somatischen Erkrankung auftreten).

Es ist Folgendes zu berücksichtigen:

- Kinder unter 1 Jahr entwickeln zwar keine Alltagskompetenz im eigentlichen Sinne, können aber aufgrund eines von der altersgerechten Entwicklung abweichenden Verhaltens einen erheblich gesteigerten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben.
- Kinder unter 3 Jahren müssen praktisch dauernd beaufsichtigt werden, weil sie noch keinerlei Gefahrenverständnis besitzen.

- Kinder zwischen 3 und 6 Jahren können kurzfristig (ca. 15 – 60 Minuten) in entsprechend vorbereiteten Bereichen ohne direkte Aufsicht spielen, benötigen aber zeitnah einen Ansprechpartner.
- Kinder im Schulalter können je nach Alter mehrere Stunden täglich eigenverantwortlich allein bleiben. Sie brauchen zu festen Zeiten oder per Telefon einen Ansprechpartner, um schwierige Situationen zu beherrschen.

Die nachstehenden Ausführungen zu den einzelnen Items sind wissenschaftlich nicht untermauert, sondern basieren auf langjährigen praktischen Erfahrungen von Pädiatern und Kinderkrankenschwestern/-pflegern. Insofern handelt es sich um eine Hilfestellung. Bei der Anwendung der Hilfestellung ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob ein Verhalten, das als krankheitswertig oder pathologisch anzusehen ist, einen zusätzlichen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf nach sich zieht. Maßgebend ist dabei der Vergleich mit einem gleichaltrigen, altersgerecht entwickelten gesunden Kind.

Folgende Entwicklungsschritte eines gleichaltrigen, altersgerecht entwickelten gesunden Kindes bzw. Besonderheiten sollte der Gutachter bei der Beurteilung der Items berücksichtigen; die Aufzählung ist nicht abschließend:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

ab 3 Jahre Einfache, eingeübte Regeln können befolgt werden.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

ab 4 Jahre Gefährdungen, die von Treppen und Fenstern ausgehen können sind bekannt.

ab 6 Jahre Der in einer längeren Anlaufphase trainierte Schulweg wird allein bewältigt. Das Kind kennt grundlegende Regeln im Straßenverkehr. Situationsabhängig kann unüberlegtes, impulsives Verhalten vorkommen.

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

ab 3 Jahre Das Kind kennt grundlegende Gefahren im Alltag (Backofen, Herdplatte). Es lernt aus Erfahrung, es kann abstrahieren und lernt abhängig von der Anleitung. Gefährliche Gegenstände oder potenziell gefährdende Substanzen sind ihm zunehmend bekannt.

ab 6 Jahre Das Kind kennt die Gefahren beim Einsatz/Verwendung von z. B. kochendem Wasser, elektrischen Geräten, Werkzeugen, Feuer.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

unter 1 Jahr Selbststimulationen und Bewegungstereotypien sind als pathologisch zu werten, wenn sie nicht regelmäßig durch äußere Reize unterbrochen werden können. Jede Art von Autoaggression ist als pathologisch anzusehen.

ab 2 Jahre Gehäufte aggressive Übergriffe Personen gegenüber und/oder immer wiederkehrendes Zerstören von Gegenständen haben Krankheitswert.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

unter 1 Jahr Pausenloses unbegründetes Schreien („cerebrales“ schrilles Schreien) verursacht mehr als altersüblichen Beaufsichtigungsbedarf.

ab 1 Jahr Ständige motorische Unruhe und/oder umtriebige Verhalten sind pathologisch.

ab 2 Jahre Gesunde Kinder spielen bereits längere Zeit ohne ständige Anleitung.

ab 3 Jahre Der bestimmungsgemäße Gebrauch von Gegenständen des täglichen Lebens ist dem gesunden Kind bekannt und wird im Spiel imitiert. Als pathologisch anzusehen ist ein inadäquates Spielverhalten: Spielzeug wird z. B. nur zerstört, Rollenspiele oder ein Nachahmen von Alltagssituationen finden nicht statt. Einnässen und Einkoten in die Wohnräume sind nicht mehr zu erwarten.

ab 5 Jahre Fortbestehende Distanzlosigkeit Fremden gegenüber ist als pathologisch zu werten.

Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

unter 1 Jahr Der gesunde Säugling drückt Grundbedürfnisse und Stimmungen über Gestik und Mimik aus, verbale Interaktionen kommen schrittweise im Kleinkindalter hinzu.

Bereits bei geistig behinderten Säuglingen kann Selbstverstümmelung aufgrund mangelnden Schmerzempfindens auftreten (z. B. hereditäre sensomotorische Neuropathie Typ IV).

ab 2 Jahre Unmäßige bzw. unkontrollierte Nahrungsaufnahme (außerhalb der Mahlzeiten) bei fehlendem Sättigungsgefühl (z. B. Prader-Willi-Syndrom) erfordert erhöhte Beaufsichtigung.

ab 5 Jahre Die eigenen körperlichen Bedürfnisse werden z. B. nicht wahrgenommen, wenn das Kind die Toilette nur dann aufsucht, wenn es ausdrücklich dazu aufgefordert wird.

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Da sich das Item ausschließlich auf die benannten Diagnosen und deren Therapieresistenz bezieht, muss eine entsprechende Stellungnahme eines Kinder- und Jugendpsychiaters vorliegen.

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

- ab 2 Jahre Einfache Gebote und Verbote können verstanden und befolgt werden. Bei geistig behinderten Kindern ist das Antrainieren sozialer Alltagsleistungen zeitintensiv, mühsam und nur durch ständig wiederholendes Üben möglich. Erfolg stellt sich mit deutlicher Zeitverzögerung im Vergleich zu gesunden Kindern ein.
- ab 3 Jahre Gesunde Kinder sind in Kindertageseinrichtungen zunehmend gruppenfähig und können längere Zeit unter Aufsicht mit Gleichaltrigen spielen. Sie können sich einordnen und Konflikte austragen.
- ab 4 Jahre Gesunde Kinder übernehmen unter Anleitung kleine Hilfen im Haushalt, z. B. Abräumen des Tisches, Aufräumen der Spielsachen.
- ab 6 Jahre Hinweise auf Einschränkungen der sozialen Kompetenz geben z. B. die Betreuungs- und Schulform und Schulzeugnisse insbesondere aus Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.
Der Umgang mit Geld z. B. bei kleineren Einkäufen kann bewältigt werden.
- ab 8 Jahre Eigene Taschengeldverwaltung ist möglich.
Das Kind kennt die Uhrzeit; es kann öffentliche Verkehrsmittel nach entsprechendem Einüben selbständig nutzen. Verabredungen mit und Aufsuchen von Freunden erfolgen selbständig.
- ab 10 Jahre Selbständige Orientierung im weiteren Wohnumfeld (Stadt) ist nach entsprechender Übung möglich.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

- unter 1 Jahr Es entwickelt sich ein fester Rhythmus mit/ohne Mittagsschlaf mit verlässlichen Durchschlafperioden (90 v. H. der gesunden Säuglinge schlafen nachts mit 5 Monaten durch).
Lediglich phasenhafte Schlafstörungen, z. B. bei akuten Erkrankungen, Umgebungswechsel oder psychosozialen Belastungen können bei behinderten Kindern nicht berücksichtigt werden.

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

- ab 10 Jahre Gesunde Kinder können ihren Tagesablauf eigenverantwortlich nach entsprechender Anleitung strukturieren, z. B. Körperpflege durchführen, Essenszeiten einhalten.

Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind.

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nicht-kognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche psychiatrisch gesichert sind.

Unter Berücksichtigung dieser Ausführungen trifft Item 11 für Kinder kaum zu.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

ab 6 Jahre Mit Erreichen des Schulalters ist ein emotional angepasstes Verhalten in Anforderungssituationen zu erwarten. Pathologisch sind Verhaltensweisen wie z. B. dauerhaft überschießende Trotzreaktionen, übermäßige Rückzugstendenzen, Vermeidungsverhalten oder unkontrolliertes Weinen.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Da sich das Item ausschließlich auf die benannte Diagnose und deren Therapie-resistenz bezieht, muss eine entsprechende Stellungnahme eines Kinder- und Jugendpsychiaters vorliegen.

Anmerkung:

Die Items 7, 11 und 13 spielen im Kindesalter nur in Ausnahmefällen eine Rolle.

Beispiel 1 4-jähriger Knabe, cerebrales Anfallsleiden mit mäßiger geistiger Behinderung, kein aggressives oder autoaggressives Verhalten, eingeschränkte Orientierung außerhalb der Wohnung, Neigung zu Trotzhandlungen beim Essen (absichtliches Umschütten von Gläsern bei Tisch), fehlendes Gefahrenverständnis (trotz entsprechender Anleitung versteht er z. B. nicht, dass er nicht an den Herd gehen darf), besucht nach einer Eingewöhnungsphase ohne Probleme einen Integrationskindergarten.

Beispiel 2 2-jähriges Kind mit Down-Syndrom, psychomotorische Entwicklungsverzögerung, kaum kooperativ, motorische Unruhe, muss mehr als altersüblich beaufsichtigt werden, reagiert wenig auf Verbote und Gebote, Essprobleme mit rezidivierendem Erbrechen bei operierter Duodenalstenose.

Beispiel 3 8-jähriges Mädchen, rollstuhlpflichtig bei operierter Meningo-myelocele, besucht die Regelschule, ventilversorgter Hydrocephalus, muss katheterisiert werden, keine kognitiven Einschränkungen, ist im Wesentlichen kooperativ.

Beispiel 4 11-jähriges ehemaliges Frühgeborenes mit geistiger Behinderung, Sehbehinderung bei retrolentaler Fibroplasie, Essstörung mit Polyphagie bei Kurzdarmsyndrom, stark impuls gesteuert,

aggressiv, zum Teil distanzlos, unberechenbares Verhalten in Alltagssituationen, besucht die Schule für lernbehinderte Kinder (Einschätzung im Zeugnis: keine Gruppenfähigkeit).

Beispiel 5

8 Monate altes Mädchen, infantile Cerebralparese bei Hirnfehlbildung, ausgeprägte optische und akustische Wahrnehmungsstörungen, reagiert ausschließlich auf taktile Reize, Schreiphasen tags und nachts, gestörte Mundmotorik mit gravierenden Essproblemen, häufiges Spucken und Erbrechen, keine Fähigkeit zur selbständigen Beschäftigung, autoaggressiv, persistierende Stereotypien.

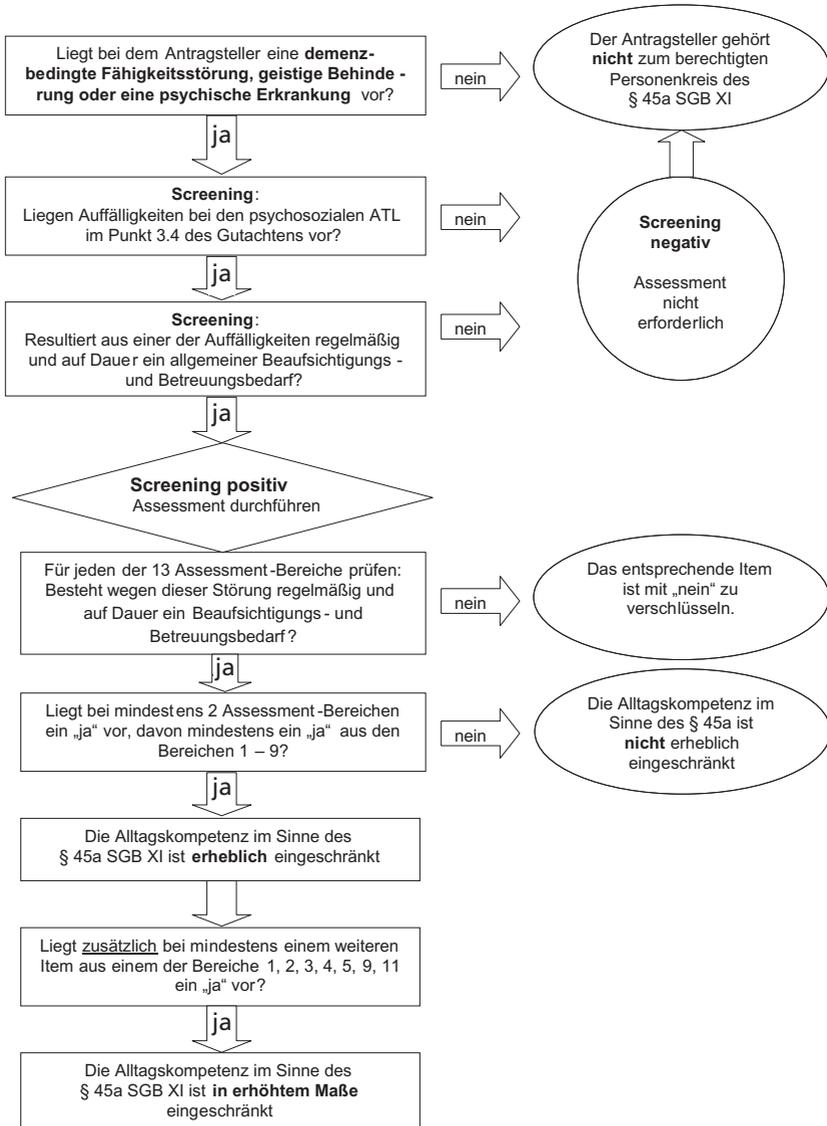
Bewertung

Beachte: Ist das entsprechende Item aufgrund des Alters noch nicht zu berücksichtigen, so ist mit „Nein“ zu schlüsseln. Grenzbereiche zwischen den Altersgruppen sollten im Hinblick auf die voraussichtliche Entwicklung bei definierten Krankheitsbildern prospektiv-kritisch gewertet werden. (Die Items 7, 11 und 13 spielen im Kindesalter nur in Ausnahmefällen eine Rolle.)

Item	Beispiel 1	Beispiel 2	Beispiel 3	Beispiel 4	Beispiel 5
1.	Nein	Nein	Kein Screening erforderlich, da keine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vorliegt.	Ja	Nein
2.	Nein	Nein		Ja	Nein
3.	Ja	Nein		Ja	Nein
4.	Nein	Nein		Ja	Ja
5.	Nein	Ja		Ja	Ja
6.	Nein	Nein		Ja	Ja
7.	Nein	Nein		Nein	Nein
8.	Nein	Ja		Ja	Nein
9.	Nein	Nein		Nein	Ja
10.	Nein	Nein		Ja	Nein
11.	Nein	Nein		Nein	Nein
12.	Nein	Nein		Nein	Nein
13.	Nein	Nein		Nein	Nein
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor In erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor	Nein	Ja		Ja	Ja

E 3

Algorithmus zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz



F Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf des Antragstellers maßgeblich. Insofern können und sollen die Zeitorientierungswerte für die Begutachtung nach dem SGB XI nur Anhaltsgrößen im Sinne eines Orientierungsrahmens liefern. Sie sind damit für den Gutachter ein Instrument zur Feststellung des individuellen Hilfebedarfs.

