R i c h t l i n i e n

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 11.05.2006 [5 6 7]

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

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund der §§ 17, 53a SGB XI 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. Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund § 45a Abs. 2 SGB XI (siehe Punkt E) haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen am 22.03.2002, geändert durch Beschluss vom 11.05.2006, beschlossen.

---

[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 53a 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 Formulargutachten hat das BMG mit Schreiben vom 24.09.1999 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53a 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 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53a 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 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53a 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 53a 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 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53a SGB XI die Genehmigung bzw. Zustimmung erteilt.

[7] Den BRi in der Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 gemäß §§ 17 Abs. 2 SGB XI und 53a SGB XI die Genehmigung erteilt bzw. zugestimmt. Die BRi finden mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

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 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.

Inhaltsverzeichnis

A	**Allgemeines**	7
1.	SGB XI	7
2.	Pflegebedürftigkeits-Richtlinien	8
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	11
2.2.1	Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en	11
2.2.2	Ankündigung des Besuchs	11
2.2.3	Fehlende Einwilligung des Antragstellers	12
2.3	Der Besuch	12
2.4	Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz	12
2.5	Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung	14
2.6	Auswertung des Besuchs	14
2.7	Gutachtenabschluss	14
2.8	Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten zur Pflegebedürftigkeit	15
2.8.1	Höherstufung	15
2.8.2	Wiederholungsbegutachtung	15
2.8.3	Widerspruch	15
D	**Erläuterungen zum Gutachten zur Feststellung der Pflegedürftigkeit gemäß SGB XI**	16
01	Anforderungen an das Formulargutachten	16
02	Gliederung des Formulargutachtens	17
03	Definitionen	17
04	Angaben im Gutachten zum Antragsteller, zur Untersuchung und zur beantragten Leistung	18
1.	Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation	18
1.1	Ärztliche/medikamentöse Versorgung	18
1.2	Verordnete Heilmittel	19
1.3	Hilfsmittel/Nutzung	19
1.4	Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung	19
2.	Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde	20
2.1	Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation	20
2.2	Fremdbefunde	20
2.3	Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)	21

3. Gutachterlicher Befund 21
3.1 Allgemeinzustand/Befund 21
3.2 Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche 22
3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens 26
3.4 Pflegebegründende Diagnose(n) 29
3.5 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 29
4. Pflegebedürftigkeit 30
4.0 Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit 30
I. Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs 31
II. Formen der Hilfeleistung 32
III. Ermittlung des Hilfebedarfs 34
1. Grundsätze 34
2. Hilfebedarf auf Dauer 34
3. Ermittlung von Art und Häufigkeit des regelmäßigen Hilfebedarfs 35
4. Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regelmäßigen Hilfebedarfs 36
5. Besonderheiten bei der Ermittlung des Hilfebedarfs 37
6. Hilfebedarf und Aktivierende Pflege 37
7. Hilfebedarf bei Rehabilitationspotenzial, Prävention sowie beim Einsatz von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln 38
8. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen 38
a. Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (Demenzen und organische Psychosen) ICD-10 F 0 39
b. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Abhängigkeitserkrankungen) ICD-10 F 1 41
c. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (Schizophrene Psychosen) ICD-10 F 2 41
d. Affektive Störungen ICD-10 F 3 41
e. Intelligenzminderung (Geistige Behinderungen) ICD-10 F 7 41
f. Besonderheiten bei der Begutachtung 42
9. Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung 42
IV. Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte 46
V. Verrichtungen im Sinne des SGB XI 47
4.1 Körperpflege 49
4.2 Ernährung 51
4.3 Mobilität 52
4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung 56
4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf 56

5. Ergebnis 57

5.1 Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein? 57

5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor? 57

5.2.1 Stufen der Pflegebedürftigkeit 58

5.2.2 Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes nach § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. § 43 Abs. 3 SGB XI 59

5.2.3 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege 59

5.2.4 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 60

5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor? 60

5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? 60

5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich? 61

6. Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan 62

6.1 Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 63

Ziele der Rehabilitation 63

Indikationen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 64

Rehabilitationsbedürftigkeit 64

Rehabilitationsfähigkeit 64

Rehabilitationsprognose 65

6.2 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung 65

6.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld) 67

6.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation 68

7. Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse 68

8. Prognose/Wiederholungsbegutachtung 69

9. Beteiligte Gutachter 69

E Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz einschließlich 69

1. Besonderheiten zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren 76

F Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege 83

G Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI 91

Anlagen 105

Anlage 1 106

Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit, zum Verfahren der Feststellung sowie für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

Anlage 2 111

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, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006

Anlage 3 134

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) vom 10.07.1995, geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005

Anlage 4 138

Psychopathologischer Befund in Anlehnung an die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Anlage 5 141

Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG vom 10.10.2002 zu § 40 Abs. 4 SGB XI

Anlage 6 155

Glossar

Anlage 7 163

Stichwortverzeichnis

A Allgemeines

A 1. SGB XI

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

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

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

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

Die Leistungen der Pflegeversicherung tragen dazu bei, dem 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 Beratungseinsätze (§ 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 Menschen sowie für körperlich und geistig behinderte Menschen.

Bei den Leistungen der Pflegeversicherung wird unterschieden zwischen Dienst-, Sach- und Geldleistungen für den Bedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung (§ 4 SGB XI). Hinzu kommen bei teilstationärer Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationärer Pflege die soziale Betreuung sowie bis zum 30.06.2007 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 Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI),
10. Leistungen zur sozialen Sicherung der Pflegepersonen (§ 44 SGB XI),
11. Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen (§ 45 SGB XI),
12. Zusätzliche Betreuungsleistungen (§ 45b SGB XI).

A 2. Pflegebedürftigkeits-Richtlinien

Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Personen, die wegen einer Krankheit 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 gemäß § 17 SGB XI 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 – PflRi, Anlage 2).

B Aufgaben des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

Die zentrale Aufgabe des Medizinischen Dienstes im Rahmen des SGB XI ist die Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Dazu ist eine Begutachtung des Antragstellers in seinem Wohnbereich durchzuführen (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 bei den im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,
- das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und ihre Abstufung sowie
- das Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz

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 einen individuellen Pflegeplan im Sinne von Empfehlungen insbesondere

– zur Prävention und Rehabilitation,

– zu Heilmitteln,

– zur Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung und

– zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation zu unterbreiten.

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

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

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

C Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

C 1. Pflegekasse

Die Leistungen nach dem SGB XI sind bei der Pflegekasse zu beantragen. 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 (dieser sollte Angaben zu Name, Vorname, Geburtsdatum, Wohnanschrift, Telefonnummer, beantragter Leistung, ggf. Pflegeperson,

ggf. Pflegedienst enthalten) und, so weit vorhanden, weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen/Informationen

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

Bei Wiederholungsbegutachtungen (vgl. Ziffer 8 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) gibt die Pflegekasse außerdem Hinweise auf vorhergehende Begutachtungen und zur Pflegestufe sowie zu den Ergebnissen der Beratungseinsätze gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI.

Die Pflegekasse klärt den Antragsteller bzw. den Bevollmächtigten oder Betreuer über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert ihn auf, dem zuständigen MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften – 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. 5 SGB XI).

C 2. Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

Der MDK sichtet die Unterlagen der Pflegekasse und prüft, ob vor dem Haus-/Krankenhaus-/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 Rehabilitationsleistungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege zu erhalten (vgl. § 18 Abs. 4 SGB XI). Zu den Auskunftspflichten der Vertragsärzte bestehen Vereinbarungen zwischen den MDK und den Kassenärztlichen Vereinigungen. So weit die angeforderten Unterlagen nicht vorgelegt werden, ist dies im Formulargutachten unter Punkt 2.2 "Fremdbefunde" zu dokumentieren. Gleichwohl hat der Gutachter eigene Erhebungen anzustellen.

C 2.2 Vorbereitung des Besuchs

C 2.2.1 Festlegung der den 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, speziell geschulte Gutachter z. B. für die Begutachtung von Kindern) 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 Menschen und deren Hilfebedarf, kann die Beteiligung anderer Fachkräfte erforderlich sein, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen 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.

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

C 2.2.2 Ankündigung des Besuchs

Der Besuch wird rechtzeitig angekündigt oder vereinbart. 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. 5 SGB XI und Ziffer 5.4 der 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 Rehabilitationsleistung 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 C 2.4 "Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz").

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

C 2.2.3 Fehlende Einwilligung des Antragstellers

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

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

C 2.3 Der Besuch

Die Erst- und 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. Mit Einverständnis des Antragstellers sollen auch pflegende Angehörige, Lebenspartner oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Antragstellers beteiligt sind, befragt werden.

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

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).

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

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

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

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

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

Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung 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 erforder-

lich ist, ist die Begutachtung unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden (§ 18 Abs. 3 SGB XI). 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 der 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. 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.

Befindet sich der Antragsteller in einem Hospiz oder in einer vergleichbaren Situation im häuslichen Bereich gilt auch dort die verkürzte Begutachtungsfrist.

C 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 Hilfe für behinderte Menschen eingehend zu erörtern und unter Punkt 7 "Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse" des Formulargutachtens zu dokumentieren. Der Pflegekasse sind konkrete Vorschläge zur Verbesserung der Pflege und Versorgung des Antragstellers zu unterbreiten. Bei nicht sichergestellter Pflege ist der Gutachter gehalten, der Pflegekasse die Einleitung von Sofortmaßnahmen zu empfehlen.

C 2.6 Auswertung des Besuchs

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

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

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

C 2.7 Gutachtenabschluss

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

- den ursächlichen Zusammenhang zwischen dem individuellen Hilfebedarf und der Krankheit oder der Behinderung (einschließlich der daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten) zu prüfen sowie

- aufgrund der Ressourcen des Antragstellers geeignete therapeutische und/oder rehabilitative Leistungen aufzuzeigen.

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

- ermittelt sie den aus den Beeinträchtigungen der Aktivitäten abzuleitenden individuellen Hilfebedarf auf der Grundlage der in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens,

– beurteilt sie die individuelle Pflegesituation und entwirft unter Einbeziehung der Feststellungen des Arztes den individuellen Pflegeplan (siehe Punkt 6 "Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan" des Formulargutachtens) unter Berücksichtigung der Ressourcen des Antragstellers.

Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse mittels des Formulargutachtens (siehe Punkt G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI") mit.

C 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. Wird eine niedrigere Pflegestufe empfohlen, so ist zusätzlich darzulegen, inwiefern sich der individuelle Hilfebedarf verringert hat (siehe Punkt D 5.2 "Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?").

C 2.8.1 Höherstufung

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

C 2.8.2 Wiederholungsbegutachtung

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

C 2.8.3 Widerspruch

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

Revidieren die Erstgutachter ihre Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten nach den unter Punkt C 2.2.1 "Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en" beschriebenen Kriterien von einem anderen Arzt und/oder einer anderen Pflegefachkraft zu erstellen. Die 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 Menschen oder von Kindern kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen, der Psychiatrie oder der Kinderheilkunde, zu beteiligen (siehe auch Punkt C 2.2.1 "Festlegung der den Besuch durchführenden Person/-en" und Punkt C 2.5 "Fehlende oder unzureichende Sicherstellung der Pflege und Versorgung").

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

D 01 Anforderungen an das Formulargutachten

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

- Vorliegen der Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit und Beginn der Pflegebedürftigkeit/Höherstufung,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI – Anlage 3),
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 44 SGB XI, § 166 Abs. 2 SGB VI).

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

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

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfs-/Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),
- Vorschläge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Vorschläge für Leistungen zur Prävention,
- Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Ferner hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Der Gutachter ist aufgefordert ggf. Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation abzugeben.

Erläuterungen

D 02 Gliederung des Formulargutachtens

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

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

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

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

II. Im zweiten Abschnitt (Punkt 4 und 5) findet die gutachterliche Wertung auf der Grundlage der erhobenen Befunde und erhaltenen Informationen statt.

III. Im abschließenden empfehlenden Abschnitt (Punkte 6 – 8), der auf den Informationen und Befunden sowie Wertungen der vorangehenden Abschnitte aufbaut, unterbreitet der Gutachter Vorschläge zur Gestaltung der erforderlichen Leistungen, macht Angaben zur Prognose und zum Termin der Wiederholungsbegutachtung.

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

Erläuterungen

D 03 Definitionen

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

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

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

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

Stationäre Pflegeeinrichtungen 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, in denen die Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die

schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser sind keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des § 71 Abs. 2 SGB XI.

Erläuterungen

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

Die geforderten Angaben im Formulargutachten 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. Begutachtungen nach Aktenlage, in MDK-Dienststellen oder anderen nicht einzeln aufgeführten Untersuchungsorten sind unter "Sonstiges" zu dokumentieren.

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

Formular-gutachten

D 1. Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

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

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

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

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

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

Formular-gutachten

D 1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung

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

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

Formular-gutachten

D 1.2 Verordnete Heilmittel

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

Formular-gutachten

D 1.3 Hilfsmittel/Nutzung

Alle Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel/technischen Hilfen des Antragstellers, ungeachtet der Kostenträgerschaft, einschließlich Verbrauchsgüter sind aufzuführen. Aufzunehmen ist, ob die Hilfsmittel benutzt werden oder nicht und in welchem Umfang durch ihre Anwendung/Nichtanwendung die Pflege bei den im Gesetz definierten täglich wiederkehrenden Verrichtungen beeinflusst wird. Im Laufe der Begutachtung ist zu prüfen, ob durch den Hilfsmitteleinsatz der Hilfebedarf beeinflusst oder kompensiert wird (Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens). Kann durch Schulung/Training des Hilfsmittelgebrauchs dieser pflegerelevant verbessert werden, hat der Gutachter dies im individuellen Pflegeplan (Punkt 6.2 "Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung" des Formulargutachtens) anzugeben.

Formular-gutachten

D 1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

Unter diesem Punkt sind alle Pflege- und Betreuungsleistungen, unabhängig von der Kostenträgerschaft, zu dokumentieren. Grundlage dafür sind die Angaben der an der Pflege Beteiligten (Antragsteller, Betreuer, Pflegeperson, Pflegekraft).

Bei häuslicher Krankenpflege nach § 37 SGB V oder Pflege durch Pflegeeinrichtungen im Sinne des SGB XI sind die Leistungen nach Art, Häufigkeit, Zeitpunkt (insbesondere auch nächtliche Hilfeleistungen) und ggf. Dauer im Freitext zu dokumentieren. In der Tabelle sind Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung – ohne Angabe der Pflegezeit – anzugeben.

Bei Pflege/Betreuung durch Angehörige/Bekannte (Pflegeperson/-en) ist die dargestellte Versorgungssituation (insbesondere auch nächtliche Hilfeleistungen) stichpunktartig im Freitext zu dokumentieren und die Dauer in Stunden pro Woche in der Tabelle mit Angabe des Namens, der Anschrift, möglichst auch der Telefonnummer und des Geburtsdatums anzugeben. Die gutachterliche Wertung der Angaben in Abgleich mit dem Hilfebedarf erfolgt unter Punkt 5.1 "Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?" des Formulargutachtens.

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

Abschließend ist anzugeben, ob der Antragsteller allein lebt.

Werden "freiheitsentziehende" (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren) geschildert sind diese zu dokumentieren und unter Punkt 3.1 "Allgemeinzustand/Befund" des Formulargutachtens zu würdigen.

Formular-gutachten

D 2. Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde

Formular-gutachten

D 2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation

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

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

Die Sicherheit der unmittelbaren Umgebung des Antragstellers (z. B. lose Teppiche, rutschiger Holzboden) ist anzugeben und ggf. unter Punkt 6.4 "Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation" des Formulargutachtens Empfehlungen auszusprechen.

Formular-gutachten

D 2.2 Fremdbefunde

Die vorliegenden Befundberichte sind zu prüfen und zu bewerten, so weit sie bedeutsame Angaben über

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

enthalten.

Hierzu sind im Begutachtungsverfahren vorgelegte Berichte zu berücksichtigen, wie z. B.

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

Ergeben sich aus den Fremdbefunden Hinweise auf "freiheitsentziehende" (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren) ist dies hier zu dokumentieren und unter Punkt 3.1 "Allgemeinzustand/Befund" des Formulargutachtens zu würdigen.

Formular-gutachten

D 2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)

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

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

Sofern innerhalb der letzten vier Jahre eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation stattgefunden hat bzw. stattfindet, ist dies vom Gutachter unter genauer Angabe der Rehabilitationsform (ambulant, stationär) und nach Möglichkeit unter Angabe der Art (z. B. neurologisch, geriatrisch, orthopädisch) zu benennen. Der subjektive Erfolg abgeschlossener Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist zu dokumentieren.

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

Bei einer Wiederholungsbegutachtung reicht ein Verweis auf das Vorgutachten nicht aus. Eine Zusammenfassung der Vorgeschichte und die Erhebung der ausführlichen Zwischenanamnese sind zu dokumentieren.

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

Formular-gutachten

D 3. Gutachterlicher Befund

Formular-gutachten

D 3.1 Allgemeinzustand/Befund

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

Hier ist auch festzuhalten, wie der Antragsteller beim Hausbesuch angetroffen wurde (z. B. selbst die Tür öffnend, im Bett liegend, vollständig bekleidet) einschließlich erster Eindrücke über Interaktion bei der Kontaktaufnahme.

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

Werden "freiheitsentziehende" (unterbringungsähnliche) Maßnahmen (z. B. Einschließen, Fixieren im Bett/Sessel/Rollstuhl, Sedieren) durch Pflegeeinrichtungen regelmäßig für unverzichtbar gehalten, sind diese durch die Einrichtung nachvollziehbar zu dokumentieren. Im

stationären Bereich ist eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts erforderlich. Im ambulanten Bereich ist entsprechend den Vorgaben des Vormundschaftsgerichts zu verfahren. Werden solche Maßnahmen notwendig, so erwachsen daraus besondere Sorgfaltspflichten (z. B. aufgrund erhöhtem Dekubitusrisiko, Aspirations- und Verletzungsgefahr). In jedem Fall ist besonders sorgfältig zu prüfen, ob eine defizitäre Pflegesituation vorliegt bzw. droht.

Der Wunsch von einsichtsfähigen Antragstellern nach sichernden Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Therapietisch) ist keine gerichtlich zu genehmigende "freiheitsentziehende" (unterbringungsähnliche) Maßnahme. Dieser Wille muss nachvollziehbar und eindeutig dokumentiert sein.

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

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

Formular-gutachten

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

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

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

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

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

Ressourcen sind vorhandene Fähigkeiten, Kräfte und Möglichkeiten, die einem kranken, behinderten oder alten Menschen helfen, sein Leben und seine Krankheit oder

Behinderung zu bewältigen. Ressourcen sollen bei der Pflege erkannt und gefördert werden, um die Selbständigkeit so lange und so weit wie möglich zu erhalten.

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

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

Die in diesem Zusammenhang festgestellten Ressourcen sind ebenso zu dokumentieren.

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

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

Durch dieses Vorgehen wird ein positives/negatives Leistungsbild des Antragstellers hinsichtlich seines Pflegebedarfs erstellt. Die Auswirkungen auf die unmittelbar verrichtungsbezogenen Aktivitäten sind zu bewerten (siehe Punkt D 3.3 "Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens").

Bei Vorliegen von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung muss das Screening- und ggf. Assessment-Verfahren durchgeführt werden (siehe Punkt D 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz").

Hier sind alle pflegerelevanten Schädigungen unabhängig von ihrer Ursache zu beschreiben, die Auswirkungen auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche haben.

Schädigungen am Stütz- und Bewegungsapparat sind z. B.

- Verlust von Gliedmaßen/Kontrakturen/Gelenkfehlstellungen/Paresen (schlaff/spastisch),

- Bewegungsstörungen wie z. B. Athetosen/Akinesien/Gleichgewichtsstörungen/Sensibilitätsstörungen/Tremor.

Schädigungen an den Inneren Organen sind z. B.

- Schädigung der Herzkreislauf- und Atmungsfunktion (z. B. Zyanose/Luftnot in Ruhe oder unter Belastung/Oedeme/Herzrhythmusstörungen/Brustschmerz/Husten/Auswurf),

- Schädigung der Magen-Darm-Funktion (z. B. Übelkeit/Erbrechen/Verstopfung/Durchfall/Stuhlinkontinenz/Schluckstörungen/Störungen der Nahrungsverwertung),

– Schädigung der Harnausscheidungsfunktion (z. B. Miktionstörung/Inkontinenz).

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

Schädigungen an den Sinnesorganen sind z. B.

– Sehkraftminderung/Blindheit,

– Schwerhörigkeit/Taubheit.

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

Daneben sollte der Gutachter aber auch beurteilen, ob Hirnwerkzeugstörungen (z. B. Aphasie, Apraxie, Agnosie, Neglect) vorliegen. Grundlage der Beschreibung der Schädigungen bildet der psychopathologische Befund (siehe Anlage 4).

