

Richtlinien
der Spitzenverbände der Pflegekassen
zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
(Begutachtungs-Richtlinien - BRi) vom 21.03.1997^{1 2 3 4}
in der Fassung vom 22.08.2001⁵⁶

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Krankenkasse,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Bundesknappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, 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, 53 a Nr. 1, 2, 4 und 5 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 21.03.1997 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit (Begutachtungs-Richtlinien - BRi) beschlossen. Diese Richtlinien ersetzen die Begutachtungsanleitung "Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI", die die Spitzenverbände am 29.05.1995 als Richtlinie nach § 282 Satz 3 SGB V a. F. beschlossen hatten.

Mit den Begutachtungs-Richtlinien verfolgen die Spitzenverbände das Ziel, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit dem Begutachtungsgeschehen noch stärker als in der Vergangenheit bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten. Künftig sollen unterschiedliche Begutachtungsergebnisse nur noch auf der Individualität des Pflegebedürftigen und seiner Pflegesituation beruhen. Mit dieser Überarbeitung sowie mit den in Abschnitt E beschriebenen bundesweiten Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zur Gewährleistung von Grundsätzen einer systematischen Fort- und Weiterbildung der Gutachter soll ein weiterer Beitrag zu einer hohen Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste geleistet werden.

Die Regelungen der Begutachtungs-Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein. Dies gilt vor allem für das mit den Qualitätssicherungsmaßnahmen zu betretende Neuland. Die Spitzenverbände sehen in den dazu getroffenen Regelungen einen ersten Schritt, dem zügig präzisere und umfassendere Qualitätssicherungs-Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 und 5 SGB XI folgen sollen.

¹ Den BRi in der Fassung vom 21.03.1997 haben das BMA und das BMG mit Schreiben vom 02.05.1997 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI unter Maßgaben - u. a. Anwendung der Zeitorientierungswerte (vgl. Anhang 1) befristet bis 31.12.1999 - die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Den entsprechend den Maßgaben geänderten BRi hat das Gremium nach § 213 SGB V am 26.05.1997 zugestimmt und die BRi mit Wirkung vom 01.06.1997 in Kraft gesetzt.

² Dem gestrafften Formulgutachten hat das BMG mit Schreiben vom 24.09.1999 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

³ Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 1 Jahr (bis 31.12.2000) hat das BMG mit Schreiben vom 14.01.2000 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

⁴ Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte für 2 Jahre (bis 31.12.2002) hat das BMG mit Schreiben vom 31.01.2001 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt.

⁵ Den BRi in der Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 und vom 13.11.2001 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53 a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Die BRi finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.

⁶ Der weiteren Anwendung der Zeitorientierungswerte – ohne zeitliche Befristung – hat das BMG mit Schreiben vom 23.10.2002 gem. § 17 Abs. 2 SGB XI und § 53 a SGB XI die Genehmigung bzw. erteilt Zustimmung erteilt.

Inhaltsverzeichnis

A	ALLGEMEINES	6
1.	SGB XI	6
2.	PFLEGEBEDÜRFTIGKEITS-RICHTLINIEN	7
B	AUFGABEN DES MEDIZINISCHEN DIENSTES DER KRANKENVERSICHERUNG (MDK)	8
C	VERFAHREN ZUR FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	9
1.	PFLEGEKASSE	9
2.	MEDIZINISCHER DIENST DER KRANKENVERSICHERUNG	10
2.1	Sichtung der Unterlagen/Einbeziehung der behandelnden Ärzte/der Pflegeeinrichtungen und/oder der den Antragsteller Pflegenden in die Vorbereitung der Begutachtung	10
2.2	Vorbereitung des Besuchs	10
2.2.1	Festlegung der den Besuch durchführenden Person/en	10
2.2.2	Ankündigung des Besuchs	11
2.2.3	Fehlende Einwilligung des Antragstellers	11
2.3	Der Besuch	11
2.4	Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung	12
2.5	Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung	13
2.6	Auswertung des Besuchs	13
2.7	Gutachtenabschluss	13
2.8	Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	14
2.8.1	Höherstufung	14
2.8.2	Wiederholungsbegutachtung	14
2.8.3	Widerspruch	14

D	ERLÄUTERUNGEN ZUM GUTACHTEN ZUR FESTSTELLUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT GEMÄß SGB XI	15
01	Anforderungen an das Formulargutachten	15
02	Gliederung des Gutachtens	16
03	Definitionen	17
04	Angaben im Gutachten zum Antragsteller, zur Untersuchung und zur beantragten Leistung	17
1.	DERZEITIGE VERSORGUNG/BETREUUNG	17
1.1	Ärztliche Betreuung	18
1.2	Heilmittelversorgung/Häusliche Krankenpflege	18
1.3	Versorgung mit Hilfsmitteln/techn. Hilfen/Verbrauchsgütern	18
1.4	Umfang der pflegerischen Versorgung	19
1.5	Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Betreuungssituation	20
1.6	Pflegerelevante Aspekte der Wohnsituation	21
2.	PFLEGEBEGRÜNDENDE VORGESCHICHTE	21
3.	WÜRDIGUNG VORLIEGENDER FREMDBEFUNDE	21
4.	ERHOBENE PFLEGEBEGRÜNDENDE BEFUNDE	22
4.1	Allgemeinbefund	22
4.2	Funktionelle Einschränkungen	23
4.2.1	Des Stütz- und Bewegungsapparats	23
4.2.2	Der Inneren Organe	24
4.2.3	Der Sinnesorgane	24
4.2.4	Des ZNS und der Psyche	24
4.2.5	Pflegebegründende Diagnose/n	25
4.3	Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	25
4.3.1	Vitale Funktionen aufrechterhalten	26
4.3.2	Sich situativ anpassen können	27
4.3.3	Für Sicherheit sorgen können	27
4.3.4	Sich bewegen können	27
4.3.5	Sich sauber halten und kleiden können	28
4.3.6	Essen und trinken können	28
4.3.7	Ausscheiden können	29
4.3.8	Sich beschäftigen können	29
4.3.9	Kommunizieren können	30
4.3.10	Ruhen und schlafen können	30
4.3.11	Soziale Bereiche des Lebens sichern können	30

5. BESTIMMUNG DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT	31
5.0 Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit	31
I. Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs	32
II. Formen der Hilfeleistung	33
III. Ermittlung des Hilfebedarfs	35
1. Grundsätze	35
2. Ermittlung von Art und Häufigkeit es jeweiligen Hilfebedarfs	36
3. Ermittlung des zeitlichen Umfanges des jeweiligen Hilfebedarfs	36
4. Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs	37
5. Hilfebedarf und Aktivierende Pflege	38
6. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen	40
<i>Häufige Krankheitsbilder</i>	42
<i>Vorbereitung der Begutachtung</i>	43
<i>Begutachtungssituation</i>	43
7. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung	43
IV. Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte	45
V. Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung	47
5.1 Körperpflege	49
5.2 Ernährung	51
5.3 Mobilität	51
5.4 Hauswirtschaftliche Versorgung	54
6. ERGEBNIS DER PRÜFUNG DES VORLIEGENS VON PFLEGEBEÜRF- TIGKEIT	55
6.1 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?	56
6.1.1 Stufen der Pflegebedürftigkeit	56
6.1.2 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege	58
6.1.3 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	58
6.2 Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit	58
6.3 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?	59
6.4 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?	59
6.5 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?	61
6.6 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem festgestellten Hilfebedarf überein?	61

7. EMPFEHLUNGEN AN DIE PFLEGEKASSE / INDIVIDUELLER PFLEGEPLAN	61
7.1 Maßnahmen zur Rehabilitation	62
Ziele der Rehabilitation	62
Indikationen für Rehabilitationsmaßnahmen	62
Versorgungsstrukturen	63
7.2 Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung	63
7.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes	64
7.4 Art und Umfang von Pflegeleistungen	64
7.4.1 Unterstützung/Veränderung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson im Hinblick auf Art und Umfang der Pflege	64
7.4.2 Entlastung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson	64
7.4.3 Beratung in Bezug auf Antragsteller /Pflegeperson	65
7.4.4 Vorschläge zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung	65
7.5 Mögliche kurative Defizite	65
8. ZUSÄTZLICHE EMPFEHLUNGEN / BEMERKUNGEN	65
9. EMPFEHLUNG ZUM TERMIN DER WIEDERHOLUNGSBEGUTACHTUNG	66
10. BETEILIGTE GUTACHTER	66
E QUALITÄTSSICHERUNGSVERFAHREN	67
F ANHANG	69
ANHANG 1	70
Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege	
ANHANG 2	79
Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich und aus vollstationären Pflegeeinrichtungen (einschließlich Anlage zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI)	
ANHANG 3	94
Formulargutachten für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	
ANHANG 4	99
Gestrafftes Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich, aus vollstationären Pflegeeinrichtungen und für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	

ANLAGEN	111
ANLAGE 1	112
Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit sowie zum Verfahren der Feststellung	
ANLAGE 2	116
Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PfiRi) vom 07.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und 22.08.2001	
ANLAGE 3	131
Mini-Mental State Examination (MMSE)	
ANLAGE 4	135
Stichwortverzeichnis	

A Allgemeines

1. SGB XI

Zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit besteht als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung unter dem Dach der Krankenversicherung eine soziale Pflegeversicherung (§ 1 Abs. 1 und 3 Sozialgesetzbuch (SGB) XI). Die Leistungen der Pflegeversicherung wurden in zwei Stufen eingeführt:

bei häuslicher Pflege am 01.04.1995,

bei stationärer Pflege am 01.07.1996 (§ 1 Abs. 5 SGB XI).

Ab 01.07.1996 werden darüber hinaus Leistungen in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI) gewährt.

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. 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 medizinischen und ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation in vollem Umfang einzusetzen und darauf hinzuwirken, die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern sowie eine Verschlimmerung zu verhindern (§ 5 SGB XI).

Die Pflegekasse kann ambulante medizinische Leistungen zur Rehabilitation ausnahmsweise vorläufig erbringen (vgl. § 32 SGB XI).

Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen dazu bei, dem Pflegebedürftigen 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 auf religiöse Bedürfnisse ist Rücksicht zu nehmen (§ 2 SGB XI).

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

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 sowie für körperlich und geistig Behinderte.

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (§ 4

SGB XI). Hinzu kommen bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege die soziale Betreuung sowie bis zum 31.12.2001 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. Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson (§ 39 SGB XI),
5. Pflegehilfsmittel, technische Hilfen und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 SGB XI),
6. Tages- und Nachtpflege (§ 41 SGB XI),
7. Kurzzeitpflege (§ 42 SGB XI),
8. Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI),
9. Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (§ 43 a SGB XI),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI).

2. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer Krankheit und/oder Behinderung bei der Ernährung, der Mobilität, der Körperpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung auf Dauer - voraussichtlich für mindestens 6 Monate - in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (siehe hierzu auch § 14 Abs. 1 SGB XI). Entsprechend der Art, der Häufigkeit und dem Umfang des Hilfebedarfs werden die Pflegebedürftigen einer von drei Pflegestufen zugeordnet. Näheres regeln die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PfIRi) nach § 17 SGB XI vom 07.11.1994, geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001 (im folgenden als Pflegebedürftigkeits-Richtlinien bezeichnet, Anlage 2).

B Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Die wichtigste Aufgabe des Medizinischen Dienstes in der Pflegeversicherung ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dazu ist eine Untersuchung des Antragstellers in seinem Wohnbereich durchzuführen (siehe Ziffer 5.7 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien). Der MDK hat dabei insbesondere

- den ursächlichen Zusammenhang des vorliegenden Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung,
- unter Berücksichtigung vorliegender Krankheiten oder Behinderungen den Hilfebedarf aufgrund von Funktionseinschränkungen und daraus resultierenden Störungen in der Fähigkeit zur Ausführung der im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens sowie

- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung

zu prüfen und festzustellen. Grundlagen dieser Prüfungen und Feststellungen sind

- das SGB XI,
- die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien,
- diese Begutachtungs-Richtlinien.

Darüber hinaus hat der MDK den Pflegekassen Vorschläge über

- Maßnahmen zur Prävention und Rehabilitation und
- Art und Umfang von Pflegeleistungen zu unterbreiten sowie
- einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen.

Wird Pflegegeld beantragt, hat sich die Stellungnahme des MDK 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. 6 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 auf der Basis des SGB XI und der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien. Sie sichern bundesweit einheitliche Maßstäbe für die Begutachtung. Schon nach dem Gesetz sind regionale Abweichungen nicht zulässig.

1. Pflegekasse

Die Leistungen nach dem SGB XI sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Ist der Antragsteller außerstande, den entsprechenden Antrag selbst zu unterschreiben, erfolgt dies durch den Bevollmächtigten oder gerichtlich bestellten Betreuer (im folgenden als Betreuer bezeichnet).

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, übergibt die Pflegekasse nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem MDK den Antrag und, so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen des Antragstellers

- über Vorerkrankungen,
- über Klinikaufenthalte,
- zur Heil- und Hilfsmittelversorgung,
- zum behandelnden Arzt,
- zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.

Bei Wiederholungsbegutachtungen (vgl. Ziffer 8 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) gibt die Pflegekasse außerdem Hinweise auf vorhergehende Begutachtungen und zur Pflegestufe sowie zu den Ergebnissen der Pflegeeinsätze gemäß § 37 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 - so weit diese für die Begutachtung erforderlich sind - bei den behandelnden Ärzten, den betreuenden Pflegepersonen und der betreuenden Pflegeeinrichtung zu erteilen (vgl. Ziffer 5.3 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien).

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 18 Abs. 4 SGB XI).

2. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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-/Heimbesuch/Besuch in sonstigen Einrichtungen (im folgenden als Besuch 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 Rehabilitationsmaßnahmen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege zu erhalten (vgl. § 18 Abs. 3 SGB XI). Zu den Auskunftspflichten der Vertragsärzte bestehen Vereinbarungen zwischen den MDK und den kassenärztlichen Vereinigungen. So weit die angeforderten Unterlagen nicht vorgelegt werden, ist dies im Gutachten zu dokumentieren. Gleichwohl hat der Gutachter eigene Erhebungen anzustellen.

2.2 Vorbereitung des Besuchs

2.2.1 Festlegung der den Besuch 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, unter Beachtung der Ziffer 5.5 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (siehe Anlage 2) festlegen, welcher Gutachter (Arzt und/oder Pflegefachkraft, spezielles Fachgebiet) den Besuch durchführt. Dabei wird auch darüber entschieden, ob dieser durch Mitarbeiter des MDK oder geeignete externe Fachkräfte zu erfolgen hat. Zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation, insbesondere auch bei der Beurteilung von Behinderten oder psychisch Kranken und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie.

Ein Arzt ist dann mit dem Besuch zu beauftragen, wenn keine oder nur ungenügende Informationen über rein ärztliche Sachverhalte (z. B. Vorerkrankungen, aktuelle Diagnosen) vorliegen, ansonsten kann den Besuch sowohl eine Pflegefachkraft als auch ein Arzt durchführen.

Ergibt sich bei der Begutachtung durch eine Pflegefachkraft eine nicht abschließend abklärbare rein ärztliche 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).

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 2.7.

2.2.2 Ankündigung des Besuchs

Der Besuch wird rechtzeitig angekündigt oder vereinbart. Mit dieser Ankündigung wird der Antragsteller gleichzeitig gebeten, eventuell vorhandene Berichte von betreuenden Diensten, Pflegetagebücher, ärztliche Unterlagen, derzeitige Medikamente sowie Gutachten und Bescheide anderer Sozialleistungsträger - so weit sie für die Begutachtung erforderlich sind - bereitzulegen. 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. 4 SGB XI und Ziffer 5.4 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien). 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.

Stellt sich bei der Ankündigung des Besuchs heraus, dass eine Krankenhausbehandlung oder stationäre Rehabilitationsmaßnahme kurzfristig terminiert ist, so sollte eine Begutachtung im Einvernehmen mit dem Antragsteller und der Pflegekasse bis zum Abschluss dieser Maßnahme zurückgestellt werden (vgl. aber Punkt 2.4).

2.2.3 Fehlende Einwilligung des Antragstellers

Verweigert ein Antragsteller, sein Bevollmächtigter oder sein Betreuer eine Untersuchung, 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 Maßnahmen zur Rehabilitation) teilt er dies der Pflegekasse mit.

2.3 Der Besuch

Die Erst- und Wiederholungsbegutachtung 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 einer dritten Person zu bedienen.

Bei Antragstellern auf Leistungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die nicht mehr über eine eigene Wohnung verfügen, gelten die Besonderheiten der Ziffer 6 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien.

Wenn ausnahmsweise bereits aufgrund einer **eindeutigen Aktenlage** feststeht,

- ob und in welchem Umfang geeignete therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen in Betracht kommen,
- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und
- welche Stufe vorliegt,

kann die **Untersuchung** des Antragstellers bzw. Pflegebedürftigen unterbleiben.

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

2.4 Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung (z. B. Kurzzeitpflege, Wohnumfeldverbesserungen) eine Begutachtung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung erforderlich ist, ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden. Auch bei dieser Begutachtung sind die Grundsätze

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

zu beachten.

Soll der Antragsteller **ambulant** gepflegt werden, kann es genügen, wenn der Gutachter zunächst nur eine Aussage zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI trifft. Die abschließende Begutachtung - insbesondere zur Pflegestufe - ist dann unverzüglich nach Entlassung des Antragstellers in seinem häuslichen Umfeld (Wohnbereich/soziales Umfeld) nachzuholen.

Soll der Antragsteller **dauerhaft stationär** gepflegt werden, reicht es zunächst ebenfalls aus, dass der Gutachter nur eine Aussage zum Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI trifft. Die Begutachtung hat sich aber auch auf die Erforderlichkeit der vollstationären Pflege (vgl. Ziffer 4.4 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) zu erstrecken. In aller Regel hat im unmittelbaren Anschluss an die (erste) Begutachtung zeitnah eine ergänzende Begutachtung des häuslichen Umfeldes stattzufinden. Diese kann ausnahmsweise 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, bei denen der Sachverhalt durch eine ergänzende Begutachtung im häuslichen Umfeld nicht weiter abgeklärt werden kann. 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.

2.5 Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung

Wird beim Besuch eine defizitäre Pflege- und Versorgungssituation des Antragstellers festgestellt, ist die Situation - so weit möglich - sowohl mit ihm als auch mit der Pflegeperson, der leitenden Pflegefachkraft und dem Heimleiter der vollstationären Pflegeeinrichtung bzw. Einrichtung der Behindertenhilfe eingehend zu erörtern und exakt 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.

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 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 Behinderten oder psychisch Kranken und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie (s. a. Abschnitt 2.2.1).

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 des individuellen Hilfebedarfs mit Krankheit oder Behinderung zu prüfen sowie
- geeignete therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen aufzuzeigen.

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

- ermittelt sie den individuellen Hilfebedarf auf der Grundlage der in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- beurteilt sie die individuelle Pflegesituation und entwirft den individuellen Pflegeplan.

Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse mittels des Formulargutachtens (siehe Anhang 2 und 3) mit.

2.8 Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit

Bei einer Wiederholungsbegutachtung und bei Widerspruchsverfahren sind die beim MDK vorliegenden Gutachten beizuziehen. In dem neuen Gutachten ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen und eingehend zu dokumentieren.

Die Empfehlung der Pflegestufe erfolgt anhand des festgestellten Hilfebedarfs. Wird eine niedrigere Pflegestufe empfohlen, so ist zusätzlich darzulegen, inwiefern sich der individuelle Hilfebedarf verringert hat.

2.8.1 Höherstufung

Bei einem Antrag auf Höherstufung (bei bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit) entspricht das Verfahren dem eines Neuantrags.

2.8.2 Wiederholungsbegutachtung

Eine Wiederholungsbegutachtung erfolgt in angemessenen Abständen. Arzt und Pflegefachkraft empfehlen den Termin und begründen eine Wiederholungsbegutachtung nach Lage des jeweiligen Einzelfalls. Zum Verfahren wird auf Teil D, Ziffer 9 dieser Begutachtungs-Richtlinien verwiesen.

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 Zweitgutachten nach den unter 2.2.1 beschriebenen Kriterien von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die Zweitbegutachtung 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 Zweitgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Zweitbegutachtung 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 kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie, zu beteiligen (s. a. Abschnitt 2.2.1 und 2.5).

D Erläuterungen 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

01 Anforderungen an das Formulargutachten

Grundlage für die Begutachtung sind die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (Anlage 2) sowie die verbindlich vorgeschriebenen Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich und aus vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anhang 2)* und für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Anhang 3)*. Die Sachverhalte, zu denen im Gutachten differenziert Stellung zu nehmen ist, sind in den o. g. Richtlinien, Ziffern 5.8 und 5.9, festgelegt.