Dies bedeutet:

1. Die Zeitorientierungswerte enthalten keine verbindlichen Vorgaben. Sie haben nur Leitfunktion.
2. Die Zeitorientierungswerte entbinden den Gutachter nicht davon, in jedem Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) des Antragstellers entsprechend der individuellen Situation des Einzelfalles festzustellen. Unzulässig wären beispielsweise eine schematische und von den Besonderheiten des Einzelfalles losgelöste Festsetzung stets des unteren oder des oberen oder eines arithmetisch gemittelten Zeitwertes.
3. Die Zeitorientierungswerte enthalten keine Vorgaben für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen und lassen keine Rückschlüsse hierauf zu. Sie haben nur für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XI Bedeutung. Die personelle Besetzung von Einrichtungen betrifft demgegenüber die Leistungserbringung,
 - die bei häuslicher und teilstationärer Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzt,
 - die bei vollstationärer Pflege nach der Art (z. B. Hilfe bei anderen als den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen) oder dem Umfang der Leistung über den Rahmen des SGB XI hinausgeht.

Rückschlüsse auf die personelle Besetzung von Einrichtungen verbieten sich auch deshalb, weil der Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI bezogen auf Familienangehörige oder andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegepersonen ermittelt wird, in Einrichtungen aber hauptberuflich tätige Kräfte arbeiten.

Bei der Festlegung der Zeitorientierungswerte wurde von einer vollständigen Übernahme (VÜ) der Verrichtungen durch eine Laienpflegekraft ausgegangen. Die Zeitorientierungswerte sind daher relevant für die gutachterliche Feststellung bezüglich der Hilfeform „vollständige Übernahme“.

Die Höhe des Zeitaufwandes für die geleisteten Hilfen kann unabhängig von den Hilfeformen (siehe Punkt D 4.0 / II. „Formen der Hilfeleistung“) unterschiedlich

ausfallen. So können die Hilfen im Sinne einer aktivierenden Pflege bei den Verrichtungen einen höheren Zeitaufwand erfordern als die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtung durch die Pflegeperson. Liegt ein bei der Begutachtung des Einzelfalles festgestellter Zeitaufwand für die vollständige Übernahme einer Verrichtung der Grundpflege innerhalb des dafür maßgeblichen Zeitorientierungswerts, bedarf diese Feststellung keiner Begründung.

Soweit sich im Rahmen der Begutachtung bei der Hilfeform „vollständige Übernahme“ Abweichungen von den Zeitorientierungswerten ergeben, sind die Abweichungen im Einzelnen zu begründen. Die Individualität der einzelnen Pflegesituation hat zur Folge, dass insbesondere der vom Gutachter festgestellte Zeitaufwand häufig nur durch eine Begründung transparent und für die Pflegekasse nachvollziehbar wird. In der Begründung sollte insbesondere darauf eingegangen werden,

- bei welchen Verrichtungen im Einzelnen welche Hilfen benötigt werden, und zwar sollte dabei über die Hilfen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens hinaus differenziert werden, z. B. statt „Waschen“ genauer „Waschen der Füße oder Beine“,
- ob, welche und in welchem Umfang erschwerende oder erleichternde Faktoren vorliegen, insbesondere ob verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen untrennbar Bestandteil der Hilfe für die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder sie objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen.

Liegen andere Hilfeformen als die vollständige Übernahme oder Mischformen vor, ist bei Verbleiben im Zeitorientierungswert eine Begründung unter den jeweiligen Punkten im Formulargutachten (Punkt 4.1 bis 4.3 „Körperpflege, Ernährung, Mobilität“) erforderlich. In der Begründung soll der Gutachter insbesondere würdigen:

- andere Hilfeformen als die vollständige Übernahme,
- die in dem jeweiligen Einzelfall vorhandenen Erschwernis- und Erleichterungsfaktoren,
- in welchem Umfang ggf. aktivierend gepflegt wird.

Wenn der Pflegenden während des gesamten Vorganges einer Verrichtung zur Anleitung unmittelbar beim Antragsteller verbleiben muss, ist der gesamte Zeitraum im Sinne einer vollen Übernahme seitens des Gutachters zu berücksichtigen.

Ist ein begründender Sachverhalt an anderer Stelle des Gutachtens bereits ausführlich beschrieben, ist dies ausreichend.

Die maßgebliche Bedeutung der individuellen Pflegesituation bleibt auch bei der Einführung von Zeitorientierungswerten uneingeschränkt erhalten. Die Besonderheiten des jeweils zu begutachtenden Einzelfalles müssen herausgearbeitet und dokumentiert (Punkt 4.1 bis 4.3 „Körperpflege, Ernährung, Mobilität“ des

Formulargutachtens) werden, damit die Individualität der Pflegesituation für die Qualitätssicherung der Begutachtung selbst, für die Bescheidung des Versichertenantrages und eine eventuelle gerichtliche Überprüfung deutlich werden.

Für den Personenkreis der psychisch kranken Menschen und der geistig behinderten Menschen kommen vorrangig die Hilfeleistungen Beaufsichtigung und Anleitung zur Anwendung, die bei der Festlegung der Zeitorientierungswerte nicht zugrunde gelegt worden sind. Abweichungen von den Zeitorientierungswerten, hin zu einem höheren Zeitaufwand für die Beaufsichtigung und Anleitung sind zu erwarten und müssen entsprechend begründet werden (siehe Punkt D 4.0 / III. / 8. „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen“). Dennoch kann der in jedem Einzelfall jeweils individuell festzustellende Zeitaufwand für Beaufsichtigung und Anleitung zumindest bei einzelnen Verrichtungen innerhalb der Zeitkorridore liegen.

Die von den Gutachtern zu erstellenden Begründungen sind wesentlicher Bestandteil des Gutachterauftrages. Sozialmedizinische und pflegerische Erkenntnisse sollen in gleicher Weise einfließen. Neben der besseren Bewertung des Einzelfalles haben die Begründungen das Ziel, längerfristig die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Begutachtungs-Richtlinien aus medizinischer und pflegerischer Sicht zu legen und die Diskussion der Begutachtungsergebnisse mit der Medizin und den Pflegewissenschaften zu erleichtern.

Der Zeitaufwand für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege ist pro Tag, gerundet auf volle Minuten anzugeben. Dabei erfolgt die Rundung nur im Zusammenhang mit der Ermittlung des Gesamtzeitaufwands pro Tag und nicht für jede Hilfeleistung, deren Zeitaufwand weniger als eine Minute beträgt (z. B. Schließen des Hosenknopfes nach dem Toilettengang 6 mal täglich zusammen 1 Minute).

Fallen bestimmte, in der Regel täglich erforderliche Verrichtungen der Körperpflege im Einzelfall nicht jeden Tag an, so muss dennoch bei der Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes der wöchentliche Zeitaufwand z. B. für Duschen/Baden auf den Durchschnittswert pro Tag umgerechnet (d. h. wöchentlicher Zeitaufwand dividiert durch 7) und berücksichtigt werden. Gleiches gilt für das Haarewaschen als Bestandteil der Körperpflege.

In der Regel nicht täglich anfallende Maßnahmen, z. B. im Bereich der Körperpflege das Fuß- und Fingernägelschneiden, bleiben außer Betracht.

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

Die Pflege erschwerende Faktoren

Die nachfolgend **beispielhaft** aufgeführten Faktoren können die Durchführung der Pflege bei den gesetzlich definierten Verrichtungen erschweren bzw. verlängern:

- Körpergewicht über 80 kg
- Kontrakturen/Einsteifung großer Gelenke/Fehlstellungen der Extremitäten
- hochgradige Spastik, z. B. bei Hemi- oder Paraparesen
- einschließende unkontrollierte Bewegungen
- eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Oedemen
- Erforderlichkeit der mechanischen Harnlösung oder der digitalen Enddarmentleerung
- Schluckstörungen/Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen
- Abwehrverhalten/fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- starke therapieresistente Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
- zeitaufwendiger Hilfsmitelesatz (z. B. bei fahrbaren Liftern/Decken-, Wand-Liftern)
- Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer
 - untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder
 - objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Ausgangspunkt für die Bewertung verrichtungsbezogener krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen stellen für sich allein gesehen keine Verrichtungen des täglichen Lebens dar und können deshalb nur dann berücksichtigt werden, wenn sie bei bestehendem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich notwendig sind. Nur dann sind verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerungsfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu erfassen.

Der Zeitaufwand für die Grundpflege einschließlich verrichtungsbezogene(r) krankheitsspezifische(r) Pflegemaßnahmen ist als Summenwert für die jeweilige(n) Verrichtung(en) darzustellen.

Die Pflege erleichternde Faktoren

Die nachfolgend **beispielhaft** aufgeführten Faktoren können die Durchführung der Pflege bei den gesetzlich definierten Verrichtungen erleichtern bzw. verkürzen:

- pflegeerleichternde räumliche Verhältnisse
- Hilfsmiteileinsatz

Nachfolgend werden die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten **gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen** aus dem Bereich der Grundpflege aufgeführt und mit Zeitorientierungswerten versehen.

Die Vor- und Nachbereitung zu den Verrichtungen stellt eine Hilfeleistung im Sinne des SGB XI dar und ist bei den Zeitorientierungswerten berücksichtigt.

4.1 Körperpflege

Formular-
gutachten

Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist als Bestandteil der Körperpflege bei den jeweiligen Zeitorientierungswerten berücksichtigt. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden. Zur Körperpflege zählt auch das Haarewaschen. Es ist Bestandteil der Verrichtung Waschen/Duschen/Baden. Erfolgt das Haarewaschen im Rahmen einer dieser Verrichtungen ist dies dort zu dokumentieren. Alleinigtes Haarewaschen ist der Verrichtung „Waschen“ zuzuordnen und unter „Teilwäsche Oberkörper“ zu dokumentieren. Der notwendige zeitliche Hilfebedarf ist jeweils gesondert zu dokumentieren. Ein ein- bis zweimaliges Haarewaschen pro Woche entspricht dem heutigen Hygienestandard. Maßgebend ist die medizinische bzw. pflegerische Notwendigkeit. Der Hilfebedarf beim Haarewaschen umfasst auch die Haartrocknung.

1. Waschen

- Ganzkörperwäsche: (GK): 20 bis 25 Min.
- Waschen Oberkörper: (OK): 8 bis 10 Min.
- Waschen Unterkörper: (UK): 12 bis 15 Min.
- Waschen Hände/Gesicht: (H/G): 1 bis 2 Min.

Während die Intimwäsche hier zu berücksichtigen ist, ist die Durchführung einer Intimhygiene z. B. nach dem Toilettengang der Verrichtung „Darm- und Blasenentleerung“ zuzuordnen.

2. Duschen

- Duschen: 15 bis 20 Min.

Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Antragstellers z. B. auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität „Stehen“ zu berücksichtigen.

Wenn bei dieser Verrichtung nur Teilhilfen (Abtrocknen/Teilwäsche) anfallen, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

3. Baden

- Baden: 20 bis 25 Min.

Eine Hilfestellung beim Einsteigen in die Badewanne ist im Bereich der Mobilität „Stehen“ zu berücksichtigen.

Wenn bei dieser Verrichtung nur Teilhilfen (Abtrocknen/Teilwäsche) anfallen, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

4. Zahnpflege

- Zahnpflege: 5 Min.

Soweit nur Mundpflege erforderlich ist, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

5. Kämmen

- Kämmen: 1 bis 3 Min.

6. Rasieren

- Rasieren: 5 bis 10 Min.

7. Darm- und Blasenentleerung

Nicht zu berücksichtigen ist unter diesen Verrichtungen die eventuell eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette. Kann der Antragsteller die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter „Gehen“ im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten.

- Wasserlassen (Intimhygiene, Toilettenspülung): 2 bis 3 Min.
- Stuhlgang (Intimhygiene, Toilettenspülung): 3 bis 6 Min.
- Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Min.
- Wechseln von Inkontinenzprodukten (Intimhygiene, Entsorgung)
- nach Wasserlassen: 4 bis 6 Min.
- nach Stuhlgang: 7 bis 10 Min.
- Wechsel kleiner Vorlagen: 1 bis 2 Min.

Beachte: Der im Rahmen regelmäßiger Toilettengänge erforderliche Wechsel von Inkontinenzprodukten ist von seinem zeitlichen Aufwand her in der Regel sehr viel geringer ausgeprägt als ein Wechsel, dem eine unkontrollierte und ungerichtete Harnblasen- und Darmentleerung zugrunde liegt.

- Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2 bis 3 Min.
- Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3 bis 4 Min.

Beachte: Für den notwendigen Wechsel des Systems (Basisplatte) ist aufgrund der unterschiedlichen individuellen Gegebenheiten die Vorgabe eines Zeitorientierungswertes nicht möglich.

4.2 Ernährung

8. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung

Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten ist nicht hier, sondern unter der lfd. Nr. 17 „Kochen“ zu berücksichtigen.

- mundgerechte Zubereitung einer Hauptmahlzeit (einschließlich des Bereitstellens eines Getränkes): je 2 bis 3 Min.

Soweit nur eine Zwischenmahlzeit mundgerecht zubereitet oder ein Getränk bereitgestellt werden, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

9. Aufnahme der Nahrung

- Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken (max. 3 Hauptmahlzeiten pro Tag): je 15 bis 20 Min.
- Verabreichung von Sondenkost (mittels Schwerkraft/Pumpe inklusive des Reinigens des verwendeten Mehrfachsystems bei Kompletternahrung): 15 bis 20 Min. pro Tag, da hier nicht portionsweise verabreicht wird.

Soweit nur eine Zwischenmahlzeit bzw. ein Getränk eingenommen wird, kann der Zeitorientierungswert nur anteilig berücksichtigt werden.

4.3 Mobilität

Formular-
gutachten

10. Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen

Umlagern

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als Bestandteil der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität betrachtet und entsprechend berücksichtigt. Dabei wird so verfahren, dass der notwendige Hilfebedarf für das Umlagern unabhängig davon, ob das Umlagern solitär oder im Zusammenhang mit den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität durchgeführt wird, hier zu dokumentieren ist.

- einfache Hilfe zum Aufstehen/zu Bett gehen: je 1 bis 2 Min.
- Umlagern: 2 bis 3 Min.