Psychische Störungen zeigen sich in

– Störung des quantitativen Bewusstseins (z. B. Somnolenz, Sopor, Präkoma, Koma) und des qualitativen (z. B. Bewusstseinseinengung, Bewusstseinsverschieben),

– Störung der Perzeption und Aufmerksamkeit (z. B. gestörte Fähigkeit zur Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen oder mehrere bestimmte Gegenstände/Themen),

– Störung des Erinnerungsvermögens (z. B. Merkfähigkeit-, Kurz- und Langzeitgedächtnisstörungen, Konfabulation),

– Störung der emotionalen Funktion und Willensfunktion (z. B. depressive Stimmung, Angst, Insuffiziensgefühle, Euphorie, Gereiztheit, Antriebslosigkeit, Antriebshemmung, psychomotorische Unruhe, Logorrhoe),

– Störung der Intelligenz (z. B. angeborene Intelligenzminderung, erworbene Intelligenzminderung, Störungen von Aufnahme, Speichern und Wiedergabe neuer Gedächtnisinhalte),

– Störung des Denkens (z. B. inhaltliche Denkstörung: Wahnerleben; formale Denkstörung: Beeinträchtigung der Abstraktion, des logischen Denkens; Gedankenflucht),

– Störung des Wahrnehmens (z. B. Halluzinationen),

– Störung der vegetativen Funktionen (z. B. Schlafstörungen, Appetitstörungen).

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

Um Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen im Einzelnen abzubilden, hat der Gutachter z. B. Bewegungsmöglichkeiten der Arme und Beine (grobe Kraft, Nacken- und Schürzengriff, Pinzettengriff, Greiffunktion), Hals- und Rumpfbewegungen (Vorbeugen im Stehen, im Sitzen), Umlagerung, Gehen, Stehen, Treppensteigen darzustellen. Insbesondere ist auszuführen, ob und inwieweit durch Hilfs-/Pflegehilfsmittel (z. B. Einsatz von Greif- und Gehhilfen, Rollator, Rollstuhl, Prothese) die Beeinträchtigung einer Aktivität vollständig oder teilweise ausgeglichen wird. 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. Bei der Beschreibung sind ggf. zum Einsatz kommende Hilfsmittel (z. B. Stomaartikel/Blasenkatheter/Inkontinenzmaterial) zu benennen. Bei Verwendung von PEG-/Magensonden ist auch Nahrungsart, Menge und Applikationsform aufzuführen. Ebenso sind Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen beim Lesen, Erkennen von Personen, Umrissen oder kleinen Gegenständen, bei der Orientierung in der Wohnung, der Reaktion auf Geräusche, der Verständigung im Gespräch aufzuzeigen (z. B. Einsatz von Brille, Hörgerät, Kommunikationshilfen).

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

Orientierung
Orientierung beschreibt das Bescheidwissen über Ort, Zeit, Situation und Person.

- Örtliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit seinen Aufenthaltsort zu kennen und sich im eigenen Bewegungsradius zurecht zu finden. Eine leichte Orientierungsstörung liegt vor, wenn der Ortsname nur mit Mühe genannt werden kann, schwer ist die Störung, wenn die Orientierung in der Wohnung nicht mehr gelingt.

- Zeitliche Orientierung beinhaltet die Fähigkeit, Tag und Uhrzeit zu kennen und entsprechend den Tagesablauf strukturieren zu können. Das Nichtwissen des Kalendertages kann nicht generell als zeitliche Orientierungsstörung beurteilt werden, allerdings muss die Tageszeit gewusst werden.

- Situative Orientierung beinhaltet das Verständnis für die derzeitige Lebenslage. Gemeint ist damit nicht nur das Wissen, sich als Antragsteller in einer Begutachtung zu befinden, sondern auch das Wissen um die Hintergründe, die zur Begutachtung geführt haben.

- Personelle Orientierung beinhaltet das Wissen über die aktuelle persönliche als auch lebensgeschichtliche Situation und die individuelle Beziehung zu den Kontaktpersonen. Eine schwere Störung liegt vor, wenn weder der Name, noch der Geburtstag, noch das Alter angegeben werden können.

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

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

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

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

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

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

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

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

Formular-gutachten

D 3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens

In der Gesamtbetrachtung ist eine Bewertung der Auswirkungen auf die unmittelbaren verrichtungsbezogenen Aktivitäten des täglichen Lebens nach folgenden Graden vorzunehmen:

- **O = Keine pflegerelevante Beeinträchtigung der Aktivität:**
  Fähigkeit zur selbständigen Durchführung von Verrichtungen; keine Hilfsperson und keine Hilfsmittel erforderlich.

- **1 = Keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmitteleinsatz erforderlich:**
  Eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Durchführung von Verrichtungen; Hilfsmittel/Hilfsvorrichtungen sind vorhanden und werden selbst genutzt; der Antragsteller benötigt ggf. mehr Zeit als üblich für die Durchführung der Verrichtungen, bewältigt sie aber mit Mühe selbst.

- **2 = Fremdhilfe bei abhängiger Pflegeaktivität erforderlich:**
  Eingeschränkte Fähigkeit zur selbständigen Durchführung von Verrichtungen; eine Hilfsperson ist zur Anleitung und Beaufsichtigung bei der Vorbereitung und Durchführung von Verrichtungen bzw. zu ihrer zeit-/teilweisen Übernahme erforderlich.

- **3 = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität:**
  Unfähigkeit zur selbständigen Durchführung von Verrichtungen; personelle Hilfe in allen Phasen der Versorgung/Verrichtung erforderlich.

Bei der Begutachtung von Kindern ist bei der Graduierung bezüglich der Selbstpflegefähigkeiten auf den krankheits-/behinderungsbedingten Mehrbedarf im Vergleich mit einem gleichaltrigen gesunden Kind abzuheben.

Beispiele für die Graduierung bezogen auf die verrichtungsbezogenen Aktivitäten:

Bewegen:

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.

Merkmale	Graduierung
Bewegung ist ohne Einschränkung möglich.	0
Bewegung ist erschwert, unsicher oder verlangsamt, kann jedoch mit Hilfsmitteln selbständig erfolgen, wie z. B. Rollstuhl/Gehhilfen sowie Hilfsmittel zur selbständigen Lebensführung.	1
Zur Bewegung ist (ggf. neben dem Hilfsmittel) eine personelle Hilfe zeitweise/teilweise notwendig, z. B. Gang zur Toilette, Treppensteigen.	2
Zur Bewegung ist ständige personelle Hilfe erforderlich (einschließlich Umlagern).	3

Waschen/Kleiden:

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

Merkmale	Graduierung
Selbständige und situationsgerechte Entscheidung über Art und Weise von Körperpflege/Kleidung sowie Ausführung dieser Tätigkeiten.	0
Benötigt mehr Zeit und/oder ist mit Hilfsmitteln in der Lage, die Verrichtungen sicher durchzuführen (z. B. Badewannenlifter, Anziehhilfen).	1

Merkmale	Graduierung
Benötigt zeit-/teilweise personelle 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.	2
Die eigene Körperpflege und das selbständige Kleiden kann nicht durchgeführt werden. Es ist ständige personelle Hilfe erforderlich.	3

Ernähren:

Hierzu gehört die geistige und körperliche Fähigkeit, essen und trinken zu können, d. h. eine bedarfs- und zeitgerechte Entscheidung, mundgerechte Vorbereitung und Durchführung der Nahrungsaufnahme.

Merkmale	Graduierung
Bedarfsgerechte Entscheidung und Realisierung der Nahrungsaufnahme erfolgt selbständig.	0
Isst selbständig, braucht mehr Zeit und/oder Hilfsmittel (z. B. Schnabeltasse, Trinkhalm, Antirutschfolie, spezielles Besteck und/oder Geschirr, selbständige Handhabung der Sondenernährung).	1
Benötigt zeit-/teilweise personelle Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung sowie beim Essen und/oder Trinken.	2
Die Ernährung kann nur mit ständiger personeller Hilfe erfolgen, wie z. B. ständiges Anhalten zur Nahrungsaufnahme, Anleiten, Führen der Hand zum Mund, Eingeben von Nahrung.	3

Ausscheiden:

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

Merkmale	Graduierung
Entscheidung und Realisierung der Ausscheidung erfolgt sicher und selbständig.	0
Unterstützt selbständig Miktion und/oder Defäkation durch Hilfsmittel wie z. B. Urinflasche/Stechbecken/Toilettenstuhl, regelmäßige Förderung der Ausscheidung wie z. B. Massage/manuelle Harnlösung, Katheterhygiene, selbständige Anuspraeter-Versorgung.	1

Merkmale	Graduierung
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.	2
Es ist eine ständige personelle Hilfe bei Miktion und Defäkation erforderlich.	3

Formular-gutachten

D 3.4. Pflegebegründende Diagnose(n)

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

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

Formular-gutachten

D 3.5 Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ist durchzuführen bei

- Anträgen auf häusliche Pflegeleistungen oder Begutachtung in der häuslichen Umgebung und

- Vorliegen von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung.

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

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist und

- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens 6 Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert

ist das Assessment durchzuführen, es sei denn, der Gutachter kann von vornherein ausschließen, dass mindestens erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegt (siehe Punkt E "Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz").

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

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen. Eine erneute Durchführung des Assessments ist nur erforderlich, wenn eine Verbesserung eingetreten ist.

Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

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

sowie

– Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

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

– ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,

– auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) und

– regelmäßig besteht.

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

Die Fragen sind eindeutig mit "ja" oder "nein" zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen (siehe Punkt E "Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz").

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach SGB XI liegt vor, wenn im Assessment vom Gutachter wenigstens zweimal "ja" angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Darüber hinaus ist zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne des § 45a SGB XI erheblich eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

Formular-gutachten

D 4. Pflegebedürftigkeit

Erläuterungen

D 4.0 Grundsätze bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

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

Ursachen der Pflegebedürftigkeit müssen demnach Krankheiten oder Behinderungen sein. Die Aufzählung der in Betracht kommenden Krankheits- oder Behinderungsgruppen im Ge-

setz und in den Richtlinien macht deutlich, dass nichtmedizinische Ursachen nicht ausreichen, um Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes anzunehmen.

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

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

Erläuterungen

D 4.0 / I. Abgrenzung des zu berücksichtigenden Hilfebedarfs

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

- der individuellen Ausprägung von Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten durch Krankheit oder Behinderung,
- den individuellen Ressourcen,
- der individuellen Lebenssituation (z. B. umweltbezogene Kontextfaktoren wie Wohnverhältnisse, soziales Umfeld),
- der individuellen Pflegesituation (z. B. personenbezogene Kontextfaktoren wie Lebensgewohnheiten)

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

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

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

- Was den Rahmen des Notwendigen übersteigt, kann in der Pflegeversicherung nicht berücksichtigt werden (vgl. § 29 Abs. 1 SGB XI). Weder können der von einem Antragsteller geltend gemachte Anspruch auf eine besonders aufwendige pflegerische Betreuung (Wunsch nach überversorgender Pflege) noch eine tatsächlich über das Maß des Notwendigen hinaus erbrachte Pflege (Überversorgung) berücksichtigt werden.

– Ebenso wenig entspricht unzureichende Pflege (Unterversorgung) dem Maß des Notwendigen. So weit die Pflege, ggf. auch auf Wunsch des Antragstellers, tatsächlich unzureichend erbracht wird, hat der Gutachter auf das Maß des Notwendigen abzustellen.

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

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

Hilfebedarf in der hauswirtschaftlichen Versorgung allein begründet keine Pflegebedürftigkeit.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit können Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V), der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V) und der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) mit Ausnahme der für die Grundpflege notwendigen verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, der sozialen Betreuung, der beruflichen und sozialen Eingliederung sowie zur Kommunikation nicht berücksichtigt werden (vgl. Ziffer 3.5.4 der 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 personelle Hilfebedarf bestimmt den Umfang der Pflegebedürftigkeit.

Erläuterungen

D 4.0 / II. Formen der Hilfeleistung

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

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

Bei der teilweisen Übernahme werden in Abgrenzung zur Unterstützung unmittelbare personelle Hilfen bei der Durchführung einer Verrichtung berücksichtigt. **Teilweise Übernahme** bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Antragsteller selbst nicht ausführen kann. Eine teilweise Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn eine personelle Hilfe zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung benötigt wird. Eine teilweise Übernahme des Waschens liegt

z. B. dann vor, wenn Gesicht und Teile des Körpers selbständig gewaschen werden, für das Waschen der Füße und Beine aber die Hilfe einer Pflegeperson benötigt wird. Auch wenn eine Verrichtung begonnen, aber z. B. wegen Erschöpfung abgebrochen wird, kann eine teilweise Übernahme der Verrichtung notwendig werden. Bei geistig behinderten, gerontopsychiatrisch veränderten oder psychisch kranken Menschen kann eine teilweise Übernahme dann erforderlich werden, wenn der Antragsteller von der eigentlichen Verrichtung wiederholt abschweift oder die Verrichtung trotz Anleitung zu langsam und umständlich ausführt. In einem solchen Fall muss z. B. das Waschen wegen der Gefahr des Auskühlens von der Pflegeperson durch eine teilweise Übernahme zu Ende gebracht werden.

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

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

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

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

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

- körperliche, psychische und geistige Fähigkeiten zu fördern und zu erhalten (z. B. Orientierung zur eigenen Person und in der Umgebung),

- Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden (z. B. durch unsachgemäßen Umgang mit Strom, Wasser oder offenem Feuer),

- Ängste, Reizbarkeit oder Aggressionen beim Antragsteller abzubauen.

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

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

Erläuterungen

D 4.0 / III. Ermittlung des Hilfebedarfs

Erläuterungen

D 4.0 / III. / 1. Grundsätze

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

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

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

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

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

Erläuterungen

D 4.0 / III. / 2. Hilfebedarf auf Dauer

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

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

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

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

Erläuterungen

D 4.0 / III. / 3. Ermittlung von Art und Häufigkeit des regelmäßigen 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 – als personenbezogene Kontextfaktoren – nachvollziehbar in seinem persönlichen Umfeld hat. Es gibt keine anerkannten allgemein gültigen Standards, wie oft man sich z. B. täglich kämmt oder die Zähne putzt. Dennoch gibt es kulturell bedingte und letztlich gesellschaftlich akzeptierte Normen, die die mögliche Bandbreite der Anzahl der einzelnen täglichen Verrichtungen eingrenzen. Entscheidend sind hier also die individuellen Lebensgewohnheiten, wobei allerdings grundlegende Mindesthygieneanforderungen nicht unterschritten werden sollen.

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

Eine Versorgung "rund um die Uhr" liegt vor, wenn konkreter Hilfebedarf aus dem grundpflegerischen Bereich jederzeit gegeben ist und Tag (06.00 Uhr – 22.00 Uhr) und Nacht (22.00 Uhr – 06.00 Uhr) anfällt. Ein nächtlicher Grundpflegebedarf liegt vor, wenn der Hilfebedarf "rund um die Uhr" zu verschiedenen Tageszeiten und zusätzlich regelmäßig mindestens einmal zur Nachtzeit anfällt/anfallen würde (bei defizitärer Pflege). Der nächtliche Hilfebedarf muss also prinzipiell jeden Tag auftreten; 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) der Pflegeperson/-en reicht allein nicht aus, um einen nächtlichen Grundpflegebedarf im Sinne des SGB XI zu begründen. Eine nur gelegentlich anfallende Hilfe reicht auch dann nicht aus, wenn zusätzlich die ständige Einsatzbereitschaft einer Hilfsperson erforderlich ist. Eine gezielte Verlagerung der Hilfeleistung in die Nacht rechtfertigt nicht die Anerkennung als nächtlicher Hilfebedarf; maßgebend ist der individuell notwendige Grundpflegebedarf des Pflegebedürftigen. Es ist besonders wichtig, dass der Gutachter die diesbezüglichen Angaben auf ihre Plausibilität prüft (z. B. anhand der Pflegedokumentation oder eventuell vorhandener längerfristiger Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf).

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

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

a) Bei Sedierung und ausreichender Pflege wird nur die tatsächlich in der Nacht anfallende (erbrachte) Hilfeleistung berücksichtigt, 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 Punkt D 4.0 / IV. "Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte").

Erläuterungen

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

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

- untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder

- objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

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

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

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

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

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

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

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

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

Erläuterungen

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

Solche Besonderheiten ergeben sich dann, wenn der Antragsteller

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

- professionell gepflegt wird. In diesen Fällen ist bei der Ermittlung des Hilfebedarfs für die jeweiligen Verrichtungen der zeitliche Umfang der Laienpflege zugrundezulegen.

Erläuterungen

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

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

Die aktivierende Pflege soll wie auch z. B. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben

– vorhandene Selbstversorgungsaktivitäten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,

– bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,

– dass geistig und seelisch behinderte Menschen, psychisch kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

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

Bei der Pflege durch Pflegeeinrichtungen ist grundsätzlich von aktivierender Pflege auszugehen. Wird nicht aktivierend gepflegt, ist dies unter Punkt 6.4 "Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation" des Formulargutachtens zu dokumentieren. Entsprechende Empfehlungen sind abzugeben.

Erläuterungen

D 4.0 / III. / 7. Hilfebedarf bei Rehabilitationspotenzial, Prävention sowie beim Einsatz von Hilfs-/Pflegehilfsmitteln

Bei bestehendem Rehabilitationspotenzial des Antragstellers ist

– das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit bzw. die Anerkennung einer höheren Pflegestufe bei einem – im Zeitpunkt der Begutachtung festgestellten – erheblichen oder höheren Hilfebedarf zu verneinen, wenn die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe als Folge geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten nicht mehr vorliegen.

– der Pflegekasse diejenige Pflegestufe zu empfehlen, deren Voraussetzungen nach Abschluss geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation mit hoher Wahrscheinlichkeit voraussichtlich auf Dauer bestehen bleiben werden.

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

Erläuterungen

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

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

– die Krankheitsbilder,

– den daraus resultierenden Hilfebedarf,

– die Vorbereitung der Begutachtung,

– die Begutachtungssituation.

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

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

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

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

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

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

Die Krankheitsbilder und der daraus resultierende Hilfebedarf:

Erläuterungen

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

Demenzkranke Menschen sind die weitaus größte Gruppe aller psychisch erkrankten Menschen mit langfristigem Pflegebedarf.
Bei der Demenz handelt es sich um eine erworbene Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit.

Die Demenzkritierien nach ICD-10 sind:

- Nachweisbare Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses (Gedächtnisstörungen, die der Betroffene selbst, seine Umgebung oder sein Arzt bemerkt),

- Vorhandensein mindestens eines der folgenden Merkmale:
  - Beeinträchtigung des abstrakten Denkens (der Betroffene kann keine größeren Zusammenhänge mehr herstellen)
  - Beeinträchtigung der Kritik- und Urteilsfähigkeit
  - Störung neuropsychologischer Funktionen (Aphasie, Apraxie, andere neuropsychologische Ausfälle)
  - Persönlichkeitsveränderungen (Zuspitzung bisheriger Persönlichkeitszüge – z. B. "Sparsamkeit wird zum Geiz"),

- die Störungen müssen so schwer sein, dass Arbeit, soziales Miteinander und persönliche Beziehung darunter leiden,

- entweder Nachweis eines spezifischen organischen Faktors, der die Demenz erklärt oder Ausschluss einer depressiven Erkrankung,

- Dauer der Störung von mindestens 6 Monaten,

- die Störung darf nicht während eines Delirs oder einer Bewusstseinsstörung auftreten.

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

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

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

Erläuterungen

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

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

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

Erläuterungen

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

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

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

Erläuterungen

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

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

Erläuterungen

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

Bei der geistigen Behinderung handelt es sich um eine angeborene Minderung der intellektuellen Leistungsfähigkeit zum Teil mit weiteren körperlichen und/oder neurologischen und/oder psychischen Defiziten.

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

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

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

Erläuterungen

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

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

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

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

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

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

Erläuterungen

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

Das zu begutachtende Kind ist zur Feststellung des Hilfebedarfs mit einem gesunden Kind gleichen Alters zu vergleichen. Maßgebend für die Beurteilung des Hilfebedarfs bei einem

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

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

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

Bei kranken oder behinderten Kindern erfolgt im Bereich der Grundpflege und der Hauswirtschaft nur die Erfassung und Dokumentation des krankheits- bzw. behinderungsbedingten Mehrbedarfes für die jeweiligen Verrichtungen. Gesunde und altersentsprechend entwickelte Kinder erlernen im Laufe ihrer Entwicklung die einzelnen Verrichtungen in unterschiedlichem Alter und mit einer teils sehr großen Variationsbreite. Gleichwohl ist aus Gründen der Begutachtung nach einheitlichen Maßstäben eine Pauschalierung notwendig. Deshalb wird in der nachfolgenden Tabelle für die einzelnen Verrichtungen (§ 14 SGB XI) der Hilfebedarf angegeben, den erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen. Insofern handelt es sich um eine Hilfebedarfstabelle und nicht um eine "Entwicklungstabelle" eines gesunden Kindes.

Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten pro Tag

	Säugling		Kleinkind			Kindergarten			Grundschule				weiterführende Schule	
Alter des Kindes	**0–½ J.**	**½-1 J.**	**1–1 ½ J.**	**1 ½-2 J.**	**2-3 J.**	**3-4 J.**	**4-5 J.**	**5-6 J.**	**6-7 J.**	**7-8 J.**	**8-9 J.**	**9-10 J.**	**10-11 J.**	**11-12 J.**
Körperpflege														
Waschen = Teilwäschen + H/G*	10	10	12	12	10	10	8	6	4	2	-	-	-	-
Duschen/Baden = GK*	15	18	18	18	15	15	12	12	10	6	4	2	-	-
Zahnpflege	0	2	5	6	12	12	9	6	3	3	-	-	-	-
Kämmen	1	2	3	3	4	4	3	3	2	-	-	-	-	-
Darm-/Blasenentleerung	35	30	28	32	40	35	15	5	3	-	-	-	-	-
Summe Körperpflege	61	62	66	71	81	76	47	32	22	11	4	2	-	-
Ernährung*														
mundgerechte Zubereitung	5	5	8	8	8	8	6	4	3	2	2	-	-	-
Nahrungsaufnahme	140	120	100	80	40	20	15	6	-	-	-	-	-	-
Summe Ernährung	145	125	108	88	48	28	21	10	3	2	2	-	-	-
Mobilität														
Aufstehen/Zubettgehen*	10	10	12	15	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
An-/Auskleiden*	10	16	20	20	15	15	10	5	5	4	2	2	-	-
Gehen*	10	10	10	12	8	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Stehen = Transfer*	2	2	2	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	Regelmäßige Arzt- oder Therapeutenbesuche fallen bei einem gesunden Kind nicht an.													
Summe Mobilität	32	38	44	49	40	34	20	10	10	8	4	4	-	-
Gesamtsumme	238 - 225	225 - 218	218 - 208	208 - 169	169 - 138	138 - 88	88 - 52	52 - 35	35 - 21	21 - 10	10 - 6	6 - 0	-	-
Treppensteigen*	4	4	4	8	6	4	-	-	-	-	-	-	-	-
Gesamtsumme mit Treppen-steigen	242 - 229	229 - 222	222 - 216	216 - 175	175 - 142	142 - 88	88 - 52	52 - 35	35 - 21	21 - 10	10 - 6	6 - 0	-	-

***siehe Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes**

Erläuterungen zum Pflegeaufwand eines gesunden Kindes:

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

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

Mobilität
Beim Aufstehen/Zubettgehen, Stehen (= Transfer) und beim Treppensteigen wird jede Handlung einzeln gezählt (z. B. Hin- und Rückweg).
Beim An- und Auskleiden wird das Auskleiden der Nachtwäsche und das Ankleiden der Tagesbekleidung als ein Vorgang gewertet wie das zwischenzeitliche Wechseln verschmutzter Oberbekleidung.
Zum Transfer (Verrichtung "Stehen") zählt das Hochnehmen oder das Ablegen des Kindes (z. B. von der Wickelkommode, aus dem Laufstall/Kinderwagen) sowie der Transfer in die Dusche oder Badewanne. Diese Transferleistungen nehmen nur Sekunden in Anspruch, so dass trotz hoher Häufigkeit der Durchführung nur ein Zeitwert von 2 Minuten im Tagesdurchschnitt angesetzt wird.
Beim Gehen werden die Wege zum Wickeln, zum Essen, zur Toilette und zurück berücksichtigt. Ab 1½ Jahren ist ein Kind zwar gehfähig, es benötigt aber weiterhin eine Anleitung zum zielgerichteten Gehen zu den Verrichtungen.
Der Hilfebedarf beim Treppensteigen ist abhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Nur wenn tatsächlich Treppensteigen zur Durchführung der Verrichtungen erforderlich ist, kann ein Zeitwert für ein gesundes Kind berücksichtigt werden.
Da bei gesunden Kindern regelmäßige (mindestens einmal wöchentlich) Arzt- und Therapeutenbesuche nicht erforderlich sind, wird kein Zeitwert für die Verrichtung Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung angegeben.

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

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

Bei Kindern nach vollendetem 8. Lebensjahr ist dem gegenüber der hauswirtschaftliche Mehrbedarf spezifiziert zu dokumentieren. Ist der bestehende Mehrbedarf jedoch nicht

quantitativ spezifiziert darstellbar, ist dies zu begründen. In diesen Fällen kann im Hinblick auf die Erfahrungswerte bei bestehendem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufe I erfüllt, ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 45 Minuten zugrunde gelegt werden. Bei einem Grundpflegemehrbedarf, der die Kriterien der Pflegestufen II oder III erfüllt, kann ein hauswirtschaftlicher Mehrbedarf von wenigstens 60 Minuten zugrunde gelegt werden.

Erläuterungen

D 4.0 / 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 Quellen (insbesondere von Pflegedokumentation bzw. -tagebuch).

b. Plausibilitätsprüfung der Angaben zu erbrachten Hilfeleistungen. Maßstab sind die im Rahmen der Begutachtung festgestellten Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens). Diese Plausibilitätsprüfung besteht in der Beantwortung folgender Fragen:

   b.1. Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch notwendig, um für den Antragsteller eine möglichst weit gehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen?

   b.2. Ist die erbrachte Hilfeleistung ausreichend?

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

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

   zu b.1.

   Ist die erbrachte Hilfeleistung medizinisch und pflegerisch nicht notwendig (pflegerische Überversorgung), hat der Gutachter auf das Maß des medizinisch und pflegerisch Notwendigen abzustellen und diesen Sachverhalt unter Punkt 5.1 "Stimmt der unter 1.4 angegebene Pflegeaufwand mit dem gutachterlich festgestellten Hilfebedarf überein?" des Formulargutachtens zu begründen.

   zu b.2.

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

   Er ist im Falle eines pflegerischen Defizits gehalten Art, Häufigkeit und zeitlichen Umfang der zusätzlich notwendigen realisierbaren Hilfeleistung hinzuzurechnen und im Formulargutachten (Punkt 4.1 bis 4.3 "Körperpflege, Ernährung, Mobilität") festzuhalten und zu begründen (siehe auch Punkt D 6.4 "Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation").

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

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

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

Bei pflegerischen Defiziten und gleichzeitig nicht sichergestellter Pflege hat der Gutachter der Pflegekasse die Einleitung von Sofortmaßnahmen und eine kurzfristige Wiederholungsbegutachtung zu empfehlen (vgl. Punkt D 5.4 "Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?" bzw. Punkt D 8 "Prognose/Wiederholungsbegutachtung").

Erläuterungen

D 4.0 / V. Verrichtungen im Sinne des SGB XI

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

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

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

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

1. Der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer Pflegestufe liegen die drei folgenden Voraussetzungsebenen zugrunde:

   1.1 die Art und die Häufigkeit der Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI, bei denen ein Hilfebedarf besteht,

   1.2 die Zuordnung dieser Verrichtungen im Tagesablauf gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB XI sowie

   1.3 der Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung (mindestens) benötigt.

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

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

2. Obwohl der Zeitaufwand erst auf der dritten Voraussetzungsebene zu prüfen ist, gibt er nach dem Vorliegen der Voraussetzungsebenen 1.1 und 1.2 in 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 **in Punkt F "Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege" unter Punkt 4.1 bis 4.3** aufgezeigten Orientierungsrahmen für den pflegerischen Zeitaufwand für die Grundpflege (Zeitorientierungswerte). Diese Zeitorientierungswerte beruhen auf der mehrjährigen Gutachtertätigkeit erfahrener Pflegefachkräfte und Sozialmediziner. In die Festlegung der Zeitorientierungswerte sind Erkenntnisse aus ca. 3 Mio. Begutachtungen nach dem SGB XI eingeflossen.

   Die Zeitorientierungswerte stehen nicht in einem Gegensatz zu dem Individualitätsprinzip des SGB XI. Weil für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die

Zuordnung zu einer Pflegestufe allein der im Einzelfall bestehende individuelle Hilfebedarf des Antragstellers maßgeblich ist, können und sollen die Zeitorientierungswerte für die Begutachtung nur 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 des SGB XI. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die untrennbar Bestandteil der Hilfe für die jeweilige Verrichtung der Grundpflege sind oder die objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen, sind als Erschwernisfaktor bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung zu berücksichtigen und gesondert auszuweisen.

Formular-gutachten

D 4.1 Körperpflege

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

1. Das Waschen

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

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

2. Das Duschen

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

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

3. Das Baden

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

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

4. Die Zahnpflege

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

5. Das Kämmen

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

6. Das Rasieren

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

7. Die Darm- und Blasenentleerung

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

Die notwendigen Handgriffe bei diesem Hygienevorgang, das Richten der Kleidung vor und nach der Benutzung der Toilette, die Intimhygiene wie das Säubern nach dem Wasserlassen und dem Stuhlgang sind zu berücksichtigen, ebenso das Entleeren und Säubern eines Toilettenstuhls bzw. eines Stechbeckens oder das Entleeren/Wechseln eines Urinbeutels. Auch zu berücksichtigen ist das An-/Ablegen und Wechseln von Inkontinenzprodukten. Fehlhandlungen des zu Pflegenden, z. B. Verunreinigungen mit Exkrementen (Kotschmieren) sind zu berücksichtigen. In diesem Fall kann auch ein zusätzlicher grundpflegerischer Hilfebedarf beim Waschen und Kleiden anfallen. Darüber hinausgehender Säuberungsbedarf des Umfeldes (z. B. Boden, Wände, Wechseln der Bettwäsche) ist der hauswirtschaftlichen Versorgung zuzuordnen. Nicht zu berücksichtigen ist unter diesen Verrichtungen die eventuell eingeschränkte Gehfähigkeit beim Aufsuchen und Verlassen der Toilette. Kann der Antragsteller die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter "Gehen" im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung z. B. die Verabreichung eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung notwendig ist, handelt es sich

um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem bei der Darm- und Blasenentleerung bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor gesondert auszuweisen. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. "Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regelmäßigen Hilfebedarfs" sind zu berücksichtigen. Im Gegensatz dazu ist die Laxantiengabe oder das Legen eines Blasendauerkatheters keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

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

Formular-gutachten

D 4.2 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, das Heraustrennen von Knochen und Gräten, das Einweichen harter Nahrung bei Kau- und Schluckbeschwerden und das Einfüllen von Getränken in Trinkgefäße. Erfasst werden nur solche Maßnahmen, die dazu dienen, die bereits zubereitete Nahrung so aufzubereiten, dass eine abschließende Aufnahme durch den Antragsteller erfolgen kann. Hierzu zählen nicht das Kochen oder das Eindecken des Tisches. Die Zubereitung von Diäten, einschließlich des anhand der Diätvorschriften vorzunehmenden Bemessens und Zuteilens der zubereiteten Nahrung bzw. einzelner Nahrungsbestandteile ist nicht hier, sondern unter der lfd. Nr. 17 "Kochen" zu berücksichtigen. Die regelmäßige Insulingabe, die Blutzuckermessungen sowie grundsätzlich auch die Gabe von Medikamenten sind keine verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, da sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden müssen.

9. Die Aufnahme der Nahrung

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

D 4.3. Mobilität

10. Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

Dies umfasst neben der Mobilität auch die eigenständige Entscheidung **im Zusammenhang mit Wachen, Ruhen und Schlafen** zeitgerecht das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen. Demgegenüber ist ein Verlassen des Bettes z. B. zum Aufsuchen der Toilette/Toilettenstuhl unter der Verrichtung "Stehen" (im Sinne von Transfer) zu berücksichtigen.

Das Zu-Bett-Gehen stellt einen körperlichen Bewegungsvorgang dar, der den Zweck hat, in ein Bett hineinzugelangen, und der mit der Einnahme einer liegenden (zum Ruhen oder Schlafen geeigneten) Position im Bett endet. Alle notwendigen Hilfestellungen, die der Durchführung dieses körperlichen Bewegungsvorganges dienen, sind als Hilfebedarf zu berücksichtigen. Die Häufigkeit richtet sich nach den individuellen Ruhe- und Schlafbedürfnissen.

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

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

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

Umlagern

Der durch das Umlagern tagsüber und/oder nachts anfallende Pflegeaufwand nach Häufigkeit und Zeit wird als Bestandteil der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität betrachtet und entsprechend berücksichtigt, obwohl das Umlagern keine eigene Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI ist. Dabei wird so verfahren, dass der notwendige Hilfebedarf unabhängig davon, ob das Umlagern solitär oder im Zusammenhang mit den Verrichtungen der Körperpflege, Ernährung oder Mobilität durchgeführt wird, hier zu dokumentieren ist.

11. Das An- und Auskleiden

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

hat der Gutachter aufgrund einer eigenen Inaugenscheinnahme den Zeitaufwand individuell zu messen.

Das komplette An- und Auskleiden betrifft sowohl den Ober- als auch den Unterkörper. Daneben kommen aber auch Teilbekleidungen und Teilentkleidungen sowohl des Ober- als auch des Unterkörpers vor und müssen gesondert berücksichtigt werden. Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden z. B. das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2 notwendig ist, handelt es sich um eine verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme. Diese ist zusätzlich zu dem beim An- und Auskleiden bestehenden Hilfebedarf zu berücksichtigen und als Erschwernisfaktor gesondert auszuweisen. Dieser Hilfebedarf ist auch dann im Zusammenhang mit dem An- und Auskleiden zu bewerten und zu dokumentieren, wenn die Kompressionsstrümpfe ab Kompressionsklasse 2 – wie pflegefachlich geboten – unmittelbar vor dem Aufstehen angezogen werden. Die Angaben zu Punkt D 4.0 / III. / 4. "Ermittlung des zeitlichen Umfanges des regelmäßigen Hilfebedarfs" sind zu berücksichtigen.

12. Das Gehen

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

Der Hilfebedarf beim Gehen kann auch aus einer sitzenden Position heraus beginnen oder in dieser enden.

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 Antragstellers abzuschätzen. Als Maß für die Gehstrecke bei der einzelnen Verrichtung in der "durchschnittlichen häuslichen Wohnsituation" (vgl. Punkt C 2.4 "Begutachtung der Antragsteller im Krankenhaus, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz") ist eine einfache Gehstrecke von 8 Metern anzunehmen.

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

13. Das Stehen (Transfer)

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

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

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

14. Das Treppensteigen

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

Das Treppensteigen beinhaltet das Überwinden von Stufen innerhalb der Wohnung. Keine andere Verrichtung im Bereich der Grundpflege ist so abhängig vom individuellen Wohnbereich des Antragstellers wie das Treppensteigen. Besonders ist zu prüfen, ob die Notwendigkeit besteht, für die Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen. Ist dies nicht erforderlich, kann diese Verrichtung beim Pflegeumfang nicht berücksichtigt werden. Sollte es notwendig sein, zur Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens eine Treppe zu benutzen, so hat der Gutachter sich den Bewegungsablauf und den zeitlichen Aufwand des Treppensteigens durch den Antragsteller und seine Hilfsperson demonstrieren zu lassen und das Ergebnis seiner Beobachtung in seinem Gutachten zu dokumentieren.

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

15. Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

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

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

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

- Leistungen zur primären Prävention. Diese zielen darauf ab, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate) von Krankheiten zu senken. Primäre Prävention dient der Förderung und Erhaltung der Gesundheit durch Maßnahmen, die Individuen und Personengruppen betref-

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

– Maßnahmen der Eingliederungshilfe (einschl. Frühförderung).

Erhält der Antragsteller während eines Aufenthaltes z. B. in einer Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, Frühförderstellen oder einem sozialpädiatrischen Zentrum ärztliche Behandlung bzw. therapeutische Maßnahmen so ist dies nicht als Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung zu werten.

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

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. Dies umfasst auch die Unterstützung beim Ein- oder Aussteigen in den bzw. aus dem PKW.

Zusätzlich zu den Fahrzeiten sind die zwangsläufig anfallenden Warte- und Begleitzeiten der Begleitperson anzurechnen, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Bei Kindern kann die Notwendigkeit der Begleitung beim Arzt zur Durchführung therapeutischer Zwecke oder der Begleitung bei Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien vorausgesetzt und einschließlich der Wartezeit als Hilfebedarf berücksichtigt werden. Notwendige Fahr- und Wartezeiten, die nicht täglich anfallen, sind für die Bemessung des zeitlichen Gesamtpflegeaufwandes auf den Tag umzurechnen.

Formular-gutachten

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

Erschwerende oder erleichternde Faktoren für die Verrichtungen unter Punkt 4.1 bis 4.3 "Körperpflege, Ernährung, Mobilität" des Formulargutachtens müssen hier dokumentiert werden (vgl. auch Punkt F "Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung für die in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege"). Es bietet sich eine prägnante tabellarische Zusammenfassung an, z. B. "Aufstehen, Zubettgehen, Duschen, Baden = Erschwernis: Übergewicht, Unbeweglichkeit".

Formular-gutachten

Nächtlicher Grundpflegebedarf

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

Formular-gutachten

Medizinische Behandlungspflege (nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege)

Wird medizinische Behandlungspflege auf Dauer (mindestens 6 Monate) bei einem Antragsteller in einer vollstationären Pflegeeinrichtung festgestellt, so ist diese nach Art, Häufigkeit und Zeitumfang hier zu dokumentieren (vgl. auch Punkt D 5.2.2 "Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes nach § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. § 43 Abs. 3 SGB XI").

Formular-
gutachten

D 4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

Es ist der tatsächlich angefallene individuelle Hilfebedarf zu dokumentieren. 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. Auch die Beschaffung der für eine Diät benötigten Lebensmittel sind hier zu berücksichtigen.

17. Das Kochen

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

18. Das Reinigen der Wohnung

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

19. Das Spülen

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

20. Das Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung

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

21. Das Beheizen

Das Beheizen umfasst auch die Beschaffung und Entsorgung des Heizmaterials.

Formular-
gutachten

D 4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf

Hier können zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf gemacht werden.

Formular-gutachten

D 5. Ergebnis

Formular-gutachten

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

Die Angaben unter diesem Punkt sollen 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 Pflegeaufwandes (14, 21, 28 Stunden) unter Berücksichtigung der Pflegestufe zugrunde.

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

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

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

Formular-gutachten

D 5.2 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 Punkt 6.1 "Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation" im Formulargutachten Maßnahmen zur Vermeidung einer ansonsten drohenden Pflegebedürftigkeit zu empfehlen.

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

Liegt Pflegebedürftigkeit vor, ist die Einstufung entsprechend der nachfolgenden Kriterien vorzunehmen. Dabei ist die Pflegestufe auszuweisen, die sich unter Berücksichtigung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen ergibt. Eine Begründung zu den einzelnen Pflegestufen ist abzugeben. Bei Wiederholungsgutachten muss an dieser Stelle dokumentiert werden, ob und ggf. ab wann welche Änderung des Pflegebedarfes im Vergleich zur Voruntersuchung gegeben ist.

Erläuterungen

D 5.2.1 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 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.

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.

Erläuterungen

D 5.2.2 Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegeaufwandes nach § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. § 43 Abs. 3 SGB XI

So weit bei Pflegebedürftigen mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III Leistungsanträge auf die häusliche Pflegehilfe (Pflegesachleistung) nach § 36 SGB XI, die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI oder die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI gerichtet sind ist zu prüfen und zu dokumentieren, ob ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (vgl. § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. § 43 Abs. 3 SGB XI). Grundlage dafür sind die Härtefall-Richtlinien (vgl. Anlage 3).

Für die Feststellung eines außergewöhnlich hohen Pflegebedarfs im Sinne der Härtefallregelungen reicht es neben dem Hilfebedarf der Pflegestufe III und der zusätzlich ständig erforderlichen Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung aus, wenn eines der beiden Merkmale erfüllt wird:

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

oder

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

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

Erläuterungen

D 5.2.3 Besonderheiten bei vollstationärer Pflege

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

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

Erläuterungen

D 5.2.4 Begutachtung in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen

In vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen leisten die Pflegekassen für Pflegebedürftige – unabhängig von der Pflegestufe – eine Pauschale (§ 43a SGB XI). Obwohl leistungsrechtlich für den Anspruch auf Leistungen nach § 43a SGB XI lediglich das Vorliegen von erheblicher Pflegebedürftigkeit vorausgesetzt wird, ist generell die entsprechende Pflegestufe auszuweisen, da neben der Pauschale für Zeiten in der häuslichen Pflege (z. B. Wochenende, Ferien) ein weiter gehender Leistungsanspruch in Abhängigkeit von der Pflegestufe besteht. Bei Vorliegen von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung muss das Screening- und ggf. Assessment-Verfahren durchgeführt werden (siehe Punkt D 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz").

Formular-gutachten

D 5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor?

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

Formular-gutachten

D 5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt?

Festgestellte Defizite in der häuslichen Pflege – auch bei professioneller Pflege – sind hier darzustellen (vgl. Punkt D 4.0 / IV. "Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte").

Der Gutachter hat sich zu orientieren

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

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

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

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

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

Formular-gutachten

D 5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich?

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

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

- Fehlen einer Pflegeperson,
- fehlender Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Überforderung von Pflegepersonen,
- drohender oder bereits eingetretener Verwahrlosung des Pflegebedürftigen,
- Selbst- 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 zur Sicherstellung der häuslichen Pflege, Pflegesachleistung, teilstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen zu können, hingewiesen wurde.

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

- Die Pflegepersonen sind selbst betagt oder gesundheitlich beeinträchtigt.
- Die Entfernung zwischen dem Wohn- und Pflegeort ist zu groß.

– Die psychische Belastung, die durch eine Pflegesituation entsteht, wird individuell unterschiedlich verarbeitet. So kann bereits bei geringem Pflegeaufwand eine Überforderungssituation entstehen.