*Für die MDK, die mit Ismed-Neu ausgerüstet sind, bilden die Grundlage für die Begutachtung die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien (Anlage 2) sowie das verbindlich vorgeschriebene gestraffte Formulargutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich, aus vollstationären Pflegeeinrichtungen und für Antragsteller in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Anhang 4).

Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, für das die als Anlage beigefügten Formulare zu verwenden sind. In dem Gutachten ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
- Umfang der Pflege Tätigkeit (§ 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 (individueller Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI),
- Vorschläge für Maßnahmen zur Rehabilitation,
- Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention,

- Prognosen über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit,
- Aussagen über die sich im Einzelfall daraus ergebende Notwendigkeit und die Zeitabstände von Wiederholungsbegutachtungen

zu machen.

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

Es sollen nicht nur Krankheit und Behinderung, Pflegebedürftigkeit, kurative Defizite und eventuell erforderliche Rehabilitationsmaßnahmen beurteilt werden, sondern auch Art und Umfang der zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits erbrachten Pflege- und sonstigen Leistungen.

Bei kurativen Defiziten ist mit Einverständnis des Antragstellers der Hausarzt zu informieren.

Erläuterungen

02 Gliederung des Gutachtens

Das Gutachten für Antragsteller aus dem häuslichen Bereich und aus vollstationären Pflegeeinrichtungen (Anhang 2) gliedert sich in drei systematische Abschnitte, die inhaltlich aufeinander aufbauen.

- I. Im ersten Abschnitt (Pkte. 1 - 4) findet die gutachterliche Erhebung der Versorgungssituation und der pflegebegründenden Vorgeschichte sowie der Befunde (Ist-Situation) statt.

Dieser Erhebungsteil beinhaltet in Pkt. 1 und 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.

Unter Pkt. 3 und 4 werden Fremdbefunde und eigene Befunde dokumentiert.

- II. Im zweiten Abschnitt (Pkte. 5 und 6) findet die gutachterliche Wertung auf der Grundlage der erhobenen Befunde und erhaltenen Informationen statt.
- III. Im abschließenden empfehlenden Abschnitt (Pkte. 7 - 9), der auf den Informationen und Befunden sowie Wertungen der vorangehenden Abschnitte aufbaut, unterbreitet der Gutachter Vorschläge zur Gestaltung der erforderlichen Leistungen und zum Termin der Wiederholungsbegutachtung.

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

Erläuterungen **03 Definitionen**

Pflegepersonen nach dem PflegeVG sind Personen, die nicht erwerbsmäßig einen Pflegebedürftigen i. S. 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 pflegebedürftige Person wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegt (vgl. § 19 SGB XI).

Im Gutachten ist jedoch die gesamte Pflegesituation zu beschreiben. Das heißt, es sind auch Personen anzuführen, die weniger als 14 Stunden pflegen.

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) im Sinne des PflegeVG 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).

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

Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe sind Einrichtungen, in denen die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen. Solche Einrichtungen sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI.

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

Die geforderten Angaben im Gutachten bis zum Punkt – "derzeitige Pflegestufe" - sind den Unterlagen der Pflegekasse, die mit dem Antrag vorgelegt werden, zu entnehmen.

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

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

Gutachten-
formular

1. Derzeitige Versorgung/Betreuung

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 Gutachtenformular wird angegeben, welche Personen zur pflegebegründenden Vorgeschichte Angaben machen, und ob beim Besuch die Pflegeperson bzw. Pflegefachkraft und/oder weitere Personen wie Freunde, Familienangehörige 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.

Gutachten-
formular

1.1 Ärztliche Betreuung

Die ärztliche/fachärztliche Betreuung ist im Gutachten anzugeben, da im Verlaufe der Begutachtung zu prüfen ist, ob die ärztliche Betreuung ausreicht oder eventuell noch zusätzliche ärztliche/fachärztliche Mitbehandlung angezeigt ist. Anzugeben ist, ob der Antragsteller den Arzt selbst aufsucht.

Es sind auch die aktuelle medikamentöse Therapie und Besonderheiten der Verabreichung zu erfragen, und ob der Antragsteller die Medikamente selbständig einnimmt.

Gutachten-
formular

1.2 Heilmittelversorgung/häusliche Krankenpflege

Art, Frequenz und Dauer der Heilmittelversorgung/häuslichen Krankenpflege sind anzukreuzen bzw. anzugeben.

Unter "Sonstiges" sind weitere, nicht im Formular benannte therapeutische Maßnahmen aufzunehmen; auch kann hier bereits angegeben werden, wo diese durchgeführt werden und ob der Antragsteller den Therapeuten selbst aufsucht.

Gutachten-
formular

1.3 Versorgung mit Hilfsmitteln/techn. Hilfen/Verbrauchsgütern

Alle vorhandenen Pflege-/Hilfsmittel sollen - ungeachtet der Kostenträgerschaft - angegeben werden, einschließlich der Verbrauchsgüter und der technischen Hilfen.

Es ist zu sichten, über welche Pflege-/Hilfsmittel der Antragsteller bereits verfügt. Es ist anzugeben, ob durch Pflege-/Hilfsmittel Defizite bei Verrichtungen kompensiert werden.

"Kompensiert" bedeutet, dass das Pflege-/Hilfsmittel den Antragsteller in die Lage versetzt, einzelne - im Gesetz definierte - tägliche Verrichtungen selbständig auszuführen. Dies erfordert räumliche/bauliche Verhältnisse, die den Einsatz des Pflege-/Hilfsmittels ermöglichen, z. B. Rollstuhlbenutzung, und auch gute persönliche Voraussetzungen des Antragstellers bezüglich Kraft und Geschicklichkeit.

Der Gebrauch von Gehstock, Beinprothesen oder Rollstuhl kann den Hilfebedarf beim "Gehen" aufheben.

Wird durch den Einsatz von Pflege-/Hilfsmitteln nur eine Teilkompensation erreicht, ist dies gesondert anzugeben.

Es ist anzugeben, ob der Antragsteller die Pflege-/Hilfsmittel auch benutzt. Andernfalls ist im individuellen Pflegeplan darzulegen (Pkt. 7.2 im Gutachten), ob sie in Zukunft zweckmäßig genutzt werden können oder welche Maßnahmen zur Verbesserung der Nutzung notwendig sind.

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung

Bei der Erfassung des Umfangs der pflegerischen Versorgung in der häuslichen Pflege ist immer nur der Hilfebedarf (Grundpflege ggf. einschließlich dafür notwendiger krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen – siehe Ziffer D 5.III/3 und hauswirtschaftliche Versorgung) maßgebend, der bezüglich der in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgeführten Verrichtungen vorliegt. Der Umfang der vom Antragsteller oder von der Pflegeperson angegebenen Pflege ist zu dokumentieren.

Der Gutachter hat die vom Antragsteller bzw. der Pflegeperson geltend gemachten Pflegezeiten zu überprüfen und unter Pkt. 6.6 des Gutachtens, ausgehend vom festgestellten Hilfebedarf, eine eigenständige Bewertung des wöchentlichen Pflegeaufwands vorzunehmen.

Je nach Gegebenheit sind eine Rund-um-die-Uhr-Pflege bzw. tägliche, wöchentliche oder seltenere (fallweise) Pflege anzugeben.

Bei kombinierten Pflegeleistungen sind Mehrfachnennungen möglich (Sach-/Geldleistungen).

Eine Versorgung "rund um die Uhr" liegt vor, wenn konkreter Hilfebedarf aus dem grundpflegerischen Bereich jederzeit gegeben ist und Tag (06.00 - 22.00 Uhr) und Nacht (22.00 - 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; so weit an wenigen einzelnen Tagen im Laufe eines Monats eine solche Hilfe nicht geleistet werden muss, ist dies allerdings unschädlich. 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) von Pflegepersonen reicht allein nicht aus, um einen nächtlichen Grundpflegebedarf i. S. 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 evtl. vorhandener längerfristiger Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf).

Wird ein nächtlicher Grundpflegebedarf festgestellt, so ist dieser in der Zeile Bemerkungen unter Punkt 5 des Gutachtenformulars 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, so weit 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 Ziffer D 5.IV).

Bei der Einschätzung der notwendigen pflegerischen Versorgung desorientierter Personen muss berücksichtigt werden, dass die Gefahr der Selbst- und Fremdgefährdung bei motorischer Unruhe und Verhaltensauffälligkeiten durch Vorsorgemaßnahmen wie spezielle technische Vorrichtungen (z. B. Gitter vor dem Herd) verringert werden kann (z. B. bei Pflegebedürftigen mit Morbus Alzheimer oder hirnanorganischem Psychosyndrom). Sollten freiheitsentziehende technische Versorgungsmaßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren am Bett u. ä.) unverzichtbar sein, sind diese durch ein Gericht genehmigungspflichtig. Werden solche Maßnahmen notwendig, so ist - analog zur Situation bei nächtlicher Sedierung - der individuelle Hilfebedarf zu ermitteln. Dabei ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob eine defizitäre Pflegesituation vorliegt.

Die Häufigkeit der Pflege durch Pflegeeinrichtungen ist den vorliegenden Dokumentationen und Berichten dieser Einrichtungen zu entnehmen. Der Gutachter hat zu prüfen, ob diese Angaben plausibel sind.

Soziale Sicherung der Pflegepersonen

Für die Prüfung der rentenrechtlichen Voraussetzungen seitens der Pflegekasse ist die Zuordnung der Stundenzahl zu den Pflegepersonen erforderlich. Diese soll es der Pflegekasse ermöglichen, den Personenkreis festzustellen, für den die soziale Absicherung in der Renten- und Unfallversicherung verbessert wird (§ 44 SGB XI). Diese erfolgt für Pflegepersonen, die einen Pflegebedürftigen wenigstens 14 Stunden wöchentlich pflegen (§ 19 SGB XI). Der Beitragsbemessung in der Rentenversicherung liegt eine zeitliche Abstufung des wöchentlichen Pflegeaufwands unter Berücksichtigung der Pflegestufe (14, 21, 28 Stunden) zugrunde.

Darüber hinaus hat der Gutachter dort eine differenzierte Stellungnahme zum Umfang der pflegerischen Versorgung abzugeben, wenn

- ausschließlich Sachleistungen,
- Kombinationsleistungen oder
- die Pflege durch mehrere Personen geleistet wird.

1.5 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Betreuungssituation

Hier ist anzugeben, ob der Antragsteller allein lebt oder in Wohngemeinschaft mit der Pflegeperson, oder ob eine Betreuung in tagesstrukturierenden Einrichtungen, wie z. B. in teilstationären Einrichtungen erfolgt. Auch die teilweise Befriedigung des Hilfebedarfs (Hauswirtschaft), z. B. in Senioren- oder Übergangwohnheimen, ist hier zu erwähnen. Weitere Angaben können betreffen:

- die Situation, wenn sich mehrere Personen die Pflege teilen
- die Sicherstellung der Pflege durch Pflegeperson/en bzw. Pflegedienste u. ä.

1.6 Pflerelevante Aspekte der Wohnsituation

Die Wohnsituation kann sich ungünstig auf die Pflegebedingungen auswirken. Daher hat sich der Gutachter ein umfassendes und genaues Bild von der Wohnsituation des Antragstellers zu machen. Erschwernisse sind zu beschreiben. Bei der Wohnsituation sind z. B. zu berücksichtigen: Stockwerk, Fahrstuhl, Größe der Wohnung, Türbreite, Bewohnerzahl, eigenes Zimmer, Lage von Bad und Toilette, eventuell Waschgelegenheit im Zimmer, Ausstattung des Bettes, Telefon, Erreichbarkeit von Lichtschaltern oder Türöffnern, ggf. Art der Heizungsanlage. Die Sicherheit der unmittelbaren Umgebung des Antragstellers (z. B. lose Teppiche, rutschiger Holzboden) ist zu berücksichtigen.

2. Pflegebegründende Vorgeschichte

Im Überblick zu schildern sind Beginn und Verlauf der Krankheiten/Behinderungen, die ursächlich für die bestehende Hilfebedürftigkeit sind. Der Gutachter soll hier die pflegebegründenden Krankheiten/Behinderungen zuerst darstellen und weitere, sich nur gering oder unbedeutend auf die Hilfebedürftigkeit auswirkende Krankheiten/ Behinderungen erst danach nennen.

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.

Eventuell vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf (Pflegetagebuch/Pflegedokumentation, Entwicklungsbericht für Reha-Träger) sind zu berücksichtigen. Bei vorliegendem Anfallsleiden sind Art, Frequenz und Dauer der Anfälle zu erfragen.

Monat und Jahr des Beginns der eingeschränkten selbständigen Lebensführung sind aus Sicht des Antragstellers/der Pflegeperson anzugeben. Bei akutem Auftreten von Krankheit oder Behinderung ist dies in der Regel mit hoher Sicherheit möglich. Bei langsam fortschreitender Einschränkung der Selbstversorgung ist entsprechend den Angaben des Antragstellers/der Pflegeperson eine Schätzung ausreichend.

Bei Kindern ist anzugeben, seit wann der Hilfebedarf über das altersübliche Maß hinausgeht. Nicht in jedem Fall ist z. B. bei einem angeborenem Leiden der Hilfebedarf in den ersten Lebensmonaten schon erhöht (siehe Ziffer D 5.III/7).

3. Würdigung vorliegender Fremdbefunde

Die vorliegenden Befundberichte sind zu prüfen und auszuwerten.

Es sind nur solche Fremdbefunde (möglichst mit Datum und Name des Untersuchers bzw. Berichterstatters) zu erfassen, die bedeutsame Angaben enthalten über:

- die pflegeverursachenden Funktionsstörungen sowie
- die Art und den Umfang des Pflegebedarfs.

Hierzu können insbesondere Krankenhaus-, Rehabilitations- und Arztberichte (insbesondere des Hausarztes oder des behandelnden Facharztes) sowie Pflegedokumentationen und Berichte von Behindertenwerkstätten und Therapeuten gehören. Pflegeberichte sind ebenso zu berücksichtigen (eventuell Überleitungsberichte von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen).

4. Erhobene pflegebegründende Befunde

Die Angaben des Antragstellers und/oder seiner Bezugsperson zum Hilfebedarf und die Vorgeschichte weisen auf den notwendigen Untersuchungsumfang hin. Vorliegende Befundberichte sind zu berücksichtigen. Der Gutachter muss sich über Funktionseinschränkungen und Fähigkeiten des Antragstellers jedoch selbst ein Bild machen. Diesem Zweck dient die körperliche Untersuchung. Art und Ausmaß der Krankheit/Behinderung bestimmen den notwendigen Umfang der Untersuchung und Befunderhebung.

4.1 Allgemeinbefund

Es hat eine Einschätzung des Allgemeinzustandes und der Leistungsfähigkeit zu erfolgen. Angaben zum Allgemeinbefund und Aussagen zur Leistungsfähigkeit eines Antragstellers sind zur Beurteilung der Erfolgsaussichten von Rehabilitationsmaßnahmen unerlässlich. Auf ggf. nur vorübergehende Allgemeinbefundveränderungen ist hinzuweisen.

Es ist anzugeben, ob der Allgemeinzustand als gut, mäßig oder deutlich reduziert anzusehen ist.

Gut: Altersentsprechender Allgemeinzustand ohne Einschränkung des Ernährungs- und Kräftezustandes.

Mäßig: Einschränkungen mit eventuellen Auswirkungen auf den erforderlichen Hilfebedarf (Verrichtungen können z. B. nur verlangsamt durchgeführt werden).

Deutlich reduziert: Stark herabgesetzte Belastbarkeit, klar erkennbare Auswirkungen auf den erforderlichen Hilfebedarf. Hilfen sind in der Regel aufgrund fehlender Kräfte erforderlich.

Erwachsene

Hier sollen der Allgemein-, Ernährungs-, Kräfte- und Pflegezustand (Größe, Gewicht) sowie die Hautbeschaffenheit beschrieben werden. Ggf. vorliegende Bettlägerigkeit ist anzugeben. Befunde wie Zyanose, Dyspnoe und Oedeme können je nach ihrer Bedeutung auch schon hier erwähnt werden.

Kinder

Es ist der globale Entwicklungsstand - wie er vom Untersucher durch eigene Beobachtung, Befragung und Untersuchung des Kindes festgestellt wurde - darzustellen. Hierzu gehören auch Angaben zu Größe und Gewicht, die in der Regel dem gelben Vorsorgeheft (mit Datum) entnommen werden können. Zur Einschätzung des Entwicklungsalters können der Denver-Entwicklungstest oder die Griffith-Skalen hilfreich sein.

Erwähnt werden kann bereits hier das Verhalten des Kindes, das der Untersucher schon während des Gesprächs mit den Eltern beobachtet hat. Es ist besonders auf ausgeprägte Antriebsarmut zu achten wie auch auf sehr unruhige, leicht erregbare, eventuell auch hyperaktive Kinder.

4.2 Funktionelle Einschränkungen

Die beim Hausbesuch klinisch feststellbaren funktionellen Einschränkungen oder Schädigungen in den einzelnen Organsystemen sind präzise nach Art, Lokalisation und Grad ihrer Ausprägung zu beschreiben.

Eine Aufzählung von Diagnosen ist hier nicht angebracht.

Bei Wiederholungsuntersuchungen müssen diese Befunde die Beurteilung des Erfolgs von Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen ermöglichen. Falls sich hieraus ein veränderter Hilfebedarf ergibt, müssen diese Befunde als Beleg für die Begründung einer veränderten Pflegeeinstufung dienen können.

Die zusätzliche Einteilung nach Schweregraden durch Arzt oder Pflegefachkraft erfordert eine globale Einschätzung der Einschränkungen bei den jeweiligen Organsystemen auf der Grundlage der dokumentierten Befunde. Bei Vorliegen mehrerer Schädigungen unterschiedlichen Schweregrades innerhalb eines Organsystems ist die mit dem höchsten pflegerelevanten Schweregrad zu dokumentieren.

Die Einteilung der Schweregrade ist kein Ersatz für die erforderliche einzelfallorientierte Beschreibung der Funktionsausfälle im Freitext. Auswirkungen der Funktionseinschränkungen auf den Hilfebedarf wie auch deren möglicher Ausgleich durch Hilfsmittel bleiben hier unberücksichtigt.

Einschränkungen sind je nach Schweregrad anzugeben:

- **Keine:**
Eine erkennbare Einschränkung der Funktion des Organsystems liegt nicht vor.
- **Mäßig:**
Minderung der Funktion mit erkennbaren Einschränkungen der Leistungen oder Verrichtungen.
- **Schwer:**
Gravierend herabgesetzte Funktion mit erheblichen Einschränkungen der Leistungen oder Verrichtungen.
- **Funktionsausfall:**
Weitestgehende oder völlig aufgehobene Fähigkeit oder völlige Einschränkung von Leistungen oder Verrichtungen innerhalb des Organsystems.

4.2.1 Des Stütz- und Bewegungsapparats

Unabhängig von ihrer Ätiologie sind hier alle pflegerelevanten Funktionseinschränkungen und deren Grad zu beschreiben.

Hinweise auf die Ursache der Funktionseinschränkungen sind anzugeben, z. B. sollen die Art der Parese (schlaff oder spastisch) und die Ausprägung (vollständige oder Teilparese) beschrieben werden. Auch cerebrale Bewegungsstörungen, wie z. B. Athetosen, Akinesien oder schwere Gleichgewichtsstörungen, sollen hier dokumentiert werden.

Gutachten-
formular

4.2.2 Der Inneren Organe

Funktionseinschränkungen der Atmungsorgane, der Luftwege, des Kreislauf- und Gefäßsystems, der Verdauungsorgane sowie der Nieren und ableitenden Harnwege, so weit diese Auswirkungen auf den Hilfebedarf bzw. die Rehabilitationsmöglichkeiten haben, sind anzugeben. Lokalisation und Intensität der Befunde sind zu beschreiben.

Hautveränderungen, insbesondere bei Dekubitus, sind mit der Ausprägung der Befunde (Größe und Lage) anzugeben.

Obwohl als Hinweis für das Vorliegen einer Stuhl- und/oder Harninkontinenz zum Zeitpunkt der Untersuchung oft nur indirekte Anzeichen festzustellen sind, ist hierauf wegen der großen Bedeutung für den Pflegebedarf besonders einzugehen. Auf weitere entsprechende Angaben unter den ATL (vgl. Aktivitäten des täglichen Lebens Pkt. 4.3) kann verwiesen werden, um Doppelbeschreibung zu vermeiden. Die Beschreibung der Versorgung durch Vorlagen, Katheter oder Stomabeutel kann schon hier erfolgen.

Gutachten-
formular

4.2.3 Der Sinnesorgane

Pflegerelevante Funktionseinschränkungen der Sinnesorgane und deren Auswirkungen sind zu dokumentieren.