11. An- und Auskleiden

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes für das An- und Ablegen von Prothesen, Orthesen, Korsetts und Stützstrümpfen hat der Gutachter aufgrund einer eigenen Inaugenscheinnahme den Zeitaufwand individuell zu messen.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilkleidungen sowohl des Ober- als auch des Unterkörpers vor und müssen gesondert berücksichtigt werden. Bei der Verrichtung **Ankleiden** ist das Ausziehen von Nachtwäsche und das Anziehen von Tagesbekleidung als ein Vorgang zu werten. Bei der Verrichtung **Auskleiden** ist das Ausziehen von Tagesbekleidung und das Anziehen von Nachtwäsche als ein Vorgang zu werten.

- Ankleiden gesamt: (GK): 8 bis 10 Min.
- Ankleiden Oberkörper/Unterkörper: (TK): 5 bis 6 Min.
- Entkleiden gesamt: (GE): 4 bis 6 Min.
- Entkleiden Oberkörper/Unterkörper: (TE): 2 bis 3 Min.

12. Gehen

Die Vorgabe von orientierenden Zeitwerten ist aufgrund der unterschiedlichen Wegstrecken, die seitens des Antragstellers im Rahmen der gesetzlich definierten Verrichtungen zu bewältigen sind, nicht möglich.

Zur Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs vgl. Punkt D 4.3 „Mobilität“ lfd. Nr. 12.

13. Stehen (Transfer)

Notwendige Hilfestellungen beim Stehen sind im Hinblick auf die Durchführung der gesetzlich vorgegebenen Verrichtungen im Rahmen aller anfallenden notwendigen Handlungen zeitlich berücksichtigt (siehe aber auch lfd. Nr. 15).

Als Hilfebedarf ist ausschließlich der Transfer zu berücksichtigen. Hierzu zählt z. B. das Umsetzen von einem Rollstuhl/Sessel auf einen Toilettenstuhl oder der Transfer in eine Badewanne oder Duschtasse.

Jeder Transfer ist einzeln zu berücksichtigen (Hin- und Rücktransfer = 2 x Transfer).

- Transfer auf den bzw. vom Rollstuhl/Toilettenstuhl/Toilette in die bzw. aus der Badewanne/Duschtasse : je 1 Min.

14. Treppensteigen

Keine andere Verrichtung im Bereich der Grundpflege ist so abhängig vom individuellen Wohnbereich des Antragstellers wie das Treppensteigen. Aus diesem Grund ist die Vorgabe eines Zeitorientierungswerts nicht möglich.

Zur Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs vgl. Punkt D 4.3 „Mobilität“ lfd. Nr. 14.

Bei Begutachtungen in stationären Einrichtungen kann ein Hilfebedarf beim Treppensteigen wegen der Vorgabe der „durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation“ nicht gewertet werden (siehe aber auch lfd. Nr. 15).

15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Die Vorgabe von Zeitorientierungswerten ist nicht möglich. Die Zeiten sind individuell zu erheben. Bei Wartezeiten im Zusammenhang mit dem Aufsuchen von Ärzten und Therapeuten können bis zu 45 Minuten angesetzt werden.

Zur Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs vgl. Punkt D 4.3 „Mobilität“ lfd. Nr. 15.

G Formulargutachten

G 1 Art des Gutachtens

G 1.1 Gutachten nach Hausbesuch

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit erfolgt im Regelfall durch umfassende persönliche Befunderhebung im Wohnbereich des Antragstellers. Dies gilt für Anträge auf häusliche und vollstationäre Pflege gleichermaßen. Die Ergebnismitteilung an die Pflegekasse erfolgt mittels des „Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ (vgl. Punkt G 2.).

G 1.2 Gutachten nach Aktenlage

Gutachten nach Aktenlage werden auf Basis des „Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ (vgl. Punkt G 2.) erstellt, müssen jedoch nicht alle Gutachtenfelder enthalten. Nachfolgend werden – für die unterschiedlichen Situationen der Aktenlagebegutachtung – Mindestinhalte für Gutachten nach Aktenlage definiert.

Gutachten nach Aktenlage können in Fällen erstellt werden, in denen eine persönliche Untersuchung des Antragstellers im Wohnbereich

- **nicht möglich ist** (insbesondere, wenn der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist); das Gutachten muss neben den Stamm- und Auftragsdaten zumindest eine auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen begründete Abschätzung des Hilfebedarfs des Antragstellers in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft und darauf aufbauend die Empfehlung der Zuordnung zu einer Pflegestufe sowie ggf. eine Aussage zur Einschränkung der Alltagskompetenz enthalten
- **im Einzelfall nicht zumutbar ist** (z. B. ggf. bei stationärer Hospizversorgung, ambulanter Palliativpflege); die Entscheidung, auf den Hausbesuch zu verzichten, ist im Gutachten zu begründen; in diesen Fällen lassen sich von den betreuenden Institutionen und Personen detaillierte Informationen zu Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und zum Pflegeablauf heranziehen; das Gutachten muss neben den Stamm- und Auftragsdaten auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen mindestens enthalten:
 - Benennung der vorliegenden Fremdbefunde
 - Aus den Fremdbefunden sind abzuleiten und zu dokumentieren
 - Pflegerelevante Vorgeschichte
 - Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche
 - Pflegebegründende Diagnose(n)
 - Screening und Assessment zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz

- Gutachterliche Würdigung mit Ableitung des qualitativen Hilfebedarfs bei den Verrichtungen und des Zeitbedarfs in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft
- Empfehlung der Zuordnung zu einer Pflegestufe, Ergebnis der Prüfung der eingeschränkten Alltagskompetenz sowie Angabe der „Pflegezeit pro Woche“.

Darüber hinaus kann bei Gutachten aufgrund von Höherstufungs- oder Rückstufungsanträgen, Widerspruchsgutachten oder Wiederholungsbegutachtungen im Einzelfall auf den Hausbesuch verzichtet werden, wenn die unter Punkt C 2.3 „Der Besuch“ genannten Voraussetzungen erfüllt sind. Die Entscheidung, auf den Hausbesuch zu verzichten, ist im Gutachten zu begründen. In diesen Fällen müssen von den betreuenden Institutionen und Personen detaillierte Informationen zu Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten und zum Pflegeablauf vorliegen. Das Gutachten muss neben den Stamm- und Auftragsdaten auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen mindestens enthalten:

- Benennung der vorliegenden Fremdbefunde
- Aus den Fremdbefunden sind abzuleiten und zu dokumentieren
 - Pflegerelevante Vorgeschichte
 - Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche
 - Pflegebegründende Diagnose(n)
 - Screening und Assessment zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz
- Gutachterliche Würdigung mit Ableitung des Hilfebedarfs und des Zeitbedarfs für die einzelnen Verrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft
- Punkte 5 bis 9 des „Formulargutachtens“, siehe G 2.

G 1.3 Gutachten bei isolierter Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz

In den unter C 1 „Pflegekasse“ und C 2.3 „Der Besuch“ beschriebenen Fällen der beantragten isolierten Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz muss das Gutachten – auf Basis des „Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ (vgl. Punkt G 2.) – neben den Stamm- und Auftragsdaten mindestens enthalten:

- Benennung der vorliegenden Fremdbefunde
- Pflegerelevante Vorgeschichte
- Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen insbesondere in Bezug auf Nervensystem und Psyche
- Pflegebegründende Diagnose(n)
- Screening und Assessment zur Feststellung einer eingeschränkten Alltagskompetenz

- Bei Antragstellern, die nicht als pflegebedürftig mindestens im Sinne der Pflegestufe I anerkannt sind Feststellung, ob ein Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht
- Ergebnis der Prüfung der eingeschränkten Alltagskompetenz

G 1.4 Begutachtung in Fällen mit verkürzter Bearbeitungs-/Begutachtungsfrist

In Fällen mit verkürzter Bearbeitungs-/Begutachtungsfrist muss zunächst nur die Feststellung getroffen werden, ob mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht (siehe Punkt C 3.). Die gutachterliche Stellungnahme muss neben den Stamm- und Auftragsdaten auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Unterlagen mindestens enthalten:

- Benennung der vorliegenden Fremdbefunde
- Aus den Fremdbefunden sind abzuleiten und zu dokumentieren
 - Aktueller pflegerelevanter Sachverhalt
 - Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche
 - Pflegebegründende Diagnose(n)
- Gutachterliche Würdigung mit Ableitung des Hilfebedarfs für die Bereiche der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft
- Feststellung, ob mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit besteht
- Ggf. Feststellung der Erforderlichkeit vollstationärer Pflege

Die abschließende Begutachtung durch Hausbesuch (siehe Punkt G 1.1) ist dann unverzüglich nachzuholen.

G 2 Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI



Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK: _____ **Gutachten vom:** _____
Versicherter: _____ **Geb.-Datum:** _____

Pflegekasse: (Name) _____
 (Adresse) _____ (IK) _____

Versicherte(r):	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	Untersuchungsort
Name, Vorname:		<input type="checkbox"/> Privatwohnung
Geburtsdatum: □□ □□ □□□□		<input type="checkbox"/> vollstationäre Pflegeeinrichtung
		<input type="checkbox"/> Einrichtung mit § 43a – Leistungen
		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Hospiz
		<input type="checkbox"/> Reha-Einrichtung <input type="checkbox"/> Krankenhaus
		<input type="checkbox"/> Sonstiges

Untersuchungsart persönliche Befunderhebung Aktenlage, weil
 Antragsteller verstorben
 persönliche Befunderhebung nicht zumutbar
 sonstige Gründe

Begründung:

Straße:	Adresse (falls abweichend)
PLZ, Ort:	Straße:
Telefon:	PLZ, Ort:
	Telefon:
	wohnhaft bei:

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:
 Name: _____ Telefon: _____
 Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Untersuchung am: □□ □□ □□□□ **Uhrzeit:** □□ □□

Durch Gutachter(in)

MDK - Beratungsstelle:

Verzögerungen im Verfahren

- Der Wohnsitz des Antragstellers ist nicht im Inland
- Antragsteller im Krankenhaus/Reha-Einrichtung
- wichtiger Behandlungstermin des Antragstellers
- Antragsteller umgezogen
- Antragsteller verstorben
- Termin von Antragsteller abgesagt (sonstige Gründe)
- beim angekündigten Hausbesuch nicht angetroffen
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Gewaltandrohung oder ähnlich schwerwiegender Gründe
- Hausbesuch musste abgebrochen werden wegen Verständigungsschwierigkeiten (z. B. Muttersprache)

Erläuterungen:

Antragsart

- Pflegegeld (§§ 37, 123 SGB XI)
- ambulante Pflegesachleistungen (§§ 36, 123, 124 SGB XI)
- Kombinationsleistung (§§ 38, 123 SGB XI)
- vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)
- Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

- Isolierter Antrag auf Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (§ 45a SGBXI)

Art des Antrags/Gutachtenart

- Erstantrag
 Erstantrag nach Eilbegutachtung
 Rückstufungsantrag
 Höherstufungsantrag
 Wiederholungsbegutachtung
 Widerspruch

Derzeitige Pflegestufe seit:	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> unterhalb Stufe I	<input type="checkbox"/> Stufe I	<input type="checkbox"/> Stufe II	<input type="checkbox"/> Stufe III	<input type="checkbox"/> Härtefall
eingeschränkte Alltagskompetenz besteht	<input type="checkbox"/> nein	ja, <input type="checkbox"/> erheblich <input type="checkbox"/> in erhöhtem Maße seit				

1. Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

Nach Angaben von

.....

1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung

Arztbesuche

Keine

Hausbesuche

.....

Praxisbesuche

.....

Medikamente

Keine

Selbständige Einnahme

Hilfestellung erforderlich:

.....

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

1.2 Verordnete Heilmittel

Keine

- Physikalische Therapie Ergotherapie Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
 Podologische Therapie

1.3 Hilfsmittel/Nutzung

Keine

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

Keine

- Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)
 Rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege
 Sonstiges

Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) im Sinne des SGB XI

- ambulant Tages-/Nachtpflege Kurzzeitpflege stationär

Pflege durch Angehörige/Bekannte

Betreuung durch sonstige Einrichtungen

Versicherte(r) allein lebend
wenn „nein“

Ja Nein

Versicherter lebt nach eigenen Angaben in einer ambulant betreuten Wohngruppe mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen (mindestens Pflegestufe I) nach § 38a SGB XI

Ja Nein

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

3 Gutachterlicher Befund

3.1 Allgemeinzustand/Befund

(Ernährungs-, Kräfte- und Pflegezustand)

3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf Stütz- und Bewegungsapparat, innere Organe, Sinnesorgane, Nervensystem und Psyche

3.3 Pflegebegründende Diagnose(n)

3.4 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Eingeschränkte Alltagskompetenz wurde bereits festgestellt Ja, als: erhebliche Einschränkung Einschränkung in erhöhtem Maße Nein

Besteht die Empfehlung der Zuordnung zur erheblichen oder in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz unverändert weiter? Ja Nein

Liegt eine demenzbedingte Fähigkeitsstörung, geistige Behinderung oder psychische Erkrankung vor? Ja Nein

	unauffällig	auffällig
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antrieb/Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tag-/Nachtrhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahrnehmung und Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation/Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Situatives Anpassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit

regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?

Ja

Nein

Wenn "Nein" Begründung:

.....

.....

Assessment

	Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten maßgebend:		
		Ja	Nein
1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauffendenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G u t a c h t e n zur Feststellung
 der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**
MDK:
Gutachten vom:
Versicherter:
Geb.-Datum:

	oder Angststörung		
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ergebnis:

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist

 nicht eingeschränkt erheblich eingeschränkt in erhöhtem Maße eingeschränkt

Seit wann? □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

4 Pflegebedürftigkeit
4.1 Körperpflege

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Waschen									
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Unterkörper (UK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Hände/Gesicht (HG)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Duschen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Baden		U	TÜ	VÜ	B	A			
Zahnpflege		U	TÜ	VÜ	B	A			

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Kämmen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Rasieren		U	TÜ	VÜ	B	A			
Darm- und Blasenentleerung									
Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung		U	TÜ	VÜ	B	A			
IKP-Wechsel nach Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
IKP-Wechsel nach Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechseln kleiner Vorlagen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Urinbeutel/Toilettenstuhl/ Steckbeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Stomabeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Körperpflege									

Legende:

U = Unterstützung

TÜ = teilweise Übernahme

VÜ = vollständige Übernahme

B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

IKP = Inkontinenzprodukte

Erläuterung(en)

.....

.....

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

4.2 Ernährung

Hilfebedarf bei	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Aufnahme der Nahrung									
Oral		U	TÜ	VÜ	B	A			
Über Ernährungssonde		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Ernährung									

Erläuterung(en).....