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

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

– die Vernachlässigung der Körperpflege,

– unregelmäßige und nicht ausreichende Einnahme von Mahlzeiten,

– die Vernachlässigung des Haushaltes.

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

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

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

Formular-gutachten

D 6. Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan

Diese Empfehlungen gründen sich auf die im Gutachten dokumentierten Erhebungen, insbesondere zu den Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten und Ressourcen sowie zur Versorgungssituation.

Hier sind nur über die derzeitige Versorgungssituation (siehe Punkte 1.1 bis 1.4 "Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation", Punkt 2.1 "Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation" und Punkt 2.3 "Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)" des Formulargutachtens) hinausgehend

– Vorschläge für Therapien, Leistungen zur Prävention und medizinischen 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.

Formular-gutachten

D 6.1 Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Mit dem Pflege-Versicherungsgesetz ist die Notwendigkeit von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Falle drohender und bestehender Pflegebedürftigkeit bei entsprechender Indikation hervorgehoben worden. Der Vorrang von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe vor Sozialleistungen wurde durch das SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) bekräftigt. Daher ist in jedem Einzelfall im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu prüfen, ob Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Teilhabe erfolgreich sein können, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken (vgl. § 31 SGB XI, § 8 Abs. 1 und 3 SGB IX, § 18 Abs. 1 und 6 SGB XI). Der pflegeversicherungsrechtliche Grundsatz "Rehabilitation vor Pflege" bedarf der gesetzes- und richtlinienkonformen Bewertung im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit ist regelmäßig kein unveränderbarer Zustand, sondern ein Prozess, der durch präventive Maßnahmen, Maßnahmen der Krankenbehandlung bzw. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und durch aktivierende Pflege beeinflussbar ist. Hier hat der Gutachter für den häuslichen und stationären Bereich unter Würdigung der Ergebnisse der Pflegebegutachtung Stellung zu nehmen, ob über die derzeitige Versorgungssituation (siehe Punkt D 1.1 "Ärztliche/medikamentöse Versorgung", Punkt D 1.2 "Verordnete Heilmittel" und Punkt D 2.3 "Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)" in Bezug auf Leistungen zur Rehabilitation) hinaus präventive Maßnahmen, Maßnahmen der Krankenbehandlung (z. B. Physikalische Therapien, Ergotherapie, Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie, ärztliche Therapien) und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (ambulante oder stationäre Rehabilitation) erforderlich sind. Präventive Maßnahmen, andere Heilmittel oder ärztliche Therapien sind in dem Formulargutachten unter "Sonstiges" zu dokumentieren.

Ziele der Rehabilitation

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

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

Ziele der Rehabilitation können sein:

– Vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Niveaus der Aktivitäten/Teilhabe.

– Größtmögliche Wiederherstellung des Ausgangsniveaus der Aktivitäten/Teilhabe.

- Ersatzstrategien bzw. Nutzung verbliebener Funktionen und Aktivitäten.

- Anpassung der Umweltbedingungen an die bestehenden Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Teilhabe des Antragstellers.

Im Rahmen der Begutachtung kommt diesen Zielen eine besondere Bedeutung im Hinblick darauf zu, eine drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu beseitigen oder zu mindern oder einer Verschlimmerung entgegenzuwirken.

Dabei kann es sowohl um die Reduktion des Hilfebedarfs innerhalb der festgestellten Pflegestufe als auch um eine Verringerung des Hilfebedarfs von einer höheren zu einer niedrigeren Pflegestufe gehen.

Indikationen für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die Indikation für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation liegt vor, wenn

- Rehabilitationsbedürftigkeit,

- Rehabilitationsfähigkeit,

- realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele und

- eine positive Rehabilitationsprognose bestehen.

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

Rehabilitationsbedürftigkeit

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

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

  oder

- Beeinträchtigungen der Teilhabe bereits bestehen

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

Zu den Beeinträchtigungen der Teilhabe gehört auch der Zustand der Pflegebedürftigkeit.

Bei der Beurteilung sind die umwelt- und personenbezogenen Kontextfaktoren zu berücksichtigen.

Rehabilitationsfähigkeit

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

Rehabilitationsprognose

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

- auf der Basis der Erkrankung oder Behinderung, des bisherigen Verlaufs, des Kompensationspotenzials oder der Rückbildungsfähigkeit unter Beachtung und Förderung individueller positiver Kontextfaktoren

- über die Erreichbarkeit eines festgelegten Rehabilitationsziels durch eine geeignete Leistung zur medizinischen Rehabilitation

- in einem notwendigen Zeitraum.

Ist der Gutachter vom voraussichtlichen Erfolg der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 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 eine Rehabilitationsleistung nicht Erfolg versprechend.

So weit möglich sollen Vorschläge zur Durchführung der Leistungen – ambulant/stationär, geriatrische Rehabilitation oder indikationsspezifische (z. B. neurologische, orthopädische oder kardiologische Rehabilitation) – gemacht werden. Bei ungeklärter Rehabilitationsbedürftigkeit ist ggf. eine Rehabilitationsabklärung anzuregen. Sofern erkennbar ist, dass Leistungen zur Teilhabe anderer Rehabilitationsträger erfolgreich sein könnten, ist dies zu dokumentieren.

Formular-gutachten

D 6.2 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung

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

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

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

- die körperlichen Grundfunktionen (z. B. Gehen, Stehen, Treppensteigen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Sprechen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung).

- die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens (z. B. die elementare Körperpflege, das An- und Auskleiden, das selbständige Wohnen, die Möglichkeit, die Wohnung zu verlassen und die Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind).

- die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums (z. B. die Aufnahme von Informationen, die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens sowie die Integration eines behinderten Kindes in die Gruppe Gleichaltriger).

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

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

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

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

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

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

In jedem Einzelfall ist die Möglichkeit der Verbesserung der Versorgung zu prüfen. Ausgehend von der derzeitigen Versorgung (Punkt 1.3 "Hilfsmittel/Nutzung" des Formulargutachtens) sind differenzierte Empfehlungen abzugeben. Dazu sollte die Art der vorgeschlagenen Versorgung an dieser Stelle detailliert dokumentiert werden. Darüber hinaus ist zu beschreiben zu welchem Zweck die vorgeschlagene Versorgung eingesetzt und welche Defizite kompensiert werden sollen. Die leistungsrechtliche Abgrenzung, ob es sich bei der vorgeschlagenen Versorgung durch den Gutachter um ein Hilfsmittel nach § 33 SGB V oder um ein Pflegehilfsmittel nach § 40 SGB XI handelt, obliegt der Kranken- bzw. Pflegekasse.

Wird ein vorhandenes Hilfs-/Pflegehilfsmittel, das unter Punkt 1.3 "Hilfsmittel/Nutzung" des Formulargutachtens beschrieben wurde, nicht oder nur unzureichend genutzt, ist zu prüfen, ob es der Pflegebedürftige bedienen kann, und wenn nicht, ob eine Ausbildung im Gebrauch erforderlich ist oder eventuell Änderungen oder Anpassungen erforderlich sind.

Formular-gutachten

D 6.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)

Die Pflegekassen können finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 SGB XI gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall

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

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

Bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen kann es sich um wesentliche Eingriffe in die Bausubstanz oder um den Ein- und Umbau von Mobiliar handeln. Der Gutachter hat alle zum Zeitpunkt der Begutachtung erforderlichen Maßnahmen zu dokumentieren. Diese Maßnahmen werden von der Pflegekasse als **eine** Verbesserungsmaßnahme gewertet und hierbei ist es nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

- jeweils auf die Ermöglichung bzw. Erleichterung der häuslichen Pflege oder jeweils auf die Wiederherstellung einer möglichst selbständigen Lebensführung des Pflegebedürftigen gerichtet sind,
- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,
- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder
- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Als wohnumfeldverbessernde Maßnahmen kommen z. B. in Frage:

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

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

Treppen: Wandlifter, fest installierte Rampen.

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

Weitere Informationen sind der Anlage 5 "Auszug aus dem Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegeVG vom 10.10.2002 zu § 40 Abs. 4 SGB XI" zu entnehmen.

Formular-gutachten

D 6.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation

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

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

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

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

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

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

Formular-gutachten

D 7. Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse

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

Hier ist offensichtliche therapeutische Unterversorgung aufzuzeigen. Ist z. B. bei einem Parkinsonkranken mit erheblicher Symptomatik keinerlei medikamentöse Therapie vorgenommen worden, sollte ein Therapieversuch mittels der üblichen Medikation bzw. anderer Maßnahmen angeregt werden. Ggf. ist mit Einwilligung des Antragstellers, Bevollmächtigten oder Betreuers Kontakt zum behandelnden Arzt oder zu anderen Therapeuten aufzunehmen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Formular-gutachten

D 8. Prognose/ Wiederholungsbegutachtung

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

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

Ist prognostisch nicht einschätzbar, wann eine Änderung des Hilfebedarfs zu erwarten ist (z. B. Wachkoma), ist die Angabe eines Termins nicht zwingend erforderlich. Dies ist entsprechend begründet zu dokumentieren. Die Angabe zu dem Termin einer Wiederholungsbegutachtung "aus medizinischen Gründen nicht notwendig" ist nicht ausreichend. Auf der Grundlage der Empfehlungen des Gutachters wird die Pflegekasse über die weitere Vorgehensweise entscheiden. Unabhängig davon hat der MDK eine durch die Pflegekasse veranlasste Begutachtung durchzuführen. Bei Kindern ist eine Wiederholungsbegutachtung längstens nach zwei Jahren durchzuführen.

Formular-gutachten

9. Beteiligte Gutachter

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

E Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz*

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz besteht seit dem 01.04.2002 ein zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Insbesondere werden für die Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruchsberechtigt ist der Personenkreis der Pflegebedürftigen der Pflegestufen I, II und III mit einem auf Dauer bestehendem erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und

* Dieses Verfahren wurde in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien beschlossen und wird hier nochmals abgebildet (siehe auch Anlage 2).

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

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment (Punkt 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens) und baut auf die Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Punkt D 4.0 / III. / 8. "Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen" hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens. Dort sind die vorliegenden Schädigungen, vorhandene Ressourcen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens zu dokumentieren.

Formular-gutachten

Screening

Das Screening (Punkt 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens) ist eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist in der Tabelle der spezifische Hilfebedarf (nicht jedoch der Pflegebedarf) bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist zu "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag-/Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", "Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen" jeweils eine Bewertung "unauffällig" oder "auffällig" abzugeben. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und

- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens 6 Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

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

Werden im Screening (Tabelle in Punkt 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies zu begründen.

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen. Eine erneute Durchführung des Assessments ist nur erforderlich, wenn eine Verbesserung eingetreten ist.

Formular-gutachten

Assessment

Das Assessment (Punkt 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens) ist nur dann zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist und nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

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

sowie

– Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

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

– ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,

– auf Dauer (voraussichtlich mindestens 6 Monate) und

– regelmäßig besteht.

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

Die Fragen sind eindeutig mit "ja" oder mit "nein" zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

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

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

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

– aus der Wohnung heraus drängt,

– immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,

– planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

– durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,

– die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

– Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,

– Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,

– mit kochendem Wasser Zähne putzt,

– unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,

– Zigaretten isst,

– unangemessen mit Medikamenten und Chemikalien umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),

– verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

– andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,

– eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,

– in fremde Räume eindringt,

– sich selbst verletzt,

– andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

– die Nahrung verweigert.

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

– vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wiedererkennt,

– mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,

– sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,

– sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,

– Absprachen nicht mehr einhalten kann, da er schon nach kurzer Zeit nicht mehr in der Lage ist sich daran zu erinnern.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

– nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,

– nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

– eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,

– keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

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

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

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

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach SGB XI liegt vor, wenn im Assessment vom Gutachter wenigstens zweimal "ja" angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Darüber hinaus ist zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne des § 45a SGB XI erheblich eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

E 1. Besonderheiten zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren

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

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

Es ist Folgendes zu berücksichtigen:

- Kinder unter 1 Jahr entwickeln zwar keine Alltagskompetenz im eigentlichen Sinne, können aber aufgrund eines von der altersgerechten Entwicklung abweichenden Verhaltens einen erheblich gesteigerten Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf haben.

- Kinder unter 3 Jahren müssen praktisch dauernd beaufsichtigt werden, weil sie noch keinerlei Gefahrenverständnis besitzen.

- Kinder zwischen 3 und 6 Jahren können kurzfristig (ca. 15 – 60 Minuten) in entsprechend vorbereiteten Bereichen ohne direkte Aufsicht spielen, benötigen aber zeitnah einen Ansprechpartner.

- Kinder im Schulalter können je nach Alter mehrere Stunden täglich eigenverantwortlich allein bleiben. Sie brauchen zu festen Zeiten oder per Telefon einen Ansprechpartner, um schwierige Situationen zu beherrschen.

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

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

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

ab 3 Jahre Einfache, eingeübte Regeln können befolgt werden.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

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

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

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

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

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

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

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

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

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

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

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

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

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

Einnässen und Einkoten <u>in die Wohnräume</u> sind nicht mehr zu erwarten.

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

<u>Hinweis</u>: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder thera-

pieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

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

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

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

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

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

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

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

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

ab 2 Jahre Einfache Gebote und Verbote können verstanden und befolgt werden. Bei geistig behinderten Kindern ist das Antrainieren sozialer Alltagsleistungen zeitintensiv, mühsam und nur durch ständig wiederholendes Üben möglich. Erfolg stellt sich mit deutlicher Zeitverzögerung im Vergleich zu gesunden Kindern ein.

ab 3 Jahre Gesunde Kinder sind in Kindertageseinrichtungen zunehmend gruppenfähig und können längere Zeit unter Aufsicht mit Gleichaltrigen spielen. Sie können sich einordnen und Konflikte austragen.

ab 4 Jahre Gesunde Kinder übernehmen unter Anleitung kleine Hilfen im Haushalt, z. B. Abräumen des Tisches, Aufräumen der Spielsachen.

ab 6 Jahre Hinweise auf Einschränkungen der sozialen Kompetenz geben z. B. die Betreuungs- und Schulform und Schulzeugnisse insbesondere aus Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen.

Der Umgang mit Geld z. B. bei kleineren Einkäufen kann bewältigt werden.

ab 8 Jahre Eigene Taschengeldverwaltung ist möglich.

Das Kind kennt die Uhrzeit; es kann öffentliche Verkehrsmittel nach entsprechendem Einüben selbständig nutzen. Verabredungen mit und Aufsuchen von Freunden erfolgen selbständig.

ab 10 Jahre Selbständige Orientierung im weiteren Wohnumfeld (Stadt) ist nach entsprechender Übung möglich.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

unter 1 Jahr Es entwickelt sich ein fester Rhythmus mit/ohne Mittagsschlaf mit verlässlichen Durchschlafperioden (90 v. H. der gesunden Säuglinge schlafen nachts mit 5 Monaten durch).

Lediglich phasenhafte Schlafstörungen, z. B. bei akuten Erkrankungen, Umgebungswechsel oder psychosozialen Belastungen können bei behinderten Kindern nicht berücksichtigt werden.

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

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

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

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

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

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

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

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

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

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

Anmerkung:

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

Beispiel 1 4-jähriger Knabe, cerebrales Anfallsleiden mit mäßiger geistiger Behinderung, kein aggressives oder autoagressives Verhalten, eingeschränkte Orientierung außerhalb der Wohnung, Neigung zu Fehlhandlungen beim Essen (absichtliches Umschütten von Gläsern bei Tisch), fehlendes Gefahrenverständnis trotz entsprechender Anleitung, besucht nach einer Eingewöhnungsphase ohne Probleme einen Integrationskindergarten.

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

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

Beispiel 4 11-jähriges ehemaliges Frühgeborenes mit geistiger Behinderung, Sehbehinderung bei retrolentaler Fibroplasie, Essstörung mit Polyphagie bei Kurzdarmsyndrom, stark impulsgesteuert, aggressiv, zum Teil distanzlos, unberechenbares Verhalten in Alltagssituationen, besucht die Schule für lernbehinderte Kinder (Einschätzung im Zeugnis: keine Gruppenfähigkeit).

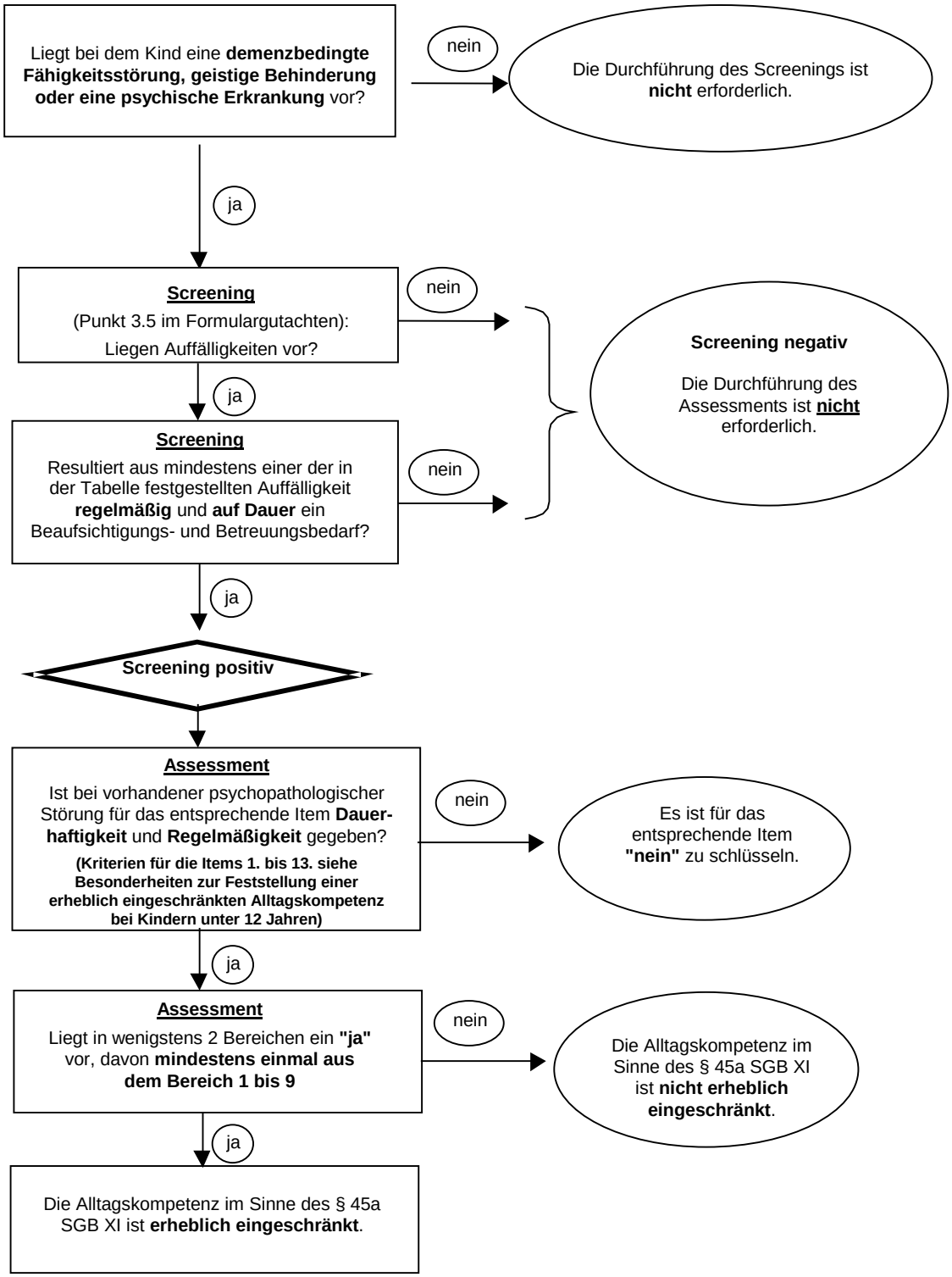
Beispiel 5 8 Monate altes Mädchen, infantile Cerebralparese bei Hirnfehlbildung, ausgeprägte optische und akustische Wahrnehmungsstörungen, reagiert ausschließlich auf taktile Reize, Schreiphasen tags und nachts, gestörte Mundmotorik mit gravierenden Essproblemen, häufiges Spucken und Erbrechen, keine Fähigkeit zur selbständigen Beschäftigung, autoaggressiv, persistierende Stereotypien.

Bewertung

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

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

Algorithmus zur Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz



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

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

Dies bedeutet:

1. Die Zeitorientierungswerte enthalten keine verbindlichen Vorgaben. Sie haben nur Leitfunktion.

2. Die Zeitorientierungswerte entbinden den Gutachter nicht davon, in jedem Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) des Antragstellers entsprechend der individuellen Situation des Einzelfalles festzustellen. Unzulässig wären beispielsweise eine schematische und von den Besonderheiten des Einzelfalles losgelöste Festsetzung stets des unteren oder des oberen oder eines arithmetisch gemittelten Zeitwertes.