Gerade auch Defizite im Bereich der Sinnesorgane beeinflussen den Hilfebedarf häufig erheblich.

Einschränkungen des Sprechvermögens und des Sprachverständnisses sind zu beschreiben. Bei Kindern ist zu beurteilen, ob eine Sprachentwicklungsverzögerung vorliegt.

Gutachten-
formular

4.2.4 Des ZNS und der Psyche

Hier sollen funktionelle Einschränkungen aufgrund von Erkrankungen des ZNS und der Psyche sowie geistige Behinderungen aufgeführt werden, so weit sie nicht schon unter 4.2.1 (Stütz- und Bewegungsapparat) beschrieben wurden.

Beziehen sich die pflegebegründenden Diagnosen auf neurologische oder psychische Störungen, so sind diese hier darzustellen. Ein kurzer neurologischer und/oder psychischer Befund ist dann erforderlich. Der psychische Befund umfasst Qualitäten wie: Gibt es Verhaltensstörungen? Ist Kontaktaufnahme möglich, in welcher Form? Ist die zu pflegende Person orientiert (persönlich, örtlich, zeitlich und zur Situation)? Wie sind die Gedächtnisfunktionen? Ist der formale Gedankenablauf gestört? Bestehen Hinweise auf Halluzinationen oder Wahnideen? Wie sind Stimmung und Antrieb einzuschätzen?

Zur diagnostischen Objektivierung des Verdachts auf eine hirnorganische Einschränkung kann die Mini-Mental State Examination (MMSE) (siehe Anlage 3) angewandt werden. Die MMSE ist das am häufigsten angewandte Screeningverfahren für Gedächtnisstörungen. Bei der Anwendung der MMSE ist zu beachten, dass die Aussagefähigkeit des Testergebnisses durch bestimmte Fähigkeitsstörungen (z. B. Sprach-/Sprechstörungen) gemindert werden kann. Der Vergleich der Testergebnisse dient der Verlaufsbeobachtung und einer besseren Beurteilung der Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Beurteilung mittels der Mini-Mental State Examination dient nicht der Einstufung in die Pflegestufen, diese ist auf der Grundlage der Bewertung des Hilfebedarfs bei den gesetzlich vorgeschriebenen Verrichtungen vorzunehmen.

Gutachten-
formular

4.2.5 Pflegebegründende Diagnose/n

Eine oder zwei Hauptdiagnosen, die im wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen, sind anzugeben und nach ICD zu verschlüsseln. Die für die Funktionsdefizite ursächlichen weiteren Diagnosen sollten in der Reihenfolge ihrer Wertigkeit angegeben werden.

Es sollten auch klinische Diagnosen angegeben werden, die keine Pflege begründen, jedoch bei eventuellen Therapie- und Rehabilitationsmaßnahmen von Bedeutung sind.

Gutachten-
formular

4.3 Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Die Beurteilung der Fähigkeiten des Antragstellers in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens bildet eine wesentliche analytische Grundlage zur Ableitung von Rehabilitationsmaßnahmen und des individuellen Pflegeplans (siehe Pkt. 7). Sie stützt damit auch eine umfassende ganzheitliche Sichtweise und somit realistische pflegerische und rehabilitative Interventionspotenziale im Rahmen der Begutachtung. Die Ermittlung des Rehabilitations- und Pflegebedarfs auf der Grundlage der Aktivitäten des täglichen Lebens orientiert sich im jeweiligen Einzelfall an den Fähigkeiten und deren Einschränkungen, nicht jedoch am klinischen Krankheitsbild. Der Grad der Selbständigkeit ist nicht nur entscheidend für den aktuellen Pflegeplan, sondern auch für rehabilitative und pflegerische Interventionen, um die Fähigkeiten zu erhalten, zu reaktivieren bzw. wiederzuerlangen. Es ist daher auch sinnvoll, die einzelnen Punkte der ATL unter den folgenden Aspekten zu werten:

- Wie viel Selbständigkeit besitzt der Antragsteller in Bezug auf die einzelnen Fähigkeiten?
- Manifestation der Fähigkeitseinschränkungen und deren Auswirkungen auf die psychosoziale Gesamtsituation des Antragstellers.

Diese Form der ergänzenden Begutachtung ermöglicht auch einen Rückschluss auf die Belastungen der Pflegeperson/Familie.

Die Beurteilung dieser Fähigkeiten dient nicht der Einstufung in die Pflegestufen, diese ist auf der Grundlage der Bewertung des Hilfebedarfs bei den gesetzlich vorgeschriebenen Verrichtungen vorzunehmen (siehe Pkt. 5).

Im Folgenden werden die im Gutachtenformular vorgesehenen Grade der Einschränkung von Fähigkeiten des Antragstellers mit ihren möglichen Merkmalen erläutert. Die Fähigkeiten des Antragstellers sind in jedem Bereich der Aktivitäten des täglichen Lebens (Pkt. 4.3.1 bis 4.3.11) nach den Graden

- selbständig,
- bedingt selbständig,
- teilweise unselbständig oder
- unselbständig

einzuschätzen. Das Ergebnis ist im Formular durch Ankreuzen **und zusätzliche Angaben zu dokumentieren.**

Dabei bedeutet

- **selbständig:**
Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Durchführung von Verrichtungen in diesem ATL-Bereich; keine Hilfsperson und keine Hilfsmittel erforderlich.
- **bedingt selbständig:**
Fähigkeit zur selbständigen bzw. unabhängigen Versorgung mit einer oder mehreren Einschränkungen; Hilfsmittel/-vorrichtungen sind vorhanden und werden genutzt; der Antragsteller benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Verrichtungen, bewältigt sie aber mit Mühe; ggf. bestehen Sicherheitsbedenken im Zusammenhang mit einzelnen Verrichtungen.
- **teilweise unselbständig:**
Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist eingeschränkt; Einzelverrichtungen werden unvollständig ausgeführt; eine Hilfsperson ist zur Anleitung und Beaufsichtigung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeit-/teilweisen Übernahme erforderlich.
- **unselbständig:**
Fähigkeit zur selbständigen Versorgung/Verrichtung ist nicht vorhanden; Hilfestellung/Übernahme durch Hilfsperson in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich.

Bei der Begutachtung von Kindern ist zu beachten, dass für alle ATL grundsätzlich "selbständig" anzukreuzen ist, sofern kein zusätzlicher Hilfebedarf anfällt, der über den hinausgeht, der dem jeweiligen Lebensalter im Normalfall entspricht.

Gutachten-
formular

4.3.1 Vitale Funktionen aufrechterhalten

Unter vitalen Funktionen sind in diesem Zusammenhang die Atmung, die Kreislauf- und Wärmeregulation zu verstehen.

<u>Merkmale</u>	<u>Einstufung</u>
1. Keine Hilfsmittel und keine personelle Hilfe erforderlich	Selbständig
2. Aufrechterhaltung benötigt mehr Zeit (Mühe) als normal, ggf. auch unter selbständiger Nutzung von Hilfsmitteln (z. B. Inhalationsgerät)	Bedingt selbständig
3. Aufrechterhaltung bereitet Beschwerden; ggf. rasche Ermüdbarkeit; daher personelle Hilfe (z. B. Medikamentenüberwachung/-gabe, Vibrax O ₂ -Gabe/Absaugen, Stehtraining/Durchbewegen der Extremitäten, Prophylaxe) erforderlich	Teilweise unselbständig
4. Ständige Abhängigkeit von personeller bzw. maschineller Hilfe (z. B. Beatmung)	Unselbständig

Gutachten-
formular**4.3.2 Sich situativ anpassen können**

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

<u>Merkmale</u>	<u>Einstufung</u>
1. Kann sich adäquat auf äußere Bedingungen und deren Veränderung einstellen	Selbständig
2. Benötigt mehr Zeit, um sich auf Veränderungen einzustellen	Bedingt selbständig
3. Ist nur bei Anleitung und/oder Hilfestellung in der Lage, sich entsprechend anzupassen/einzustellen	Teilweise unselbständig
4. Kann sich auf äußere Bedingungen und deren Veränderung nicht einstellen; bedarf ständiger Hilfe	Unselbständig

Gutachten-
formular**4.3.3 Für Sicherheit sorgen können**

Dies beinhaltet: Gefahrensituationen einschätzen, ggf. Hilfe anfordern zu können sowie allgemeine Orientierungs-/Entscheidungsfähigkeiten zu haben.

<u>Merkmale</u>	<u>Einstufung</u>
1. Kann mit Risiken situationsgerecht umgehen und diese entsprechend bewältigen	Selbständig
2. Nach Elimination bzw. Reduktion von voraussehbaren Risiken durch sachliche Vorsorgemaßnahmen ist die Sicherheit gewährleistet	Bedingt selbständig
3. Die Sicherheit ist nur durch zeitweilige/teilweise personelle Hilfe gewährleistet; lässt zeitweilig Sicherheitsmaßnahmen gegen sich u. a. Personen außer Acht oder kann akute Risiken nicht einschätzen bzw. bewältigen	Teilweise unselbständig
4. Dauernde Hilfe notwendig	Unselbständig

Gutachten-
formular**4.3.4 Sich bewegen können**

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, sich zweckgerichtet und sicher bewegen zu können. Es ist möglich, alle Lebensaktivitäten durch die dazu erforderliche Bewegung durchzuführen.

<u>Merkmale</u>	<u>Einstufung</u>
1. Bewegung ist ohne Einschränkung möglich	Selbständig
2. Bewegung ist erschwert, unsicher oder verlangsamt, kann jedoch	Bedingt

mit Hilfsmitteln selbständig erfolgen, wie z. B. Rollstuhl/Gehhilfen selbständig sowie Hilfsmittel zur selbständigen Lebensführung

- | | |
|---|----------------------------|
| 3. Für Bewegung ist (ggf. neben dem Hilfsmittel) eine personelle Hilfe zeitweise/teilweise notwendig, z.B. für das Drehen im Bett | Teilweise
unselbständig |
| 4. Zur Bewegung ist ständige personelle Hilfe erforderlich | Unselbständig |

Gutachten-
formular

4.3.5 Sich sauber halten und kleiden können

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, seine Körperpflege durchzuführen und sich den situativen und klimatischen Erfordernissen entsprechend kleiden zu können.

Merkmale

Einstufung

- | | |
|--|----------------------------|
| 1. Selbständige und situationsgerechte Entscheidung über Art und Weise von Körperpflege/Kleidung sowie Ausführung dieser Tätigkeiten | Selbständig |
| 2. Benötigt mehr Zeit und/oder ist mit Hilfsmitteln in der Lage, die Verrichtungen sicher durchzuführen (z. B. Badewannenlifter, Anziehhilfen etc.) | Bedingt
selbständig |
| 3. Benötigt zeit-/teilweise Hilfe für die Körperpflege und/oder das An-/Auskleiden. Kann z. B. die eigene Körperpflege nicht vollständig/ regelmäßig übernehmen, die Reihenfolge des Anziehens nicht einhalten, die Erforderlichkeit von Körperpflege nicht erkennen | Teilweise
unselbständig |
| 4. Die eigene Körperpflege und/oder das selbständige Kleiden kann nicht durchgeführt werden. Es ist ständige personelle Hilfe erforderlich. | Unselbständig |

Gutachten-
formular

4.3.6 Essen und trinken können

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, essen und trinken zu können, d. h. eine bedarfs- und zeitgerechte Auswahl der Menge und der Zusammensetzung der Nahrung, die Vorbereitung der Nahrungsaufnahme (z. B. Körperhygiene, angemessene Körperhaltung), die Nachbereitung der Nahrungsaufnahme (Mundhygiene) vornehmen zu können.

Merkmale

Einstufung

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Bedarfsgerechte Entscheidung und Realisierung der Nahrungsaufnahme erfolgt selbständig | Selbständig |
| 2. Isst selbständig, braucht mehr Zeit und/oder Hilfsmittel (z. B. Schnabeltasse, Trinkhalm, Antirutschfolie, spez. Besteck und/oder Geschirr, selbständige Handhabung der Sondenernährung) | Bedingt
selbständig |
| 3. Braucht zeit-/teilweise Hilfe beim Essen und Trinken sowie bei der mundgerechten Zubereitung und/oder bei der Nahrungsaufnahme | Teilweise
unselbständig |

4. Die Ernährung kann nur unter ständiger personeller Hilfe erfolgen, Unselbständig wie z. B. Aufforderung zur Nahrungsaufnahme, ständiges Erinnern, Anleiten, Führen der Hand zum Mund, Eingeben von Nahrung

Gutachten-
formular

4.3.7 Ausscheiden können

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, die Ausscheidung selbständig kontrollieren und realisieren zu können. Die Vorbereitung, wie z. B. Weg zur Toilette, Entkleiden und die Gestaltung des zeitlichen Rhythmus sowie die Durchführung und Nachbereitung, wie z. B. Intimhygiene, Bekleiden werden selbständig und sicher durchgeführt.

Merkmale

Einstufung

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Entscheidung und Realisierung der Ausscheidung erfolgt sicher und selbständig | Selbständig |
| 2. Unterstützt selbständig Miktion und/oder Defäkation durch Hilfsmittel wie z. B. Urinflasche/Steckbecken/Toilettenstuhl, regelmäßige Förderung der Ausscheidung wie z. B. Massage/manuelle Harnlösung, Katheterhygiene, selbständige Anuspraeter-Versorgung | Bedingt selbständig |
| 3. Braucht zur Ausscheidung zeit-/teilweise personelle Hilfe (z. B. bei der Handhabung der Hilfsmittel, Anleitung zum Kontinenztraining, Aufforderung zum Toilettengang), Intimhygiene muss teilweise (z. B. nach Stuhlgang) übernommen werden | Teilweise unselbständig |
| 4. Es ist eine ständige personelle Hilfe bei Miktion und/oder Defäkation erforderlich | Unselbständig |

Gutachten-
formular

4.3.8 Sich beschäftigen können

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, geprägt durch Erlebnisse und Gewohnheiten, seine Zeit sinnvoll einzuteilen und sich entsprechend zu beschäftigen.

Merkmale

Einstufung

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Selbständige Zeitgestaltung | Selbständig |
| 2. Hilfsmittel und/oder Anreize zur Beschäftigung sind notwendig, z. B. bei reduzierter geistiger/körperlicher Ausdauer | Bedingt selbständig |
| 3. Braucht zeit-/teilweise personelle Hilfe | Teilweise unselbständig |
| 4. Keine selbständige Beschäftigung möglich | Unselbständig |

4.3.9 Kommunizieren können

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit zum sinnhaften interpersonellen Austausch unter Berücksichtigung kultureller Gegebenheiten (Sprache, Hören, Sehen, Gestik, Mimik und Ausdruck von Gefühlen)

Merkmale

Einstufung

- | | |
|--|-------------------------|
| 1. Kommunikation uneingeschränkt möglich | Selbständig |
| 2. Kommunikation teilweise eingeschränkt, braucht Hilfsmittel zur Aufnahme oder Weitergabe von Mitteilungen, wie z. B. Hör-, Seh- und Sprechhilfen sowie computergesteuerte Medien | Bedingt selbständig |
| 3. Kommunikation mit zeit-/teilweiser personeller Hilfe möglich, kommunikationsunterstützende Hilfsmittel reichen nicht aus | Teilweise unselbständig |
| 4. Kommunikation nicht oder nur unter intensivem personellen Aufwand mit erheblichen Einschränkungen möglich | Unselbständig |

4.3.10 Ruhen und schlafen können

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.

Merkmale

Einstufung

- | | |
|---|-------------------------|
| 1. Altersentsprechender Tag-/Nachtrhythmus vorhanden, bewältigt gelegentliche Schlafstörungen | Selbständig |
| 2. Durch häufige Anwendung von Einschlaf- und Durchschlafhilfen ist die Nachtruhe überwiegend gewährleistet, wie z. B. spezifische schlaffördernde Rituale, medikamentöse Unterstützung, Anti-Schnarchmaske | Bedingt selbständig |
| 3. Tags und/oder nachts Unruhe, ständige Schläfrigkeit, zeit-/teilweise personelle Hilfe zur Aufrechterhaltung des Tag-Nacht-Rhythmus erforderlich | Teilweise unselbständig |
| 4. Tag-Nacht-Rhythmus ist stark beeinträchtigt (z. B. nächtliche schwere Unruhe, ständige Somnolenz) | Unselbständig |

4.3.11 Soziale Bereiche des Lebens sichern können

Hierzu gehört die Fähigkeit, selbständig soziale Kontakte aufzunehmen und aufrechtzuerhalten und sein Leben verantwortlich innerhalb des gesellschaftlichen Beziehungsgeflechtes zu gestalten.

<u>Merkmale</u>	<u>Einstufung</u>
1. Lebensgestaltung selbständig	Selbständig
2. Lebensgestaltung wird auf einen kleineren Radius reduziert, z. B. auf Familie, Nachbarn.	Bedingt selbständig
3. Soziale Bezüge können nur durch zeit-/teilweise personelle Hilfe hergestellt und aufrecht erhalten werden.	Teilweise unselbständig
4. Kann soziale Kontakte nicht aufnehmen und aufrechterhalten, ist isoliert und/oder schädigt sich und/oder andere.	Unselbständig

Gutachten-
formular

5. Bestimmung der Pflegebedürftigkeit

Erläuterungen

5.0 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 Einstufung der Pflegebedürftigkeit gilt Gleichbehandlung von körperlich und psychisch Kranken sowie geistig und körperlich Behinderten.

Es ist bei der Begutachtung zu berücksichtigen, **dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein der aus der konkreten Funktionseinschränkung 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.

Die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder der Grad der Behinderung sagen nichts darüber aus, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem PflegeVG gegeben sind. **Z. B. sind der Grad der Behinderung nach dem Schwerbehindertengesetz oder die Höhe einer Unfallrente kein Maßstab für die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI.**

I. Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs

Der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe maßgebliche Hilfebedarf bei den o. g. Verrichtungen nach Art, Häufigkeit, zeitlichem Umfang und Prognose ergibt sich aus

- der individuellen Ausprägung von funktionellen Einschränkungen und Fähigkeitsstörungen durch Krankheit oder Behinderung,
- der individuellen Lebenssituation (Wohnverhältnisse, soziales Umfeld),
- der individuellen Pflegesituation

unter Zugrundelegung der Laienpflege. Es ist ausschließlich auf die Individualität des Pflegebedürftigen abzustellen. Die Individualität der Pflegeperson bzw. -personen wird nicht berücksichtigt.

Für die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs ist eine **Gesamtbetrachtung** durch den MDK-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 überversorgender Pflege) noch eine tatsächlich über das Maß des Notwendigen hinaus erbrachte Pflege (Übersorgung) berücksichtigt werden.
- Ebenso wenig entspricht unzureichende Pflege (Unterversorgung) dem Maß des Notwendigen. So weit die Pflege, gegebenenfalls auch auf Wunsch des Pflegebedürftigen, tatsächlich unzureichend erbracht wird, hat der Gutachter auf das Maß des Notwendigen abzustellen.

Maßgebend ist die Einschränkung der Fähigkeit, die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen ohne fremde Hilfe vornehmen zu können. Hilfebedarf ist auch dann gegeben, wenn die Verrichtungen 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 funktionellen Defiziten und Fähigkeitsstörungen sowie aus den noch vorhandenen Fähigkeiten (Ressourcen) im Hinblick auf die o. g. Verrichtungen.

Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung allein begründet keine Pflegebedürftigkeit.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit können Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V), der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) mit Ausnahme der für die Grundpflege notwendigen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, der sozialen Betreuung, der beruflichen und sozialen Eingliederung sowie zur Kommunikation nicht berücksichtigt werden (vgl. Ziffer 3.5.4 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien).

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 Hilfebedarf bestimmt den Umfang der Pflegebedürftigkeit.

Erläuterungen

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.

Unterstützung bedeutet, noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie dem Pflegebedürftigen zu helfen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Dazu gehört auch die Unterstützung bei der richtigen Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel. Eine Unterstützung z. B. beim Waschen liegt dann vor, wenn eine bettlägerige Person sich zwar selbst waschen kann, aber das Waschwasser bereitgestellt, nach dem Waschen beseitigt oder ein Waschlappen angereicht werden muss. Weitere Beispiele sind die Auswahl geeigneter Kleidungsstücke im Rahmen des An- und Auskleidens, insbesondere bei geistig Behinderten oder die Hilfe bei der Überwindung von Hindernissen (Treppenstufen, Bordsteinschwellen) bei einem hinsichtlich der Fortbewegung ansonsten selbständigen Rollstuhlfahrer.

Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die teilweise Übernahme sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden. Eine teilweise Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschen liegt z. B. dann vor, wenn Gesicht und Körper 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 Verwirrten oder psychisch Kranken kann eine teilweise Übernahme dann erforderlich werden, wenn der Pflegebedürftige 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 eine teilweise Übernahme zu Ende gebracht werden.