Legende: U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme
 VÜ = vollständige Übernahme B = Beaufsichtigung A = Anleitung

4.3 Mobilität

Hilfebedarf beim	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Umlagern		U	TÜ	VÜ	B	A			
An- und Auskleiden									
Ankleiden Gesamt (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Gesamt (GE)		U	TÜ	VÜ	B	A			

G u t a c h t e n zur Feststellung
 der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

MDK:
Gutachten vom:
Versicherter:
Geb.-Datum:

Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stehen (Transfer)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Treppensteigen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Verlassen/Wiederauf- suchen der Wohnung/ Pflegeeinrichtung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Summe Zeitbedarf Mobilität									

 Erläuterung(en).....

Legende: U = Unterstützung TÜ = teilweise Übernahme
 VÜ = vollständige Übernahme B = Beaufsichtigung A = Anleitung

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren:

nur wenn rund um die Uhr erforderliche häusliche Krankenpflege unter 1.4 mit „ja“ beantwortet wurde:

Im Gesamtaufwand der Grundpflege für die Feststellung der Pflegestufe ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Waschen/Duschen/Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Einreiben mit Dermatika			
Darm- und Blasenentlee- rung	Klistier/Einlauf			
	Einmalkatheterisieren			

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Im Gesamtzeitaufwand der Grundpflege für die Feststellung der Pflegestufe ist enthalten				
bei der Verrichtung	verrichtungsbezogene krankheits- spezifische Pflegemaßnahme	Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
		Tag	Woche	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			

Sonstiges:

Nein

.....

Nächtlicher Grundpflegebedarf

Nein

.....

Medizinische Behandlungspflege

(nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege)

Zeitaufwand □□□□ Minuten pro Tag

.....

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

Hilfebedarf beim	Nein	Häufigkeit wöchentlich	Hinweis/Bemerkung(en)
Einkaufen			
Kochen			
Reinigen der Wohnung			
Spülen			
Wechseln/Waschen der Wä- sche/Kleidung			
Beheizen der Wohnung			
Zeitaufwand in Std. pro Woche			

Zeitaufwand Grundpflege	<input type="checkbox"/> Stunden	<input type="checkbox"/> Minuten pro Tag
Zeitaufwand Hauswirtschaft (im Wochendurchschnitt)	<input type="checkbox"/> Stunden	<input type="checkbox"/> Minuten pro Tag

4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Keine

.....

.....

.....

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

5 Ergebnis

5.1 Stimmt der unter 1.4 von Pflegepersonen angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?

Gesamtzeitaufwand aus Punkt 4.1 bis 4.4 Stunden Minuten pro Woche

Ja Nein

.....

Pflege durch	Name (Vorname)	Pflegezeit ^{*)} pro Woche (gemäß Ziffer 4.1 bis 4.4)	aufgerundete Wochenstunden bei Pflegezeit unter 14 Stunden pro Woche	Pflege von weiteren Pflegebedürftigen bei Pflegezeit unter 14 Stunden pro Woche (Anzahl)
A				
B				
C				
D				

) Schlüssel 1 = unter 14 Stunden 2 = 14 bis unter 21 Stunden
 3 = 21 bis unter 28 Stunden 4 = 28 Stunden und mehr

5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß §§ 14, 15 und/oder eine mindestens erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz gemäß § 45a SGB XI vor?

5.2.1 Pflegebedürftigkeit

Nein unterhalb Pflegestufe I Pflegestufe I Pflegestufe II Pflegestufe III außergew. hoher Pflegeaufwand

Seit wann? .(TTMMJJJJ)

Wird eine Befristung empfohlen? Nein Ja, bis .(TTMMJJJJ)

Begründung/Erläuterung:

.....

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

6 Empfehlungen an die Pflegekasse/Individualer Pflegeplan:

6.1 Präventive Leistungen Keine

6.2 Heilmittel

Physikalische Therapie

Ergotherapie

Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

Podologische Therapie

6.3 Leistung zur medizinischen Rehabilitation

1. Informationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit	<i>Ja</i>	<i>Nein</i>
1.1 Werden Möglichkeiten gesehen, die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers zu erhalten oder zu verbessern und damit Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja:</u> 1.2 Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe können folgende Einzelmaßnahmen aussichtsreich sein (bei a - b Prüfung und ggf. Verordnung durch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

<p><i>den behandelnden Arzt bzw. bei c Anregung an die Pflegenden)</i> <i>*Mehrfachauswahl möglich</i></p> <p>a.) Auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien*:</p> <p><input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden Heilmitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Intensivierung der derzeit laufenden Heilmitteltherapie</p> <p><input type="checkbox"/> durch weitere Heilmittel</p> <ul style="list-style-type: none"> o physikalischen Therapie o Ergotherapie o Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie o Podologie <p>b.) Andere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung*:</p> <p><input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden vertragsärztlichen Behandlung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen (z. B. fachärztliche Mitbehandlung, Psychotherapie; Neuropsychologie)</p> <p>c.) Pflegerische Maßnahmen*:</p> <p><input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden aktivierend-pflegerischen Maßnahmen</p> <p><input type="checkbox"/> Einleitung/intensivierung aktivierend pflegerischer Maßnahmen</p> <p>oder:</p>		
<p>1.3 Die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers kann voraussichtlich nur durch eine interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation verbessert oder erhalten werden.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Informationen zur Rehabilitationsfähigkeit	
<p>2.1 Der Antragsteller erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich in der Lage, mehrmals täglich aktiv an Therapien teilzunehmen.</p> <p>Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch:</p> <p><input type="checkbox"/> hochgradige körperliche Schwäche</p> <p><input type="checkbox"/> stark verminderte kardiale und/oder pulmonale Belastbarkeit</p> <p><input type="checkbox"/> große Wunden / Dekubitalgeschwüre</p> <p><input type="checkbox"/> nicht ausreichend übnungsstabile Frakturen</p> <p><input type="checkbox"/> kurz zurückliegende oder geplante Operationen</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Gründe</p> <p>2.2 Der Antragsteller erscheint psychisch/kognitiv ausreichend stabil, um aktiv an Therapien teilzunehmen.</p>	<p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch

- schwere Orientierungsstörungen, z. B. mit Wanderungstendenz
- ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik
- Antriebsstörungen, z. B. bei schwerer Depression
- nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung
- die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen
- Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist

- Sonstige Gründe

3. Informationen zu den Rehabilitationszielen	Ja	Nein
<p>Können realistisch erreichbare und für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden, z. B. Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien etc.?</p> <p>Wenn ja, welche:</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation
<p>Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Zuweisungsempfehlung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/> indikationsspezifische Rehabilitation <p>wenn ja, welche:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ambulante Durchführung <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/> durch mobile Rehabilitation im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld, weil <input type="checkbox"/> stationäre Durchführung, weil <p>.....</p>

**G u t a c h t e n zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche):

Empfehlungen

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben.

Ja Nein

Entscheidungsrelevant hierfür ist:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und/oder aktivierend - pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 1.2 genannten weiteren Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung (1.2 a und b) eingeleitet werden können.
- Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- Die Wirkung einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
- Es wird derzeit keine realistische Möglichkeit gesehen, durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Sonstige Gründe:

6.4 Sonstige Therapien

.....
.....
.....

6.5 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung

Keine

.....
.....
.....

6.6 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)

Keine

**Gutachten zur Feststellung
der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI**

MDK:

Gutachten vom:

Versicherter:

Geb.-Datum:

.....

6.7 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation Keine

.....

7 Erläuterungen für die Pflegekasse

Der Antragsteller wünscht die Zusendung des Gutachtens Ja Nein

.....

8 Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

.....

Termin für Wiederholungsbegutachtung:

9 Beteiligte Gutachter

- MDK - Arzt
- MDK - Pflegefachkraft
- Externer Gutachter
- Arzt
- Pflegefachkraft

Anhang

Rehabilitationsempfehlung auf der Basis der Informationen der Pflegebegutachtung nach SGB XI

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Gutachten-Nr.:

Begutachtungsdatum:

Pflegebegründende Diagnose(n)

..... ICD-10

..... ICD-10

weitere Diagnosen:

.....

1. Informationen zur Rehabilitationsbedürftigkeit	Ja	Nein
1.1 Werden Möglichkeiten gesehen, die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers zu erhalten oder zu verbessern und damit Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Wenn ja:</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Zum Erhalt oder zur Verbesserung der Selbständigkeit und Teilhabe können folgende Einzelmaßnahmen aussichtsreich sein (<i>bei a - b Prüfung und ggf. Verordnung durch den behandelnden Arzt bzw. bei c Anregung an die Pflegenden</i>). <i>*Mehrfachauswahl möglich</i>		
a.) Auf der Grundlage der Heilmittel-Richtlinien*:		
<input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden Heilmitteltherapie		
<input type="checkbox"/> Intensivierung der derzeit laufenden Heilmitteltherapie		
<input type="checkbox"/> durch weitere Heilmittel		
<input type="radio"/> physikalische Therapie		
<input type="radio"/> Ergotherapie		
<input type="radio"/> Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie		
<input type="radio"/> Podologie		
b.) Andere Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung*:		
<input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden vertragsärztlichen Behandlung		
<input type="checkbox"/> Sonstige Leistungen		
(z. B. fachärztliche Mitbehandlung, Psychotherapie; Neuropsychologie)		

c) Pflegerische Maßnahmen*: <input type="checkbox"/> Fortführung der laufenden aktivierend-pflegerischen Maßnahmen <input type="checkbox"/> Einleitung/Intensivierung aktivierend pflegerischer Maßnahmen oder:		
1.3 Die Selbständigkeit und Teilhabe des Antragstellers kann voraussichtlich nur durch eine interdisziplinäre und mehrdimensionale Leistung zur medizinischen Rehabilitation verbessert oder erhalten werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Informationen zur Rehabilitationsfähigkeit	Ja	Nein
<p>2.1 Der Antragsteller erscheint zum Zeitpunkt der Begutachtung körperlich in der Lage, mehrmals täglich aktiv an Therapien teilzunehmen.</p> <p>Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch:</p> <input type="checkbox"/> hochgradige körperliche Schwäche <input type="checkbox"/> stark verminderte kardiale und/oder pulmonale Belastbarkeit <input type="checkbox"/> große Wunden / Dekubitalgeschwüre <input type="checkbox"/> nicht ausreichend übungstabile Frakturen <input type="checkbox"/> kurz zurückliegende oder geplante Operationen <input type="checkbox"/> sonstige Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>2.2 Der Antragsteller erscheint psychisch/kognitiv ausreichend stabil, um aktiv an Therapien teilzunehmen.</p> <p>Wenn nein: Die aktive Teilnahmefähigkeit ist ausgeschlossen durch:</p> <input type="checkbox"/> schwere Orientierungsstörungen, z. B. mit Wanderungstendenz <input type="checkbox"/> ausgeprägte psychische Störungen, beispielsweise akute Wahnsymptomatik <input type="checkbox"/> Antriebsstörungen, z. B. bei schwerer Depression <input type="checkbox"/> nicht beeinflussbare Fremd- oder Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> die Therapie beeinträchtigende Abhängigkeitserkrankungen <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz, wenn diese Ausdruck einer weit fortgeschrittenen geistigen und körperlichen Erkrankung ist <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Informationen zu den Rehabilitationszielen	Ja	Nein
<p>Können realistisch erreichbare und für den Antragsteller alltagsrelevante Rehabilitationsziele formuliert werden, z. B. Verbesserung oder Erhaltung in Bezug auf Gehfähigkeit, Transfer, Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Kommunikation, Krankheitsbewältigung, Erhalt der Mobilität, Erlernen von Ersatzstrategien etc.?</p> <p>Wenn ja, welche:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation
<p>Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen besteht die Indikation für eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation.</p> <p>Zuweisungsempfehlung:</p> <p><input type="checkbox"/> geriatrische Rehabilitation</p> <p><input type="checkbox"/> indikationsspezifische Rehabilitation</p> <p>wenn ja, welche:</p> <p>ambulante Durchführung</p> <p><input type="checkbox"/> in einer ambulanten Rehabilitationseinrichtung</p> <p><input type="checkbox"/> nur im gewohnten oder ständigen Wohnumfeld, weil</p> <p><input type="checkbox"/> stationäre Durchführung</p> <p>.....</p> <p>Hinweise auf besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. medizinische Rehabilitation für Kinder und Jugendliche):</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Empfehlungen

Anhand der dem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI zugrunde liegenden Informationen wird keine Empfehlung zur Einleitung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation gegeben. Entscheidungsrelevant hierfür ist:

- Die aktuellen Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung und/oder aktivierend - pflegerischen Maßnahmen erscheinen ausreichend, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Es wird empfohlen, mit dem behandelnden Arzt abzuklären, ob die unter 1.2 genannten weiteren Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung (1.2 a und b) eingeleitet werden können.
- Es ergeben sich zwar Hinweise für die Empfehlung einer Leistung zur medizinischen Rehabilitation, aktuell liegt jedoch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit vor.
- Die Wirkung einer abgeschlossenen oder derzeit stattfindenden Rehabilitationsmaßnahme soll abgewartet werden.
- Es wird derzeit keine realistische Möglichkeit gesehen, durch Leistungen zur medizinischen Rehabilitation Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.
- Sonstige Gründe:

Anlagen

Anlage 1

Gesetzliche Grundlagen zum Begriff
und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit,
zum Verfahren der Feststellung sowie für
die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an
allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit, zum Verfahren der Feststellung sowie für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

§ 14 SGB XI

Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen.
- (2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
 2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
 3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.
- (3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.
- (4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:
 1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
 2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
 3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
 4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 SGB XI Stufen der Pflegebedürftigkeit

- (1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14 SGB XI) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:
1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a SGB XI reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

- (2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.
- (3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt
1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
 2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
 3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

§ 18 SGB XI

Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

- (1) Die Pflegekassen beauftragen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit und das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind; insoweit haben Versicherte einen Anspruch gegen den zuständigen Träger auf Leistungen zur ambulanten medizinischen Rehabilitation mit Ausnahme der Kuren.
- (2) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 SGB I bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.
- (3) Die Pflegekasse leitet die Anträge zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit unverzüglich an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter weiter. Dem Antragsteller ist spätestens fünf Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse die Entscheidung der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und
 1. liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, oder
 2. wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt,ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Die verkürzte Begutachtungsfrist gilt auch dann, wenn der Antragsteller sich in einem Hospiz befindet oder ambulant palliativ versorgt wird. Befindet sich der Antragsteller in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt

oder mit dem Arbeitgeber der pflegenden Person eine Familienpflegezeit nach § 2 Absatz 1 des Familienpflegezeitgesetzes vereinbart, ist eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter spätestens innerhalb von zwei Wochen nach Eingang des Antrags bei der zuständigen Pflegekasse durchzuführen und der Antragsteller seitens des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter unverzüglich schriftlich darüber zu informieren, welche Empfehlung der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter an die Pflegekasse weiterleiten. In den Fällen der Sätze 3 bis 5 muss die Empfehlung nur die Feststellung beinhalten, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 vorliegt. Die Entscheidung der Pflegekasse ist dem Antragsteller unverzüglich nach Eingang der Empfehlung des Medizinischen Dienstes oder der beauftragten Gutachter bei der Pflegekasse schriftlich mitzuteilen. Der Antragsteller hat ein Recht darauf, dass mit dem Bescheid das Gutachten übermittelt wird. Bei der Begutachtung ist zu erfassen, ob der Antragsteller von diesem Recht Gebrauch machen will. Der Antragsteller kann die Übermittlung des Gutachtens auch zu einem späteren Zeitpunkt verlangen.