3. Die Zeitorientierungswerte enthalten keine Vorgaben für die personelle Besetzung von ambulanten, teil- oder vollstationären Pflegeeinrichtungen und lassen keine Rückschlüsse hierauf zu. Sie haben nur für die Feststellung der Leistungsvoraussetzungen nach dem SGB XI Bedeutung. Die personelle Besetzung von Einrichtungen betrifft demgegenüber die Leistungserbringung,

   – die bei häuslicher und teilstationärer Pflege die familiäre, nachbarschaftliche oder sonstige ehrenamtliche Pflege und Betreuung ergänzt,

   – die bei vollstationärer Pflege nach der Art (z. B. Hilfe bei anderen als den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen) oder dem Umfang der Leistung über den Rahmen des SGB XI 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.

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

Die Höhe des Zeitaufwandes für die geleisteten Hilfen kann unabhängig von den Hilfeformen (siehe Punkt D 4.0 / II. "Formen der Hilfeleistung") unterschiedlich ausfallen. So können die Hilfen im Sinne einer aktivierenden Pflege bei den Verrichtungen einen höheren Zeitaufwand erfordern als die teilweise oder vollständige Übernahme der Verrichtung durch die Pflegeperson. Liegt ein bei der Begutachtung des Einzelfalles festgestellter Zeitaufwand für die vollständige Übernahme einer Verrichtung der Grundpflege innerhalb des dafür maßgeblichen Zeitorientierungswerts, bedarf diese Feststellung keiner Begründung.

So weit sich im Rahmen der Begutachtung bei der Hilfeform "vollständige Übernahme" Abweichungen von den Zeitorientierungswerten ergeben, sind die Abweichungen im Einzelnen zu begründen. Die Individualität der einzelnen Pflegesituation hat zur Folge, dass insbeson-

dere der vom Gutachter festgestellte Zeitaufwand häufig nur durch eine Begründung transparent und für die Pflegekasse nachvollziehbar wird. In der Begründung sollte insbesondere darauf eingegangen werden,

- bei welchen Verrichtungen im Einzelnen welche Hilfen benötigt werden, und zwar sollte dabei über die Hilfen bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen des täglichen Lebens hinaus differenziert werden, z. B. statt "Waschen" genauer "Waschen der Füße oder Beine",

- ob, welche und in welchem Umfang erschwerende oder erleichternde Faktoren vorliegen, insbesondere ob verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen untrennbar Bestandteil der Hilfe für die in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder sie objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen der Grundpflege vorgenommen werden müssen.

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

- andere Hilfeformen als die vollständige Übernahme,

- die in dem jeweiligen Einzelfall vorhandenen Erschwernis- und Erleichterungsfaktoren,

- in welchem Umfang ggf. aktivierend gepflegt wird.

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

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

Die maßgebliche Bedeutung der individuellen Pflegesituation bleibt auch bei der Einführung von Zeitorientierungswerten uneingeschränkt erhalten. Die Besonderheiten des jeweils zu begutachtenden Einzelfalles müssen herausgearbeitet und dokumentiert (Punkt 4.1 bis 4.3 "Körperpflege, Ernährung, Mobilität" des Formulargutachtens) werden, damit die Individualität der Pflegesituation für die Qualitätssicherung der Begutachtung selbst, für die Bescheidung des Versichertenantrages und eine eventuelle gerichtliche Überprüfung deutlich werden.

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

Die von den Gutachtern zu erstellenden Begründungen sind wesentlicher Bestandteil des Gutachterauftrages. Sozialmedizinische und pflegerische Erkenntnisse sollen in gleicher Weise einfließen. Neben der besseren Bewertung des Einzelfalles haben die Begründungen das Ziel, längerfristig die Grundlage für eine Weiterentwicklung der Begutachtungs-Richt-

linien 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.

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren

Die Pflege erschwerende Faktoren

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

- Körpergewicht über 80 kg
- Kontrakturen/Einsteifung großer Gelenke/Fehlstellungen der Extremitäten
- hochgradige Spastik, z. B. bei Hemiplegien und Paraparesen
- einschießende unkontrollierte Bewegungen
- eingeschränkte Belastbarkeit infolge schwerer kardiopulmonaler Dekompensation mit Orthopnoe und ausgeprägter zentraler und peripherer Zyanose sowie peripheren Oedemen
- Erforderlichkeit der mechanischen Harnlösung oder der digitalen Enddarmentleerung
- Schluckstörungen/Störungen der Mundmotorik, Atemstörungen
- Abwehrverhalten/fehlende Kooperation mit Behinderung der Übernahme (z. B. bei geistigen Behinderungen/psychischen Erkrankungen)
- stark eingeschränkte Sinneswahrnehmung (Hören, Sehen)
- starke therapieresistente Schmerzen
- pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
- zeitaufwendiger Hilfsmitteleinsatz (z. B. bei fahrbaren Liftern/Decken-, Wand-Liftern)
- Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

  – untrennbarer Bestandteil der Hilfe bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen der Grundpflege sind oder

  – objektiv notwendig im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit diesen Verrichtungen vorgenommen werden müssen.

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

Erschwernisfaktors bei der Feststellung des individuellen zeitlichen Hilfebedarfs für die jeweilige Verrichtung, ungeachtet der leistungsrechtlichen Konsequenzen, zu erfassen.

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

Es genügt hier die einmalige explizite Begründung des Mehraufwandes mit Angabe der betroffenen Verrichtung(en) (unter Punkt 4.3 "Mobilität" zu "Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren" des Formulargutachtens).

Die Pflege erleichternde Faktoren

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

- pflegeerleichternde räumliche Verhältnisse
- Hilfsmitteleinsatz

Es genügt hier die einmalige explizite Begründung des Minderaufwandes mit Angabe der betroffenen Verrichtung(en) (unter Punkt 4.3 "Mobilität" zu "Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren" des Formulargutachtens).

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

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

Formular-gutachten

4.1 Körperpflege

Die Hautpflege (einschließlich Gesichtspflege) ist als Bestandteil der Körperpflege bei den jeweiligen Zeitorientierungswerten berücksichtigt. Das Schminken kann nicht als Gesichtspflege gewertet werden. Zur Körperpflege zählt auch das Haarewaschen. Es ist Bestandteil der Verrichtung Waschen/Duschen/Baden. Erfolgt das Haarewaschen im Rahmen einer dieser Verrichtungen ist dies dort zu dokumentieren. 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.

Während die Intimwaschungen hier zu berücksichtigen sind, ist die Durchführung einer Intimhygiene z. B. nach dem Toilettengang der Verrichtung "Darm- und Blasenentleerung" zuzuordnen.

2. Duschen

⇒ Duschen: 15 bis 20 Min.

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

Wenn bei dieser Verrichtung nur Teilhilfen (Abtrocknen/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 Antragsteller die Toilette nur deshalb nicht alleine aufsuchen, ist dies unter "Gehen" im Bereich der Mobilität festzustellen und zeitlich zu bewerten.

⇒ Wasserlassen (Intimhygiene, Toilettenspülung): 2 bis 3 Min.

⇒ Stuhlgang (Intimhygiene, Toilettenspülung): 3 bis 6 Min.

⇒ Richten der Bekleidung: insgesamt 2 Min.

⇒ Wechseln von 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 ungeregelte Harnblasen- und Darmentleerung zugrunde liegt.

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

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

Formular-gutachten

4.2 Ernährung

8. Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung

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

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

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

9. Aufnahme der Nahrung

⇒ Essen von Hauptmahlzeiten einschließlich Trinken (max. 3 Hauptmahlzeiten pro Tag): je 15 bis 20 Min.

⇒ Verabreichung von Sondenkost (mittels Schwerkraft/Pumpe inklusive des Reinigens des verwendeten Mehrfachsystems bei Kompletternährung): 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.

Formular-gutachten

4.3 Mobilität

10. Selbständiges Aufstehen und Zubettgehen

Umlagern

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

⇒ einfache Hilfe zum Aufstehen/zu Bett gehen: je 1 bis 2 Min.

⇒ Umlagern: 2 bis 3 Min.

11. An- und Auskleiden

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

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

⇒ Ankleiden gesamt: (GK): 8 bis 10 Min.

⇒ Ankleiden Oberkörper/Unterkörper: (TK): 5 bis 6 Min.

⇒ Entkleiden gesamt: (GE): 4 bis 6 Min.

⇒ Entkleiden Oberkörper/Unterkörper: (TE): 2 bis 3 Min.

12. Gehen

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

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

13. Stehen (Transfer)

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

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

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

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

14. Treppensteigen

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

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

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

15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

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

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

G Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

Pflegekasse: (Name)

(Adresse) (IK)

Versicherte(r): ☐ **männl.** ☐ **weibl.**	**Untersuchungsort**
Name, Vorname:	☐ **Privatwohnung**
Geburtsdatum: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐ **vollstationäre Pflegeeinrichtung**
	☐ **Krankenhaus**
	☐ **Sonstiges .....**
	Adresse (falls abweichend)
Straße:	**Straße:**
PLZ, Ort:	**PLZ, Ort:**
Telefon:	**Telefon:**
	wohnhaft bei:

Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:

Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Telefon:

Untersuchung am: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **Uhrzeit:** ☐☐ ☐☐

Durch Gutachter(in)

.....

MDK - Beratungsstelle:

.....

Antrags-/Gutachtenart

	Erstgutachten	Höherstufungs-gutachten	Wiederholungs-gutachten	Widerspruchs-gutachten
Geldleistung (§ 37 SGB XI)				
Sachleistung (§ 36 SGB XI)				
Kombi-Leistung (§ 38 SGB XI)				
Vollstationäre Pflege (§ 43 SGB XI)				
Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI)				

Derzeitige Pflegestufe:	☐ **keine**	☐ **Stufe I**	☐ **Stufe II**	☐ **Stufe III**	☐ **Härtefall**

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

---

1 Derzeitige Versorgungs- und Betreuungssituation

Nach Angaben von

.....

.....

1.1 Ärztliche/medikamentöse Versorgung

Arztbesuche ☐ Keine

Hausbesuche

.....

.....

.....

Praxisbesuche

.....

.....

.....

Medikamente ☐ Keine

☐ Selbständige Einnahme

☐ Hilfestellung erforderlich bei/durch:

.....

.....

.....

1.2 Verordnete Heilmittel ☐ Keine

☐ Physikalische Therapien ☐ Ergotherapie ☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

.....

.....

.....

☐ Sonstiges: .....

.....

.....

1.3 Hilfsmittel/Nutzung ☐ Keine

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

1.4 Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung

☐ Keine

☐ Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

.....

.....

.....

☐ Pflege durch Pflegeeinrichtung(en) im Sinne des SGB XI

☐ ambulant ☐ Tages-/Nachtpflege ☐ Kurzzeitpflege ☐ stationär

.....

.....

.....

☐ Pflege durch Angehörige/Bekannte

.....

.....

.....

☐ Betreuung durch sonstige Einrichtungen

.....

.....

.....

Versicherte(r) alleinlebend ☐ Ja ☐ Nein

Pflege durch	Name (Vorname)	Straße	PLZ	Ort	Geburts-datum	Telefon	Pflegezeit pro Woche in Stunden
A							
B							
C							
D							

2 Pflegerelevante Vorgeschichte und Befunde

2.1 Pflegerelevante Aspekte der ambulanten Wohnsituation

.....

.....

.....

2.2 Fremdbefunde

.....

.....

.....

2.3 Pflegerelevante Vorgeschichte (Anamnese)

.....
.....
.....

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation innerhalb der letzten vier Jahre ☐ Ja ☐ Nein

Form: ☐ ambulant ☐ stationär

Art: ☐ geriatrische Rehabilitation
☐ Indikationsspezifisch (z. B. neurologische, orthopädische, kardiologische Rehabilitation)

.....
.....
.....

3 Gutachterlicher Befund

3.1 Allgemeinzustand/Befund

(Ernährungs-, Kräfte- und Pflegezustand)

.....
.....
.....

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

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3.3 Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens*)

☐ Bewegen ☐ Waschen/Kleiden ☐ Ernähren ☐ Ausscheiden

*) Graduierung: 0 = Keine pflegerelevante Beeinträchtigung der Aktivität
1 = Keine Fremdhilfe, selbständige Ausführung verlängert oder Hilfsmitteleinsatz erforderlich
2 = Fremdhilfe bei abhängiger Pflegeaktivität erforderlich
3 = Unfähigkeit zur selbständigen Aktivität

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

3.4 Pflegebegründende Diagnose(n)

..... ICD-10 | | | | | |

..... ICD-10 | | | | | |

weitere Diagnosen:

.....

.....

.....

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

Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz wurde bereits festgestellt und besteht weiterhin ☐ Ja ☐ Nein

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

	unauffällig	**auffällig**
Orientierung	☐	☐
Antrieb/Beschäftigung	☐	☐
Stimmung	☐	☐
Gedächtnis	☐	☐
Tag-/Nachtrhythmus	☐	☐
Wahrnehmung und Denken	☐	☐
Kommunikation/Sprache	☐	☐
Situatives Anpassen	☐	☐
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	☐	☐

Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle festgestellten Auffälligkeit regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn "Nein" Begründung:

.....

.....

.....

Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

Assessment

	Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten maßgebend:		
		Ja	Nein
1.	Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)	☐	☐
2.	Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	☐	☐
3.	Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen	☐	☐
4.	Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	☐	☐
5.	Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	☐	☐
6.	Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	☐	☐
7.	Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	☐	☐
8.	Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	☐	☐
9.	Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	☐	☐
10.	Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	☐	☐
11.	Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	☐	☐
12.	Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	☐	☐
13.	Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	☐	☐

	Anzahl
"Ja" in den Bereichen 1 bis 9	☐
"Ja" in den Bereichen 10 bis 13	☐

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn in wenigstens 2 Bereichen, davon mindestens einmal aus dem Bereich 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Beeinträchtigungen der Aktivitäten festgestellt werden.

Ergebnis:

Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist erheblich eingeschränkt ☐ Ja ☐ Nein

Seit wann? .....

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

4 Pflegebedürftigkeit

4.1 Körperpflege

Hilfebedarf bei(m)	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
Waschen							**Tag**	**Woche**	
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Unterkörper (UK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Teilwäsche Hände/Gesicht (HG)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Duschen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Baden		U	TÜ	VÜ	B	A			
Zahnpflege		U	TÜ	VÜ	B	A			
Kämmen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Rasieren		U	TÜ	VÜ	B	A			
Darm- und Blasenentleerung									
Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Windelwechsel nach Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechseln kleiner Vorlagen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Urinbeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Stomabeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
								Summe Zeitbedarf Körperpflege	

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

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	**verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**	**Häufigkeit pro**		**Zeitaufwand pro Tag (Min.)**
		Tag	**Woche**	
Waschen/Duschen/Baden	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Einreiben mit Dermatika			
Darm- und Blasenentleerung	Klistier/Einlauf			
	Einmalkatheterisieren			

Erläuterung(en).....

.....

.....

4.2 Ernährung

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

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	**verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**	**Häufigkeit pro**		**Zeitaufwand pro Tag (Min.)**
		Tag	**Woche**	
Aufnahme der Nahrung	oro/tracheale Sekretabsaugung			
	Wechseln einer Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Tracheostoma			

Erläuterung(en).....

.....

.....

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

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

4.3 Mobilität

Hilfebedarf beim	Nein	Form der Hilfe					Häufigkeit pro		Zeitaufwand pro Tag (Min.)
							Tag	Woche	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Umlagern		U	TÜ	VÜ	B	A			
An- und Auskleiden									
Ankleiden Gesamt (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Ankleiden Ober-/Unterkörper (TK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Gesamt (GE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Entkleiden Ober-/Unterkörper (TE)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Gehen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stehen (Transfer)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Treppensteigen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung/ Pflegeeinrichtung		U	TÜ	VÜ	B	A			
								Summe Zeitbedarf Mobilität	

Im vorstehend genannten Gesamtzeitaufwand für die Verrichtung(en) ist enthalten				
bei der Verrichtung	**verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahme**	**Häufigkeit pro**		**Zeitaufwand pro Tag (Min.)**
		Tag	**Woche**	
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose oder Erkrankungen mit vergleichbarem Hilfebedarf			
An- und Auskleiden	Anziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			
	Ausziehen von Kompressionsstrümpfen ab Kompressionsklasse 2			

Erläuterung(en).....

.....

.....

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

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

Die Pflege erschwerende oder erleichternde Faktoren ☐ Nein

.....

.....

.....

Nächtlicher Grundpflegebedarf ☐ Nein

.....

.....

.....

Medizinische Behandlungspflege
(nur bei Pflegestufe III in stationärer Pflege) Zeitaufwand ☐☐ Stunden ☐☐ Minuten pro Tag

.....

.....

4.4 Hauswirtschaftliche Versorgung

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

Zeitaufwand Grundpflege	☐☐ Stunden ☐☐ Minuten pro Tag
Zeitaufwand Hauswirtschaft (im Wochendurchschnitt)	☐☐ Stunden ☐☐ Minuten pro Tag

4.5 Zusätzliche Erläuterungen zum Hilfebedarf ☐ Keine

.....

.....

.....

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

5 Ergebnis

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

Gesamtzeitaufwand aus Punkt 4.1 bis 4.4 ☐☐ Stunden ☐☐ Minuten pro Woche

☐ Ja ☐ Nein

.....

.....

.....

Pflege durch	Name (Vorname)	Pflegezeit*) pro Woche (gemäß Ziffer 4.1 bis 4.4)
A		
B		
C		
D		

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

5.2 Liegt Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI vor?

☐ Nein ☐ Pflegestufe I ☐ Pflegestufe II ☐ Pflegestufe III ☐ außergew. hoher Hilfebedarf

Seit wann? .....

Begründung/Erläuterung:

.....

.....

.....

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

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

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

5.3 Liegen Hinweise auf folgende Ursachen der Pflegebedürftigkeit vor? ☐ Keine

☐ Unfall ☐ Berufserkrankung/Arbeitsunfall ☐ Versorgungsleiden

.....

.....

.....

5.4 Ist die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? ☐ Ja ☐ Nein

.....

.....

.....

5.5 Ist vollstationäre Pflege erforderlich? ☐ Ja ☐ Nein

.....

.....

.....

6 Empfehlungen an die Pflegekasse/Individueller Pflegeplan:

6.1 Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ Keine

☐ Physikalische Therapien

.....

.....

.....

☐ Ergotherapie

.....

.....

.....

☐ Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie

.....

.....

.....

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ☐ ambulant ☐ stationär

☐ geriatrisch

☐ Indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

.....

.....

.....

☐ Sonstiges

.....

.....

.....

6.2 Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung ☐ Keine

.....

.....

6.3 Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld) ☐ Keine

.....

.....

.....

6.4 Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation ☐ Keine

.....

.....

.....

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

MDK: **Gutachten vom:**

Versicherter: **Geb.-Datum:**

---

7 Zusätzliche Empfehlungen/Erläuterungen für die Pflegekasse

.....

.....

.....

8 Prognose/Wiederholungsbegutachtung

Prognose:

.....

.....

.....

Termin für Wiederholungsbegutachtung: ☐☐ ☐☐☐☐

9 Beteiligte Gutachter

MDK - Arzt ☐
.....

MDK - Pflegefachkraft ☐
.....

Externer Gutachter ☐
.....

Anlagen

Anlage 1

Gesetzliche Grundlagen

zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit,

zum Verfahren der Feststellung

sowie für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs

an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

Gesetzliche Grundlagen zum Begriff und zu den Stufen der Pflegebedürftigkeit, zum Verfahren der Feststellung sowie für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung

§ 14 SGB XI
Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,

2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,

3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen

(3) Die Hilfe im Sinne des Absatzes 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Absatzes 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,

2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,

3. im Bereich der Mobilität das selbständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 SGB XI
Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14 SGB XI) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Ta-

geszeiten 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 durch eine Untersuchung des Antragstellers die Einschränkungen bei den Verrichtungen im Sinne des § 14 Abs. 4 SGB XI festzustellen sowie Art, Umfang und voraussichtliche Dauer der Hilfebedürftigkeit zu ermitteln. Darüber hinaus sind auch Feststellungen darüber zu treffen, ob und in welchem Umfang Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit einschließlich der Leistungen zur 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 SGB I bleiben unberührt. Die Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen kann ausnahmsweise unterbleiben, wenn aufgrund einer eindeutigen Aktenlage das Ergebnis der medizinischen Untersuchung bereits feststeht. Die Untersuchung ist in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen.

(3) Befindet sich der Antragsteller im Krankenhaus oder einer stationären Rehabilitationseinrichtung und liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist, ist die Begutachtung dort unverzüglich, spätestens innerhalb einer Woche nach Eingang des Antrages bei der zustän-

digen Pflegekasse durchzuführen; die Frist kann durch regionale Vereinbarungen verkürzt werden.

(4) 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. Mit Einverständnis des Versicherten sollen auch pflegende Angehörige oder sonstige Personen oder Dienste, die an der Pflege des Versicherten beteiligt sind, befragt werden.

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

(6) Der Medizinische Dienst hat der Pflegekasse das Ergebnis seiner Prüfung mitzuteilen und Leistungen zur medizinischen 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.

(7) 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.