Die teilweise Übernahme kann Bestandteil der aktivierenden Pflege sein. Sie ist dann darauf gerichtet, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen oder nicht vorhandene Fähigkeiten zu entwickeln. Auch wenn diese Ziele z. B. bei rasch fortschreitenden Erkrankungen nicht mehr oder nur noch eingeschränkt zu verwirklichen sind, soll der Pflegebedürftige die Verrichtungen des täglichen Lebens so weit wie möglich selbständig übernehmen.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen selbst ausführt, die der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die vollständige Übernah-

me sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden. Eine vollständige Übernahme liegt dann vor, wenn die Pflegeperson die Verrichtung selbst ausführt und der Pflegebedürftige sich dabei passiv verhält, ohne einen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung zu leisten. Die vollständige Übernahme mehrerer Verrichtungen ist bei der Mehrzahl der Pflegebedürftigen nicht erforderlich. Sie kommt vor allem bei bewusstseinsingeschränkten oder gelähmten Menschen in Betracht. Werden die Hilfeleistungen bei der häuslichen Pflege durch Angehörige vollständig erbracht, so ist die Notwendigkeit der vollständigen Übernahme im Einzelfall kritisch zu prüfen (siehe "Aktivierende Pflege", Ziffer D 5.III/5).

Hilfen in Form von Unterstützung und (teilweiser) Übernahme können in wechselseitiger Ergänzung bei einer Verrichtung erforderlich werden. So kann beim Waschen im Bett das Bereitstellen des Waschwassers (Unterstützung) notwendig sein. Der Pflegebedürftige wäscht sich dann Gesicht und Oberkörper selbst, benötigt dann aber z. B. für den Rücken, den Intimbereich und die Beine wieder Hilfen der Pflegeperson (teilweise Übernahme).

Bei dem gutachterlich festzustellenden Zeitaufwand für die einzelnen Hilfeleistungen sind immer die im Einzelfall gegebenen Verhältnisse zu überprüfen. Eine teilweise Übernahme kann besonders im Rahmen der aktivierenden Pflege zeitaufwendiger sein als die vollständige Übernahme der Verrichtung. Auch innerhalb der gleichen Hilfeart kann der Zeitaufwand unterschiedlich sein (siehe "Erschwernis- und erleichternde Faktoren", Anhang 1).

Die Hilfeformen der Anleitung und Beaufsichtigung kommen insbesondere bei geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen in Betracht. Es ist nur der Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung zu berücksichtigen, der bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist.

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 Pflegebedürftige trotz vorhandener motorischer Fähigkeiten eine konkrete Verrichtung nicht in einem sinnvollen Ablauf durchführen kann. Zur Anleitung gehört auch die Motivierung des Antragstellers bzw. Pflegebedürftigen zur selbständigen Übernahme der regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.

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 Anleitung, Überwachung und/oder Erledigungskontrollen sind zu berücksichtigen, die die Pflegeperson in zeitlicher und örtlicher Hinsicht in gleicher Weise binden wie bei unmittelbarer personeller Hilfe.

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 Pflegebedürftigen 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 abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig Behinderten) zur Vermeidung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.

Hinsichtlich der Relevanz von Anleitung und Beaufsichtigung für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit wird auf den Abschnitt "Besonderheiten der Beurteilung bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen" verwiesen.

Erläuterungen **III. Ermittlung des Hilfebedarfs**

Erläuterungen **1. Grundsätze**

Unter Nr. 5.1 bis 5.4 im Gutachtenformular 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 Einstufung nach dem SGB XI kommt es zum einen darauf an, wie häufig und zu welchen verschiedenen Zeiten des Tages oder "rund um die Uhr" die Hilfeleistung erforderlich ist, zum anderen, wie lange diese bei den einzelnen Verrichtungen dauert.

Dementsprechend ist z. B. bei einem Antragsteller ohne oder mit mäßigen Einschränkungen am Stütz- und Bewegungsapparat (obere Extremitäten) und gleichzeitig fehlenden oder mäßigen Einschränkungen im ZNS oder der Psyche, gutachterlich nicht nachvollziehbar, wenn angegeben wird, dass eine vollständige Übernahme der Verrichtungen gemäß § 14 SGB XI erfolgt (z. B. Ganzkörperwaschung, Aufnahme der Nahrung usw.). Diese erbrachte Hilfeleistung ist zumindest nicht notwendig.

Ein überwiegend Bettlägeriger hat nicht von vornherein den höchsten individuellen Hilfebedarf. Es ist in diesem Fall wie bei allen Begutachtungen zu prüfen, ob die erbrachte Hilfeleistung notwendig und ausreichend ist.

Bei der Entscheidung der Frage, ob die erbrachte Hilfeleistung ausreicht, ist zunächst prinzipiell davon auszugehen, dass eine langdauernde, absolute Bettlägerigkeit aus pflegewissenschaftlicher Sicht ein seltener Befund ist. So kann ein Bettlägeriger oft noch zur Toilette und/oder zum Waschbecken geführt werden bzw. sitzen oder stehen. Dies weist auf die Bedeutung der aktivierenden Pflege, insbesondere bei diesem Personenkreis hin, vor allem bezüglich des Verrichtungskomplexes "Mobilität". Die Zielsetzung für die aktivierende Pflege muss realistisch sein. Das ist der Fall, wenn

- der Antragsteller/Pflegebedürftige mit der Maßnahme einverstanden ist,
- die Maßnahmen für ihn zumutbar sind.

Entsprechende Erwägungen sind auch vor der Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation anzustellen (vgl. Abschnitt 7.1 "Indikationen für Rehabilitationsmaßnahmen").

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

Ein wesentliches Prüfkriterium ist die Zumutbarkeit der jeweiligen erbrachten Hilfeleistung für den Antragsteller. Pflegerische Maßnahmen, die gegen den erklärten Willen des Antragstellers durchgeführt werden und/oder dessen Gesundheit schädigen können, sind unzumutbar (z. B. Dauerkatheterversorgung eines Pflegebedürftigen ausschließlich aus pflegetechnischen Gründen oder Windelversorgung zur Vermeidung von regelmäßigen Hilfeleistungen im Bereich der Mobilität).

Erläuterungen

2. Ermittlung von Art und Häufigkeit des jeweiligen Hilfebedarfs

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 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. Der Hilfebedarf gilt als regelmäßig, wenn er mindestens einmal pro Woche und auf Dauer anfällt.

Erläuterungen

3. Ermittlung des zeitlichen Umfanges des jeweiligen Hilfebedarfs

Die konkrete Bemessung des jeweiligen Zeitaufwandes für die einzelnen Verrichtungen gemäß § 14 Abs. 4 SGB XI erfolgt auf der Grundlage der eigenen Erhebung des Gutachters, der häuslichen Bedingungen und der Angaben des Antragstellers bzw. seiner Pflegeperson. 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 i. S. der Laienpflege benötigen würden. Zur Pflegezeitbemessung dienen die Orientierungswerte (Anhang 1, Punkte 5.1 - 5.3). 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. krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen beeinflusst ist. Als 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
- zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen
- und nachfolgend bei den einzelnen Verrichtungen konkret genannt sind.

Dies gilt ungeachtet ihrer evtl. Zuordnung zur Behandlungspflege nach § 37 SGB V.

Ausgangspunkt für die Bewertung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. 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 krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerungsfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen.

Der Zeitaufwand für die Grundpflege und die krankheitsspezifische(n) Pflegemaßnahme(n) ist als Summenwert für die jeweilige(n) Verrichtung(en) darzustellen. Die Notwendigkeit der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahme(n) muss im Erläuterungstext begründet und die Art der Maßnahme(n) beschrieben werden.

Auch der nicht tägliche Hilfebedarf bei den gesetzlich festgelegten Verrichtungen ist bei der Feststellung des Zeitaufwandes zu berücksichtigen (siehe auch Anhang 1), so weit dieser regelmäßig, d. h. mindestens einmal pro Woche, und auf Dauer besteht. Dieser Hilfebedarf ist auf den Tag umzurechnen.

Bei unvermeidbarem zeitgleichem Einsatz zweier Pflegekräfte/Pflegepersonen ist der Zeitaufwand, den eine Pflegeperson benötigt, doppelt zu rechnen.

Unrealistische, weil nach allgemeiner Lebenserfahrung nicht mehr nachvollziehbare und nicht krankheitsbedingte Lebensgewohnheiten sind nicht zu berücksichtigen. In Grenzfällen ist der jeweilige Zeitbedarf kritisch zu würdigen, da gewöhnlich die häufige Wiederholung der Verrichtungen zu kürzeren Zeitaufwendungen für die Einzelverrichtung führt.

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 wechselndem Hilfebedarf ist der durchschnittliche Hilfebedarf über einen längeren Zeitraum zu berücksichtigen** (Pflegedokumentation, Pfl egetagebuch, Angaben der Pflegeperson). Alle vorhandenen Unterlagen einschließlich der Angaben des Antragstellers und der Pflegeperson bzw. der Pflegedienste oder der behandelnden Ärzte sind, insbesondere bei psychisch Kranken mit wechselnden Tagesformen, neben den selbsterhobenen Befunden zur Ermittlung des tatsächlichen Hilfebedarfs einzubeziehen.

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

Der Zeitaufwand wird auch mitbestimmt durch den Einsatz von Pflegehilfsmitteln oder durch bauliche Besonderheiten, die im Einzelfall zu beschreiben sind.

4. 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 zeitlichen Mindestaufwands für den festgestellten Hilfebedarf vom tatsächlichen Wohnumfeld, sondern von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen (siehe Pkt. 2.4). 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 der Verrichtungen der zeitliche Umfang der Laienpflege zugrunde zu legen.

Mögliche Verbesserungen durch Prävention und Rehabilitation (inklusive Pflege-/Hilfsmittel) sind bei der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit nur zu berücksichtigen, wenn die Veränderung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Ist diese Veränderung nur möglich oder wahrscheinlich, ist der ggf. resultierende neue Hilfebedarf im Rahmen einer späteren Wiederholungsuntersuchung festzustellen. Hierzu sind vom Gutachter unter "Prognose" (Pkt. 6.2) und "Termin der Wiederholungsbegutachtung" (Pkt. 9) im Gutachten entsprechende Hinweise zu geben.

5. Hilfebedarf und Aktivierende Pflege

Unter der aktivierenden Pflege ist eine Pflegepraxis zu verstehen, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Patienten fördert. Diese berücksichtigt ständig die Ressourcen des Patienten, so dass dieser unter Beaufsichtigung bzw. Anleitung selbst aktiv sein kann. Sie hat die Erhaltung bzw. Wiedergewinnung der Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen zum Ziel. Aktivierende Pflege setzt eine bestimmte Geisteshaltung der Pflegenden voraus, nämlich die Abkehr vom Bild des passiven, zu verwahrenden pflegebedürftigen Menschen. Sie hat eine nachvollziehbare Pflegedokumentation und -planung zur Voraussetzung.

Die aktivierende Pflege soll gemeinsam mit den Rehabilitationsmaßnahmen 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, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Im Folgenden soll der Inhalt des Begriffes "aktivierende Pflege" anhand von Beispielen erläutert werden.

Beispiele:

1. Inkontinenz

Nach medizinischer Abklärung der Inkontinenz bestehen, unabhängig von anderen therapeutischen Maßnahmen (z. B. Krankenbehandlung und Rehabilitation), unterschiedliche Möglichkeiten der aktivierenden Pflege zur Bewältigung individueller Inkontinenzprobleme:

a) Das Kontinenz- bzw. Toilettentraining

Unter Toilettentraining versteht man das Aufsuchen der Toilette nach einem festen Zeitplan. Mit Hilfe eines Erfassungsbogens wird der individuelle Entleerungsrhythmus ermittelt. So kann man erkennen, ob der Patient regelmäßig zu bestimmten Zeiten einnässt (einkotet) oder spontan zur Toilette geht. Wenn der Trainingsplan feststeht, wird der Patient zu festgelegten Zeiten zum Aufsuchen der Toilette aufgefordert oder begleitet und zwar so lange, bis die Kontinenz wiederhergestellt ist. Hiermit soll ein Einnässen (Einkoten) verhindert werden, indem der Betroffene etwa 10 Minuten vor dem erwarteten Drang die Toilette benutzt. In stationären Pflegeeinrichtungen wird dieses häufig durch ein Routine-Toilettentraining alle zwei Stunden sichergestellt.

b) Weiterhin sollte eine Erhöhung der Selbständigkeit u. a. durch das Anbringen von Orientierungshilfen, leicht zu öffnender Kleidung, durch das Einüben des Umsteigens vom Bett auf den Toilettenstuhl oder vom Rollstuhl auf die Toilette und umgekehrt trainiert werden.

c) Die Beratung bei der Auswahl des geeigneten Inkontinenz- und Versorgungsmaterials im Hinblick auf einen dauernden optimalen Schutz vor Flüssigkeitsaustritt, eine gute Hautverträglichkeit sowie eine leichte und sichere Anwendung ist nach Abschluss der Akutbehandlung ebenso Bestandteil der aktivierenden Pflege wie die Anleitung zur selbständigen Nutzung dieser Produkte.

2. Vollständige Immobilität ("Bettlägerigkeit")

Vollständige Immobilität ist ein Zustand, der sich als Folge mangelnder physischer oder psychischer Kräfte eines Patienten, häufig in Form einer sog. "Bettlägerigkeit" äußert.

Im Rahmen der aktivierenden Pflege ist, nach Ausschluss medizinischer Kontraindikationen, die Mobilisation ein wichtiger Teil der Pflege, da sie dem Patienten hilft, eine größtmögliche Selbständigkeit zu erhalten. Die Mobilisation des Patienten dient gleichfalls der Vermeidung von Pneumonien, Dekubitus, Thrombosen und Kontrakturen. Zur Sicherung der Erhaltungsebene werden

- aktive und passive Bewegungsübungen,
- regelmäßige Umlagerungen

durchgeführt.

Diese Hilfen sind nur im Rahmen der gesetzlich definierten Verrichtungen berücksichtigungsfähig.

Im Rahmen einer Mobilitätsverbesserung bzw. -sicherstellung trägt die aktivierende Pflege Sorge für eine dem Patienten angepasste Steigerung der Aktivität. So sollten im Zusammenhang mit den definierten Verrichtungen Hilfestellungen für das

- Drehen im Bett,
- selbständige Hochrutschen im Bett,
- Anheben des Beckens,
- Sitzen auf der Bettkante,
- Sitzen im Stuhl,
- sichere Stehen,
- Gehen

fachlich qualifiziert gewährt werden.

Zur Unterstützung sollten die notwendigen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel (z. B. Pflegebett, Aufrichter, Drehscheibe, Rutschbrett, rutschfeste Bodenbeläge usw.) genutzt werden.

Bei der Laienpflege muss überprüft werden, ob zur Sicherstellung der aktivierenden Pflege bei immobilen Versicherten Empfehlungen im Pflegeplan gegeben werden sollten (z. B. Teilnahme an einem Pflegekurs, therapeutische Hilfestellungen durch Krankengymnasten oder Ergotherapeuten usw.).

Der Gutachter hat in diesem Zusammenhang die Fragen zu beantworten, ob z. B. durch aktivierende Pflege beim Aufstehen/Zubettgehen, An- und Auskleiden, Stehen und Gehen, der Grad der Selbständigkeit des Antragstellers erhalten oder erhöht werden kann, vorausgesetzt die Zumutbarkeit ist gegeben.

Bei der Pflege durch ambulante oder stationäre Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen. Wird nicht aktivierend gepflegt, ist dies unter Pkt. 7.4.1 bzw. 7.4.4 des Gutachtenformulars zu dokumentieren. Entsprechende Empfehlungen sind abzugeben.

Erläuterungen

6. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen

Bei der Begutachtung von psychisch Kranken kann eine Reihe von Besonderheiten auftreten in Bezug auf:

- die Vorbereitung der Begutachtung
- die Begutachtungssituation
- den Hilfebedarf
- die Krankheitsbilder.

In diesem Zusammenhang wird auch auf die Aussage unter dem Abschnitt "Formen der Hilfe", insbesondere zur Anleitung und Beaufsichtigung, verwiesen.

Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen sind häufig in der Lage, die Verrichtungen des täglichen Lebens ganz oder teilweise selbst auszuführen. Krankheits- und behinderungsbedingt kann jedoch die Motivation zur Erledigung der Verrichtung fehlen, obwohl die Notwendigkeit grundsätzlich erkannt werden kann. Andere Kranke und Behinderte erkennen die Notwendigkeit der Verrichtung nicht, sind aber nach entsprechender Aufforde-

rung zur selbständigen Erledigung in der Lage. Ohne die Hilfe einer Pflegeperson unterbleiben hier die Verrichtungen des täglichen Lebens.

In anderen Fällen werden die Verrichtungen des täglichen Lebens zwar begonnen, jedoch nicht zielgerecht zu Ende geführt. Die Verrichtung wird 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.

Bei geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen kommen insbesondere die Hilfeformen der Anleitung und Beaufsichtigung in Betracht. Es ist nur der Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung zu berücksichtigen, der bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist. Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig Behinderten) zur Vermeidung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.

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 und von der einmaligen Aufforderung zur Vornahme einer Verrichtung bis hin zu mehrmaligen und ständigen Aufforderungen im Sinne einer Motivierung zur Vornahme auch kleinster Einzelhandlungen reichen. Bei leichteren Erkrankungen genügt z. B. die einmalige Aufforderung zur Einnahme einer Mahlzeit, 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 (Beispiel: Eine Mahlzeit wird wiederholt durch andere, nachrangige Tätigkeiten unterbrochen).

Auch bei der Beaufsichtigung sind tatsächlich notwendige Hilfeleistungen 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 mit gestörtem Tag-/Nachtrhythmus) sind hingegen u. U. rund-um-die-Uhr-Hilfeleistungen erforderlich.

Aufgabe des Gutachters ist es, Art und Umfang der Hilfeleistungen "Beaufsichtigung" und "Anleitung" allein im Zusammenhang mit den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI zu ermitteln. In der Regel wird der Hilfebedarf von dem Pflegebedürftigen selbst nicht richtig wiedergegeben, wenn die Krankheitseinsicht fehlt, die tatsächlichen Hilfeleistungen nicht erinnert oder aus Scham verschwiegen werden. Nur die Pflegeperson selbst wird in der Regel hierzu in der Lage sein. Pflegedokumentationen oder längerfristige Aufzeichnungen des Hilfebedarfs (Pflegetagebuch) sind besonders geeignet, um objektive Feststellungen treffen zu können.

Der Zeitaufwand für Anleitung und Beaufsichtigung bei den einzelnen Verrichtungen muss in jedem Einzelfall individuell erhoben und in dem Gutachten bewertet werden. Bei der Untersuchung des Antragstellers kann es notwendig sein, dass sich der Gutachter über den Bedarf an Anleitung dadurch überzeugt, dass er sich den Hilfebedarf bei 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 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 Pfl egetagebuchs, eine Wiederholung der Begutachtung im Rahmen desselben Begutachtungsauftrags oder die Einschaltung eines weiteren Gutachters vor Weitergabe des Begutachtungsergebnisses an die Pflegekasse dazu geeignet wären, die Ursachen genauer aufzuklären.

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

Häufige Krankheitsbilder

1. Hirnorganische Erkrankungen (Demenzen und organische Psychosen)

Demenzkranke sind die weitaus größte Gruppe aller psychisch Erkrankten. Hier kann das manchmal unauffällige äußere Erscheinungsbild in der Begutachtungssituation Anlass zu Fehldeutungen geben. Die Antragsteller können, zumal in vertrauter Umgebung, bei der Kontaktaufnahme zunächst orientiert und unauffällig wirken, so dass die Einschränkung der seelisch-geistigen Leistungsfähigkeit nicht deutlich wird. Hier kann gezieltes Befragen, z. B. zur Krankheitsvorgeschichte und aktuellen Lebenssituation, dennoch Defizite aufzeigen.

Bei Demenzkranken können Schwankungen im Tagesverlauf auftreten. Einige psychisch kranke Pflegebedürftige sind tagsüber nur relativ leicht gestört, während sie am späten Nachmittag und nachts unruhig und verwirrt sind. Da das Befinden und die kognitive Leistungsfähigkeit Schwankungen unterliegen können, sind die Angaben von Angehörigen und Pflegenden unentbehrlich.

2. Geistige Behinderungen

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

Bei mittelgradiger geistiger Behinderung werden tägliche Verrichtungen im Handlungsablauf oft nicht verstanden. Die Patienten müssen bei einigen Verrichtungen zeitweise angeleitet und beaufsichtigt werden.