(3a) Die Pflegekasse ist verpflichtet, dem Antragsteller mindestens drei unabhängige Gutachter zur Auswahl zu benennen,

1. soweit nach Absatz 1 unabhängige Gutachter mit der Prüfung beauftragt werden sollen oder
2. wenn innerhalb von vier Wochen ab Antragstellung keine Begutachtung erfolgt ist.

Auf die Qualifikation und Unabhängigkeit des Gutachters ist der Versicherte hinzuweisen. Hat sich der Antragsteller für einen benannten Gutachter entschieden, wird dem Wunsch Rechnung getragen. Der Antragsteller hat der Pflegekasse seine Entscheidung innerhalb einer Woche ab Kenntnis der Namen der Gutachter mitzuteilen, ansonsten kann die Pflegekasse einen Gutachter aus der übersandten Liste beauftragen. Die Gutachter sind bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben nur ihrem Gewissen unterworfen.

(3b) Erteilt die Pflegekasse den schriftlichen Bescheid über den Antrag nicht innerhalb von fünf Wochen nach Eingang des Antrags oder wird eine der in Absatz 3 genannten verkürzten Begutachtungsfristen nicht eingehalten, hat die Pflegekasse nach Fristablauf für jede begonnene Woche der Fristüberschreitung unverzüglich 70 Euro an den Antragsteller zu zahlen. Dies gilt nicht, wenn die Pflegekasse die Verzögerung nicht zu vertreten hat oder wenn sich der Antragsteller in stationärer Pflege befindet und bereits als mindestens erheblich pflegebedürftig (mindestens Pflegestufe I) anerkannt ist. Entsprechendes gilt für die privaten Versicherungsunternehmen, die die private Pflege-Pflichtversicherung durchführen. Die Träger der Pflegeversicherung und die privaten Versicherungsunternehmen veröffentlichen jährlich jeweils bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres eine Statistik über die Einhaltung der Fristen nach Absatz 3.

(4) Der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter sollen, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versi-

cherten, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und ärztliche Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfebedürftigkeit einholen. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

- (5) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst oder den von der Pflegekasse beauftragten Gutachtern die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 SGB V gilt entsprechend.
- (6) Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter haben der Pflegekasse das Ergebnis seiner oder ihrer Prüfung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu übermitteln. In seiner oder ihrer Stellungnahme haben der Medizinische Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter auch das Ergebnis der Prüfung, ob und gegebenenfalls welche Maßnahmen der Prävention und der medizinischen Rehabilitation geeignet, notwendig und zumutbar sind, mitzuteilen und Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Die Feststellungen zur medizinischen Rehabilitation sind durch den Medizinischen Dienst oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter in einer gesonderten Rehabilitationsempfehlung zu dokumentieren. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.
- (7) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Prüfung der Pflegebedürftigkeit von Kindern ist in der Regel durch besonders geschulte Gutachter mit einer Qualifikation als Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder als Kinderärztin oder Kinderarzt vorzunehmen. Der Medizinische Dienst ist befugt, den Pflegefachkräften oder sonstigen geeigneten Fachkräften, die nicht dem Medizinischen Dienst angehören, die für deren jeweilige Beteiligung erforderlichen personenbezogenen Daten zu übermitteln. Für andere unabhängige Gutachter gelten die Sätze 1 bis 3 entsprechend.

§ 18a

Weiterleitung der Rehabilitationsempfehlung, Berichtspflichten

- (1) Spätestens mit der Mitteilung der Entscheidung über die Pflegebedürftigkeit leitet die Pflegekasse dem Antragsteller die gesonderte Rehabilitationsempfehlung des Medizinischen Dienstes oder der von der Pflegekasse beauftragten Gutachter zu und nimmt umfassend und begründet dazu Stellung, inwieweit auf der Grundlage der Empfehlung die Durchführung einer Maßnahme zur medizinischen Rehabilitation angezeigt ist. Die Pflegekasse hat den Antragsteller zusätzlich darüber zu informieren, dass mit der Zuleitung einer Mitteilung über den Rehabilitationsbedarf an den zuständigen Rehabilitationsträger ein Antragsverfahren auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entsprechend den Vorschriften des Neunten Buches ausgelöst wird, sofern der Antragsteller in dieses Verfahren einwilligt.
- (2) Die Pflegekassen berichten für die Geschäftsjahre 2013 bis 2015 jährlich über die Erfahrungen mit der Umsetzung der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung oder der beauftragten Gutachter zur medizinischen Rehabilitation. Hierzu wird insbesondere Folgendes gemeldet:
 1. die Anzahl der Empfehlungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und der beauftragten Gutachter für Leistungen der medizinischen Rehabilitation im Rahmen der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit,
 2. die Anzahl der Anträge an den zuständigen Rehabilitationsträger gemäß § 31 Absatz 3 in Verbindung mit § 14 des Neunten Buches,
 3. die Anzahl der genehmigten und die Anzahl der abgelehnten Leistungsentscheidungen der zuständigen Rehabilitationsträger einschließlich der Gründe für Ablehnungen sowie die Anzahl der Widersprüche und
 4. die Anzahl der durchgeführten medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen.Die Meldung durch die Pflegekassen erfolgt bis zum 31. März des dem Berichtsjahr folgenden Jahres an den Spitzenverband Bund der Pflegekassen. Näheres über das Meldeverfahren und die Inhalte entwickelt der Spitzenverband Bund der Pflegekassen im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen bereitet die Daten auf und leitet die aufbereiteten und auf Plausibilität geprüften Daten bis zum 30. Juni des dem Berichtsjahr folgenden Jahres dem Bundesministerium für Gesundheit zu. Der Verband hat die aufbereiteten Daten der landesunmittelbaren Versicherungsträger auch den für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder den von diesen bestimmten Stellen auf Verlangen zuzuleiten. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen veröffentlicht auf Basis der gemeldeten Daten sowie sonstiger Erkenntnisse jährlich einen Bericht bis zum 1. September des dem Berichtsjahr folgenden Jahres.

§ 18b

Dienstleistungsorientierung im Begutachtungsverfahren

- (1) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen erlässt mit dem Ziel, die Dienstleistungsorientierung für die Versicherten im Begutachtungsverfahren zu stärken, bis zum 31. März 2013 für alle Medizinischen Dienste verbindliche Richtlinien. Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen sind zu beteiligen.
- (2) Die Richtlinien regeln insbesondere
 1. allgemeine Verhaltensgrundsätze für alle unter der Verantwortung der Medizinischen Dienste am Begutachtungsverfahren Beteiligten,
 2. die Pflicht der Medizinischen Dienste zur individuellen und umfassenden Information des Versicherten über das Begutachtungsverfahren, insbesondere über den Ablauf, die Rechtsgrundlagen und Beschwerdemöglichkeiten,
 3. die regelhafte Durchführung von Versichertenbefragungen und ein einheitliches Verfahren zum Umgang mit Beschwerden, die das Verhalten der Mitarbeiter der Medizinischen Dienste oder das Verfahren bei der Begutachtung betreffen.
- (3) Die Richtlinien werden erst wirksam, wenn das Bundesministerium für Gesundheit sie genehmigt. Die Genehmigung gilt als erteilt, wenn die Richtlinien nicht innerhalb eines Monats, nachdem sie dem Bundesministerium für Gesundheit vorgelegt worden sind, beanstandet werden. Beanstandungen des Bundesministeriums für Gesundheit sind innerhalb der von ihm gesetzten Frist zu beheben.

§ 45a SGB XI

Berechtigter Personenkreis

- (1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind
 1. Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III sowie
 2. Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht,
mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt haben, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

- (2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:
1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
 2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
 3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
 4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
 5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
 6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
 7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
 9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
 10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
 12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
 13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes oder die von der Pflegekasse beauftragten Gutachter bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

§ 45b SGB XI Zusätzliche Betreuungsleistungen

- (1) Versicherte, die die Voraussetzungen des § 45a erfüllen, können je nach Umfang des erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarfs zusätzliche Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen. Die Kosten hierfür werden ersetzt, höchstens jedoch 100 Euro monatlich (Grundbetrag) oder 200 Euro monatlich (erhöhter Betrag). Die Höhe des jeweiligen Anspruchs nach Satz 2 wird von der Pflegekasse auf Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Einzelfall festgelegt und dem Versicherten mitgeteilt. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V., der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene Richtlinien über einheitliche Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs auf Grund der Schädigungen und Fähigkeitsstörungen in den in § 45a Abs. 2 Nr. 1 bis 13 aufgeführten Bereichen für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages; § 17 Abs. 2 gilt entsprechend. Der Betrag ist zweckgebunden einzusetzen für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen. Er dient der Erstattung von Aufwendungen, die den Versicherten entstehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen
1. der Tages- oder Nachtpflege,
 2. der Kurzzeitpflege,
 3. der zugelassenen Pflegedienste, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
 4. der nach Landesrecht anerkannten niedrighwelligen Betreuungsangebote, die nach § 45c gefördert oder förderungsfähig sind.

Anlage 2

Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002

geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008

Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002¹ geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006² und 10.06.2008³

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Knappschaft,
der Verband der Angestellten Krankenkassen e. V. und
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.
- handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen -

der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

haben unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund der §§ 45a Abs. 2, 45b Abs. 1 Satz 4 in Verbindung mit § 122 Abs. 2, § 53a Nr. 2 SGB XI sowie § 213 SGB V

am 22.03.2002, geändert durch Beschlüsse vom 11.05.2006 und 10.06.2008 gemeinsam und einheitlich die Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs beschlossen.

¹ Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 hat das BMG mit Schreiben vom 01.08.2002 – Az.: 123 – 43371/3 – die Zustimmung erteilt.

² Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der geänderten Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – Az.: 233-43371/3 – die Zustimmung erteilt. Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz findet mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

³ Der Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs vom 22.03.2002 in der geänderten Fassung vom 10.06.2008 hat das BMG mit Schreiben vom 26.06.2008 – Az.: 233-43371/13 – und mit Schreiben vom 25. Juni 2010 – Az.: 233-43371/13 – die Zustimmung erteilt.

1 Allgemeines

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Für ambulant gepflegte bzw. versorgte Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz besteht ein – seit dem 01.07.2008 je nach Umfang des allgemeinen Betreuungsbedarfs gestaffelter – zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Mit dieser Leistung werden insbesondere für die Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruch auf die Leistung nach § 45b SGB XI haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III und Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht, mit einem auf Dauer bestehenden erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden, haben die Einrichtungen ab dem 01.07.2008 einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn die Einrichtung ein zusätzliches über das normale Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen hinausgehendes Angebot der Betreuung und Aktivierung dieser Heimbewohner vorhält (§ 87b Abs. 1 Satz 3 SGB XI).

Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen Einschränkungen in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien (vgl. Anlage 1).

2 Begutachtungsverfahren

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment (Punkt G 3.5 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) und baut auf der Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Punkt D 4. / III. / 8. „Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen“ der Begutachtungs-Richtlinien hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beein-

trüchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyché“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien). Dort sind die vorliegenden Schädigungen, vorhandenen Ressourcen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens zu dokumentieren.

2.1 Screening

Das Screening (Punkt G 3.5 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 „Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyché“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien) mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist in der Tabelle der spezifische Hilfebedarf (nicht jedoch der Pflegebedarf) bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist zu „Orientierung“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“, „Gedächtnis“, „Tag-/Nachtrhythmus“, „Wahrnehmung und Denken“, „Kommunikation/Sprache“, „Situatives Anpassen“ und „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“ jeweils eine Bewertung „unauffällig“ oder „auffällig“ abzugeben. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Werden im Screening (Tabelle in Punkt G 3.5 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies im Formulargutachten zu begründen.

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen oder sich Veränderungen ergeben haben.

2.2 Assessment

Das Assessment (Punkt G 3.5 „Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist generell zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist. Unerheblich ist, ob die Voraussetzungen für die Einstufung in eine Pflegestufe erfüllt sind oder ob der Versicherte häuslich oder stationär versorgt wird. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken)

sowie

- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit „Ja“ zu dokumentieren, wenn wegen dieser Störungen

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Die Fragen sind eindeutig mit „Ja“ oder mit „Nein“ zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

Das Assessment erfasst die 13 gesetzlich festgeschriebenen Items. Nachfolgend werden für die 13 Items besonders typische und eindeutige Beispiele beschrieben, in denen ein „Ja“ zu dokumentieren ist. Eine abschließende und vollständige Aufzählung aller Situationen, in denen sich psychopathologische Störungen manifestieren, ist nicht möglich.

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,
- unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),
- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Auskleiden, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Hunger und Durst nicht wahrnehmen oder äußern kann oder aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl bereit stehende Nahrung von sich aus nicht isst oder trinkt oder übermäßig alles zu sich nimmt, was er erreichen kann,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- Harn- und Stuhldrang nicht wahrnehmen und äußern kann und deshalb zu jedem Toilettengang aufgefordert werden muss,
- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingesezt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss nebenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wieder erkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

Hinweis: Hier sind nur Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind.

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,

- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nicht-kognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sind.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,
- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Ein „Ja“ ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig „jammert“ und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

3. Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und Empfehlungen an die Pflegekasse

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden

- für Versicherte mit einem im Verhältnis geringeren allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem Grundbetrag und
- für Versicherte mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem erhöhten Betrag

geleistet. Maßstab für die Empfehlung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zur Bemessung der jeweiligen Höhe des Betreuungsbetrages sind die Feststellungen zu den Schädigungen und Fähigkeitsstörungen bei den maßgeblichen Items im Rahmen des Assessments.

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein „Ja“ angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9.

Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird.