Berechtigter Personenkreis
§ 45a SGB XI

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15 SGB XI) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 SGB XI als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;

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

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 SGB XI das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

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, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006

R i c h t l i n i e n

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[1] geändert durch Beschlüsse vom 21.12.1995[2], vom 22.08.2001[3] und vom 11.05.2006[4]

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

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Bundesverbände der Pflegeberufe und der behinderten Menschen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene, der Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime sowie der Verbände der privaten ambulanten Dienste

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 07.11.1994 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 21.12.1995, vom 22.08.2001 und vom 11.05.2006 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.

In Ergänzung dieser Richtlinien haben die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen am 22.03.2002, geändert durch Beschluss vom 11.05.2006, das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz aufgrund § 45a Abs. 2 SGB XI beschlossen (vgl. Anlage).

---

[1] Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien – PflRi – vom 07.11.1994 hat das BMA mit Schreiben vom 10.01.1995 – 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 29.12.1995 – 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.

[4] Den Pflegebedürftigkeits-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – 233-43371/3 – die Genehmigung erteilt. Die Pflegebedürftigkeits-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.09.2006 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, in einer stationären Rehabilitationseinrichtung oder in einem Hospiz 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. 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 wie auch z. B. Leistungen zur Rehabilitation 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 Menschen, psychisch kranke Menschen 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 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 Menschen sowie körperlich und geistig behinderte Menschen. Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist der individuelle Hilfebedarf bei den im Gesetz abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen 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 (einschließlich Gesichtspflege) ist Bestandteil der Körperpflege.

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

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

Zur mundgerechten Zubereitung und zur Aufnahme der Nahrung (lfd. Nr. 8 und 9) gehören alle Tätigkeiten, die zur unmittelbaren Vorbereitung dienen und die die Aufnahme von fester, breiiger 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 Antragsteller aufgrund fehlender Einsichtsfähigkeit dazu nicht in der Lage ist.

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

Das Umlagern ist Bestandteil der Grundpflege. Sowohl alleiniges Umlagern als auch Umlagern im Zusammenhang mit anderen Verrichtungen der Grundpflege wird der Verrichtung Aufstehen und Zu-Bett-Gehen zugeordnet.

Das Gehen, Stehen und Treppensteigen (lfd. 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 (lfd. 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 Antragstellers 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 Werkstätten für behinderte Menschen, Schulen, Kindergärten oder im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit, beim Aufsuchen einer Tages- oder Nachtpflegeeinrichtung sowie bei Spaziergängen oder Besuchen von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

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

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

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

Das Beheizen (lfd. 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 (aktivierende Pflege). Bei der Beurteilung, ob und gegebenenfalls in welcher Form Hilfe benötigt wird, ist das häusliche und soziale Umfeld des Antragstellers zu berücksichtigen. Ein Hilfebedarf kann nicht deshalb verneint werden, weil sich der Antragsteller tagsüber außerhalb der Wohnung aufhält.

3.5.1 Unterstützung bedeutet, den Antragsteller durch die Bereitstellung sächlicher Hilfen in die Lage zu versetzen eine Verrichtung selbständig durchzuführen. Dazu gehört z. B. beim Gehen die Bereitstellung eines Rollators.

3.5.2 Bei der teilweisen Übernahme werden in Abgrenzung zur Unterstützung unmittelbare personelle Hilfen bei der Durchführung einer Verrichtung berücksichtigt. Teilweise Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Antragsteller selbst nicht ausführen kann.

Vollständige Übernahme bedeutet, dass die Pflegeperson alle Verrichtungen ausführt, die der Antragsteller selbst nicht ausführen kann, d. h. keinen eigenen Beitrag zur Vornahme der Verrichtung leisten kann.

3.5.3 Ein Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung ist nur zu berücksichtigen, wenn dieser 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 Antragsteller selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung und Anleitung bei diesen Verrichtungen richten sich auch darauf,

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

Ein unabhängig von den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen erforderlicher allgemeiner Aufsichts- und Betreuungsbedarf (z. B. eines geistig behinderten Men-

schen) ist bei der Feststellung des Hilfebedarfs nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für die allgemeine Beaufsichtigung und Betreuung zur Vermeidung einer Selbst- oder Fremdgefährdung.

3.5.4 Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

- Leistungen zur 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 verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen. Als verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche Maßnahmen in Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer

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

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

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, nicht regelmäßiger 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 Berei-

chen 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 Kranke oder behinderte 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 Härtefall-Richtlinien 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.

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

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. 5 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 Vorberei-

tungen 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 Menschen sowie geistig und seelisch behinderten Menschen 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 (Ziffer 5.5), welche Gutachter den Besuch im häuslichen Umfeld und/oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus, der stationären Rehabilitationseinrichtung bzw. im Hospiz 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 die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Pflegestufe vorliegt,
- ob eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz vorliegt,
- ob und in welchem Umfang Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder andere Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit geeignet, notwendig und zumutbar sind.

Ist dies aufgrund eindeutiger Aktenlage festzustellen, kann eine Begutachtung des Antragstellers im Wohnbereich ausnahmsweise unterbleiben. Sind weitere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Hilfs-/Pflegehilfsmitteln

oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) notwendig, sind diese im Rahmen eines Besuchs zu treffen.

5.8 Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, wofür das in den Begutachtungs-Richtlinien (Punkt G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI") 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/Höherstufung,
- Pflegestufe,
- Prüfung, ob und inwieweit ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegt (§ 36 Abs. 4 SGB XI, § 43 Abs. 3 SGB XI; vgl. Härtefall-Richtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI),
- Vorliegen einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz,
- Umfang der Pflegetätigkeit der jeweiligen Pflegeperson(en) (§ 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 (individueller Pflegeplan)

- Aussagen über die im Bereich der pflegerischen Leistungen im Einzelfall erforderlichen Hilfen,
- Aussagen über notwendige Hilfs-/Pflegehilfsmittel und technische Hilfen (§ 33 SGB V, § 40 SGB XI),
- Vorschläge für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation,
- Vorschläge für Leistungen zur Prävention,
- Aussagen zur Prognose über die weitere Entwicklung der Pflegebedürftigkeit und zur Notwendigkeit der Wiederholungsbegutachtung sowie zum Zeitpunkt der Wiederholungsbegutachtung

zu machen.

Ferner hat sich die Stellungnahme auch darauf zu erstrecken, ob die häusliche Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Gegebenenfalls sind Vorschläge zur Verbesserung/Veränderung der Pflegesituation abzugeben.

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. 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 gegebenenfalls auf die jeweilige Begründung des Widerspruchs einzugehen. Bei der Bearbeitung von Widersprüchen behinderter oder psychisch kranker Menschen oder von Kindern kann es zur ganzheitlichen Beurteilung der Pflegesituation erforderlich sein, andere Fachkräfte, z. B. aus dem Bereich der Hilfe für behinderte Menschen, der Psychiatrie oder der Kinderheilkunde, 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 Beratungseinsatzes 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: Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 geändert durch Beschluss vom 11.05.2006

Anlage

Verfahren zur Feststellung von

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

vom 22.03.2002[1]

geändert durch Beschluss vom 11.05.2006[2]

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

- handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen -

der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

haben unter Beteiligung der Kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund der §§ 45a Abs. 2, 53a Nr. 2 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 22.03.2002, geändert durch Beschluss vom 11.05.2006, gemeinsam und einheitlich das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz beschlossen.

---

1 Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 hat das BMG mit Schreiben vom 01.08.2002 – Az.: 123 – 43371/3 – die Zustimmung erteilt.

2 Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in der geänderten Fassung vom 11.05.2006 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – Az.: 233-43371/3 – die Zustimmung erteilt. Das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz findet mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf hinausgeht, der bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI und § 15 SGB XI Berücksichtigung findet. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz besteht seit dem 01.04.2002 ein zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Insbesondere werden für die Pflegeperson/-en zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruchsberechtigt ist der Personenkreis der Pflegebedürftigen der Pflegestufen I, II und III mit einem auf Dauer bestehendem erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Beeinträchtigungen der Aktivitäten ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien (vgl. Anlage 1).

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) und baut auf die Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Punkt D 4. / III. / 8. "Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen" der Begutachtungs-Richtlinien hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien). Dort sind die vorliegenden Schädigungen, vorhandene Ressourcen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens zu dokumentieren.

Screening

Das Screening (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist eine Auswertung der Angaben unter Punkt 3.2 "Beschreibung von Schädigungen/Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI (Punkt G der Begutachtungs-Richtlinien) mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist in der Tabelle der spezifische Hilfebedarf (nicht jedoch der Pflegebedarf) bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist zu "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag-/Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen" jeweils eine Bewertung "unauffällig" oder "auffällig" abzugeben. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und

- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

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

Werden im Screening (Tabelle in Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein Assessment auslösen, ist dies im Formulargutachten zu begründen.

Bei bereits festgestellter erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz hat der Gutachter zu überprüfen, ob die im vorherigen Assessment bestätigten Beeinträchtigungen der Aktivitäten weiterhin bestehen. Eine erneute Durchführung des Assessments ist nur erforderlich, wenn eine Verbesserung eingetreten ist.

Assessment

Das Assessment (Punkt G 3.5 "Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien) ist nur dann zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist und nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

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

sowie

- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

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

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,

- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und

- regelmäßig besteht.

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

Die Fragen sind eindeutig mit "ja" oder mit "nein" zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

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

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

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

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

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingesetzt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B. aufgrund zeitlicher, örtlicher oder situativer Desorientierung

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

- keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

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

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,
- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

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

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

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

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

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

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach SGB XI liegt vor, wenn im Assessment vom Gutachter des MDK wenigstens zweimal "ja" angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Darüber hinaus ist zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne des § 45a SGB XI erheblich eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

Anlage 1

Berechtigter Personenkreis
§ 45a SGB XI

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen;
4. tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

Anlage 3

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen

zur Anwendung der Härtefallregelungen

(Härtefall-Richtlinien – HRi) vom 10.07.1995,

geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996

und vom 28.10.2005

R i c h t l i n i e n

der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien - HRi) vom 10.07.1995 geändert durch Beschlüsse vom 19.10.1995[1], vom 03.07.1996[2] und vom 28.10.2005[3]

Der AOK-Bundesverband, Bonn
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
der IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
die See-Pflegekasse, Hamburg
der Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
die Knappschaft, Bochum
der Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., Siegburg und
der AEV - Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., Siegburg

handelnd als Spitzenverbände der Pflegekassen

haben unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund des § 17 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 10.07.1995 sowie durch Ergänzungsbeschlüsse vom 19.10.1995, vom 03.07.1996 und vom 28.10.2005 gemeinsam und einheitlich die nachstehenden Richtlinien zur Anwendung der Härtefallregelungen (Härtefall-Richtlinien – HRi) beschlossen.

---

1 Den Härtefall-Richtlinien – ambulante Pflege in der Fassung vom 19.10.1995 hat das BMA mit Schreiben vom 06.11.1995 – Va 1 - 43 104 1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

2 Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 03.07.1996 hat das BMA mit Schreiben vom 15.07.1996 – Va 2 - 43 371/1 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung erteilt.

3 Den Härtefall-Richtlinien in der geänderten Fassung vom 28.10.2005 hat das BMG mit Schreiben vom 21.06.2006 – 233-43371/3 – gemäß § 17 Abs. 2 SGB XI die Genehmigung (befristet bis zum 31.03.2009) erteilt. Die Härtefall-Richtlinien finden mit Wirkung vom 01.09.2006 Anwendung.

1. Allgemeines

Die Richtlinien bestimmen in Ergänzung der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien gemäß § 17 Abs. 1 SGB XI die Merkmale zur Annahme eines Härtefalles (§§ 36 Abs. 4, 43 Abs. 3 SGB XI) sowie das Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles. Sie sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§§ 213 SGB V, 53a SGB XI). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

2. Anwendungsbereich

Die Härtefallregelungen im Sinne dieser Richtlinien finden Anwendung, soweit bei Antragstellern mit einem Hilfebedarf der Pflegestufe III Leistungsanträge auf die häusliche Pflegehilfe nach § 36 SGB XI, die Kombinationsleistung nach § 38 SGB XI oder die vollstationäre Pflege nach § 43 SGB XI gerichtet sind.

3. Verfahren zur Feststellung eines Härtefalles

Liegt bei einem Antragsteller ein Hilfebedarf der Pflegestufe III vor, hat der Gutachter entsprechend den nachstehenden Merkmalen (Ziffer 4) aufgrund konkreter Tatsachen nachvollziehbar festzustellen, ob ein außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand vorliegt und dokumentiert dies im Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI.

Die Entscheidung, ob ein Härtefall vorliegt, trifft die Pflegekasse auf der Grundlage des Gutachtens des MDK.

4. Merkmale für einen außergewöhnlich hohen Pflegeaufwand

Der Pflegeaufwand wird bestimmt durch die Art, die Dauer und den Rhythmus der erforderlichen Pflegemaßnahmen. Dieser kann sich aufgrund der individuellen Situation des Pflegebedürftigen als außergewöhnlich hoch bzw. intensiv darstellen, wenn die täglich durchzuführenden Pflegemaßnahmen das übliche Maß der Grundversorgung im Sinne von Ziffer 4.1.3 (Pflegestufe III) der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien quantitativ oder qualitativ weit übersteigen.

Das ist der Fall, wenn

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

oder

- die Grundpflege für den Pflegebedürftigen auch des Nachts nur von mehreren Pflegekräften gemeinsam (zeitgleich) erbracht werden kann. Das zeitgleiche Erbringen der Grundpflege des Nachts durch mehrere Pflegekräfte erfordert, dass wenigstens bei einer Verrichtung tagsüber und des Nachts neben einer professionellen Pflegekraft mindestens eine weitere Pflegeperson, die nicht bei einem Pflegedienst beschäftigt sein muss (z. B. Angehörige), tätig werden muss.

Zusätzlich muss ständige Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderlich sein.

Ein solch außergewöhnlich hoher bzw. intensiver Pflegeaufwand kann insbesondere bei folgenden Krankheitsbildern vorliegen:

- Krebserkrankungen im Endstadium
- AIDS-Erkrankungen im Endstadium
- hohe Querschnittslähmung und Tetraplegie
- Enzephalomyelitis disseminata im Endstadium
- Wachkoma
- schwere Ausprägung der Demenz
- bei schweren Fehlbildungssyndromen und Fehlbildungen im Säuglings- und Kleinkindalter
- schwerste neurologische Defektsyndrome nach Schädelhirnverletzungen
- Endstadium der Mukoviszidose

5. Anerkennung des Härtefalles bei Pflegebedürftigen in vollstationären Pflegeeinrichtungen

Voraussetzung für die Anerkennung eines Härtefalles ist, dass stationär versorgte Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand (Ziffer 4) zur Deckung ihres Pflegebedarfs zusätzliche Kosten aufbringen müssen. Das kann der Fall sein, wenn sich die vollstationäre Pflegeeinrichtung konzeptionell auf einen Personenkreis mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand spezialisiert hat (z. B. auf Wachkomapatienten) und einen Pflegesatz der Pflegeklasse III berechnet, der den verbundenen personellen Mehraufwand von vornherein einkalkuliert und deutlich über den Pflegesätzen der Pflegeklasse III liegt, die in nicht spezialisierten vollstationären Pflegeeinrichtungen erhoben werden. Dies gilt auch für vollstationäre Pflegeeinrichtungen, die eine wirtschaftlich getrennt geführte, selbständige Abteilung für Schwerstpflegebedürftige mit außergewöhnlich hohem Pflegeaufwand und eigenständigem Pflegesatz eingerichtet haben, der über dem außerhalb dieser Abteilung berechneten Satz der Pflegestufe III liegt.

Anlage 4

Psychopathologischer Befund

in Anlehnung an die Arbeitsgemeinschaft für Methodik und

Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP)

Psychopathologischer Befund:

Der psychopathologische Befund beschreibt, aber bewertet nicht. Er gliedert sich in die Abschnitte:

Allgemeiner Eindruck

Psychisch gesunde Menschen haben in ihrem Äußeren einen **persönlichen Stil**, der zur Person und Situation passt und der sich in der Kleidung, Körperpflege und Kontaktaufnahme niederschlägt.

Bewusstseinsstörungen

Der Grad der Wachheit **(Quantität an Bewusstsein)** wird als **Vigilanz** bezeichnet. Die Abnahme der Vigilanz erfolgt über die Stufen Somnolenz und Sopor bis zum Koma. Ein gesunder Mensch muss wach sein können und auf Außenreize koordiniert reagieren können. Die **Qualität des Bewusstseins** lässt sich ebenfalls unterscheiden in Bewusstseinstrübung (z. B. Delir, Oneiroid, Dämmerzustand), Bewusstseinseinengung oder Bewusstseinsverschiebung (z. B. Intoxikation).

Orientierungsstörungen

Ein gesunder Mensch kann sich zeitlich, örtlich, situativ und bezüglich der eigenen Person ein- und zuordnen.

Aufmerksamkeitsstörungen

Aufmerksamkeit bezeichnet die Fähigkeit zur Ausrichtung der geistigen Aktivität auf einen oder mehrere bestimmte Gegenstände.

Gedächtnisstörungen

Ein gesunder Mensch muss sich an kürzer und länger **zurückliegende Ereignisse oder Lerninhalte** erinnern können.

Formale Denkstörungen

Normales Denken ist flüssig, zusammenhängend und zielgerichtet.

Befürchtungen und Zwänge

Menschen können Wahrnehmungen, Ereignisse und Situationen nach dem Grad ihrer Bedrohlichkeit als mehr oder weniger bedrohlich oder angsterregend wahrnehmen. Ihre eigenen Handlungen und Reaktionen auf bedrohliche Reize stehen nach subjektivem Erleben unter der eigenen Kontrolle.

Inhaltliche Denkstörungen

Normales Denken kann die Bedeutung (Inhalt) einer Wahrnehmung kontextbezogen zuordnen und interpretieren. **Wahn** bedeutet den Verlust der Fähigkeit zur inhaltlichen Deutung und Interpretation von einzelnen Stimuli oder Situationen. Mit unkorrigierbarer "a priorischer Gewissheit", d. h. nicht hinterfragbarer Sicherheit, werden für Alltagserlebnisse ich-bezogene Erklärungen mit in der Regel großer emotionaler Beteiligung und häufig grotesk anmutender Logik vorgetragen. Man unterscheidet **Art des Wahns** (Wahninhalt) und formale **Struktur des Wahns**.

Sinnestäuschungen

Sinneseindrücke gleich welcher Qualität dürfen nur dann entstehen, wenn ein von außen kommender Sinnesreiz gegeben ist.

Ich-Störungen

Jeder Mensch ist in der Lage, zwischen sich und der Umwelt zu unterschieden, zwischen Binnenwelt und Außenwelt. Die **Ich-Umwelt-Grenze** ist eine jederzeit klare erlebte Scheidegrenze.

Affektstörungen

Gesunden Menschen steht ein breites Spektrum an emotionalen Ausdrucksmöglichkeiten **(Affektqualitäten)** zur Verfügung, die je nach Situation wechseln. Es gibt Affektqualitäten, die ausschließlich bei psychischen Erkrankungen vorkommen (z. B. Depression). Wie auch solche, die sowohl bei gesunden wie kranken Menschen vorkommen (z. B. Angst) und bei denen der Kontext oder die Intensität als pathologisches Merkmal gelten. Die jeweils aktuell vorherrschende Grundemotion wird zusätzlich z. B. während eines Gespräches moduliert **(Affektmodulation)** und damit als Kommunikationsmittel eingesetzt.

Antriebsstörungen

Gesunde Menschen haben eine mittlere Antriebslage im Sinne von persönlichem Tempo, Lebendigkeit und Schwung. Sie können aus dieser Grundantriebslage heraus je nach Situationserfordernis in ihrer Dynamik zurückfallen oder auch im Antrieb zulegen.

Störungen der Einstellung und des Erlebens

Ein psychisch gesunder Mensch kann seinen eigenen Zustand angemessen einschätzen und sich auch situativ im Rahmen sozialer Normen angemessen verhalten.

Psychovegetative Störungen

Psychophysiologische Regulationsprozesse passen sich beim gesunden Menschen an aktuelle Anforderungen an mit Bereitstellungsreaktionen unter Anforderungssituationen und Entspannung in Ruhepausen.

Anlage 5

Auszug aus dem

Gemeinsamen Rundschreiben der Spitzenverbände der Pflegekassen

zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des PflegVG vom 10.10.2002

zu § 40 Abs. 4 SGB XI

Pflegehilfsmittel und technische Hilfen
§ 40 SGB XI

(1) Pflegebedürftige haben Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Die Pflegekasse überprüft die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln unter Beteiligung einer Pflegefachkraft oder des Medizinischen Dienstes.

(2) Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 31 Euro nicht übersteigen.

(3) Die Pflegekassen sollen technische Hilfsmittel in allen geeigneten Fällen vorrangig leihweise überlassen. Sie können die Bewilligung davon abhängig machen, dass die Pflegebedürftigen sich das Pflegehilfsmittel anpassen oder sich selbst oder die Pflegeperson in seinem Gebrauch ausbilden lassen. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch. Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, haben zu den Kosten der Hilfsmittel mit Ausnahme der Hilfsmittel nach Absatz 2 eine Zuzahlung von zehn vom Hundert, höchstens jedoch 25 Euro je Hilfsmittel an die abgebende Stelle zu leisten. Zur Vermeidung von Härten kann die Pflegekasse den Versicherten in entsprechender Anwendung der §§ 61, 62 des Fünften Buches ganz oder teilweise von der Zuzahlung befreien. Lehnen Versicherte die leihweise Überlassung eines Hilfsmittels ohne zwingenden Grund ab, haben sie die Kosten des Hilfsmittels in vollem Umfang selbst zu tragen.