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

3. Schizophrene und manisch-depressive (sog. endogene) Psychosen

Bei Patienten mit schizophrenen Erkrankungen ist die sog. Minussymptomatik mit u. a. Antriebschwäche, Ambivalenz, Mangel an Spontaneität, autistischen Zuständen, affektiven Störungen und Denkstörungen am häufigsten pflegebegründend. Vernachlässigung der Hygiene und eingeschränkte soziale Kompetenz sind häufig. Die Patienten können sich dann nicht mehr ausreichend selbst versorgen und sehen teilweise die Notwendigkeit der Verrichtungen selbst nicht. Umstimmungs- und Überzeugungsarbeit beim Aufstehen, Waschen, Anziehen, bei regelmäßiger Nahrungsaufnahme und anderen Verrichtungen erfordern oft erheblichen zeitlichen Aufwand.

Psychosekranke können situationsabhängig und u. U. auch in der Begutachtungssituation wenig auffällig wirken. Auch hier ist die Befragung der Angehörigen oder anderer Pflegepersonen sehr wichtig.

Vorbereitung 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., ob eine psychische Erkrankung vorliegt, welche Diagnosen gestellt wurden, ob Krankenhausbehandlungsberichte vorliegen, wer die Pflegeperson, wer gesetzlicher Betreuer ist, ob sog. komplementäre Einrichtungen genutzt werden). Weitere Auskünfte sind hier u. U. vom Hausarzt, vom behandelnden Psychiater oder dem Sozialpsychiatrischen Dienst einzuholen.

Begutachtungssituation

Bei diesem Personenkreis ist die Gestaltung einer entspannten Begutachtungssituation von besonderer Bedeutung. Pflegeperson und Antragsteller sollten gemeinsam angesprochen werden und nicht etwa ausschließlich die Pflegeperson.

Die Pflegepersonen und der Antragsteller sind ggf. auch allein zu befragen, wenn Scham oder Verleugnung seitens des Antragstellers einer realistischen Schilderung des Hilfebedarfs entgegenstehen.

Erläuterungen

7. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung

Pflegebedürftige Kinder sind 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.

Die Nahrungsaufnahme kann z. B. bei einigen seltenen Syndromen oder schweren Cerebralpareesen, die mit ausgeprägten Störungen der Mundmotorik einhergehen, erheblich erschwert sein.

Gesunde und altersentsprechend entwickelte Kinder erlernen im Laufe ihrer Entwicklung die einzelnen Verrichtungen in unterschiedlichem Alter und mit einer teils sehr großen Variationsbreite.

Die Pflegezeitbemessung bei Kindern erfolgt im Bereich der Grundpflege in zwei Schritten:

- a) Erfassung und Dokumentation der Pflegezeiten für die Einzelverrichtungen der jeweiligen Verrichtungsbereiche der Grundpflege. Die Summe ergibt den Gesamtpflegeaufwand.

- b) Abzug der Zeitwerte der Tabelle der Seite 45 für gesunde und altersgerecht entwickelte Kinder vom Gesamtpflegezeitaufwand ergibt den eigentlichen Pflegezeitaufwand, der durch die jeweiligen Krankheiten und/oder Behinderungen verursacht wird (Mehrbedarf).

Im Folgenden wird für die einzelnen Verrichtungen (§ 14 SGB XI) das Alter angegeben, ab dem erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder diese Verrichtungen beherrschen. Oberhalb des angegebenen Alters ist ein rein altersbedingter Hilfebedarf nicht anzunehmen. Unterhalb dieses Alters ist von einem teils krankheits- und/oder behinderungsbedingten, teils altersentsprechenden (bei gesunden Kindern) Hilfebedarf auszugehen.

Körperpflege	Jahre
Waschen	7
Duschen	10
Baden	10
Zähneputzen	7
Kämmen	7
Blasen- und Darmentleerung	6
Ernährung	
Mundgerechte Zubereitung	7
Aufnahme der Nahrung	3
Mobilität	
Aufstehen/Zubettgehen	12
An- und Auskleiden	6
Stehen	1,5
Gehen	1,75
Treppensteigen	3,5
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	6,5

Die vorstehende Tabelle darf nicht so verstanden werden, dass z. B. der Hilfebedarf, den ein 5 Jahre altes geistig behindertes Kind bei der Blasen- und Darmentleerung hat, von vornherein keine Berücksichtigung finden kann für die Feststellung und Einstufung von Pflegebedürftigkeit. Bei der Beurteilung des Hilfebedarfs kranker und behinderter Kinder ist davon auszugehen, dass der Hilfebedarf (inklusive Aufsichts- und Anleitungsbedarf), den ein geistig behindertes Kind bei der Darm- und Blasenentleerung hat, intensiver, zeitaufwendiger und nervenaufreibender sein kann als bei einem gesunden 5-jährigen Kind, das kurz davor ist, seine Ausscheidungsfunktion vollständig zu beherrschen. Entsprechendes gilt für die übrigen Verrichtungen.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, den Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen konkret bezüglich des Zeitaufwandes und der Intensität zu erfassen und zu dokumentieren. Es kann von Vorteil sein, die Eltern zu bitten, ein Pflegetagebuch zu führen und dieses für die Begutachtung mit zu verwenden.

Im Folgenden wird der **Höchstbedarf an Hilfe gesunder** und altersentsprechend entwickelter Kinder verschiedener Altersstufen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität angegeben.*

* Quellenangabe: Datensammlung für die Kalkulation der Kosten und des Arbeitszeitbedarfs im Haushalt. Hrsg. vom Kuratorium für Technik und Bauwesen in der Landwirtschaft e. V. Darmstadt-Kranichstein.

Alter Jahre	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 6	6 - 12	
Körperpflege (wickeln, waschen, Nägel schneiden, Zähne putzen, auf den Topf setzen)	1,25	1	1-0,75	0,75	0,75-0,0	Stunden/Tag
Ernährung (mundgerecht zubereiten, aufnehmen)	2 - 1	1	0,75	0,75-0,5	0,5-0,0	Stunden/Tag
Mobilität (an- und ausziehen, zu Bett bringen, beruhigen)	2	2	1	1- 0,5	0,5-0,0	Stunden/Tag

Bei der Bemessung des Zeitaufwandes sind diese Zeitwerte für gesunde Kinder im konkreten Fall global und nicht getrennt nach Bereichen abzuziehen.

Bei kranken oder behinderten Kindern bis zum vollendeten 8. Lebensjahr gilt der Zeitbedarf für die hauswirtschaftliche Versorgung als erfüllt, wenn neben den Übrigen in § 15 Abs. 1 SGB XI genannten Voraussetzungen der Pflegestufen I bis III ein über dem eines gesunden gleichaltrigen Kindes liegender hauswirtschaftlicher Versorgungsbedarf z. B. beim Kochen, Spülen, Wechseln oder Waschen der Wäsche bzw. Kleidung nachgewiesen ist.

Bei Kindern im Alter zwischen dem vollendeten 8. und 14. Lebensjahr kann unter den genannten Voraussetzungen in den einzelnen Pflegestufen ein bestimmter Anteil des zeitlichen Mindestwerts für den Hilfebedarf bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen unterstellt werden:

In der Pflegestufe I 30 Minuten, in der Pflegestufe II und III jeweils 45 Minuten.

Reichen diese zeitlichen Pauschalen zur Erfüllung der Voraussetzungen für die jeweilige Pflegestufe nicht aus, müssen die jeweiligen zeitlichen Voraussetzungen durch einen Hilfebedarf bei Verrichtungen der Grundpflege aufgefüllt oder ein konkreter zeitlicher Mehrbedarf bei den hauswirtschaftlichen Verrichtungen nachgewiesen werden.

Erläuterungen **IV. Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte**

- 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 mündlicher bzw. schriftlicher Quellen (insbesondere von Pflegedokumentationen bzw. -tagebüchern).
- b. Plausibilitätsprüfung der Angaben zur erbrachten Hilfeleistung durch den MDK-Gutachter. Maßstab sind die im Rahmen einer Untersuchung feststellbaren Einschränkungen in funktioneller Hinsicht (4.2 des Formulargutachtens) und/oder bei den Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Fähigkeitsstörungen) (4.3 des Formulargutachtens). Diese Plausibilitätsprüfung besteht in der Beantwortung folgender Fragen:

b.1. Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch notwendig, um für den Pflegebedürftigen 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 MDK-Gutachter in folgender Weise zu berücksichtigen:

zu b.1.

Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch nicht notwendig (pflegerische Überversorgung), ist der Gutachter gehalten, Art, Häufigkeit und zeitlichen Umfang dieser Hilfeleistung von der erbrachten Hilfeleistung abzuziehen und 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.

Der Gutachter ist im Falle eines pflegerischen Defizits gehalten Art, Häufigkeit und zeitlichen Umfang der zusätzlich notwendigen realisierbaren Hilfeleistung hinzuzurechnen und im Gutachten festzuhalten und zu begründen.

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:

- Hinweise auf mögliche Gewalteinwirkung,
- nicht ärztlich verordnete Sedierung,
- kachektischer und/oder exsikkotischer Allgemeinzustand,
- unterlassene Pflegeleistung nach Einkoten und Einnässen,
- Kontrakturen,
- Dekubitalgeschwüre,
- unterlassene Beaufsichtigung von geistig Behinderten oder umtriebigen Dementen (im Zusammenhang mit den definierten Verrichtungen),
- Vernachlässigung der Körperhygiene,
- verschmutzte Wäsche,

- Vernachlässigung des Haushalts.

Bei pflegerischen Defiziten und nicht sichergestellter Pflege hat der Gutachter der Pflegekasse die Einleitung von Sofortmaßnahmen und eine kurzfristige Wiederholungsbegutachtung zu empfehlen.

Erläuterungen

V. Verrichtungen im Sinne der Pflegeversicherung

Das SGB XI definiert in § 14 Abs. 4 die Verrichtungen des täglichen Lebens, die bei der Bestimmung 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, finden nach dem Gesetz 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 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 sechs 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 vielen 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 **im Anhang 1 unter Pkt. 5.1 bis 5.3** aufgezeigten Orientierungsrahmen für den pflegerischen Zeitaufwand für die Grundpflege (Zeitkorridore). Diese Zeitkorridore beruhen auf der mehrjährigen Gutachtertätigkeit erfahrener Pflegefachkräfte und Sozialmediziner. In die Festlegung der Zeitkorridore sind Erkenntnisse aus ca. 3. Mio. Begutachtungen nach dem SGB XI eingeflossen.

Die Zeitkorridore 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 Versicherten maßgeblich ist, können und sollen die Zeitkorridore für die Begutachtung nach dem SGB XI nur Anhaltsgrößen 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 der Pflegeversicherung. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die untrennbar Bestandteil der Hilfe für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege sind oder die zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen, sind als Erschwernisfaktor bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen.

5.1. Körperpflege

Die Hautpflege ist integraler Bestandteil der Körperpflege. 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 unter anderem 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 eine Schmerzmedikation als Einzelgabe gezielt zur Durchführung des Waschens/Duschens oder Badens (z. B. bei Kontrakturen, Tumorschmerzen) verabreicht werden muss oder eine oro/trachiale Sekretabsaugung notwendig ist, handelt es sich jeweils um eine krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Waschen/Duschen oder Baden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist eine alleinige regelmäßige Gabe von Schmerzmedikamenten keine Maßnahme in diesem Sinne, weil sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

(Die Durchführung einer Intimhygiene zum Beispiel nach dem Toilettengang ist im Rahmen der Blasen- und Darmentleerung entsprechend zu berücksichtigen und anzuführen.)

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 Pflegebedürftigen zum Beispiel auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität "Stehen" zu berücksichtigen.)

3. Das Baden

Das Baden umfasst eine Ganzkörperwäsche in einer Badewanne, wobei der Pflegebedürftige 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 aufgrund einer Hauterkrankung nach Durchführung der Verrichtung das Einreiben mit Dermatika notwendig ist, handelt es sich um eine krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Duschen, Baden oder Waschen bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 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 zum Beispiel 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, das heißt 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. Trägt der Pflegebedürftige ein Toupet oder eine Perücke, ist das Kämmen oder Aufsetzen dieses Haarteils beim Hilfebedarf zu werten.

6. Das Rasieren

Das Rasieren beinhaltet wahlweise die Trocken- oder Nassrasur und deren sichere Durchführung sowie die damit zusammenhängende Haut- und Gesichtspflege. Bei Frauen kann auch ohne notwendige Gesichtsraser (Damenbart) die Gesichtspflege berücksichtigt werden. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden.

7. Die Darm- und Blasenentleerung

Hierzu gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlganges, Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen (Urostoma, Anuspraeter).

Die notwendigen Handgriffe bei diesem Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach dem Gang zur Toilette, die Intimhygiene wie das Säubern nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang sind zu berücksichtigen, ebenso das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Steckbeckens. Bei Fehlhandlungen des zu Pflegenden, wie zum Beispiel Kotschmierer, ist der Säuberungsbedarf hier mit einzuordnen und nicht bei der hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen. Nicht zu berücksichtigen ist unter diesen Verrichtungen die eventuell eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette. Kann der Pflegebedürftige 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 die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich um eine krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Darm- und Blasenentleerung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwerisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist die Laxantiengabe oder das Legen eines Blasendauerkatheters keine solche Maßnahme, weil sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

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

5.2. Ernährung

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 (Portionieren), 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 Pflegebedürftigen 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 lfd. Nr. 17 "Kochen" zu berücksichtigen. Die regelmäßige Insulingabe sowie die Blutzuckermessungen sind keine krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, da sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden müssen.

9. Die Aufnahme der Nahrung

Zur Nahrungszufuhr gehören die Nahrungsaufnahme in jeder Form (fest, flüssig) wie auch die Verabreichung von Sondennahrung mittels Nährsonde einschließlich der Pflege der Sonde und die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte (ggf. das Bereitstellen behindertengerechten Geschirrs oder Essbestecks), um Nahrung zum Mund zu führen. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Pflegebedürftige 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 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 krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Aufnahme der Nahrung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist das Legen einer Dauerernährungssonde keine solche Maßnahme, weil sie nicht zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

5.3. Mobilität

10. Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem Aufstehen und Zu-Bett-Gehen Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose notwendig sind, handelt es sich um eine krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim Aufstehen und Zu-Bett-Gehen bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 sind zu berücksichtigen.

Umlagern

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als Grundpflege betrachtet und entsprechend berücksichtigt. Dabei wird so verfahren, dass ein alleiniges Umlagern (ohne Zusammenhang mit den Verrichtungen der Grundpflege) der Verrichtung "Aufstehen/Zubettgehen" zugeordnet und entsprechend dort im Formulargutachten dokumentiert wird. Fällt das Umlagern in Verbindung mit den Verrichtungen an, so erfolgt die Zuordnung und Dokumentation sowie die zeitliche Berücksichtigung bei der jeweiligen Verrichtung.

Der Transfer auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl ist nicht beim Aufstehen und Zubettgehen mit zu berücksichtigen, sondern beim Hilfebedarf des "Stehens".

11. Das An- und Auskleiden

Das An- und Auskleiden beinhaltet neben den notwendigen Handgriffen, zum Beispiel 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, 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. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 notwendig ist, handelt es sich um eine krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim An- und Auskleiden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor zu werten. Die Angaben zu Ziffer D 5.III/3 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.

Fortbewegung beinhaltet bei Rollstuhlfahrern auch die Benutzung 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 Pflegebedürftigen abzuschätzen. Als Maß für die Gehstrecke bei der einzelnen Verrichtung in der "durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation" (vgl. Punkt 2.4) ist eine einfache Gehstrecke von 8 Metern anzunehmen.

13. Das Stehen

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).

Zu werten im Bereich des "Stehens" sind jedoch notwendige Transfers, z. B. auf einen Rollstuhl und/oder einen Toilettenstuhl, in eine Badewanne oder Duschtasse.

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 Pflegebedürftigen 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 regelmäßig und auf Dauer anfallen und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Die Verkehrssicherheit ist zu beachten. Die Möglichkeit der Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel und von Taxen ist einzubeziehen. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen ist das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, sofern es den oben genannten Zielen dient.

Hierzu können das Aufsuchen von Ärzten zu therapeutischen Zwecken oder die Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien, wie z. B. Dialysemaßnahmen, onkologische oder immunsuppressive Maßnahmen, gehören. Wird die ärztliche Behandlung bzw. therapeutische Maßnahme während eines sonst üblichen Aufenthaltes z. B. in einer Behinderteneinrichtung oder einem sozialpädiatrischen Zentrum erbracht, kann dieser Hilfebedarf nicht berücksichtigt werden.

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

- medizinischen Rehabilitation,
- Prävention,
- Eingliederungshilfe (einschl. Frühförderung).

Das Aufsuchen von Apotheken, 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 Behindertenwerkstätten, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen – bleiben unberücksichtigt. Der Hilfebedarf beim Einkaufen ist unter der lfd. Nr. 16 "Einkaufen" mit zu berücksichtigen.

Neben den Fahrzeiten sind die zwangsläufig anfallenden Wartezeiten der Begleitperson anzurechnen, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Generell kann hierfür eine

Wartezeit von 30 bis 45 Minuten anerkannt werden. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung zum Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung zur Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf berücksichtigt werden.

Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung gilt als regelmäßig notwendig, wenn es mindestens einmal pro Woche anfällt. Notwendige Fahr- und Wartezeiten, die nicht täglich anfallen, sind für die Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes auf den Tag umzurechnen.

5.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

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. Ein möglicher Mehraufwand im Mehrpersonenhaushalt beim Einkaufen, Kochen und bei den übrigen genannten hauswirtschaftlichen Verrichtungen, so weit er für den Antragsteller anfällt, ist zu berücksichtigen.

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 Jahreszeit und Menge, die Kenntnis des Wertes von Geld (preisbewusst) sowie die Kenntnis der Genieß- und Haltbarkeit von Lebensmitteln und die richtige Lagerung.

17. Das Kochen

Es umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diätahrung 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 Pflegebedürftigen. Auch die Kenntnis von Reinigungsmitteln und -geräten sowie das Bettenmachen sind hier zu berücksichtigen.

19. Das Spülen

Je nach den Gegebenheiten des Haushalts ist Hand- 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.

Gutachten-
formular

6. Ergebnis der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit

Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind Art und Häufigkeit des Hilfebedarfs, dessen tageszeitliche Zuordnung und der zeitliche Mindestaufwand. Geringfügige, gelegentliche oder nur kurzfristige Hilfeleistungen führen nicht zu einer Anerkennung einer Pflegestufe. Das gilt auch, wenn Hilfebedarf nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht.

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 Untersuchung auszugehen.

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

Mögliche Verbesserungen durch Prävention und/oder durch Einsatz von Pflege-/ Hilfsmitteln sind bei der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit nur zu berücksichtigen, wenn die Veränderung in der zu beurteilenden 6-Monatsfrist konkret mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Ist diese Veränderung nur möglich oder wahrscheinlich, ist der ggf. resultierende neue Hilfebedarf im Rahmen einer späteren Wiederholungsuntersuchung festzustellen. Hierzu sind vom Gutachter unter "Prognose" (Pkt. 6.2) und "Termin der Wiederholungsbegutachtung" (Pkt. 9) im Gutachten entsprechende Hinweise zu geben.

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 Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten nicht mehr vorliegen,
- der Pflegekasse diejenige Pflegestufe zu empfehlen, deren Voraussetzungen nach Abschluss geeigneter und zumutbarer Rehabilitationsmaßnahmen voraussichtlich auf Dauer bestehen bleiben werden.

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.

6.1 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?

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 im Tagesdurchschnitt,**
- **den jeweiligen Zeitaufwand für diese Hilfeleistungen im Tages-/Wochendurchschnitt,**
- **die zeitliche Gewichtung der Maßnahmen der Grundpflege unter Berücksichtigung erschwerender oder erleichternder Faktoren sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung,**
- **die Dauer des voraussichtlichen Hilfebedarfs über mindestens 6 Monate.**

Liegt nach dieser Bewertung keine Pflegebedürftigkeit vor, ist dies zu begründen. Ggf. sind dann unter Pkt. 6.2 im Gutachten präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer ansonsten drohenden Pflegebedürftigkeit zu empfehlen.

Weiterhin ist zu dokumentieren, **seit wann** Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dies ist ohne Schwierigkeiten möglich, wenn die jeweilige Pflegebedürftigkeit durch eindeutig zuzuordnende Er-eignisse ausgelöst worden ist. Es ist jedoch auch bei chronischen Verläufen eine begründete Abschätzung des **Beginns der festgestellten Pflegestufe** notwendig.

Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist die Einstufung entsprechend der nachfolgenden Kriterien vorzunehmen. Eine Begründung zu den einzelnen Pflegestufen ist abzugeben. Das Gutachten muss in jedem Falle eine Aussage zu Art und Umfang des nächtlichen Hilfebedarfs enthalten.