Darüber hinaus hat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers entsprechend eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

4. Umsetzungsempfehlung

4.1 Bisherige Bezieher von Betreuungsleistungen im ambulanten (häuslichen) Bereich

Bezieher des zusätzlichen Betreuungsbetrages von bisher bis zu 460 Euro jährlich, bei denen der MDK im Rahmen einer früheren Pflegebegutachtung eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat („Altfälle“), erhalten ohne weiteres – sofern sie nicht den erhöhten Betrag beantragen – den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich ohne eine erneute Prüfung durch den MDK.

Wird der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro monatlich beantragt und liegt ein früheres PEA-Assessment vor, prüft zunächst die Pflegekasse, ob in diesem PEA-Assessment zusätzlich zu den Mindestvoraussetzungen von 2 positiven Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, eines der Kriterien 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 positiv ist. Ist dies gegeben, gewährt die Pflegekasse, im Regelfall ohne Einschaltung des MDK, den erhöhten Betrag von bis zu 200 Euro. In Zweifelsfällen erfolgt die Vorlage beim MDK der zunächst

prüft, ob eine Entscheidung per Aktenlage möglich ist. Ist dies nicht der Fall, ist eine Begutachtung im häuslichen Umfeld zur Prüfung der Voraussetzungen des beantragten erhöhten Betreuungsbetrages erforderlich.

Wird der erhöhte Betrag von bis zu 200 Euro monatlich beantragt und liegen im früheren PEA-Assessment die Kriterien für die Gewährung des beantragten erhöhten Betreuungsbetrages nicht vor, ist in jedem Fall eine Vorlage beim MDK vorzunehmen. Über die Art der Begutachtung entscheidet der MDK. Je nach Informationslage wird eine Begutachtung nach Aktenlage oder eine Untersuchung in der häuslichen Umgebung durchgeführt.

4.2 Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Ab dem 01.07.2008 haben vollstationäre Pflegeeinrichtungen für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung der versicherten Heimbewohner mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung (vgl. Ziff. 1 Abs. 2).

Zur zügigen Feststellung des Personenkreises, für den Vergütungszuschläge gezahlt werden, erstellen – abweichend von Ziff. 2 – vollstationäre Pflegeeinrichtungen eine Übersicht der versicherten Heimbewohner, bei denen entweder der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen einer früheren Pflegebegutachtung das PEA-Assessment bereits positiv bewertet hat oder nach Einschätzung der Pflegeeinrichtung wegen erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung eine über das allgemeine Versorgungsangebot hinausgehende zusätzliche Betreuung und Aktivierung erforderlich ist und übersenden sie unter Beachtung des Datenschutzes dem zuständigen Landesverband der Pflegekassen zur Weiterleitung an die zuständige Pflegekasse. Die Einschätzung der Pflegeeinrichtung soll durch die Beifügung geeigneter Unterlagen (z. B. Auszüge aus den Pflegedokumentationen, Arztberichte, Krankenhausberichte) glaubhaft gemacht werden.

Die Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz soll durch die Pflegekasse auf der Grundlage der vorliegenden Informationen abschließend getroffen werden. Lediglich in Zweifelsfällen kann der Medizinische Dienst der Krankenversicherung in die Prüfung nach Aktenlage einbezogen werden. Eine körperliche Untersuchung des Heimbewohners erfolgt nicht.

5. Dauer der Umsetzungsempfehlung

Die vorstehende Umsetzungsempfehlung (vgl. Ziff. 4) gilt zunächst bis zum 31.12.2009. Rechtzeitig, drei Monate vor Ablauf dieses Zeitpunktes, werden die Beteiligten (Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und die Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene) die mit der Umsetzungsempfehlung gemachten Erfahrungen einer Bewertung unterziehen und hierüber das Bundesministerium für Gesundheit informieren.

Anlage 3

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) vom 10.07.1995,

geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRI) vom 10.07.1995

geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995¹,
vom 03.07.1996² und vom 28.10.2005³

Der AOK-Bundesverband, Bonn
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
der IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
die See-Pflegekasse, Hamburg
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
die Knappschaft, Bochum
der Verband der Angestellten Krankenkassen e. V., Siegburg und
der AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

– handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen –

haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 10.07.1995 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRI) beschlossen.

¹ Den Härtefall-Richtlinien – ambulante Pflege in der Fassung vom 19.10.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 06.11.1995 – Va 1 - 43 104 1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

² Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 03.07.1996 hat das BMA mit Schreiben vom 15.07.1996 – Va 2 - 43 371/1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

³ Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 28.10.2005 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – 233-43371/3 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung (befristet bis zum 31.03.2009) erteilt. Die Härtefall-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung. Mit Schreiben vom 24.03.2009 hat das BMG einer Verlängerung der Befristung bis zum 31.12.2010 zugestimmt. Mit Schreiben vom 15.07.2011 – G 16-43371/71/4 – hat das BMG einer Verlängerung der Befristung bis zum 31.12.2012 zugestimmt. Mit Schreiben vom 21.08.2013 – G 16-43371/71/4 – hat das BMG einer Verlängerung der Befristung bis zum 31.12.2014 zugestimmt.

1. Allgemeines

Die Richtlinien bestimmen in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien gemäß § 17 Abs. 1 SGB XI die Merkmale zur Annahme eines Härtefalles (§§ 36 Abs. 4, 43 Abs. 3 SGB XI) sowie das Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles. Sie sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§§ 213 SGB V, 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

2. Anwendungsbereich

Die Härtefallregelungen im Sinne dieser Richtlinien finden Anwendung, soweit bei Antragstellern mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III Leistungsanträge auf die häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI, die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI oder die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI gerichtet sind.

3. Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles

Liegt bei einem Antragsteller ein Hilfebedarf der Pflegestufe III vor, hat der Gutachter entsprechend den nachstehenden Merkmalen (Ziffer 4) aufgrund konkreter Tatsachen nachvollziehbar festzustellen, ob ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand vorliegt und dokumentiert dies im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

Die Entscheidung, ob ein Härtefall vorliegt, trifft die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK.

4. Merkmale für einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand

Der Pflegeaufwand wird bestimmt durch die Art, die Dauer und den Rhythmus der erforderlichen Pflegemaßnahmen. Dieser kann sich aufgrund der individuellen Situation des Pflegebedürftigen als außergewöhnlich hoch bzw. intensiv darstellen, wenn die täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen das übliche Maß der Grundversorgung im Sinne von Ziffer 4.1.3 (Pflegestufe III) der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien quantitativ oder qualitativ weit übersteigen.

Das ist der Fall, wenn

- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 6 Stunden täglich, davon mindestens dreimal in der Nacht, erforderlich ist. Bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen ist auch die auf Dauer bestehende medizinische Behandlungspflege zu berücksichtigen.

oder

- die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte erfordert, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen Pflegekraft mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Ein solch außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand kann insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern vorliegen:

- Krebserkrankungen im Endstadium
- AIDS-Erkrankungen im Endstadium
- hohe Querschnittslähmung und Tetraplegie
- Enzephalomyelitis disseminata im Endstadium
- Wachkoma
- schwere Ausprägung der Demenz
- bei schweren Fehlbildungssyndromen und Fehlbildungen im Säuglings- und Kleinkindalter
- schwerste neurologische Defektsyndrome nach Schädelhirnverletzungen
- Endstadium der Mukoviszidose

5. Anerkennung des Härtefalles bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Voraussetzung für die Anerkennung eines Härtefalles ist, dass stationär versorgte Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand (Ziffer 4) zur Deckung ihres Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufbringen müssen. Das kann der Fall sein, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat (z. B. auf Wachkomapatienten) und einen Pflegesatz der Pflegeklasse III berechnet, der den verbundenen personellen Mehraufwand von vornherein einkalkuliert und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegeklasse III liegt, die in nicht spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Dies gilt auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine wirtschaftlich getrennt geführte, selbständige Abteilung für Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand und eigenständigem Pflegesatz eingerichtet haben, der über dem außerhalb dieser Abteilung berechneten Satz der Pflegestufe III liegt.

Anlage 4

Psychopathologischer Befund in Anlehnung
an die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und
Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Psychopathologischer Befund:

Der psychopathologische Befund beschreibt, aber bewertet nicht. Er gliedert sich in die Abschnitte:

Allgemeiner Eindruck

Psychisch gesunde Menschen haben in ihrem Äußeren einen **persönlichen Stil**, der zur Person und Situation passt und der sich in der Kleidung, Körperpflege und Kontaktaufnahme niederschlägt.

Bewusstseinsstörungen

Der Grad der Wachheit (**Quantität an Bewusstsein**) wird als Vigilanz bezeichnet. Die Abnahme der **Vigilanz** erfolgt über die Stufen Somnolenz und Sopor bis zum Koma. Ein gesunder Mensch muss wach sein können und auf Außenreize koordiniert reagieren können. Die **Qualität des Bewusstseins** lässt sich ebenfalls unterscheiden in Bewusstseinsstrübung (z. B. Delir, Oneiroid, Dämmerzustand), Bewusstseinseneignung oder Bewusstseinsverschiebung (z. B. Intoxikation).

Orientierungsstörungen

Ein gesunder Mensch kann sich zeitlich, örtlich, situativ und bezüglich der eigenen Person ein- und zuordnen.

Aufmerksamkeitsstörungen

Aufmerksamkeit bezeichnet die Fähigkeit zur Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen oder mehrere bestimmte Gegenstände.

Gedächtnisstörungen

Ein gesunder Mensch muss sich an kürzer und länger **zurückliegende Ereignisse oder Lerninhalte** erinnern können.

Formale Denkstörungen

Normales Denken ist flüssig, zusammenhängend und zielgerichtet.

Befürchtungen und Zwänge

Menschen können Wahrnehmungen, Ereignisse und Situationen nach dem Grad ihrer Bedrohlichkeit als mehr oder weniger bedrohlich oder angsterregend wahrnehmen. Ihre eigenen Handlungen und Reaktionen auf bedrohliche Reize stehen nach subjektivem Erleben unter der eigenen Kontrolle.

Inhaltliche Denkstörungen

Normales Denken kann die Bedeutung (Inhalt) einer Wahrnehmung kontextbezogen zuordnen und interpretieren. **Wahn** bedeutet den Verlust der Fähigkeit zur inhaltlichen Deutung und Interpretation von einzelnen Stimuli oder Situationen. Mit unkorrigierbarer „a priorischer Gewissheit“, d. h. nicht hinterfragbarer Sicherheit, werden für Alltagserlebnisse ich-bezogene Erklärungen mit in der Regel großer emotionaler Beteiligung und häufig grotesk anmutender Logik vorgebracht. Man unterscheidet **Art des Wahns** (Wahnhalt) und formale **Struktur des Wahns**.

Sinnestäuschungen

Sinneseindrücke gleich welcher Qualität dürfen nur dann entstehen, wenn ein von außen kommender Sinnesreiz gegeben ist.

Ich-Störungen

Jeder Mensch ist in der Lage, zwischen sich und der Umwelt zu unterscheiden, zwischen Binnenwelt und Außenwelt. Die **Ich-Umwelt-Grenze** ist eine jederzeit klare erlebte Scheidegrenze.

Affektstörungen

Gesunden Menschen steht ein breites Spektrum an emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten (**Affektqualitäten**) zur Verfügung, die je nach Situation wechseln. Es gibt Affektqualitäten, die ausschließlich bei psychischen Erkrankungen vorkommen (z. B. Depression). Wie auch solche, die sowohl bei gesunden wie kranken Menschen vorkommen (z. B. Angst) und bei denen der Kontext oder die Intensität als pathologisches Merkmal gelten. Die jeweils aktuell vorherrschende Grundemotion wird zusätzlich z. B. während eines Gespräches moduliert (**Affektmodulation**) und damit als Kommunikationsmittel eingesetzt.

Antriebsstörungen

Gesunde Menschen haben eine mittlere Antriebslage im Sinne von persönlichem Tempo, Lebendigkeit und Schwung. Sie können aus dieser Grundantriebslage heraus je nach Situationserfordernis in ihrer Dynamik zurückfallen oder auch im Antrieb zulegen.

Störungen der Einstellung und des Erlebens

Ein psychisch gesunder Mensch kann seinen eigenen Zustand angemessen einschätzen und sich auch situativ im Rahmen sozialer Normen angemessen verhalten.

Psychovegetative Störungen

Psychophysiologische Regulationsprozesse passen sich beim gesunden Menschen an aktuelle Anforderungen an mit Bereitstellungsreaktionen unter Anforderungssituationen und Entspannung in Ruhepausen.

Anlage 5

Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes und der Verbände der Pflegekassen auf Bundesebene zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegVG zu § 40 Abs. 4 SGB XI vom 22.05.2013⁸

⁸ Rundschreiben des GKV-Spitzenverbandes „RS 2013/205“

§ 40 SGB XI

Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen

(1) ...

(2) ...

(3)...

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen. Leben mehrere Pflegebedürftige in einer gemeinsamen Wohnung, dürfen die Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Pflegebedürftigem nicht übersteigen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme nach Satz 3 ist auf 10.228 Euro begrenzt und wird bei mehr als vier Anspruchsberechtigten anteilig auf die Versicherungsträger der Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(5) ...

2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

2.1 Leistungsvoraussetzungen

(1) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt (§ 40 Abs. 4 SGB XI). Die Regelung gilt seit 01.01.2013 gem. § 123 Abs. 2 SGB XI auch für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (§ 45a SGB XI) ohne Pflegestufe.

(2) Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Anspruchsberechtigten können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall

- die häusliche Pflege überhaupt erst ermöglicht wird,
- die häusliche Pflege erheblich erleichtert und damit eine Überforderung der Leistungskraft des Anspruchsberechtigten und der Pflegenden verhindert oder
- eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten wiederhergestellt, also die Abhängigkeit von personeller Hilfe verringert wird.

Dabei sind die Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes nicht nur auf die Ermöglichung und Erleichterung von verrichtungsbezogenen Hilfeleistungen i. S. des § 14 Abs. 4 SGB XI bzw. auf die Herbeiführung der Entbehrlichkeit solcher Hilfeleistungen beschränkt.

2.2 Leistungsinhalt

(1) Bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR je Maßnahme können die Pflegekassen im Rahmen ihres Ermessens Zuschüsse gewähren. Hierbei handelt es sich um

- Maßnahmen, die eine Anpassung der konkreten Wohnumgebung an die Bedürfnisse des pflegebedürftigen Menschen bezwecken und deshalb in einer anderen Wohnumgebung nicht notwendigerweise benötigt werden (z. B. Treppenlifter, Aufzüge, Einbau von Fenstern mit Griffen in rollstuhlgerechter Höhe),
- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind und damit der Gebäudesubstanz auf Dauer hinzugefügt werden (z. B. Türverbreiterung, fest installierte Rampen, Erstellung von Wasseranschlüssen bei der Herstellung von hygienischen Einrichtungen, Einbau individueller Liftsysteme im Bad),
- technische Hilfen im Haushalt (Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird, z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken, Austausch der Badewanne durch eine Dusche).