(4) Die Pflegekassen können subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, beispielsweise für technische Hilfen im Haushalt, wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Die Höhe der Zuschüsse ist unter Berücksichtigung der Kosten der Maßnahme sowie eines angemessenen Eigenanteils in Abhängigkeit von dem Einkommen des Pflegebedürftigen zu bemessen. Die Zuschüsse dürfen einen Betrag in Höhe von 2.557 Euro je Maßnahme nicht übersteigen.

(5) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und dem Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung und mit Zustimmung des Bundesrates die im Rahmen der Pflegeversicherung zu gewährenden Pflegehilfsmittel und technischen Hilfen zu bestimmen.

1. Allgemeines

(1) Die Pflegekassen stellen zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder zur Ermöglichung einer selbständigeren Lebensführung des Pflegebedürftigen Pflegehilfsmittel zur Verfügung (§ 40 Abs. 1 SGB XI).

(2) Darüber hinaus können die Pflegekassen subsidiär finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen gewähren, wie z. B. Umbaumaßnahmen und/oder technische Hilfen im Haushalt (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

(3) Aufgrund der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts werden wegen den noch zu klärenden Abgrenzungsfragen zur Krankenversicherung z. Zt. noch keine Aussagen zu Pflegehilfsmitteln getroffen. Dieser Bereich wird zu einem späteren Zeitpunkt kommentiert.

2. Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes

2.1. Leistungsvoraussetzungen

Finanzielle Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen können gewährt werden, wenn dadurch im Einzelfall

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

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

2.2. Leistungsinhalt

(1) Bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR je Maßnahme können die Pflegekassen im Rahmen ihres Ermessens Zuschüsse gewähren. Hierbei handelt es sich um

- Maßnahmen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind (z. B. Türverbreiterung, festinstallierte Rampen und Treppenlifter, Herstellung von hygienischen Einrichtungen, wie Erstellung von Wasseranschlüssen, individuelle Liftsysteme im Bad, nicht jedoch serienmäßig hergestellte Lifter, die lediglich mit Dübeln verankert werden),
- Ein- und Umbau von Mobiliar, das entsprechend den Erfordernissen der Pflegesituation individuell hergestellt oder umgestaltet wird (z. B. motorisch betriebene Absenkung von Küchenhängeschränken, Austausch der Badewanne durch eine Dusche).

(2) Eine Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen liegt auch vor, wenn den Besonderheiten des Einzelfalles durch einen Umzug in eine den Anforderungen des Pflegebedürftigen entsprechende Wohnung (z. B. Umzug aus einer Obergeschoss- in eine Parterrewohnung) Rechnung getragen werden kann. In diesem Fall kann die Pflegekasse die Umzugskosten bezuschussen. Sofern noch Anpassungen in der neuen Wohnung erforderlich sind, können neben den Umzugskosten weitere Aufwendungen für eine Wohnumfeldverbesserung bezuschusst werden. Dabei darf allerdings der Zuschuss für den Umzug und die Wohnumfeldverbesserung insgesamt den Betrag von 2.557,00 EUR nicht überschreiten.

(3) Da es sich bei den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes um eine Zuschussleistung handelt, ist der Antragsteller mit der Bewilligung darauf hinzuweisen, dass die sich im Zusammenhang mit dieser Maßnahme ergebenden mietrechtlichen Fragen in eigener Verantwortlichkeit zu regeln sind. Im Rahmen ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nach §§ 7, 31 SGB XI sollten hier die Pflegekassen tätig werden (z. B. durch Einschaltung des MDK).

(4) Die Bewilligung von Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes durch die Pflegekasse bzw. einen anderen Leistungsträger schließt einen gleichzeitigen Anspruch auf Hilfsmittel nach § 33 SGB V bzw. Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 1 SGB XI grundsätzlich nicht aus. Z. B. könnte die Pflegekasse als Wohnumfeldverbesserung die Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche bezuschussen und die GKV bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 33 SGB V einen Duschsitz zur Verfügung stellen.

3. Wohnung/Haushalt

(1) Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes kommen in der Wohnung des Pflegebedürftigen oder in dem Haushalt, in den er aufgenommen wurde, in Betracht. Entscheidend ist, dass es sich um den auf Dauer angelegten, unmittelbaren Lebensmittelpunkt des Pflegebedürftigen handelt. In Alten- und Pflegeheimen sowie Wohneinrichtungen, die vom Vermieter gewerbsmäßig nur an Pflegebedürftige vermietet werden, liegt eine Wohnung/ein Haushalt in diesem Sinne nicht vor.

(2) Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI kommen sowohl in vorhandenem Wohnraum wie auch im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums in Frage. Voraussetzung ist, dass die Maßnahmen auf die individuellen Anforderungen des Bewohners ausgerichtet sind.

(3) Wird die wohnumfeldverbessernde Maßnahme im Zusammenhang mit der Herstellung neuen Wohnraums durchgeführt, sind hinsichtlich der Zuschussbemessung die durch die Maßnahme entstandenen Mehrkosten zu berücksichtigen (z. B. Mehrkosten durch Einbau breiterer als den DIN-Normen entsprechender Türen, Einbau einer bodengleichen Dusche anstelle einer Duschwanne). In der Regel werden sich die Mehrkosten auf die Materialkosten erstrecken. Mehrkosten beim Arbeitslohn und sonstigen Dienstleistungen können nur berücksichtigt werden, wenn sie eindeutig auf die wohnumfeldverbessernde Maßnahme zurückzuführen sind.

4. Maßnahme

(1) Die Pflegekasse kann je Maßnahme einen Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewähren. Dabei sind alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Zuschussgewährung (und damit auf der Grundlage des zu diesem Zeitpunkt bestehenden Hilfebedarfs) zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich sind, als eine Verbesserungsmaßnahme zu werten. Hierbei ist nicht maßgeblich, ob die notwendigen Einzelmaßnahmen

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

- jeweils auf die Verbesserung der Lage in demselben Pflegebereich oder auf verschiedene Pflegebereiche abzielen,

- in demselben Raum der Wohnung oder in verschiedenen Räumen durchgeführt werden oder

- innerhalb oder außerhalb der Wohnung bzw. des Hauses stattfinden.

Dies gilt auch dann, wenn die Verbesserungsmaßnahmen in Einzelschritten verwirklicht werden. So stellt z. B. bei der Befahrbarmachung der Wohnung für den Rollstuhl nicht jede einzelne Verbreiterung einer Tür eine Maßnahme im Sinne dieser Vorschrift dar, sondern die Türverbreiterungen und die Entfernung von Türschwellen insgesamt.

(2) Ändert sich die Pflegesituation und werden weitere Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung erforderlich, handelt es sich erneut um eine Maßnahme im Sinne von § 40 Abs. 4 SGB XI, so dass ein weiterer Zuschuss bis zu einem Betrag von 2.557,00 EUR gewährt werden kann.

Beispiel

In dem Wohnumfeld eines auf einen Rollstuhl angewiesenen Pflegebedürftigen, der von seiner Ehefrau gepflegt wird, ist der Einbau von festinstallierten Rampen, die Verbreiterung der Türen und die Anpassung der Höhe von Einrichtungsgegenständen erforderlich.

Diese Wohnumfeldverbesserungen sind als eine Maßnahme i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI zu werten und mit maximal 2.557,00 EUR zu bezuschussen.

Aufgrund der wegen zunehmenden Alters eingeschränkten Hilfestellungen der Ehefrau und weiterer Einschränkungen der Mobilität des Pflegebedürftigen ist zu einem späteren Zeitpunkt die Benutzung der vorhandenen Badewanne nicht mehr möglich. Durch den Einbau einer bodengleichen Dusche kann die Pflege weiterhin im häuslichen Bereich sichergestellt werden. Hier sind durch die veränderte Pflegesituation weitere wohnumfeldverbessernde Maßnahmen erforderlich geworden, die erneut mit maximal 2.557,00 EUR bezuschusst werden können.

5. Zuschusshöhe

Bei der Bemessung des Zuschusses, dessen Höhe auf 2.557,00 EUR je Maßnahme begrenzt ist, sind die Gegebenheiten im Einzelfall zu berücksichtigen. Die Höhe des Zuschusses richtet sich dabei nach den Kosten der Maßnahme und der Einkommenssituation des Pflegebedürftigen. Aus Steuerungsgründen ist ein angemessener Eigenanteil des Versicherten vorgesehen.

5.1 Eigenanteil des Pflegebedürftigen

Zu den Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes hat der Versicherte einen angemessenen Eigenanteil zu entrichten. Die Höhe des Eigenanteils ist abhängig von den beiden Faktoren

- Kosten der Maßnahme und

- Einkommen des Pflegebedürftigen.

Nach § 78 Abs. 2 Satz 1 SGB XI regeln die Spitzenverbände der Pflegekassen mit Wirkung für ihre Mitglieder das Nähere zur Bemessung der Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen nach § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI. Die folgenden Ausführungen gelten als Bestandteil dieser Regelungen. Sie sollen eine gleichmäßige Bemessung der Zuschüsse gewährleisten.

5.2 Höhe des Eigenanteils

Der Pflegebedürftige trägt als Eigenanteil 10 v. H. der Kosten der Maßnahme, jedoch höchstens 50 v. H. seiner monatlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt. Hat der Pflegebedürftige keine eigenen Einnahmen zum Lebensunterhalt, entfällt für ihn ein Eigenanteil.

Beispiel

Kosten der Maßnahme	=	2.530,00 EUR
Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen	=	410,00 EUR
Eigenanteil	=	205,00 EUR
Zuschuss der Pflegekasse	=	2.325,00 EUR

5.3 Maßgebliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt

(1) Zur Definition des Begriffes "Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt" gelten die Kommentierungen der Spitzenverbände der Krankenkassen in ihrem Gemeinsamen Rundschreiben vom 14.03.2002 zu den Einnahmen zum Lebensunterhalt und Gesamteinkommen.

(2) Bei der Festsetzung des Eigenanteils ist im Allgemeinen von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Monats auszugehen, der dem Monat vorangeht, in dem der Antrag auf Zuschüsse nach § 40 Abs. 4 SGB XI gestellt wird. Führt die Berücksichtigung nur eines Monats zu Ergebnissen, die nicht den tatsächlichen Verhältnissen entsprechen (z. B. Teilentgeltzahlungszeitraum), so ist für die Beurteilung ein längerer Zeitraum (z. B. drei Monate) heranzuziehen.

(3) Sollte sich das Einkommen im Zeitraum zwischen dem Leistungsantrag und der Durchführung der Maßnahme ändern, kann die Pflegekasse auf Antrag des Versicherten den Eigenanteil neu festsetzen.

(4) Die Festsetzung des Eigenanteils nach § 40 Abs. 4 Satz 2 SGB XI ist ein eigenständiger, von den Härtefallregelungen nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI und §§ 61, 62 SGB V unabhängiger, Verwaltungsakt. Deshalb sind bei der Festsetzung des Eigenanteils nur die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen. Etwaige Einnahmen weiterer Familienangehöriger im gleichen Haushalt sind unbeachtlich. Andererseits werden von den Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen auch keine Abschläge für Familienangehörige vorgenommen.

5.4 Berücksichtigungsfähige Kosten

(1) Bei der Zuschussgewährung sind als Kosten der Maßnahme Aufwendungen für

- Vorbereitungshandlungen (siehe Ziffer 7.2 Abs. 3),
- Materialkosten (auch bei Ausführung durch Nichtfachkräfte),
- Arbeitslohn und ggf.
- Gebühren (z. B. für Genehmigungen)

zu berücksichtigen. Wurde die Maßnahme von Angehörigen, Nachbarn oder Bekannten ausgeführt, sind die tatsächlichen Aufwendungen (z. B. Fahrkosten, Verdienstausfall) zu berücksichtigen.

(2) Belaufen sich die Kosten der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes auf mehr als 2.557,00 EUR, wird der überschießende Betrag bei der Ermittlung des Eigenanteils berücksichtigt.

	Beispiel 1	**Beispiel 2**	**Beispiel 3**
Kosten der Maßnahme	3.100,00 EUR	2.600,00 EUR	3.100,00 EUR
Monatliche Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt des Pflegebedürftigen	1.000,00 EUR	400,00 EUR	3.000,00 EUR
Eigenanteil	543,00 EUR	200,00 EUR	543,00 EUR
Zuschuss der Pflegekasse	2.557,00 EUR	2.400,00 EUR	2.557,00 EUR

5.5 Durchführung von Reparaturen

Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, deren Einbau bzw. Umbau bereits von der Pflegekasse bezuschusst worden sind und die repariert werden müssen, können nicht nochmals als wohnumfeldverbessernde Maßnahme bezuschusst werden. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die Pflegekassen einen "nachrangigen Zuschuss" leisten.

5.6 Umbaumaßnahmen in Wohnungen, in denen mehrere Pflegebedürftige wohnen

(1) Werden in einer Wohnung, in der mehrere Pflegebedürftige wohnen, bauliche Maßnahmen zur Wohnumfeldverbesserung durchgeführt, die auch mehreren Pflegebedürftigen dient (z. B. Türverbreiterungen für zwei Rollstuhlfahrer), bleibt der Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI auf 2.557,00 EUR begrenzt. Die Kosten trägt in diesen Fällen die zuerst angegangene Pflegekasse. Bei der Bemessung der Höchstgrenze des Eigenanteils sind die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der Pflegebedürftigen nicht zu addieren. Maßgebend sind jeweils die niedrigsten Bruttoeinnahmen, unabhängig davon, bei welcher Pflegekasse der Pflegebedürftige versichert ist. Die Pflegekasse, die die Kosten für die Maßnahme übernommen hat, informiert die andere Pflegekasse über die durchgeführte Maßnahme und die Höhe des Zuschusses.

(2) Sind zeitgleich durchgeführte Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes mehreren Pflegebedürftigen jeweils individuell zuzuordnen, kann der Zuschuss nach § 40 Abs. 4 SGB XI mehrmals gezahlt werden (z. B. Türverbreiterungen für einen Rollstuhlfahrer und Handläufe für einen Gehbehinderten). Entsprechend der Zuschussfestsetzung ist auch die Bemessung des Eigenanteils dann für jeden Pflegebedürftigen individuell vorzunehmen.

6. Zuständigkeitsabgrenzung zu anderen Leistungsträgern

6.1 Allgemeines

Die Pflegekassen können subsidiär (nachrangig) Zuschüsse für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes gewähren. D. h., Leistungen der Pflegekassen kommen nur dann in Betracht, wenn kein anderer Leistungsträger vorrangig verpflichtet ist.

6.2 Vorrangige Leistungszuständigkeit der Pflegekasse

(1) Im Rahmen der Wiedereingliederungshilfe für behinderte Menschen wird nach § 54 Abs. 1 SGB XII Hilfe bei der Beschaffung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des behinderten Menschen entspricht, gewährt. Dies gilt auch für die Altenhilfe im Sinne von § 71 Abs. 2 SGB XII. Beschädigte und Hinterbliebene erhalten im Rahmen der Kriegsopferfürsorge (vgl. §§ 25 ff. BVG) unter den Voraussetzungen des § 27c BVG Wohnungshilfe.

(2) Diesen fürsorgerischen, von einer Bedürftigkeitsprüfung abhängigen Sozialleistungen gehen die Leistungen der Pflegeversicherung vor. Der Anspruch auf diese Leistungen bleibt von den Leistungen der Pflegekasse jedoch unberührt, soweit die Leistungen der Pflegekasse den Bedarf im Einzelfall nicht abdecken (siehe Ziffer 3 zu § 13 SGB XI). Die Pflegekasse hat in diesen Fällen die Pflegebedürftigen auf die ggf. bestehenden weiter gehenden Ansprüche nach dem SGB XII bzw. BVG hinzuweisen und entsprechende Anträge durch Weiterleitung der vorhandenen Unterlagen (z. B. Stellungnahme des MDK, Kostenvoranschläge, Bescheinigung über den Zuschuss der Pflegekasse) an die zuständigen Leistungsträger zu unterstützen.

6.3 Vorrangige Leistungszuständigkeit anderer Träger

(1) Die für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zuständigen Rehabilitationsträger (z. B. Unfallversicherung, gesetzliche Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit) übernehmen vorrangig unter den trägerspezifischen Voraussetzungen nach § 33 Abs. 3 Nr. 1 und 6 i. V. m. Abs. 8 Satz 1 Nr. 6 SGB IX auch Kosten der Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

(2) Darüber hinaus gewährt die Unfallversicherung nach § 39 Abs. 1 Nr. 2, § 41 SGB VII vorrangig Wohnungshilfe, wenn sie wegen der Folgen eines Arbeitsunfalls erforderlich wird.

(3) Die Integrationsämter können im Rahmen ihrer Zuständigkeit für die begleitende Hilfe im Arbeitsleben Geldleistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen des schwerbehinderten Menschen entspricht, gewähren (siehe § 102 Abs. 3 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d SGB IX). Darüber hinaus können sie im Rahmen der nachgehenden Hilfe im Arbeitsleben Leistungen zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer behindertengerechten Wohnung gewähren (siehe § 17 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe d i. V. m. § 22 Schwerbehinderten-Ausgleichsabgabeverordnung – SchwbAV). Diese Leistungen gehen den Leistungen der Pflegeversicherung vor, so dass grundsätzlich bei berufstätigen Pflegebedürftigen, die schwerbehindert im Sinne von § 2 SGB IX (Grad der Behinderung von wenigstens 50 v. H.) sind, Zuschüsse zu Wohnumfeldverbesserungsmaßnahmen durch die Pflegekassen nicht in Betracht kommen.

7. Verfahren

7.1 Antragstellung

(1) Zuschüsse zu Maßnahmen der Wohnumfeldverbesserung sollten vor Beginn der Maßnahme mit einem Kostenvoranschlag bei der Pflegekasse beantragt werden (siehe § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB XI, § 19 Satz 1 SGB IV).

(2) Der MDK hat in dem im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit anzufertigenden Gutachten (siehe Ziffer G "Formulargutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI" der Begutachtungs-Richtlinien) Empfehlungen an die Pflegekasse über die

notwendige Versorgung mit technischen Hilfsmitteln und baulichen Maßnahmen zur Anpassung des Wohnumfeldes auszusprechen (siehe Ziffer D/6.3 der Begutachtungs-Richtlinien). Die Empfehlung gilt als Antrag auf Leistungsgewährung, sofern der Versicherte nichts Gegenteiliges erklärt. Dies gilt auch, wenn im Rahmen der Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI wohnumfeldverbessernde Maßnahmen angeregt werden.

7.2 Beratung

(1) Die Pflegekassen sind verpflichtet, die Pflegebedürftigen hinsichtlich der Bezuschussung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen zu beraten (siehe § 7 Abs. 2 SGB XI). Diese Beratung umfasst neben den allgemeinen Leistungsvoraussetzungen auch die individuelle Beratung über in Frage kommenden Maßnahmen (als Orientierungshilfe dient der Katalog möglicher Maßnahmen in Ziffer 8). Werden mit dieser Beratung externe Stellen beauftragt, handelt es sich um Beratungskosten im Sinne des § 7 Abs. 4 SGB XI.

(2) Bei der Beratung über die in Frage kommenden Maßnahmen steht die Zielsetzung im Vordergrund, den Wohnraum so anzupassen, dass er den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen gerecht wird. Dabei ist vor dem Hintergrund des Wirtschaftlichkeitsgebots (siehe § 29 SGB XI) und der begrenzten Zuschussmöglichkeit – auch im Interesse der Pflegebedürftigen – zu prüfen, ob anstelle von Baumaßnahmen oder der beantragten Maßnahmen einfachere Lösungen in Betracht kommen.

(3) Die Beratung ist abzugrenzen von den Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen in Bezug auf die konkrete Maßnahme. Vorbereitungs- und Durchführungshandlungen in diesem Sinne sind z. B. die Unterstützung bei der Auswahl von Handwerkern sowie Beratung zu Angeboten von Handwerkern bis zum Vertragsabschluss, die technische Beratung durch Architekten (z. B. das Erstellen eines Gutachtens über mögliche bauliche Maßnahmen z. B. in Bezug auf die Statik), die Beantragung von Eigentümergenehmigungen sowie anderer notwendiger Zustimmungen (Eigentümerversammlung, Straßenverkehrsamt, das Stellen von Bauanträgen oder die Bauüberwachung), die Nachschau der durchgeführten Maßnahme und die Durchsicht der Rechnungen. Aufwendungen für diese Handlungen werden ggf. als Kosten der Maßnahme bei der Festsetzung des Zuschusses berücksichtigt (siehe Ziffer 5.4 Abs. 1). Beauftragt der Pflegebedürftige für die Planung, Durchführung oder Überwachung der Maßnahme externe Stellen, sind diese Kosten als Teil der Maßnahme zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes zu werten und bei der Bemessung des Zuschusses zu berücksichtigen.