6.1.1 Stufen der Pflegebedürftigkeit

Für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XI sind pflegebedürftige Personen 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 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 § 43 a SGB XI reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

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.

Des Weiteren ist bei der Beantragung von Sachleistung, Kombinationsleistung oder vollstationärer Pflege in der Pflegestufe III das Vorliegen eines **außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes** (vgl. § 36 Abs. 4 bzw. § 43 Abs. 3 SGB XI) zu prüfen, ggf. zu begründen und zu dokumentieren (vgl. auch Härtefall-Richtlinien vom 10.07.1995, geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995 und 03.07.1996).

Der Pflegeaufwand kann sich aufgrund der individuellen Situation des Pflegebedürftigen als außerordentlich hoch bzw. intensiv darstellen, wenn die täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen das übliche Maß der Grundversorgung im Sinne von Ziffer 4.1.3 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien qualitativ und quantitativ weit übersteigen.

Das ist der Fall, wenn

- die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann
- oder
- Hilfe bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens 7 Stunden täglich, davon wenigstens 2 Stunden in der Nacht, erforderlich ist.

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.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein. Es ist zu dokumentieren, wie hoch der durch die Grundpflege entstehende geschätzte Zeitaufwand ist.

Erläuterungen **6.1.2 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege**

Bei einem Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege behält der Pflegebedürftige die ihm zuerkannte Pflegestufe, es sei denn, dass nach einem erneuten Begutachtungsauftrag eine davon abweichende Pflegestufe festgestellt wird.

Die Erforderlichkeit von stationärer Pflege kann im Einzelfall im Rahmen eines Besuchs 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 zeitlichen Mindestaufwandes bezüglich des festgestellten Hilfebedarfs durch Laienpfleger von einer durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation auszugehen (vgl. zur Beschreibung der durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation Punkt 2.4).

Erläuterungen **6.1.3 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe**

In vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe gibt es folgende wesentliche Besonderheiten:

- Wird ein Antrag auf Leistungen nach § 43 a SGB XI gestellt, hat der Gutachter nur festzustellen, ob eine erhebliche Pflegebedürftigkeit, d. h. mindestens Pflegestufe I, besteht oder nicht; eine weiter gehende Differenzierung nach Pflegestufen entfällt.
In diesen Einrichtungen stehen nicht die Pflege nach SGB XI, sondern die Maßnahmen der Eingliederungshilfe im Vordergrund. Daher sind in diesem Zusammenhang die Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (Pkt. 3.4 des Formulargutachtens für Antragsteller aus dem häuslichen und stationären Bereich) sowie die "Empfehlungen an die Pflegekassen / individueller Pflegeplan" (Pkt. 7. des letztgenannten Formulargutachtens) irrelevant; es wird eine verkürzte Fassung des verbindlich vorgeschriebenen Formulargutachtens verwendet (siehe Anhang 3).
- Werden auch Leistungen der häuslichen Pflege beantragt, erfolgt eine vollständige Begutachtung.

Gutachten-
formular

6.2 Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit

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 Pflege-/Hilfsmitteln oder durch eine Verbesserung des Wohnumfeldes der Hilfebedarf gemindert werden, ist dies bei der Prognose mit anzugeben.

Gutachten-
formular

6.3 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?

Diese Fragestellung ist **grundsätzlich bei beantragter Geldleistung** zu beantworten. Ein festgestelltes Defizit der häuslichen Pflege ist zu begründen. Werden Defizite in der professionellen Pflege festgestellt, so sind diese unter Punkt 8 des Formulargutachtens zu vermerken. Anzeichen von Misshandlungen des Antragstellers sind dort gleichfalls zu dokumentieren.

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 hat sich vor Augen zu führen, dass er in diesem Punkt häufig tiefgreifend in familiäre Strukturen eingreift. Grundsätzlich hat die häusliche Pflege nach dem Willen des Gesetzgebers Vorrang vor jeglicher 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 (Abschnitte 7 und 8) gegebenen Empfehlungen nicht in geeigneter Weise sichergestellt werden kann, so ist darauf hinzuwirken, dass professionelle häusliche Pflege in Anspruch genommen wird. Hierbei kommen entweder die kombinierte Geld- und Sachleistung oder die alleinige Sachleistung in Betracht. Der Pflegebedürftige kann sich auch für die teilstationäre oder vollstationäre Pflege entscheiden.

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, ist mit solchen Vorschlägen behutsam umzugehen.

6.4 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?

Gutachten-
formular

Die Erforderlichkeit ist nur dann zu prüfen und zu begründen, wenn ein Antrag auf vollstationäre Pflegeleistung gestellt wurde und Pflegebedürftigkeit i. S. des SGB XI vorliegt. 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- und 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, ambulante Pflege, teilstationäre 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. Manche Personen geraten bereits bei geringem Pflegeaufwand in eine Überforderungssituation und sind deshalb zur Übernahme der Pflege nicht in der Lage.

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 u. U. 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 (z. B. bei therapieresistenten Anfallsleiden). Eine Selbstgefährdung kann auch dann vorliegen, wenn der Betroffene hochgradig verwirrt oder antriebsarm ist, den Realitätsbezug verloren hat, schwer depressiv herabgestimmt 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 eine solche Selbstgefährdung 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.

6.5 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

Liegen Hinweise dafür vor, dass die Pflegebedürftigkeit durch Unfallfolgen, Berufserkrankungen oder Versorgungsleiden hervorgerufen wurde, ist dies anzugeben.

6.6 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem festgestellten Hilfebedarf überein?

Der Gutachter hat an dieser Stelle die vom Antragsteller bzw. der Pflegeperson geltend gemachten Pflegezeiten zu überprüfen und, ausgehend vom festgestellten Hilfebedarf, eine eigenständige Bewertung des wöchentlichen Pflegeaufwandes vorzunehmen.

7. Empfehlungen an die Pflegekasse/individueller Pflegeplan

Diese Empfehlungen gründen sich auf die im Gutachten dokumentierten Erhebungen, insbesondere zu den funktionellen Einschränkungen, zur Versorgungssituation und zu den Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL).

Hier sind nur über die derzeitige Versorgungssituation hinausgehend

- Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention und zur Rehabilitation,
- Empfehlungen zu notwendigen Hilfsmitteln (§ 33 SGB V), Pflegehilfsmitteln und technischen Hilfen (§ 40 SGB XI),
- Vorschläge zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI),
- Vorschläge über Art und Umfang der im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen

zu dokumentieren. Dabei sind die in den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien festgelegten Ziele der Pflege der Ausgangspunkt. Empfehlungen an Pflegekassen zur Ergänzung der derzeitigen Versorgungssituation sind insbesondere dann erforderlich, wenn

- Sachleistungen beantragt bzw. gewünscht werden,
- die häusliche Pflege nicht ausreichend sichergestellt ist,
- Leistungen sowohl in der häuslichen Umgebung als auch in Einrichtungen erbracht werden sollen.

Diese Empfehlungen richten sich an die Pflegekasse, aber auch an andere Sozialleistungsträger sowie an Leistungserbringer.

7.1 Maßnahmen zur Rehabilitation

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch präventive, therapeutische bzw. rehabilitative Maßnahmen und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist.

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz ist die Notwendigkeit rehabilitativer Maßnahmen bei drohender und bestehender Pflegebedürftigkeit hervorgehoben worden. Daher sind in jedem Einzelfalle im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit die Möglichkeiten zur Rehabilitation zu prüfen.

Ziele der Rehabilitation

Ziel der Rehabilitation bei diesem Personenkreis ist es, durch die Wiedergewinnung, Verbesserung oder den Erhalt einer möglichst weit gehenden Selbständigkeit des Antragstellers bei den Verrichtungen des täglichen Lebens

- die drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden,
- eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen,
- eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Dabei kann es sowohl um die Reduktion des Hilfsbedarfs innerhalb der festgestellten Pflegestufe als auch um eine Verringerung des Pflegebedarfs zu einer niedrigeren Stufe gehen.

Indikationen für Rehabilitationsmaßnahmen

Auf dieser Grundlage liegt die Indikation für Rehabilitationsmaßnahmen dann vor, wenn

- eine Rehabilitationsbedürftigkeit und
- eine Rehabilitationsfähigkeit bestehen und
- die vorgeschlagenen Maßnahmen zumutbar sind.

Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit liegen dann vor, wenn ein Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen im Sinne der Verminderung von Schädigung (Impairment) und/oder Fähigkeitsstörung (Disability) in einem absehbaren Zeitraum konkret voraussehbar ist und bei dem betroffenen Antragsteller die psychischen und somatischen Fähigkeiten zur Mitwirkung bei den vorgeschlagenen Rehabilitationsmaßnahmen gegeben sind. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch bei psychisch Kranken sowie geistig, seelisch und körperlich Behinderten geeignete Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht kommen.

Ist der Gutachter vom voraussichtlichen Erfolg der Rehabilitationsmaßnahmen überzeugt, sollte er den Antragsteller zur Teilnahme motivieren, ggf. unter Beteiligung der Pflegepersonen, Angehörigen und des behandelnden Arztes. Dabei ist die Eigenverantwortlichkeit des Antragstellers zu betonen (§ 6 SGB XI). Ohne dessen Mitwirkung ist jegliche Rehabilitationsmaßnahme nicht Erfolg versprechend.

Versorgungsstrukturen

Bei der konkret zu formulierenden Empfehlung zu Maßnahmen der Rehabilitation ist das gesamte gestufte Versorgungssystem (ambulant, teilstationär, stationär) aller in Betracht kommenden Leistungsträger (z. B. Krankenkassen, Rentenversicherungsträger, Sozialhilfeträger) zu berücksichtigen. Es gelten die Prinzipien der Vorrangigkeit "ambulant am Wohnort vor ambulant am Kurort", "ambulant vor teilstationär", "teilstationär vor vollstationär".

Die voraussichtliche Dauer der Maßnahmen und deren Prognose sind im Gutachten festzuhalten und ggf. Teilziele zu definieren, deren Erreichen durch Wiederholungsbegutachtungen zu überprüfen ist. In Zweifelsfällen ist ein zeitlich befristeter Rehabilitationsversuch zu empfehlen.

Das Angebot zur Rehabilitation ist regional unterschiedlich. Der Gutachter soll notwendige Rehabilitationsmaßnahmen auch dann erwähnen, wenn er weiß, dass diese Möglichkeiten konkret in zumutbarer Entfernung nicht gegeben sind. Es gehört auch zu den Aufgaben des MDK-Gutachters, im Einzelfall auf eventuelle Versorgungsdefizite aufmerksam zu machen. Somit ist es unerlässlich, dass der Gutachter über die regionalen Versorgungsstrukturen informiert ist.

Für die o. g. Rehabilitationsmaßnahmen ergibt sich die Leistungszuständigkeit der Krankenkassen, sobald es sich um Leistungen im Rahmen des SGB V handelt.

Gutachten-
formular

7.2 Verbesserung/Veränderung der Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung

Die Ausführungen zu den Punkten 7.2 - 7.4.3 beziehen sich ausschließlich auf die Begutachtung im häuslichen Bereich.

In jedem Einzelfall ist die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung **im häuslichen Bereich** zu prüfen. Ausgehend von der derzeitigen Versorgung (Punkt 1.3 des Gutachtens) sind differenzierte Empfehlungen abzugeben. Dazu sollten Art und Zweck der vorgeschlagenen Versorgung an dieser Stelle detailliert dokumentiert werden.

Pflege-/Hilfsmittel dienen der Erleichterung der Pflege und der Linderung der Beschwerden sowie der Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung, der Sicherung der Krankenbehandlung, dem Ausgleich bzw. der Verringerung von Behinderungen.

Als Pflege-/Hilfsmittel gelten Produkte, wenn sie nicht nach jeweils gültigem Standard als Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens oder als Ausstattungsgegenstände einer behindertengerechten Wohnung eingestuft werden können (vgl. auch § 40 Abs. 1 - 4 SGB XI). Das Pflege-/Hilfsmittelverzeichnis ist maßgebend.

Wird ein vorhandenes Pflege-/Hilfsmittel, das unter Pkt. 1.3 des Gutachtens 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.

Gutachten-
formular

7.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes

(Einzelheiten ergeben sich aus dem gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 SGB XI vom 28.10.1996.)

Hierbei handelt es sich um von der Pflegekasse bezuschusste Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind, bzw. um Ein- und Umbau von Mobiliar, damit der Pflegebedürftige mit einem geringeren Hilfebedarf in seinem häuslichen Umfeld verbleiben kann.

Es 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.

Treppen: Wandlifter, fest installierte Rampen

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

Sonstige Maßnahmen, die den Pflegebedürftigen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens unterstützen und eine eigenständige Übernahme der Verrichtungen zum Ziel haben.

Gutachten-
formular

7.4 Art und Umfang von Pflegeleistungen

Hier sind durch den Gutachter unter Berücksichtigung der ATL notwendige Pflegeleistungen sachlich aufzuzeigen.

Gutachten-
formular

7.4.1 Unterstützung/Veränderung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson im Hinblick auf Art und Umfang der Pflege

Der Gutachter hat hier konkrete Maßnahmen vorzuschlagen (z. B. aktivierende Pflege).

Gutachten-
formular

7.4.2 Entlastung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson

Droht eine Pflegesituation aufgrund aktueller Überlastungen der Betroffenen zu entgleisen, können hier Vorschläge zu einer kurz- oder mittelfristigen Entlastung gemacht werden.

Gutachten-
formular

7.4.3 Beratung in Bezug auf Antragsteller/Pflegeperson

Ist während des Besuchs ein Unkenntnis in Bezug auf pflegeerleichternde Maßnahmen und in Bezug auf die Ausführung von Pflegemaßnahmen erkennbar, soll der Gutachter an dieser Stelle des Gutachtens der Pflegekasse entsprechende Hinweise geben und diese Maßnahmen vor Ort beratend einbringen.

Gutachten-
formular

7.4.4 Vorschläge zur Versorgung in der stationären Pflegeeinrichtung

Die Begutachtung hat die individuelle pflegerische "Ist-Situation" mit allgemeinen Standards pflegerischer Praxis abzugleichen. Dabei ist von aktivierender Pflege auszugehen.

Empfehlungen zur Veränderung der pflegerischen Situation des Antragstellers können sich sowohl auf organisatorische (z. B. Gestaltung des Tagesablaufes, Essenszeiten, Weckzeiten), räumliche (z. B. Anordnung des Bettes und der Möbel im Zimmer) und inhaltliche (z. B. Prinzip der aktivierenden Pflege) Aspekte beziehen als auch auf den Bereich der "allgemeinen Pflegeleistungen" bezüglich einzelner pflegerischer Verrichtungen, aber auch auf bestimmte Personengruppen (z. B. Altersverwirrte, Hemiplegiker, Inkontinente).

Diese Empfehlungen sollten dem räumlichen und organisatorischen Gesamtverbund, in dem die Pflege des Antragstellers stattfindet, Rechnung tragen. Sie haben auch die individuellen Wünsche des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Gutachten-
formular

7.5 Mögliche kurative Defizite

An dieser Stelle sind offensichtliche therapeutische Unterversorgungen aufzuzeigen. Ggf. ist mit Einwilligung des Antragstellers, Bevollmächtigten oder Betreuers Kontakt zum Hausarzt oder zu anderen Therapeuten aufzunehmen. Ist z. B. bei einem Parkinsonkranken mit erheblicher Symptomatik keinerlei medikamentöse Therapie vorgenommen worden, sollte ein Therapieversuch mittels der üblichen Medikation bzw. anderer Maßnahmen initiiert werden.

Ist nach gutachterlicher Würdigung ein Hilfebedarf im Sinne des SGB XI aufgrund dieser kurativen Defizite (mit)verursacht, ist in einem angemessenen Zeitraum eine Nachbegutachtung erforderlich. Die Pflegestufe ist nach dem aktuellen und individuellen Hilfebedarf festzustellen.

Bei fehlender Bereitschaft des Antragstellers zur Mitwirkung ist auf die Mitwirkungspflicht hinzuweisen und beratend auf die notwendige Therapie hinzuwirken; allerdings ist bei Verweigerung der Medikamenteneinnahme oder sonstiger therapeutischer Maßnahmen wegen Nebenwirkungen die Zumutbarkeit zu berücksichtigen und mit Einwilligung des Antragstellers, Bevollmächtigten oder Betreuers mit dem behandelnden Arzt Rücksprache zu nehmen. Auch hier ist nach dem aktuellen Hilfebedarf einzustufen.

Gutachten-
formular

8. Zusätzliche Empfehlungen / Bemerkungen

Reichen die im Gutachtenformular vorgesehenen Zeilen zur Beschreibung von Zuständen u. a. dem Umfang nach nicht aus, so können unter diesem Punkt mit entsprechenden Verweisungen Ergänzungen vorgenommen werden. Außerdem können auch bei durchgeführter Sachleistung eventuell vorgefundene Defizite der professionellen Fachpflege vermerkt werden.

Gutachten-
formular

9. Empfehlung zum Termin der Wiederholungsbegutachtung

Der hier anzugebende Termin der Wiederholungsbegutachtung muss im inneren Bezug zur im Pkt. 6.2 im Gutachten angegebenen Prognose stehen.

Die Begutachtung des Pflegebedürftigen ist in angemessenen Abständen zu wiederholen. Diese richten sich neben der Prognose auch nach zu erwartenden Veränderungen in der Pflege- und Betreuungssituation. Ebenfalls sind die Empfehlungen im Gutachten zu Maßnahmen der Rehabilitation sowie zur Art und zum Umfang der Pflegeleistung zu berücksichtigen.

sichtigen. Auch bei Kindern sind solche Nachbegutachtungen sinnvoll. Nach diesen Kriterien ist der Zeitpunkt einer Wiederholungsbegutachtung abhängig vom Einzelfall zu empfehlen.

Gutachten-
formular

10. Beteiligte Gutachter

Die im gutachterlichen Verfahren beteiligten Ärzte, Pflegefachkräfte und ggf. andere Fachkräfte sind hier zu benennen, um die gutachterliche Verantwortung für die Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bzw. Feststellung der Pflegestufe aufzuzeigen.

E Qualitätssicherungsverfahren

Mit dem Ziel, bis zum Inkrafttreten eigenständiger am aktuellen Erkenntnisstand des Qualitätsmanagements auszurichtender Richtlinien nach § 53 a Nr. 4 SGB XI eine einheitliche Begutachtungspraxis der Medizinischen Dienste / Sonderdienste gemäß dieser Begutachtungs-Richtlinien zu gewährleisten, sind in den Medizinischen Diensten / Sonderdiensten interne Qualitätssicherungsmaßnahmen durchzuführen. Zur Begleitung dieser Qualitätssicherungsmaßnahmen wird sowohl innerhalb der Medizinischen Dienste / Sonderdienste als auch MDK-übergreifend ein abgestimmtes Prüfverfahren der Qualitätssicherung eingeführt. MDK-interne und MDK-übergreifende Qualitätssicherung werden nach gleichen Prüfkriterien durchgeführt und durch ein abgestimmtes Konzept miteinander verknüpft. Der Schwerpunkt des Prüfansatzes liegt auf der MDK-internen Qualitätssicherung, deren einheitliche Umsetzung durch eine ergänzende MDK-übergreifende Qualitätssicherung überprüft wird.

MDK-interne Qualitätsprüfung

Für die MDK-interne Qualitätssicherung ist in jedem MDK eine Arbeitsgruppe zu bilden, die sich aus in der Begutachtung besonders qualifizierten Ärzten und Pflegefachkräften zusammensetzt.

Aufgaben der MDK-internen Qualitätsprüfung:

- Vierteljährliche Qualitätsprüfung von 1 % aller erstellten Pflegebedürftigkeits-Gutachten, mindestens aber 50 Gutachten*, aus dem ambulanten und stationären Bereich.
- Vierteljährliche Übermittlung eines Berichtes an die Arbeitsgruppe auf Bundesebene über die MDK-interne Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung.
- Vierteljährliche Übermittlung von 30 (15*) Gutachten an die MDK-übergreifende Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung Pflegebedürftigkeit", wechselweise aus dem ambulanten oder stationären Bereich. Im ersten und dritten Quartal sind Gutachten aus dem ambulanten, im zweiten und vierten Quartal Gutachten aus dem stationären Bereich weiterzuleiten.¹ Dabei handelt es sich um Gutachten, die die MDK-interne Qualitätssicherung durchlaufen. Das Ergebnis der MDK-internen Qualitätsprüfung der einzelnen Gutachten ist der Arbeitsgruppe auf Bundesebene zuzuleiten.

MDK-übergreifende Qualitätsprüfung

Auf der Bundesebene wird eine Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung Pflegebedürftigkeit" unter der Leitung des MDS eingerichtet, die sich aus Leitern der entsprechenden Arbeitsgruppen aus den MDK, Vertretern des MDS und der Spitzenverbände der Pflegekassen zusammensetzt.