(2) Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Anspruchsberechtigten liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Anspruchsberechtigten entsprechende Wohnung (z. B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere Aufwendungen für eine Wohnumfeldverbesserung bezuschusst werden. Dabei darf allerdings der Zuschuss für den Umzug und die Wohnumfeldverbesserung insgesamt den Betrag von 2.557,00 EUR nicht überschreiten.

(3) Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist der Antragsteller mit der Bewilligung darauf hinzuweisen, dass die sich im Zusammenhang mit dieser Maßnahme ergebenden mietrechtlichen Fragen in eigener Verantwortlichkeit zu regeln sind. Im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nach §§ 7, 31 SGB XI sollten hier die Pflegekassen tätig werden (z. B. durch Einschaltung des MDK).

(4) Die Bewilligung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch die Pflegekasse bzw. einen anderen Leistungsträger schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V bzw. Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI grundsätzlich nicht aus. Z. B. könnte die Pflegekasse als Wohnumfeldverbesserung die Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche bezuschussen und die GKV bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 33 SGB V einen Duschsitz zur Verfügung stellen.

3. Wohnung/Haushalt

(1) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Anspruchsberechtigten oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Anspruchsberechtigten handelt.

In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbmäßig nur an Anspruchsberechtigte vermietet werden, liegt eine Wohnung/ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

(2) Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Bewohners ausgerichtet sind.

(3) Wird die wohnumfeldverbessernde Maßnahme im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums durchgeführt, sind hinsichtlich der Zuschussbemessung die durch die Maßnahme entstandenen Mehrkosten zu berücksichtigen (z. B. Mehrkosten durch Einbau breiterer als den DIN-Normen entsprechender Türen, Einbau einer bodengleichen Dusche anstelle einer Duschwanne). In der Regel werden sich die Mehrkosten auf die Materialkosten erstrecken. Mehrkosten beim Arbeitslohn und sonstigen Dienstleistungen können nur berücksichtigt werden, wenn sie eindeutig auf die wohnumfeldverbessernde Maßnahme zurückzuführen sind.

4. Maßnahme

(1) Die Pflegekasse kann je Maßnahme einen Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewähren. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Hierbei ist nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung bzw. Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung des Anspruchsberechtigten gerichtet sind,
- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,
- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder
- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z. B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt.

(2) Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewährt werden kann.

Beispiel

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Anspruchsberechtigten, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist der Einbau von fest installierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich.

Diese Wohnumfeldverbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 2.557,00 EUR zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Anspruchsberechtigten ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 2.557,00 EUR bezuschusst werden können.

5. Zuschusshöhe

Der Zuschuss beträgt je Maßnahme bis zu 2.557,00 EUR. Er ist auf die tatsächlichen Kosten der Maßnahme begrenzt. Überschreiten die Kosten der Maßnahme 2.557,00 EUR, ist der über dem Zuschuss liegende Betrag von dem Anspruchsberechtigten selbst zu tragen.

Bei Antragstellungen ab dem 30.10.2012 entfällt eine Einkommensprüfung zur Feststellung des Eigenanteils bei Maßnahmen zur Verbesserung des Wohnumfeldes.

5.1 Berücksichtigungsfähige Kosten

Bei der Zuschussgewährung sind als Kosten der Maßnahme Aufwendungen für

- Durchführungshandlungen (vgl. Ziffer 7.2 Abs. 3),
- Materialkosten (auch bei Ausführung durch Nichtfachkräfte),
- Arbeitslohn und ggf.
- Gebühren (z. B. für Genehmigungen)

zu berücksichtigen. Wurde die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstaussfall) zugrunde zu legen.

5.2 Durchführung von Reparaturen

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert werden müssen, können nicht nochmal als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegekassen einen „nachrangigen Zuschuss“ leisten.

5.3 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen

(1) Leben mehrere Anspruchsberechtigte in einer gemeinsamen Wohnung, kann der Zuschuss für dieselbe Maßnahme zur Verbesserung des gemeinsamen Wohnumfeldes für jeden Anspruchsberechtigten maximal 2.557,00 EUR betragen. Der Gesamtbetrag je Maßnahme ist auf insgesamt 10.228,00 EUR begrenzt und wird gleichmäßig auf die Anspruchsberechtigten aufgeteilt.

(2) Die beteiligten Pflegekassen und privaten Versicherungsunternehmen erstatten von den Gesamtkosten einen gleichmäßigen Anteil, sofern der Anspruch nicht ausgeschöpft ist. Dieser Anteil errechnet sich aus den Gesamtkosten geteilt durch die Anzahl der Anspruchsberechtigten. Zur Abrechnung ist für jeden Anspruchsberechtigten von der erstangegangenen Pflegekasse oder dem privaten Versicherungsunternehmen eine Kopie der Originalrechnung mit der Bestätigung zur Verfügung zu stellen, dass der Originalbeleg vorliegt. Zudem muss die Höhe des Erstattungsbetrages bescheinigt werden.

(3) Leben die Pflegebedürftigen in einer ambulant betreuten Wohngruppe (§ 38a SGB XI) und liegen die Anspruchsvoraussetzungen nach § 40 Abs. 4 SGB XI vor, können diese Leistungen ergänzend zu den Leistungen nach § 45e SGB XI in Anspruch genommen werden (vgl. Ziffer 1 zu § 45e SGB XI). Insgesamt können die Gesamtkosten der Maßnahme immer nur unter Berücksichtigung der Höchstgrenze der jeweiligen Zuschüsse nach §§ 40 Abs. 4 und 45e Abs. 1 SGB XI übernommen werden.

6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern

6.1 Allgemeines

Die Pflegekassen können subsidiär (nachrangig) Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren. D. h., Leistungen der Pflegekassen kommen nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse

(1) Im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe für behinderte Menschen wird nach § 54 Abs. 1 SGB XII Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht, gewährt. Dies gilt auch für die Altenhilfe im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XII. Beschädigte und Hinterbliebene erhalten im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (vgl. §§ 25 ff. BVG) unter den Voraussetzungen des § 27c BVG Wohnungshilfe.

(2) Diesen fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Anspruch auf diese Leistungen bleibt von den Leistungen der Pflegekasse jedoch unberührt, soweit die Leistungen der Pflegekasse den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken (vgl. Ziffer 3 zu § 13 SGB XI). Die Pflegekasse hat in diesen Fällen die Anspruchsberechtigten auf die ggf. bestehenden weiter gehenden Ansprüche nach dem SGB XII bzw. BVG hinzuweisen und entsprechende Anträge durch Weiterleitung der vorhandenen Unterlagen (z. B. Stellungnahme des MDK, Kostenvoranschläge,

Bescheinigung über den Zuschuss der Pflegekasse) an die zuständigen Leistungsträger zu unterstützen.

6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger

(1) Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitations-träger (z. B. Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) übernehmen vorrangig unter den trägerspezifischen Voraussetzungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 und 6 i. V. m. Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 SGB IX auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

(2) Darüber hinaus gewährt die Unfallversicherung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2, § 41 SGB VII vorrangig Wohnungshilfe, wenn sie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich wird.

(3) Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren (vgl. § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB IX). Darüber hinaus können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d i. V. m. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchwbAV). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, so dass grundsätzlich bei berufstätigen Anspruchsberechtigten, die schwerbehindert im Sinne von § 2 SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H.) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

7. Verfahren

7.1 Antragstellung

(1) Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sollten vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden (vgl. § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, § 19 Satz 1 SGB IV).

(2) Der MDK oder der von der Pflegekasse beauftragte Gutachter hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (vgl. Ziffer G „Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI“ der Begutachtungs-Richtlinien) Empfehlungen an die Pflegekasse über die notwendige Versorgung mit technischen Pflegehilfsmitteln und baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes auszusprechen (vgl. Ziffer D/6.6 der Begutachtungs-Richtlinien). Die Empfehlung gilt als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte nichts Gegenteiliges erklärt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wohnumfeldverbessernde Maßnahmen angeregt werden.

7.2 Beratung

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Anspruchsberechtigten hinsichtlich der Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beraten (vgl. § 7 Abs. 2 SGB XI; zu dem weitergehenden Anspruch auf Pflegeberatung vgl. Ziffer 4 zu § 7a SGB XI). Diese Beratung umfasst neben den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen auch die individuelle Beratung über in Frage kommende Maßnahmen (als Orientierungshilfe dient der Katalog möglicher Maßnahmen in Ziffer 8). Werden mit dieser Beratung externe Stellen beauftragt, handelt es sich um Beratungskosten im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB XI.

(2) Bei der Beratung über die in Frage kommenden Maßnahmen steht die Zielsetzung im Vordergrund, den Wohnraum so anzupassen, dass er den individuellen Bedürfnissen des Anspruchsberechtigten gerecht wird.

Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl. § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der Anspruchsberechtigten – zu prüfen, ob anstelle von Baumaßnahmen oder der beantragten Maßnahmen einfachere Lösungen in Betracht kommen.

(3) Die Beratung ist abzugrenzen von den Durchführungshandlungen in Bezug auf die konkrete Maßnahme. Durchführungshandlungen in diesem Sinne sind z. B. die Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z. B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen (Eigentümerversammlung, Straßenverkehrsamt, das Stellen von Bauanträgen oder die Bauüberwachung), die Nachschau der durchgeführten Maßnahme und die Durchsicht der Rechnungen. Solche Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen sind nicht Gegenstand des Anspruchs auf Pflegeberatung nach § 7a SGB XI. Aufwendungen für diese Handlungen werden ggf. als Kosten der Maßnahme bei der Festsetzung des Zuschusses berücksichtigt (siehe Ziffer 5.4 Abs. 1). Beauftragt der Anspruchsberechtigte für die Planung, Durchführung oder Überwachung der Maßnahme externe Stellen, sind diese Kosten als Teil der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu werten und bei der Bemessung des Zuschusses zu berücksichtigen.

7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme

Die Pflegekasse überprüft – ggf. in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem MDK, die erforderlichenfalls andere Fachkräfte als externe Gutachter hinzuziehen (vgl. Ziffer 5.5 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) –, ob durch die beantragte Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten wiederhergestellt werden kann, sofern diese Prüfung nicht bereits im Rahmen der Beratung im Vorfeld des Leistungsantrags erfolgte (vgl. Ziffer 7.2). Stellt sich im Rahmen dieser Prüfung heraus, dass es eine einfachere und effektivere Lösung gibt, hat die Pflegekasse entsprechende Empfehlungen zu geben.

8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

8.1. Allgemeines

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht in direktem Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I) stehen.

So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der Bewohner jedoch nicht mehr in der Lage, die bisherige Waschmöglichkeit (z. B. das Etagenbad) zu benutzen und kann durch den Einbau des Bades verhindert werden, dass der Anspruchsberechtigte seine Wohnung aufgeben muss, handelt es sich um eine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

In dem folgenden Katalog sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o. g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Anspruchsberechtigten zu gewährleisten, kommen insbesondere folgende Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Eben-erdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z. B. bei Roll- stuhlfahrern)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z. B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkie- rungen an den Vorderkanten Einbau von fest installierten Rampen und Treppenliften
Türen, Türansläge und Schwel- len	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Weiter gehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung

8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z. B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z. B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/Steckdosen/Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/Steckdosen/Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z. B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherheitstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Türen, Türanschläge und Schwellen	Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Anspruchsberechtigte zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen

Küche

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	Veränderung der Höhe von z. B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung Absenkung von Küchenoberschranken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung) Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängekörbe)

Bad und WC

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Einbau eines fehlenden Bades/WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC
Anpassung eines vorhandenen Bades/WC: Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit (auch unterhalb Pflegestufe I nach § 123 SGB XI) Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstieghilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche
Duschplatz	Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z. B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Schlafzimmer

Ausstattungs-elemente	Mögliche Veränderungen
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

Anlage 6

Mitteilung PflegeZG

Mitteilung PflegeZG

MDK

Anschrift des Antragstellers

Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen nach § 3 Abs. 2 Pflegezeitgesetz (PflegeZG)

Sehr geehrte(r) Frau/Herr.....,

zwecks Inanspruchnahme der Pflegezeit nach § 3 PflegeZG bestätigen wir Ihnen, dass wir einen nahen Angehörigen (§ 7 Abs. 3 PflegeZG) nach § 18 SGB XI begutachtet und der zuständigen Pflegekasse die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI empfohlen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 7

Mitteilung Familienpflegezeitgesetz

Mitteilung Familienpflegezeitgesetz

MDK

Anschrift des Antragstellers

Bescheinigung über die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen nach § 3 Abs. 1 Familienpflegezeit (FPfZG)

Sehr geehrte(r) Frau/Herr.....,

zwecks Inanspruchnahme der Familienpflegezeit im Sinne des § 3 Abs. 1 FPfZG bestätigen wir Ihnen, dass wir einen nahen Angehörigen (§ 2 Abs. 2 FPfZG in Verbindung mit § 7 Abs. 3 PflegeZG) nach § 18 SGB XI begutachtet und der zuständigen Pflegekasse die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI empfohlen haben.