* MDK Bremen, Hamburg, Saarland

¹ Protokollnotiz 1:

Im Jahre 1997 werden insgesamt 60 (30*) amb. und 60 (30*) stat. Pflegegutachten in die MDK-übergreifende Qualitätssicherung einbezogen. Durch diese Festlegung wird auch im Jahre 1997 eine auf Jahresbasis vollständige MDK-übergreifende Qualitätsprüfung sichergestellt. Im Jahre 1997 werden in zwei Prüfverfahren jeweils 30 (15*) amb. und 30 (15*) stat. Pflegegutachten aus jedem MDK in die MDK-übergreifende Qualitätssicherung einbezogen, mit dem Ergebnis, dass für die Startphase eine höhere Prüfungsdichte erreicht wird.

Aufgaben der MDK-übergreifenden Arbeitsgruppe:

- Festlegung von inhaltlichen Schwerpunkten und einheitlichen Prüfkriterien für die interne und MDK-übergreifende bundesweite Qualitätsprüfung der Pflegebegutachtung bis 31. März 1997. Diese sind für alle Beteiligten verbindlich.
- Festlegung einer einheitlichen Methodik zur Auswahl der zu prüfenden Pflegegutachten sowohl MDK-intern als auch MDK-übergreifend bis 31. März 1997. Diese ist für alle Beteiligten verbindlich.
- Auswertung der vierteljährlich an die Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung Pflegebedürftigkeit" zu erstattenden Berichte der internen Qualitätssicherung der einzelnen MDK.
- Halbjährliche Prüfung der von den einzelnen MDK der Arbeitsgruppe "Qualitätssicherung Pflegebedürftigkeit" vierteljährlich übermittelten Pflegegutachten und Erstellung eines Berichts über das Ergebnis dieser Prüfung.^{2,2}

Über die durchgeführten internen und MDK-übergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen wird von der bundesweiten Arbeitsgruppe ein zusammenfassender Jahresbericht abgegeben. Dieser ist bis Ende Februar des Folgejahres zu erstatten.

Konzeption für die Fortbildung

Die MDK-Gemeinschaft legt unter Leitung des MDS in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen bis zum 31.03.1997 eine Fortbildungskonzeption (Multiplikatoren-Seminare) vor.

In dieser sind Ziele, Qualifikation der Lehrenden, Verfahrensweise, Inhalte und Praxisbezüge (z. B. anhand typischer Fallbeispiele) festgelegt. Hierbei sollen insbesondere geriatrische, gerontopsychiatrische sowie pädiatrische Aspekte berücksichtigt werden.

² Protokollnotiz 2:

Im Jahre 1997 werden zwei bundesweite Prüfverfahren durchgeführt. Die Festlegung der Prüftermine erfolgt in Abhängigkeit vom Inkrafttreten der Begutachtungs-Richtlinien.

³Protokollnotiz 3:

Für das Jahr 1998 ist vom MDS/Lenkungsgremium und den Spitzenverbänden der Pflegekassen unter Beteiligung des BMA anhand der Begutachtungsergebnisse des vierten Quartals 1997 gemeinsam festzulegen, ob zusätzlich zu den zwei vorgeschriebenen bundesweiten Qualitätsprüfungsverfahren ein drittes Prüfverfahren durchgeführt wird. Hierfür ist statt des vorgesehenen halbjährlichen ein viermonatiger Rhythmus festzulegen.

F Anhang

Der Anhang ist Bestandteil der Begutachtungs-Richtlinien.

Anhang 1

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 Versicherten maßgeblich. Insofern können und sollen die Zeitkorridore 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 Zeitkorridore enthalten keine verbindlichen Vorgaben. Sie haben nur Leitfunktion.
2. Die Zeitkorridore entbinden den Gutachter nicht davon, in jedem Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege des Versicherten 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 Zeitkorridore enthalten keine Vorgaben für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen und lassen keine Rückschlüsse hierauf zu. Sie haben Bedeutung nur für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung. 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 der Pflegeversicherung hinaus geht.

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.

Die Höhe des Zeitaufwandes für die geleisteten Hilfen kann unabhängig von den o. a. Hilfeformen 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. **Bei der Festlegung der Zeitkorridore wurde von einer vollständigen Übernahme der Verrichtungen durch eine Laienpflegekraft ausgegangen.** Liegt ein bei der Begutachtung des Einzelfalles festgestellter Zeitaufwand für eine Verrichtung der Grundpflege innerhalb des dafür maßgeblichen Zeitkorridors, bedarf diese Feststellung keiner Begründung im Einzelnen. Es reicht aus, wenn der Gutachter bei der abschließenden Bewertung des Hilfebedarfs (Pkt. 5) die Gründe für seine Feststellung zusammenfassend beschreibt. Dabei würdigt er insbesondere

- andere Hilfsformen als die vollständige Übernahme,
- die in dem jeweiligen Einzelfall vorhandenen allgemeinen und besonderen Erschwernis- und Erleichterungsfaktoren.

So weit sich im Rahmen der Begutachtungen Abweichungen von den Zeitkorridoren 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 krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen untrennbar Bestandteil der Hilfe für die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder sie zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen,
- welche Formen der Hilfe geleistet werden (Unterstützung bzw. teilweise oder vollständige Übernahme, Beaufsichtigung und Anleitung),
- wie hoch der Zeitaufwand für die einzelnen Hilfeleistungen ist,
- in welchem Umfang ggf. aktivierend gepflegt wird.

Die maßgebliche Bedeutung der individuellen Pflegesituation bleibt auch bei der Einführung von Zeitkorridoren uneingeschränkt erhalten. Die Besonderheiten des jeweils zu begutachtenden Einzelfalles müssen herausgearbeitet und dokumentiert werden, damit die Individualität der Pflegesituation für die Qualitätssicherung der Begutachtung selbst, für die Bescheidung des Versichertenantrages und eine eventuelle gerichtliche Überprüfung deutlich werden. Hierzu ist die Anlage zum Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Anhang 2) zu verwenden.

Für den Personenkreis der psychisch Kranken und der geistig Behinderten kommen vorrangig die Hilfeleistungen Beaufsichtigung und Anleitung zur Anwendung, die bei der Festlegung der Zeitkorridore nicht zugrunde gelegt worden sind. Abweichungen von den Zeitkorridoren, hin zu einem höheren Zeitaufwand für die Beaufsichtigung und Anleitung sind zu erwarten und müssen entsprechend begründet werden (siehe 6. "Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfes bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/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 Hilfebedarf ist für jede Verrichtung der Grundpflege stets in vollen Minutenwerten anzugeben.

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.

Erschwernis- und erleichternde Faktoren

a) Allgemeine Erschwernis- und erleichternde Faktoren

Allgemeine Erschwernis- und/oder erleichternde Faktoren haben auf den überwiegenden Teil der Verrichtungen/Unterverrichtungen Einfluss. Die nachfolgend **beispielhaft** aufgeführten Faktoren können die Durchführung der Pflege bei der Mehrzahl der gesetzlich definierten Verrichtungen erschweren bzw. verlängern:

- Körpergewicht über 80 kg
- Kontrakturen / Einsteifung großer Gelenke
- hochgradige Spastik
- Hemiplegien oder Paraparesen
- einschießende unkontrollierte Bewegungen
- Fehlstellungen der Extremitäten
- eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Ödemen
- Abwehrverhalten mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen / psychischen Erkrankungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- starke therapieresistente Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
- zeitaufwendiger Hilfsmiteinsatz (z. B. bei fahrbaren Liftern / Decken-, Wand-Liftern)

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

- Körpergewicht unter 40 kg
- pflegeerleichternde räumliche Verhältnisse
- Hilfsmiteinsatz

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

b) Spezielle Erschwernis- und erleichternde Faktoren

Spezielle Erschwernis- und/oder erleichternde Faktoren haben auf einzelne Verrichtungen Einfluss. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind dann als spezielle Erschwernisfaktoren zu werten und zu dokumentieren, wenn sie 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
- zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen
- und bei den einzelnen Verrichtungen konkret genannt sind.

Dies gilt ungeachtet ihrer evtl. Zuordnung zur Behandlungspflege nach § 37 SGB V.

Ausgangspunkt für die Bewertung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Krankheits-

spezifische 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 krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerisfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen.

Der Zeitaufwand für die Grundpflege und die krankheitsspezifische(n) Pflegemaßnahme(n) ist als Summenwert für die jeweilige(n) Verrichtung(en) darzustellen. Die Notwendigkeit der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahme(n) muss im Erläuterungstext begründet und die Art der Maßnahme(n) beschrieben werden.

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

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

5.1 Körperpflege

Die Hautpflege ist als integraler Bestandteil der Körperpflege bei den jeweiligen Zeitorientierungswerten berücksichtigt. 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. Alleiniges 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.
- ⇒ Teilwäsche Oberkörper: (OK): 8 bis 10 Min.
- ⇒ Teilwäsche Unterkörper: (UK): 12 bis 15 Min.
- ⇒ Teilwäsche Hände/Gesicht: (H/G): 1 bis 2 Min.

Die Durchführung einer Intimhygiene zum Beispiel nach dem Toilettengang ist im Rahmen der Blasen- und Darmentleerung entsprechend zu berücksichtigen und anzuführen.

2. Duschen

- ⇒ Duschen: 15 bis 20 Min.

Hilfestellung beim Betreten der Duschtasse, bzw. beim Umsetzen des Pflegebedürftigen zum Beispiel auf einen Duschstuhl, ist im Bereich der Mobilität "Stehen" zu berücksichtigen.

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

4. Zahnpflege

- ⇒ Zahnpflege: 5 Min.

So weit 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 Pflegebedürftige die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter "Gehen" im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten.

Spezielle pflegeerschwerende Faktoren: massive chronische Diarrhö, Erforderlichkeit der mechanischen Harnlösung oder der digitalen Enddarmreinigung.

⇒ Wasserlassen (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes): 2 bis 3 Min.

⇒ Stuhlgang (Intimhygiene, Reinigen der Toilette bzw. des Umfeldes): 3 bis 6 Min.

⇒ Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Min.

⇒ Wechseln von Windeln (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 eines Toilettentrainings erforderliche Windelwechsel ist von seinem zeitlichen Aufwand her in der Regel sehr viel geringer ausgeprägt als ein üblicher Windelwechsel, dem eine unkontrollierte und unregelmäßige Harnblasen- und Darmreinigung zugrunde liegt.

⇒ Wechseln/Entleeren des Urinbeutels: 2 bis 3 Min.

⇒ Wechseln/Entleeren des Stomabeutels: 3 bis 4 Min.

5.2 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 Bereitstellen eines Getränkes): je 2 bis 3 Min.

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

9. Aufnahme der Nahrung

Spezielle pflegeerschwerende Faktoren: Schluckstörungen / Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen.

⇒ 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.

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

Gutachten-
formular

5.3 Mobilität

10. Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen

Umlagern

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als integraler Bestandteil der Grundpflege betrachtet und entsprechend berücksichtigt. Dabei wird so verfahren, dass ein alleiniges Umlagern (ohne Zusammenhang mit den Verrichtungen der Grundpflege) der Verrichtung "Aufstehen/Zubettgehen" zugeordnet und entsprechend dort im Formulargutachten dokumentiert wird. Fällt das Umlagern in Verbindung mit den Verrichtungen an, so erfolgt die Zuordnung und Dokumentation sowie die zeitliche Berücksichtigung bei der jeweiligen Verrichtung.

Der Transfer auf einen Rollstuhl/Toilettenstuhl ist nicht beim Aufstehen und Zubettgehen mit zu berücksichtigen, sondern beim Hilfebedarf des "Stehens".

Spezieller pflegeerschwerender Faktor: Dekubitus

⇒ 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, 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.

Spezieller pflegeerleichternder Faktor: Optimal behinderungsadaptierte Kleidung

⇒ 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 Pflegebedürftigen im Rahmen der gesetzlich definierten Verrichtungen zu bewältigen sind, nicht möglich.

Zur Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs vgl. Ziffer D 5.V/5.1 lfd. Nr. 12.

13. Stehen

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).

Zu werten im Bereich des "Stehens" sind jedoch notwendige Transfers, z. B. auf einen Rollstuhl und/oder einen Toilettenstuhl, in eine Badewanne oder Duschtasse.

- ⇒ 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. Ziffer D 5.V/5.1 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.

Zur Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs vgl. Ziffer D 5.V/5.1 lfd. Nr. 15.

Anlagen

Anlage 1

Gesetzliche Grundlagen

zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit

sowie zum Verfahren der Feststellung

Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit sowie zum Verfahren der Feststellung

§ 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 (§ 15) 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) 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 haben durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind, und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Im Rahmen dieser Prüfungen hat der Medizinische Dienst auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich 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 hat den Versicherten in seinem Wohnbereich zu untersuchen. Erteilt der Versicherte dazu nicht sein Einverständnis, kann die Pflegekasse die beantragten Leistungen verweigern. Die §§ 65, 66 des Ersten Buches 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) Der Medizinische Dienst soll, so weit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte des Versicherten, 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.

(4) Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem Medizinischen Dienst die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. § 276 Abs. 1 Satz 2 und 3 des Fünften Buches gilt entsprechend.

(5) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Maßnahmen zur Rehabilitation, Art und Umfang von Pflegeleistungen sowie einen individuellen Pflegeplan zu empfehlen. Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

(6) Die Aufgaben des Medizinischen Dienstes werden durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. 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.

Anlage 2

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen

über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit

und der Pflegestufen

sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07.11.1994,

geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001

Richtlinien

der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

**(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07.11.1994¹
geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995²
und vom 22.08.2001³**

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Krankenkasse,
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen,
die Bundesknappschaft,
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. und
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V.

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der Behinderten, 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 des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 07.11.1994 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 21.12.1995 und vom 22.08.2001 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Abgrenzung der Merkmale der Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufen sowie zum Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) beschlossen.

¹ Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi - vom 07.11.1994 hat das BMA mit Schreiben vom 10. Januar 1995 - Va 1-43 104-1 - gemäß § 17 Abs. 2 Satz 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

² Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 21.12.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 29. Dezember 1995 - Va 1-43 104-1 - die Genehmigung erteilt.

³ Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 22.08.2001 hat das BMG mit Schreiben vom 26.09.2001 – 123-43 371 – und vom 13.11.2001 – 123-43 371/3 – die Genehmigung erteilt. Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.01.2002 Anwendung.

1. Allgemeines

Die Richtlinien bestimmen die Merkmale der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI) und die Pflegestufen (§ 15 SGB XI) sowie das Verfahren der Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18 SGB XI). Sie gelten unabhängig davon, ob im häuslichen oder stationären Bereich gepflegt werden soll. Regelmäßig ist die Begutachtung im häuslichen Bereich durchzuführen; dies schließt eine Untersuchung im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung im Rahmen der Begutachtung nicht aus. Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, gelten die Besonderheiten unter Ziffer 6.

Die Richtlinien sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§ 213 SGB V). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

Beziehungen der Pflegekassen zu den Leistungserbringern, insbesondere hinsichtlich der Qualität der zu erbringenden Leistungen, des Personalbedarfs der Pflegeeinrichtungen und der Vergütung sind nicht Gegenstand dieser Richtlinien (vgl. Ziffer 4.1).

2. Ziele der Pflege

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch präventive, therapeutische, bzw. rehabilitative Maßnahmen und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist.

Die aktivierende Pflege soll gemeinsam mit den Rehabilitationsmaßnahmen 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 Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- dass geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

Pflegekasse, MDK, ambulante, teil- und vollstationäre Pflegeeinrichtungen sowie Pflegepersonen sind verpflichtet, geeignete Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele vorzuschlagen, zu veranlassen oder auszuführen.

3. Merkmale der Pflegebedürftigkeit

3.1 Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, 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 der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des zentralen Nervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

3.2 Pflegebedürftigkeit auf Dauer liegt vor, wenn sich die eingeschränkten oder nicht vorhandenen Fähigkeiten der hilfebedürftigen Person zur Ausübung der genannten Verrichtungen voraussichtlich innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Hilfebedürftigkeit im Sinne des § 14 SGB XI nicht (z. B. durch rehabilitative Maßnahmen) wiederherstellen lassen. Pflegebedürftigkeit auf Dauer ist auch gegeben, wenn der Hilfebedarf nur deshalb nicht über sechs Monate hinausgeht, weil die zu erwartende Lebensspanne voraussichtlich weniger als sechs Monate beträgt.

3.3 Die Pflegebedürftigkeit muss darauf beruhen, dass die Fähigkeit, bestimmte Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben, eingeschränkt oder nicht vorhanden ist. Maßstab der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit sind daher ausschließlich die Fähigkeiten zur Ausübung dieser Verrichtungen und nicht Art oder Schwere vorliegender Erkrankungen (wie z. B. Krebs oder Aids) oder Schädigungen (wie z. B. Taubheit, Blindheit, Lähmung). Entscheidungen in einem anderen Sozialleistungsbereich über das Vorliegen einer Behinderung (z. B. GdB) oder die Gewährung einer Rente haben keine bindende Wirkung für die Pflegekasse und sagen auch nichts aus über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit ist auch dann gegeben, wenn der Pflegebedürftige die Verrichtung zwar motorisch ausüben, jedoch deren Notwendigkeit nicht erkennen oder nicht in sinnvolles zweckgerichtetes Handeln umsetzen kann (z. B. bei Antriebs- und Gedächtnisstörungen, verminderter Orientierung in der Wohnung oder Umgebung, bei Verwechseln oder Nichterkennen vertrauter Personen oder Gegenständen sowie bei Störungen der emotionalen Kontrolle).

3.4 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens; dies gilt gleichermaßen für körperlich und psychisch Kranke sowie körperlich und geistig Behinderte. Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der individuelle Hilfebedarf bei den im Gesetz abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Ver-

richtungen im Ablauf des täglichen Lebens, orientiert an der tatsächlichen Hilfeleistung im Rahmen des medizinisch und pflegerisch Notwendigen.

3.4.1 Verrichtungen in diesem Sinne sind

- **im Bereich der Körperpflege**
 1. das Waschen,
 2. das Duschen,
 3. das Baden,
 4. die Zahnpflege,
 5. das Kämmen,
 6. das Rasieren,
 7. die Darm- oder Blasenentleerung

- **im Bereich der Ernährung**
 8. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung,
 9. die Aufnahme der Nahrung

- **im Bereich der Mobilität**
 10. Aufstehen und Zu-Bett-Gehen,
 11. An- und Auskleiden,
 12. Gehen,
 13. Stehen,
 14. Treppensteigen,
 15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

- **im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung**
 16. das Einkaufen,
 17. das Kochen,
 18. das Reinigen der Wohnung,
 19. das Spülen,
 20. das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,
 21. das Beheizen.

Die Verrichtungen Waschen, Duschen oder Baden umfassen auch das Haarewaschen einschließlich der Haartrocknung. Das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

3.4.2 Die Vor- und Nachbereitung zu den Verrichtungen sind Bestandteil der Hilfen im Sinne der Pflegeversicherung.

Die Hautpflege ist integraler Bestandteil der Körperpflege.

Die Zahnpflege (Ifd. Nr. 4) umfasst auch die Reinigung von Zahnersatz und die Mundpflege.

Zur Darm- und Blasenentleerung (Ifd. Nr. 7) gehören die Kontrolle des Wasserlassens und Stuhlgangs sowie die Reinigung und Versorgung von künstlich geschaffenen Ausgängen.

Zur mundgerechten Zubereitung und zur Aufnahme der Nahrung (Ifd. Nr. 8 und 9) gehören alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester oder flüssiger Nahrung ermöglichen, wie z. B.

- portions- und temperaturgerechte Vorgabe,
- Umgang mit Besteck.

Zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme. Notwendige Aufforderungen zur vollständigen Aufnahme der Nahrung in fester und flüssiger Form (Essen und Trinken) sind beim Hilfebedarf zu berücksichtigen, wenn der Pflegebedürftige aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist.

Das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen (Ifd. Nr. 10) umfasst auch die eigenständige Entscheidung, zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen.

Das Umlagern ist Grundpflege. Alleiniges Umlagern (ohne Zusammenhang mit anderen Verrichtungen der Grundpflege) wird der Verrichtung Aufstehen und Zu-Bett-Gehen zugeordnet.

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen (Ifd. Nrn. 12, 13, 14) innerhalb der Wohnung ist nur im Zusammenhang mit den gesetzlich definierten Verrichtungen der Grundpflege zu werten. Zum Stehen zählen auch notwendige Transfers. Das Gehen, Stehen oder Treppensteigen im Zusammenhang mit der hauswirtschaftlichen Versorgung wird bei der Hauswirtschaft berücksichtigt.

Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Ifd. Nr. 15) sind nur solche Maßnahmen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, die unmittelbar für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause notwendig sind und regelmäßig und auf Dauer anfallen und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Bei den anzuerkennenden Maßnahmen ist das Gehen, Stehen und Treppensteigen außerhalb der Wohnung zu berücksichtigen, sofern es den oben genannten Zielen dient. Weiterer Hilfebedarf, z. B. die Begleitung zur Bushaltestelle auf dem Weg zu Behindertenwerkstätten, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

Das Einkaufen (Ifd. Nr. 16) umfasst z. B. auch

- den Überblick, welche Lebensmittel wo eingekauft werden müssen,
- Kenntnis des Wertes von Geldmünzen und Banknoten,
- Kenntnis der Genieß- bzw. Haltbarkeit von Lebensmitteln.

Das Kochen (Ifd. Nr. 17) umfasst die gesamte Zubereitung der Nahrung, wie Aufstellen eines Speiseplans (z. B. Zusammenstellung der Diätahrung sowie Berücksichtigung einer konkreten Kalorienzufuhr) für die richtige Ernährung unter Berücksichtigung von Alter und Lebensumständen.

Das Reinigen der Wohnung (Ifd. Nr. 18) beschränkt sich auf den allgemein üblichen Lebensbereich.

Der Begriff Waschen der Wäsche und Kleidung (Ifd. Nr. 20) umfasst die gesamte Pflege der Wäsche und Kleidung (z. B. Bügeln, Ausbessern).

Das Beheizen (Ifd. Nr. 21) umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

3.5 Die Hilfe muss in Form

- der Unterstützung bei den pflegerelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- der teilweisen oder vollständigen Übernahme dieser Verrichtungen,
- der Beaufsichtigung der Ausführung dieser Verrichtungen oder der Anleitung zur Selbstvornahme

durch die Pflegeperson erforderlich sein. Ziel der Hilfe ist so weit wie möglich die eigenständige Übernahme der Verrichtungen durch die pflegebedürftige Person. Bei der Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das häusliche und soziale Umfeld des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht deshalb verneint werden, weil sich der Pflegebedürftige tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

3.5.1 Unterstützung bedeutet, noch vorhandene Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern sowie dem Pflegebedürftigen zu helfen, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Dazu gehört auch die Unterstützung bei der richtigen Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel.

3.5.2 Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die teilweise Übernahme sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen selbst ausführt, die der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann. Auch die vollständige Übernahme sollte im Sinne der aktivierenden Pflege erbracht werden.

3.5.3 Die Hilfeformen der Anleitung und Beaufsichtigung kommen insbesondere bei geistig behinderten, psychisch kranken und geronto-psychiatrisch veränderten Menschen in Betracht. Es ist nur der Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung zu berücksichtigen, der bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlich ist. Anleitung bedeutet, dass die Pflegeperson bei einer konkreten Verrichtung den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder den ganzen Handlungsablauf anregen, lenken oder demonstrieren muss. Bei der Beaufsichtigung steht zum einen die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtungen im Vordergrund, zum anderen die Kontrolle darüber, ob die

betreffenden Verrichtungen in der erforderlichen Art und Weise durchgeführt werden. 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 Pflegebedürftigen 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 abzubauen.

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig Behinderten) zur Vermeidung einer möglichen Selbst- oder Fremdgefährdung ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen.

3.5.4 Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

- Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation,
- Maßnahmen zur Durchführung der beruflichen und sozialen (gesellschaftlichen) Eingliederung,
- Maßnahmen zur Förderung der Kommunikation.

Ebenfalls nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören Maßnahmen der Krankenbehandlung und Maßnahmen der Behandlungspflege mit Ausnahme der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Als 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
- zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

Dies gilt ungeachtet ihrer eventuellen Zuordnung zur Behandlungspflege nach § 37 SGB V.

Ausgangspunkt für die Bewertung krankheitsspezifischer Pflegemaßnahmen ist der Hilfebedarf bei der jeweiligen Verrichtung der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. 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 krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen im Sinne eines Erschwerungsfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen.

4. Abgrenzung der Pflegestufen

4.1 Kriterien für die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen sind neben den genannten Voraussetzungen die Häufigkeit des Hilfebedarfs, ein zeitlicher Mindestaufwand sowie die Zuordnung der Verrichtungen im Tagesablauf. Geringfügiger oder nur kurzzeitig anfallender Hilfebedarf führt nicht zur Anerkennung einer Pflegestufe. Dies gilt auch, wenn Hilfebedürftigkeit nur bei der hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Die Festlegung des zeitlichen Mindestpflegeaufwandes in den einzelnen Pflegestufen bedeutet keine Vorgabe für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- und vollstationären Pflegeeinrichtungen und lässt keine Rückschlüsse hierauf zu.

4.1.1 Pflegestufe I - Erhebliche Pflegebedürftigkeit

Erhebliche Pflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens einmal täglich erforderlichen Hilfebedarf bei mindestens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen müssen.

4.1.2 Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit

Schwerpflegebedürftigkeit liegt vor bei einem mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten erforderlichen Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität. Zusätzlich muss mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt werden.

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen müssen.

4.1.3 Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, dass der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr).

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit

erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen müssen.

4.2 Pflegebedürftige Kinder sind 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 Folge einer angeborenen Erkrankung, einer intensivmedizinischen 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.

4.3 Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. des § 43 Abs. 3 SGB XI vorliegen, gelten die Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.

4.4 Wird vollstationäre Pflege beantragt, ist zusätzlich zu prüfen, ob häusliche oder teilstationäre Pflege z. B. aufgrund des Pflegeumfanges nicht möglich ist oder wegen der individuellen Lebenssituation nicht in Betracht kommt.

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung der Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- und 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.

Beantragt ein Schwerstpflegebedürftiger vollstationäre Pflege, wird die Erforderlichkeit von vollstationärer Pflege wegen Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang des Hilfebedarfs unterstellt.

4.5 Werden ausschließlich Leistungen nach § 43 a SGB XI in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe beantragt, in der die berufliche und soziale Eingliederung, die schulische Ausbildung oder die Erziehung Behinderter im Vordergrund des Einrichtungszweckes stehen, reicht die Feststellung, ob die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit (Pflegestufe I) erfüllt sind.

5. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

5.1 Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit 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. Die Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist in angemessenen Abständen zu überprüfen.

5.2 Die Pflegekasse veranlasst eine Prüfung durch den MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu übergibt die Pflegekasse nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem MDK den Antrag und so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen über Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, zur Heil- und Hilfsmittelversorgung, zum behandelnden Arzt und zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V des Versicherten.

5.3 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 – so weit diese für die Begutachtung erforderlich sind – bei den behandelnden Ärzten, den betreuenden Pflegepersonen und der betreuenden Pflegeeinrichtung zu erteilen.

Die Pflege- und Krankenkassen sowie die Leistungserbringer sind verpflichtet, dem MDK die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (§ 18 Abs. 4 SGB XI).

5.4 Der MDK bezieht die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, und die den Versicherten Pflegenden in erforderlichem Umfang in die Vorbereitungen der Begutachtung ein, um Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege (z. B. bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten evtl. vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf) einzuholen. Zusätzlich legen die Pflegeeinrichtungen die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (insbesondere die Pflegedokumentation) vor und erteilen die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte.

5.5 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 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.

In allen Phasen des gutachterlichen Verfahrens arbeiten die beteiligten Fachkräfte im Einzelfall eng zusammen.

5.6 Der Medizinische Dienst entscheidet im Einzelfall unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden Unterlagen und des Schwerpunktes der Begutachtung (Nr. 5.5), welche Gutachter den Besuch im häuslichen Umfeld und/oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung machen. 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. Die bei dem Besuch ermittelten Tatsachen sind so weit erforderlich von den an der Begutachtung beteiligten Gutachtern des Medizinischen Dienstes gemeinsam zu werten und im Gutachten einvernehmlich festzuhalten.

5.7 Der MDK prüft im Einzelfall im Rahmen eines angekündigten Besuchs,

- ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Rehabilitation oder andere Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind,
- ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe vorliegt.

Ist dies aufgrund eindeutiger Aktenlage festzustellen, kann eine Untersuchung des Antragstellers ausnahmsweise unterbleiben. Sind weitere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflege-/Hilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) notwendig, sind diese im Rahmen eines Besuchs zu treffen.

5.8 Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, wofür das im Anhang 4 der Begutachtungs-Richtlinien beigefügte Formular zu verwenden ist. In dem Gutachten ist differenziert zu folgenden Sachverhalten Stellung zu nehmen:

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
- Umfang der Pfl egetätigkeit (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflege, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

5.9 Darüber hinaus hat der MDK in einem Empfehlungsteil (individuellen Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen und im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfsmittel und technische Hilfen (§ 40 SGB XI),
- Vorschläge für Maßnahmen zur Rehabilitation,
- Vorschläge für Maßnahmen zur Prävention,
- Prognosen über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit,
- Aussagen über die sich im Einzelfall daraus ergebende Notwendigkeit und die Zeitabstände von Wiederholungsbegutachtungen

zu machen.

Beantragt der Pflegebedürftige Pflegegeld, hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.

5.10 Die Pflegekasse teilt dem Versicherten ihre Entscheidung über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und der Pflegestufe auf der Grundlage der Begutachtung des MDK schriftlich mit.

6. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege

6.1 Bei Versicherten, die Leistungen der vollstationären Pflege beantragt haben und deren Wohnung bereits aufgelöst ist, sind die Kriterien nach Ziffern 4.1.1 bis 4.1.3 Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dabei ist Maßstab für die Bemessung des zeitlichen Mindestaufwandes in den einzelnen Pflegestufen eine durchschnittliche häusliche Wohnsituation.

Die Begutachtung im vollstationären Bereich ist durch Gutachter durchzuführen, die bereits über ausreichende Erfahrungen im ambulanten Bereich verfügen.

6.2 Bei pflegebedürftigen Versicherten, die bereits vor dem 01.04.1996 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung lebten, wird die Notwendigkeit der vollstationären Pflege unterstellt.

7. Widerspruchsverfahren

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der MDK den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens. Aufgrund dieser Unterlagen haben zunächst die Erstgutachter zu beurteilen, ob sie aufgrund neuer Aspekte zu einem anderen Ergebnis als im Erstgutachten kommen.

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die Zweitbegutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, dass in dem Erstgutachten die Pflegesituation ausreichend dargestellt wurde. Dies ist im Zweitgutachten unter Würdigung des Widerspruchs detailliert zu begründen. Bei der Zweitbegutachtung ist die zwischenzeitliche Entwicklung zu würdigen, der Zeitpunkt eventueller Änderungen der Pflegesituation gegenüber dem Erstgutachten zu benennen und gegebenenfalls auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen Behinderter oder psychisch Kranker kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Behindertenhilfe oder der Psychiatrie, zu beteiligen.

Das Ergebnis ist der Pflegekasse mitzuteilen.

8. Wiederholungsbegutachtung

- 8.1** Die Begutachtung des Pflegebedürftigen ist in angemessenen Abständen zu wiederholen. Die Pflegekasse veranlasst eine erneute Begutachtung in Anlehnung an die Empfehlung des MDK, es sei denn, der Pflegekasse wird eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation bekannt. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar.
- 8.2** Beantragt der Pflegebedürftige eine Höherstufung bei bereits vorliegender Anerkennung der Pflegebedürftigkeit, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag.
- 8.3** So weit die Pflegekasse, z. B. aufgrund des Pflegeeinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Hinweise erhält, dass die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK in Betracht.

Anlage 3

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Mental State Examination (MMSE)**I. Orientierung**

	PUNKTE
1. Datum	1 / 0
2. Jahr	1 / 0
3. Jahreszeit	1 / 0
4. Wochentag	1 / 0
5. Monat	1 / 0
6. Bundesland	1 / 0
7. Landkreis/Stadt	1 / 0
8. Stadt/Stadtteil	1 / 0
9. Krankenhaus	1 / 0
10. Station/Stockwerk	1 / 0

II. Merkfähigkeit

11. Apfel	1 / 0
12. Pfennig	1 / 0
13. Tisch	1 / 0

III. Aufmerksamkeit und Rechenfertigkeit

14. < 93 >	1 / 0
15. < 86 >	1 / 0
16. < 79 >	1 / 0
17. < 72 >	1 / 0
18. < 65 >	1 / 0
19. alternativ: "STUHL" rückwärts buchstabieren LHUTS	5/4/3/2/1/0

IV. Erinnerungsfähigkeit

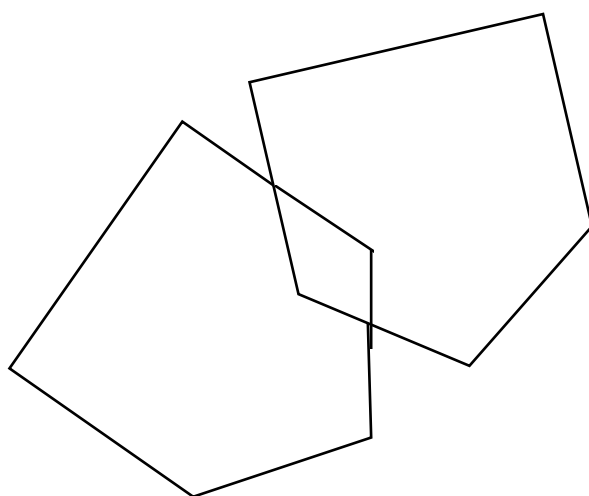
20. Apfel	1 / 0
21. Pfennig	1 / 0
22. Tisch	1 / 0

V. Sprache

23. Armbanduhr benennen	1 / 0
24. Bleistift benennen	1 / 0
25. Nachsprechen des Satzes "kein wenn und oder aber" (max. 3 Wdh.)	1 / 0
26. Kommandos befolgen:	
- Nehmen Sie bitte das Papier in die Hand	1 / 0
- Falten Sie es in der Mitte	1 / 0
- Lassen Sie es auf den Boden fallen	1 / 0
27. Schriftliche Anweisungen befolgen "AUGEN ZU"	1 / 0
28. Schreiben Sie bitte irgendeinen Satz	1 / 0
29. Fünfecke nachzeichnen	1 / 0

SUMME: _____

AUGEN ZU



Anleitung zur Durchführung der Mini-Mental State Examination

(1-5)

Zuerst nach dem Datum fragen, dann gezielt nach den noch fehlenden Punkten (z. B. "Können Sie mir auch sagen, welche Jahreszeit jetzt ist?").

(6-10)

Zuerst nach dem Namen der Klinik fragen, dann nach Station/Stockwerk, Stadt/Stadtteil usw. fragen. In Großstädten sollte nicht nach Stadt und Landkreis, sondern nach Stadt und Stadtteil gefragt werden. Gefragt wird in jedem Fall nach dem aktuellen Aufenthaltsort und nicht nach dem Wohnort.

(11-13)

Der Untersuchte muss zuerst gefragt werden, ob er mit einem kleinen Gedächtnistest einverstanden ist. Er wird darauf hingewiesen, dass er sich 3 Begriffe merken soll. Die Begriffe langsam und deutlich - im Abstand von jeweils ca. 1. Sekunde - nennen. Direkt danach die 3 Begriffe wiederholen lassen, der erste Versuch bestimmt die Punktzahl. Ggf. wiederholen, bis der Untersuchte alle 3 Begriffe gelernt hat. Die Anzahl der notwendigen Versuche zählen und notieren (max. 6 Versuche zulässig). Wenn nicht alle 3 Begriffe gelernt wurden, kann der Gedächtnistest nicht durchgeführt werden.

(14-18)

Beginnend bei 100 muss fünfmal jeweils 7 subtrahiert werden. Jeden einzelnen Rechenschritt unabhängig vom vorangehenden bewerten, damit ein Fehler nicht mehrfach bestraft wird. Alternativ (z. B. wenn der Untersuchte nicht rechnen kann oder will) kann in Ausnahmefällen das Wort "STUHL" rückwärts buchstabiert werden. Das Wort sollte zunächst vorwärts buchstabiert und wenn nötig korrigiert werden. Die Punktzahl ergibt sich dann aus der Anzahl der Buchstaben, die in der richtigen Reihenfolge genannt werden (z. B. "LHTUS" = 3 Punkte).

(19-21)

Der Untersuchte muss die 3 Begriffe nennen, die er sich merken sollte.

(22-23)

Eine Uhr und ein Stift werden gezeigt, der Untersuchte muss diese richtig benennen.

(24)

Der Satz muss unmittelbar nachgesprochen werden, nur 1 Versuch ist erlaubt. Es ist nicht zulässig, die Redewendung "Kein wenn und aber" zu benutzen.

(25-27)

Der Untersuchte erhält ein Blatt Papier, der dreistufige Befehl wird nur einmal erteilt. 1 Punkt für jeden Teil, der korrekt befolgt wird.

(28)

Die Buchstaben ("AUGEN ZU") müssen so groß sein, dass sie auch bei eingeschränktem Visus noch lesbar sind. 1 Punkt wird nur dann gegeben, wenn die Augen wirklich geschlossen sind.

(29)

Es darf kein Satz diktiert werden, die Ausführung muss spontan erfolgen. Der Satz muss Subjekt und Prädikat enthalten und sinnvoll sein. Korrekte Grammatik und Interpunktion ist nicht gefordert. Das Schreiben von Namen und Anschrift ist nicht ausreichend.

(30)

Auf einem Blatt Papier sind 2 sich überschneidende Fünfecke dargestellt, der Untersuchte soll diese so exakt wie möglich abzeichnen. Alle 10 Ecken müssen wiedergegeben sein und 2 davon sich überschneiden, nur dann wird 1 Punkt gegeben.

Anlage 4

Stichwortverzeichnis

—A—

Aktivitäten des täglichen Lebens 25; 26; 45; 58; 61

—B—

Begutachtung
 im Krankenhaus / in der Rehabilitationseinrichtung 12
 im Wohnbereich 11
 im Wohnbereich / häusliches Umfeld 12
 in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe 58
 in vollstationären Pflegeeinrichtungen 58
 Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte 45

—D—

Definitionen
 Pflegeeinrichtungen 17
 Pflegekräfte/Pflegefachkräfte 17
 Pflegepersonen 17
 Defizite
 in der professionellen Pflege 58
 kurative 16; 65
 in Bezug auf 46

—F—

Fähigkeiten in bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens 26; 45; 58; 61
 Formen der Hilfeleistung 33
 Anleitung 32; 33; 34; 38; 40; 41; 44; 72; 73
 Beaufsichtigung 32; 33; 34; 38; 40; 41; 72; 73
 Übernahme teilweise 33; 34; 35; 71
 Übernahme vollständige 33; 34; 35; 71
 Unterstützung 33; 34
 Funktionelle Einschränkungen 23

—H—

Härtefall/außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand 57
 Hilfebedarf
 ... und Aktivierende Pflege 38
 Abgrenzung des zu berücksichtigenden ... 32
 Art und Häufigkeit des jeweiligen ... 36
 Besonderheiten bei der Ermittlung des jeweiligen ... 37
 individueller ... 32
 nächtlicher ... 19
 Sedierung und nächtlicher ... 19
 zeitlicher Umfang des jeweiligen ... 36
 Hilfeleistung
 ausreichende ... 36
 nicht tägliche ... 37
 notwendige ... 36
 Überversorgung 32; 46
 Unterversorgung 32

—K—

Kinder
 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei ... 43
 Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen 36; 48; 49; 50; 51; 52; 70

—O—

Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung 36; 70

—P—

Pflege 13; 19; 46; 59
 ... nicht sichergestellt 38
 aktivierende ...
 Pflegebedürftigkeit 7; 8
 Pflegebedürftigkeits-Richtlinien 56; 112
 Stufen der ... 61
 versicherungsrechtlich wirksame Ursachen der ... 47
 Voraussetzungsebenen der ... 63
 Pflegehilfsmittel-/Hilfsmittelversorgung 32
 Pflegeperson 20
 Individualität der ... 15; 61
 Soziale Sicherung der ...en
 Pflegeplan 40
 individueller ...
 Psychische Erkrankungen und/oder geistige Behinderungen
 Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfes bei Personen mit ...

—R—

Rehabilitation 55; 62; 63

—S—

Sedierung und nächtlicher Hilfebedarf 19

—T—

Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes 64

—V—

Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten 14
 Höherstufung 14
 Widerspruch 14
 Wiederholungsbegutachtung 14
 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit 9; 114
 Verrichtungen 51; 113
 Ernährung 113
 gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende ... im Ablauf des täglichen Lebens
 hauswirtschaftliche Versorgung 54; 113
 Körperpflege 49; 113
 Mobilität 51; 113
 vollstationär 58
 Begutachtung in ...en Einrichtungen der Behindertenhilfe 58
 Besonderheiten bei ...er Pflege 59
 Erforderlichkeit der ...en Pflege