Mit freundlichen Grüßen

Anlage 8

Glossar

Erläuterung der wichtigsten Fachbegriffe

Affekt	kurze, intensive Gefühlsregung
affektiv	gefühlsbetont
Agnosie	Störung der höheren Formen des Erkennens (Seelen-taubheit, Seelenblindheit, reine Tastlähmung)
Akinesie	herabgesetzte oder fehlende Bewegung des Rumpfes, der Extremitäten sowie der Gesichtsmuskulatur
Ambivalenz	Bezeichnung für gleichzeitiges Vorhandensein gegensätzlicher Affekte, Vorstellungen, Wünsche oder Absichten
Anamnese	Krankengeschichte
Anatomie	Lehre vom Bau der Körperteile
Anomalie	Unregelmäßigkeit, geringgradige Entwicklungsstörung
Anus praeter	künstlicher Darmausgang, Kunstafter
apathisch	teilnahmslos
Apgar	Punktschema für die Zustandsdiagnostik des Neugebo- renen unmittelbar nach der Geburt Atmung Puls Grundtonus Aussehen Reflexe
Aphasie	zentrale Störung der Sprache (Sprachformulierung und Sprachverständnis)
Apraxie	Unfähigkeit, bei erhaltener Beweglichkeit zu handeln, d. h. die Körperteile zweckmäßig zu bewegen
Aspiration	Eindringen flüssiger oder fester Stoffe in die Atemwege
Assessment	Abschätzung; Zusammentragen von Informationen an- hand standardisierter Schemata, um das Ausmaß vor- handener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen zu können z. B. zur Beurteilung der Selbständigkeit älterer Menschen
Athetose	Erkrankung des extrapyramidalen Systems mit lang- samen, bizarr geschraubten Bewegungen
Ätiologie	Lehre von den Krankheitsursachen
Atrophie	1. Allgemeine Abmagerung bei chronischen Ernährungs- störungen 2. Verkleinerung von Organen oder Organteilen, die vor- her größer waren
Autismus	Kontaktstörung mit Rückzug auf die eigene Vorstel- lungs- und Gedankenwelt und Isolation von der Umwelt
autoaggressiv	gegen sich selbst gerichtet
cerebral	das Gehirn betreffend
Cerebralparese	Lähmung bedingt durch Erkrankung des Gehirns
Cri-du-chat-Syndrom	Synonyme Katzenschreisyndrom, Chromosom 5p-Syn- drom, Le-jeune-Syndrom, komplexes Fehlbildungssyn- drom infolge struktureller Chromosomenaberration mit

	<p>partiellern Verlust der kurzen Arme des Chromosoms 5. Es ist gekennzeichnet durch katzenschreiartige, hohe, schrille Lautäußerungen in den ersten Lebensmonaten, vermutlich infolge einer Kehlkopfhypoplasie, die sich im weiteren Verlauf verliert. Charakteristisches rundes Gesicht mit Hypertelorismus, Epikanthus und nach lateral abfallender Lidachse; primordialer Minderwuchs bei normaler Schwangerschaftsdauer, Mikrozephalie, schwere psychomotorische Retardierung; fakultative Begleitfehlbildungen innerer Organe, insbesondere Herzfehlbildungen.</p>
Darmprolaps	Darmvorfall
Defäkation	Stuhlentleerung
Dekubitus	durch äußere Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen hervorgerufene Zerstörung von Gewebe
Delir	Form der akuten organischen Psychose mit Bewusstseins- und Orientierungsstörungen
Demenz	Oberbegriff für die Veränderung und Neu Anpassung auf früherem Entwicklungsniveau von erworbenen intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung
Dermatika	Medikamente zur äußerlichen Anwendung auf der Haut
Dialyse	Behandlungsmethode zur Entfernung harnpflichtiger Substanzen, anderen Stoffen und Wasser aus dem Organismus unter Anwendung bestimmter Blutreinigungsverfahren
Diarrhö	Durchfall
digital	mit dem Finger (z. B. Leeren des Enddarms)
dissimilieren	aktives Verheimlichen von Krankheitssymptomen aus verschiedenen Gründen
Down Syndrom	Synonym Morbus Langdon-Down, Trisomie 21, Mongolismus, numerische autosomale Aberration von Chromosom 21, intra- und extrauterine Fehlentwicklung fast sämtlicher Gewebe und Organe, die langsam wachsen, unreif bleiben, schneller altern und Fehlbildungen aufweisen können; meist erhebliche, aber individuell verschieden entwicklungsfähige geistige Behinderung, unterschiedlich ausgeprägte typische Dysmorphie: runden Kopf, Minderwuchs, Brachyzeephalie, Mikrozephalie, lateral-kranial ansteigende Lidachsen, Epikanthus, Hypertelorismus, breite Nasenwurzel, tief sitzende Ohren, meist offener Mund mit vermehrter Speichelsekretion und großer gefurchter Zunge; Muskelhypotonie, Cutis laxa, tief stehender Nabel (oft mit Hernie), Vierfingerfurche an der Handfläche, Fußdeformitäten (sog. Sandalenlücke), Einwärtskrümmung (Klinodaktylie) der Endglieder des 5. Fingers, Unterentwicklung der Kiefer und Zähne sowie verspäteter knöcherner Schluss der

	Schädelnähte und Fontanelle, ohne Verzögerung der Knochenkernentwicklung; Herzfehler in 40-60 v. H..
Duodenalstenose	Einengung des Zwölffingerdarms
Dyspnoe	mit subjektiver Atemnot einhergehende Erschwerung der Atemtätigkeit
Edwards-Syndrom	Synonym Trisomie 18, komplexes Fehlbildungssyndrom infolge einer autosomalen Trisomie der Chromosomen- gruppe F (Chromosom 18), es besteht außergewöhnlich große Variabilität und Komplexität der Anomalien, so dass konstante diagnostische Kriterien nicht festzulegen sind. Hervorzuheben sind primordialer Minderwuchs, typische Gesichtsdysmorphien und eigenartige Fingerhaltung mit Beugekontrakturen der Fingergelenke, wobei Daumen und Kleinfinger die anderen Finger überkreuzen, schwere psychomotorische Retardierung.
emotional	gefühlbetont
Ergotherapie	zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
Euphorie	Bezeichnung für gesteigertes Lebens- und Glücksgefühl mit Sorglosigkeit, Optimismus und subjektivem Wohlbefinden
Exsikkose (retrolentale) Fibroplasie	Austrocknung, Abnahme des Gesamtkörperwassers Endstadium der Retinopathia praematurorum (fast ausschließlich bei unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g), vorkommende Netzhauterkrankung mit hinter der Linse liegender abgehobener vernarbter Netzhaut; vollständige Erblindung.
fixieren	befestigen
gastro-intestinal	Magen und Darm betreffend
Geriatric/geriatisch	Altersheilkunde, den alten Menschen betreffend
Gerontopsychiatrie	befasst sich mit psychischen Erkrankungen im Alter
Halluzination	Trugwahrnehmung, Sinnestäuschung
Hemiplegie	Halbseitenlähmung
Hydrocephalus	so genannter Wasserkopf; Erweiterung der Liquorräume
hypochondrisch	eingebildet krank sein
immobil	unbeweglich
immunsuppressiv	die körpereigene Abwehr unterdrückend
infantil	Bezeichnung für Stehenbleiben der geistigen bzw. körperlichen Entwicklung auf einer kindlichen Stufe
inkontinent	Urin oder Stuhlgang nicht kontrollieren können
Insuffizienz	ungenügende Leistung eines Organs oder Organsystems
intoxikiert	vergiftet
Interaktion	wechselweises Vorgehen

Item	Punkt
Kachexie (kachektisch)	so genannte Auszehrung, Abnahme des Körpergewichts um mehr als 20 v. H. des Sollgewichts
kardiologisch	das Herz betreffend
kardio-respiratorisch	das Herz- und Atmungssystem betreffend
Klistier	Einlauf
Kognition (kognitiv)	Bezeichnung für den Komplex von Wahrnehmung, Denken usw. Störungen kognitiver Funktionen, z. B. Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Unfähigkeit zur Abstraktion
Kohärenz	Zusammenhang
komatös	im Zustand der Bewusstlosigkeit
Konfabulation	Erzählung meist zufälliger Einfälle ohne Bezug zur jeweiligen Situation oder Frage, durch die Gedächtnislücken überspielt werden
Kontraindikation	Umstand, der die Anwendung eines Heilmittels oder eines diagnostischen/therapeutischen Verfahrens bei an sich gegebener Indikation in jedem Fall (absolute Kontraindikation) bzw. nur unter strenger Abwägung der sich dadurch ergebenden Risiken für den Patienten (relative Kontraindikation) verbietet
Kontraktur	Funktions- und Bewegungseinschränkung von Gelenken
Korsakow-Syndrom	Syndrom aus Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen und Konfabulationen
kortikal	von der Gehirnrinde ausgehend
kurativ	auf Heilung ausgerichtet
Laxantien	Abführmittel
Logopädie	Diagnostik, Therapie und Beratung von Patienten mit Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen
Logorrhoe	starker Rededrang mit vom Adressaten nicht zu bremsendem Redefluss
Meningomyelocele	angeborene Fehlbildung des Rückenmarks und der Wirbelsäule
Miktion	Harn lassen, Blasenentleerung
Mobilisation	Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung von Patienten
motorisch	der Bewegung dienend bzw. sie betreffend
Mukoviszidose	auch Zystische Fibrose, erbliche Stoffwechselstörung mit Fehlfunktion exokriner Drüsen, u. a. durch vermehrte Schleimbildung schwere Komplikationen im Bereich der Atemwege und des Verdauungssystems sowie vermehrte Schweißsekretion
Muskelatrophie	Muskelschwund infolge Verkleinerung des Durchmessers der einzelnen Muskelfasern
Neglect	Bezeichnung für eine oft halbseitige Vernachlässigung des eigenen Körpers oder der Umgebung

neurodegenerativ	durch Verlust von Nervenzellen bedingt
Neuropsychologie (neurophysiologisch)	Arbeitsrichtung der Psychologie, die sich mit dem Zusammenhang von psychischen Funktionen und dem Nervensystem befasst
nihilistisch	alles Bestehende für nichtig, sinnlos haltend
Nykturie	nächtliches Wasserlassen
Nystagmus	Augenzittern
Obstipation	Stuhlverstopfung
Oedem	Wassersucht, Ansammlung wässriger Flüssigkeit in Gewebespalten
oneiroid	traumähnlich
onkologisch	Geschwulsterkrankungen betreffend
oro/tracheal	Einführen eines Schlauchs in die Luftröhre durch den Mund zum Absaugen von Schleim
Pädiater	Kinderarzt
Patau-Syndrom	Synonym Trisomie 13, komplexes Fehlbildungssyndrom infolge einer numerischen Aberration des Chromosoms 13 gekennzeichnet durch multiple Hirnfehlbildungen (Arhinenzephalie), Gesichtsdysmorphien, Lippenkiefergaumenspalte, Mikrophthalmie, Iriskolobom, Ohrmuscheldeformitäten, postaxiale Hexadaktylie, Herzfehler, Zystennieren
Parese	unvollständige Lähmung
pathologisch	krankhaft
PEG	Perkutane Endoskopische Gastrostomie – operativ angelegte äußere Magenfistel und Ableitung durch die Bauchwand nach außen zur Ernährung
perinatal	die Zeit um die Geburt
persistieren	anhaltend, dauerhaft
Perzeption	Wahrnehmung
Physiologie	Wissenschaft und Lehre von den normalen Lebensvorgängen
physiologisch	die Physiologie betreffend
Pneumonie	Lungenentzündung
Polyneuropathie	Erkrankung der peripheren Nerven aus nicht traumatischer Ursache
Polyphagie	Essstörung mit übermäßiger Nahrungsaufnahme
Prävention	vorbeugende Maßnahme
Progredienz	Vorschreiten, Fortschreiten (z. B. einer Krankheit)
prospektiv	vorausschauend
psychisch	seelisch

Psychopathologie/ psychopathologisch	Lehre von den psychischen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten des Menschen, sofern diese als abweichend oder krankhaft angesehen werden
psychotrop	psychotrope Substanzen; Pharmaka, die die Aktivität des ZNS beeinflussen und eine Wirkung auf psychische Funktionen haben
psychomotorisch	durch psychische Vorgänge beeinflusste Bewegungen
Psychose	allgemeine Bezeichnung für psychische Störung
Rehabilitation	Wiederherstellung
Relevanz	Wichtigkeit
Ressource	noch vorhandene Fähigkeit
retrolental	hinter der Augenlinse gelegen
Screening	Vortest, Suchtest
Sedierung/sedieren	mit Medikamenten ruhig stellen
Sensibilität	Fähigkeit zur Wahrnehmung verschiedener Reize
somnolent	schläfrig (durch äußere Reize erweckbar)
soporös	schläfrig (durch äußere Reize nicht erweckbar)
Stereotypien	Bewegungen, Handlungen oder verbale Äußerungen, die oft über lange Zeit und immer in der gleichen Weise wiederholt werden
Stoma	operativ hergestellte Öffnung an einem Hohlorgan, z. B. Anus praeter
stringent	zwingend
symptomatisch	bezeichnend
Syndrom	Gruppe von Krankheitszeichen, die für ein bestimmtes Krankheitsbild charakteristisch sind
taktil	das Tasten, die Berührung, den Tastsinn betreffend
Thrombose	lokalisierte Blutgerinselbildung
Tracheostoma	operativ angelegte Öffnung der Luftröhre nach außen
Tremor	Zittern
trophisch	mit der Ernährung zusammenhängend
Ulcus (Ulcera)	Geschwür, Substanzdefekt der Haut oder Schleimhaut (und darüber hinaus gehender Schichten)
Urostoma	operativ hergestellte Öffnung der Harnwege
Zyanose	blau-rote Färbung von Haut und Schleimhäuten infolge Abnahme des Sauerstoffgehaltes im Blut

Anlage 9

Stichwortverzeichnis

A	
Aktivitäten des täglichen Lebens	34, 63
B	
Begutachtung	
im Krankenhaus / in der Rehabilitationseinrichtung	21
im Wohnbereich	20
im Wohnbereich / häusliches Umfeld	21
in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	81
in vollstationären Pflegeeinrichtungen	81
Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte	63
D	
Definitionen	
Pflegeeinrichtungen	28
Pflegekräfte/Pflegefachkräfte	28
Pflegepersonen	27
Defizite	
in der professionellen Pflege	81
pflegerische	64
F	
Formen der Hilfeleistung	44
Anleitung	44, 45, 50, 51, 113
Beaufsichtigung	44, 45, 50, 51, 113
Übernahme teilweise	44, 45, 112
Übernahme vollständige	44, 45, 112
Unterstützung	44, 45
H	
Härtefall	79, 169
Hilfebedarf	
... und Aktivierende Pflege	50
Abgrenzung des zu berücksichtigenden	42
Art und Häufigkeit des jeweiligen	47
Besonderheiten bei der Ermittlung des jeweiligen	50
individueller	43
nächtlicher	48
Sedierung und nächtlicher	48

zeitlicher Umfang des jeweiligen	48
Hilfeleistung	
Übersorgung	43, 63
Unterversorgung	43
K	
Kinder	
Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei	57
O	
Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung	48, 111
P	
Pflege	
... nicht sichergestellt	22, 48, 64, 81
aktivierende	50
Pflegebedürftigkeit	
Stufen der	149
Voraussetzungsebenen der	65
Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung	90
Pflegeperson	
Individualität der	43
Pflegeplan	
individueller	26, 84
Psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen	
Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfes bei Menschen mit	52
R	
Rehabilitation	85
S	
Sedierung und nächtlicher Hilfebedarf	48
T	
Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes	93
V	
Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten	23
Widerspruch	24

Wiederholungsbegutachtung	23
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit	16, 150
Verrichtungen	
Ernährung	69, 149
gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende ... im Ablauf des täglichen Lebens	148
hauswirtschaftliche Versorgung	75, 148
Körperpflege	67, 148
Mobilität	70, 148
vollstationär	
Begutachtung in ...en Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen	81
Besonderheiten bei ...er Pflege	80
Erforderlichkeit der ...en Pflege	82
 W	
wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	93, 176



Reinhardtstraße 30, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



MDS, 45116 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de