7.3 Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Maßnahme

Die Pflegekasse überprüft – ggf. in Zusammenarbeit mit einer beauftragten Pflegefachkraft oder dem MDK, die erforderlichenfalls andere Fachkräfte als externe Gutachter hinzuziehen (siehe Ziffer 5.5 der Pflegebedürftigkeits-Richtlinien) –, ob durch die beantragte Maßnahme im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt werden kann, sofern diese Prüfung nicht bereits im Rahmen der Beratung im Vorfeld des Leistungsantrags erfolgte (siehe Ziffer 7.2). Stellt sich im Rahmen dieser Prüfung heraus, dass es eine einfachere und effektivere Lösung gibt, hat die Pflegekasse entsprechende Empfehlungen zu geben.

8. Katalog möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen

8.1. Grundsätzliches

Die Zuschussgewährung nach § 40 Abs. 4 SGB XI setzt voraus, dass die geplante Maßnahme die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird. Von diesen zuschussfähigen Maßnahmen sind reine Modernisierungsmaßnahmen oder Maßnahmen, mit denen eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung erreicht wird, abzugrenzen, wenn diese nicht im direkten Zusammenhang mit der Pflegebedürftigkeit stehen. So ist z. B. der Einbau eines nicht vorhandenen Bades grundsätzlich eine allgemeine standardmäßige Ausstattung der Wohnung; ist der pflegebedürftige Bewohner jedoch nicht mehr in der Lage, die bisherige Waschmöglichkeit (z. B. das Etagenbad) zu benutzen und kann durch den Einbau des Bades verhindert werden, dass der Pflegebedürftige seine Wohnung aufgeben muss, handelt es sich um eine Maßnahme i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI.

Insbesondere folgende Maßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. von § 40 Abs. 4 SGB XI:

- Ausstattung der Wohnung mit einem Telefon, einem Kühlschrank, einer Waschmaschine,
- Verbesserung der Wärmedämmung und des Schallschutzes,
- Reparatur schadhafter Treppenstufen,
- Brandschutzmaßnahmen,
- Herstellung einer funktionsfähigen Beleuchtung im Eingangsbereich/Treppenhaus,
- Rollstuhlgarage,
- Errichtung eines überdachten Sitzplatzes,
- elektrischer Antrieb einer Markise,
- Austausch der Heizungsanlage, Warmwasseraufbereitung,
- Schönheitsreparaturen (Anstreichen, Tapezieren von Wänden und Decken, Ersetzen von Oberbelägen),
- Beseitigung von Feuchtigkeitsschäden,
- allgemeine Modernisierungsmaßnahmen.

In dem folgenden Katalog sind mögliche Maßnahmen aufgelistet, deren Leistungsvoraussetzungen nach den o. g. Grundsätzen in jedem Einzelfall zu überprüfen sind.

8.2. Maßnahmen außerhalb der Wohnung/Eingangsbereich

Um eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen zu gewährleisten, kommen insbesondere folgende Maßnahmen im Treppenhaus/Eingangsbereich in Betracht:

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Aufzug	Einbau eines Personenaufzuges in einem eigenen Haus Anpassung an die Bedürfnisse eines Rollstuhlfahrers: Ebenerdiger Zugang, Vergrößerung der Türen, Schalterleiste in Greifhöhe Installation von Haltestangen, Schaffung von Sitzplätzen
Briefkasten	Absenkung des Briefkastens auf Greifhöhe (z. B. bei Rollstuhlfahrer)
Orientierungshilfen	Schaffung von Orientierungshilfen für Sehbehinderte, z. B. ertastbare Hinweise auf die jeweilige Etage
Treppe	Installation von gut zu umfassenden und ausreichend langen Handläufen auf beiden Seiten Verhinderung der Stolpergefahr durch farbige Stufenmarkierungen an den Vorderkanten Installation von festinstallierten Rampen und Treppenliftern
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen Installation von Türen mit pneumatischem Türantrieb oder ähnlichem Einbau einer Gegensprechanlage

Weiter gehende Maßnahmen außerhalb des Eingangsbereichs/Treppenhauses, z. B. Schaffung eines behindertengerechten Parkplatzes, Markierung und Pflasterung der Zugangswege oder allgemeine Verkehrssicherungsmaßnahmen sind keine Maßnahmen i. S. des § 40 Abs. 4 SGB XI.

8.3. Maßnahmen innerhalb der Wohnung

8.3.1 Mögliche Maßnahmen im gesamten Wohnungsbereich

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Bewegungsfläche	Umbaumaßnahmen zur Schaffung ausreichender Bewegungsfläche, z. B. durch Installation der Waschmaschine in der Küche anstatt im Bad (Aufwendungen für Verlegung der Wasser- und Stromanschlüsse)
Bodenbelag	Beseitigung von Stolperquellen, Rutsch- und Sturzgefahren
Heizung	Installation von z. B. elektrischen Heizgeräten anstelle von Öl-, Gas-, Kohle- oder Holzöfen (wenn dadurch der Hilfebedarf bei der Beschaffung von Heizmaterial kompensiert wird)
Lichtschalter/Steckdosen/Heizungsventile	Installation der Lichtschalter/Steckdosen/ Heizungsventile in Greifhöhe Ertastbare Heizungsventile für Sehbehinderte
Reorganisation der Wohnung	Anpassung der Wohnungsaufteilung (ggf. geplant für jüngere Bewohner, Ehepaare) auf veränderte Anforderungen (alt, allein, gebrechlich) durch Umnutzung von Räumen Stockwerktausch (insbesondere in Einfamilienhäusern ist häufig das Bad und das Schlafzimmer in oberen Etagen eingerichtet)
Türen, Türanschläge und Schwellen	Türvergrößerung Abbau von Türschwellen, z. B. auch zum Balkon Veränderung der Türanschläge, wenn sich dadurch der Zugang zu einzelnen Wohnungsbereichen erleichtern oder die Bewegungsfläche vergrößern lässt Einbau von Sicherungstüren zur Vermeidung einer Selbst- bzw. Fremdgefährdung bei desorientierten Personen Bei einer bereits installierten Türöffnungs- und -schließungsanlage eine Absenkung der Anlage in Greifhöhe bzw. behinderungsgerechte Anpassung
Türen, Türanschläge und Schwellen	Absenkung eines Türspions
Fenster	Absenkung der Fenstergriffe Anbringung von elektrisch betriebenen Rollläden, sofern der Pflegebedürftige zur Linderung seiner Beschwerden ständig auf einen kühlen Raum angewiesen ist und eine Unterbringung nur in diesem Raum erfolgen kann

8.3.2 Spezielle Maßnahmen in besonderen Wohnbereichen

Küche

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Armaturen	Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Belag
Kücheneinrichtung	Veränderung der Höhe von z. B. Herd, Kühlschrank, Arbeitsplatte, Spüle als Sitzarbeitsplätze Schaffung einer mit dem Rollstuhl unterfahrbaren Kücheneinrichtung Absenkung von Küchenoberschränken (ggf. maschinelle Absenkvorrichtung) Schaffung von herausfahrbaren Unterschränken (ggf. durch Einhängekörbe)

Bad und WC

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Einbau eines fehlenden Bades/WC	Umgestaltung der Wohnung und Einbau eines nicht vorhandenen Bades/WC
Anpassung eines vorhandenen Bades/WC: Armaturen	 Installation von Armaturen mit verlängertem Hebel oder Schlaufe, Schlauchbrause Installation von Warmwassergeräten, wenn kein fließend warmes Wasser vorhanden ist und aufgrund der Pflegebedürftigkeit Warmwasserquellen im Haus nicht erreicht oder das warme Wasser nicht – wie bisher – aufbereitet werden kann
Badewanne	Badewanneneinstiegshilfen, die mit wesentlichen Eingriffen in die Bausubstanz verbunden sind
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag Schaffung rutschhemmender Bodenbeläge in der Dusche

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Duschplatz	Einbau einer Dusche, wenn der Einstieg in eine Badewanne auch mit Hilfsmitteln nicht mehr ohne fremde Hilfe möglich ist Herstellung eines bodengleichen Zugangs zur Dusche
Einrichtungsgegenstände	Anpassung der Höhe
Toilette	Anpassung der Sitzhöhe des Klosettbeckens durch Einbau eines Sockels
Waschtisch	Anpassung der Höhe des Waschtisches (ggf. Einbau eines höhenverstellbaren Waschtisches) zur Benutzung im Sitzen bzw. im Rollstuhl

Die Fliesen, z. B. bei der Herstellung eines bodengleichen Zuganges zur Dusche, sind auch als Kosten bei der Maßnahme mit zu berücksichtigen. Hierbei sind die Kosten der Fliesen nicht auf den Bereich der Dusche gesondert zu berechnen, wenn ggf. das gesamte Bad mit neuen Fliesen ausgestattet wird.

Schlafzimmer

Ausstattungselemente	**Mögliche Veränderungen**
Bettzugang	Umbaumaßnahmen zur Schaffung eines freien Zugangs zum Bett
Bodenbelag	Verwendung von rutschhemmendem Bodenbelag
Lichtschalter/Steckdosen	Installation von Lichtschaltern und Steckdosen, die vom Bett aus zu erreichen sind

Anlage 6

Glossar

Erläuterung der wichtigsten Fachbegriffe

Affekt	kurze, intensive Gefühlsregung
affektiv	gefühlsbetont
Agnosie	Störung der höheren Formen des Erkennens (Seelentaubheit, Seelenblindheit, reine Tastlähmung)
Akinesie	herabgesetzte oder fehlende Bewegung des Rumpfes, der Extremitäten sowie der Gesichtsmuskulatur
Ambivalenz	Bezeichnung für gleichzeitiges Vorhandensein gegensätzlicher Affekte, Vorstellungen, Wünsche oder Absichten
Anamnese	Krankengeschichte
Anatomie	Lehre vom Bau der Körperteile
Anomalie	Unregelmäßigkeit, geringgradige Entwicklungsstörung
Anuspraeter	künstlicher Darmausgang, Kunstafter
Aphatisch	teilnahmslos
Apgar	Punktschema für die Zustandsdiagnostik des Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt **A**tmung **P**uls **G**rundtonus **A**ussehen **R**eflexe
Aphasie	zentrale Störung der Sprache (Sprachformulierung und Sprachverständnis)
Apraxie	Unfähigkeit, bei erhaltener Beweglichkeit zu handeln, d. h. die Körperteile zweckmäßig zu bewegen
Aspiration	Eindringen flüssiger oder fester Stoffe in die Atemwege
Assessment	Abschätzung; Zusammentragen von Informationen anhand standardisierter Schemata, um das Ausmaß vorhandener bzw. verlorener Fähigkeiten einschätzen zu können z. B. zur Beurteilung der Selbständigkeit älterer Menschen
Athetose	Erkrankung des extrapyramedalen Systems mit langsamen, bizarr geschraubten Bewegungen
Ätiologie	Lehre von den Krankheitsursachen
Atrophie	1. Allgemeine Abmagerung bei chronischen Ernährungsstörungen 2. Verkleinerung von Organen oder Organteilen, die vorher größer waren
Autismus	Kontaktstörung mit Rückzug auf die eigene Vorstellungs- und Gedankenwelt und Isolation von der Umwelt
autoaggressiv	gegen sich selbst gerichtet

Cerebral	Das Gehirn betreffend
Cerebralparese	Lähmung bedingt durch Erkrankung des Gehirns
Cri-du-chat-Syndrom	Synonyme Katzenschreisyndrom, Chromosom 5p-Syndrom, Lejeune-Sydrom, komplexes Fehlbildungssyndrom infolge struktureller Chromosomenaberration mit partiellem Verlust der kurzen Arme des Chromosoms 5. Es ist gekennzeichnet durch katzenschreiartige, hohe, schrille Lautäußerungen in den ersten Lebensmonaten, vermutlich infolge einer Kehlkopfhypoplasie, die sich im weiteren Verlauf verliert. Charakteristisches rundes Gesicht mit Hypertolerismus, Epikanthus und nach lateral abfallender Lidachse; primordialer Minderwuchs bei normaler Schwangerschaftsdauer, Mikozephalie, schwere psychomotorische Retardierung; fakultative Begleitfehlbildungen innerer Organe, insbesondere Herzfehlbildungen.
Darmprolaps	Darmvorfall
Defäkation	Stuhlentleerung
Dekubitus	durch äußerer Druckeinwirkung mit Kompression von Gefäßen hervorgerufene Störung von Gewebe
Delir	Form der akuten organischen Psychose mit Bewusstseins- und Orientierungsstörungen
Demenz	Oberbegriff für die Veränderung und Neuanpassung auf früherem Entwicklungsniveau von erworbenen intellektuellen Fähigkeiten als Folge einer Hirnschädigung
Dermatika	Medikamente zur äußerlichen Anwendung auf der Haut
Dialyse	Behandlungsmethode zur Entfernung harnpflichtiger Substanzen, anderen Stoffen und Wasser aus dem Organismus unter Anwendung bestimmter Blutreinigungsverfahren
Diarrhö	Durchfall
digital	mit dem Finger (z. B. Leeren des Enddarms)
dissimilieren	aktives Verheimlichen von Krankheitssymptomen aus verschiedenen Gründen
Down Syndrom	Synonym Morbus Langdon-Down, Trisomie 21, Mongolismus, numerische autosomale Aberration Chromosom 21, intra- und extrauterine Fehlentwicklung fast sämtlicher Gewebe und Organe, die langsam wachsen, unreif bleiben, schneller altern und Fehlbildungen aufweisen können; meist erhebliche, aber individuell verschieden entwicklungsfähige geistige Behinderung, unterschiedlich ausgeprägte typische Dysmorphie: rundlichen Kopf, Minderwuchs, Brachyzephalie, Mikrozephalie, lateral-kranial ansteigende Lidachsen, Epikanthus, Hypertelorismus, breite Nasenwurzel, tief sitzende Ohren, meist offener Mund mit vermehrter Speichelsekretion und großer gefurchter Zunge; Muskelhypotonie, Cutis laxa, tief stehender Nabel (oft mit Hernie), Vierfingerfurche an der

	Handfläche, Fußdeformitäten (sog. Sandalenlücke), Einwärtskrümmung (Klinodaktylie) der Endglieder des 5. Fingers, Unterentwicklung der Kiefer und Zähne sowie verspäteter knöcherner Schluss der Schädelnähte und Fontanelle, ohne Verzögerung der Knochenkernentwicklung; Herzfehler in 40-60 v. H..
Duodenalstenose	Einengung des Zwölffingerdarms
Dyspnoe	mit subjektiver Atemnot einhergehende Erschwerung der Atemtätigkeit
Edwards-Syndrom	Synonym Trisomie 18, komplexes Fehlbildungssyndrom infolge einer autosomalen Trisomie der Chromosomengruppe F (Chromosom 18), es besteht außergewöhnlich große Variabilität und Komplexität der Anomalien, so dass konstante diagnostische Kriterien nicht festzulegen sind. Hervorzuheben sind primordialer Minderwuchs, typische Gesichtsdysmorphien und eigenartige Fingerhaltung mit Beugekontrakturen der Fingergelenke, wobei Daumen und Kleinfinger die anderen Finger überkreuzen, schwere psychomotrische Retardierung.
Emotional	gefühlsbetont
Ergotherapie	zusammenfassende Bezeichnung für Beschäftigungs- und Arbeitstherapie
Euphorie	Bezeichnung für gesteigertes Lebens- und Glücksgefühl mit Sorglosigkeit, Optimismus und subjektivem Wohlbefinden
Exsikkose	Austrocknung, Abnahme des Gesamtkörperwassers
retolentale (Fibroplasie)	Endstadium der Retinopathia praematurorum (fast ausschließlich bei unreifen Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g), vorkommende Netzhauterkrankung mit hinter der Linse liegender abgehobener vernarbter Netzhaut; vollständige Erblindung.
fixieren	befestigen
gastro-intestinal	Magen und Darm betreffend
Geriatrie/geriatrisch	Altersheilkunde, den alten Menschen betreffend
Gerontopsychiatrie	befasst sich mit psychischen Erkrankungen im Alter
Halluzination	Trugwahrnehmung, Sinnestäuschung
Hemiplegie	Halbseitenlähmung
Hydrocephalus	so genannter Wasserkopf; Erweiterung der Liquorräume
hypochondrisch	eingebildet krank sein
immobil	unbeweglich
immunsuppressiv	das Immunsystem unterdrückend

infantil	Bezeichnung für Stehenbleiben bei geistiger bzw. körperlicher Entwicklung auf einer kindlichen Stufe
inkontinent	Urin oder Stuhlgang nicht kontrollieren können
Insuffizienz	ungenügende Leistung eines Organs oder Organsystems
intoxikiert	vergiftet
Interaktion	wechselweises Vorgehen
Item	Punkt
Kachexie (kachektisch)	so genannte Auszehrung, Abnahme des Körpergewichts um mehr als 20 v. H. des Sollgewichts
Kardiologisch	das Herz betreffend
kardio-respiratorisch	das Herz- und Atmungssystem betreffend
Klistier	Einlauf
Kognition (kognitiv)	Bezeichnung für den Komplex von Wahrnehmung, Denken usw. Störungen kognitiver Funktionen, z. B. Gedächtnisstörungen, Denkstörungen, Unfähigkeit zur Abstraktion
Kohärenz	Zusammenhang
komatös	im Zustand der Bewusstlosigkeit
Konfabulation	Erzählung meist zufälliger Einfälle ohne Bezug zur jeweiligen Situation oder Frage, durch die Gedächtnislücken überspielt werden
Kontraindikation	Umstand, der die Anwendung eines Heilmittels oder eines diagnostischen/therapeutischen Verfahrens bei an sich gegebener Indikation in jedem Fall (absolute Kontraindikation) bzw. nur unter strenger Abwägung der sich dadurch ergebenden Risiken für den Patienten (relative Kontraindikation) verbietet
Kontraktur	Funktions- und Bewegungseinschränkung von Gelenken
Korsakow-Syndrom	Syndrom aus Desorientiertheit, Gedächtnisstörungen und Konfabulationen
kortikal	von der Gehirnrinde ausgehend
kurativ	auf Heilung ausgerichtet
Laxantien	Abführmittel
Logopädie	Diagnostik, Therapie und Beratung von Patienten mit Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen
Logorrhoe	starker Rededrang mit vom Adressaten nicht zu bremsenden Redefluss

Meningomyocele	angeborene Fehlbildung des Rückenmarks und der Wirbelsäule
Miktion	Harnlassen, Blasenentleerung
Mobilisation	Maßnahmen zur körperlichen Aktivierung von Patienten
motorisch	der Bewegung dienend bzw. sie betreffend
Mukoviszidose	auch Zystische Fibrose, vererbliche Stoffwechselstörung mit Fehlfunktion exokriner Drüsen, u. a. durch vermehrte Schleimbildung schwere Komplikationen im Bereich der Atemwege und des Verdauungssystems sowie vermehrte Schweißsekretion
Muskelathropie	Muskelschwund infolge Verkleinerung des Durchmessers der einzelnen Muskelfasern
Neglect	Bezeichnung für eine oft halbseitige Vernachlässigung des eigenen Körpers oder der Umgebung
neurodegenerativ	durch Verlust von Nervenzellen bedingt
Neuropsychologie (neurophysiologisch)	Arbeitsrichtung der Psychologie, die sich mit dem Zusammenhang von psychischen Funktionen und dem Nervensystem befasst
nihilistisch	alles Bestehende für nichtig, sinnlos haltend
Nykturie	nächtliches Wasserlassen
Nystagmus	Augenzittern
Obstipation	Stuhlverstopfung
Oedem	Wassersucht, Ansammlung wässriger Flüssigkeit in Gewebespalten
Oneiroid	traumähnlich
onkologisch	Geschwulsterkrankungen betreffend
oro/tracheal	Einführen eines Schlauchs in die Luftröhre durch den Mund zum Absaugen von Schleim
Pädiater	Kinderarzt
Päteau-Syndrom	Synonym Trisomie 13, komplexes Fehlbildungssyndrom infolge einer numerischen Aberration des Chromosoms 13 gekennzeichnet durch multiple Hirnfehlbildungen (Arhinenzephalie), Gesichtsdysmorhpien, Lippenkiefergaumenspalte, Mikrophtalmie, Iriskolobom, Ohrmuscheldeformitäten, postoxiale Hexadaktylie, Herzfehler, Zystennieren
Parese	unvollständige Lähmung
pathologisch	krankhaft

PEG	**P**erkutane **E**ndoskopische **G**astrostomie – operativ angelegte äußere Magenfistel und Ableitung durch die Bauchwand nach außen zur Ernährung
perinatal	die Zeit um die Geburt
persistieren	anhaltend, dauerhaft
Perzeption	Wahrnehmung
Physiologie	Wissenschaft und Lehre von den normalen Lebensvorgängen
physiologisch	die Physiologie betreffend
Pneumonie	Lungenentzündung
Polyneuropathie	Erkrankung der peripheren Nerven aus nicht traumatischer Ursache
Polyphagie	Essstörung mit übermäßiger Nahrungsaufnahme
Prävention	vorbeugende Maßnahme
Progredienz	Voranschreiten, Fortschreiten (z. B. einer Krankheit)
prospektiv	vorausschauend
psychisch	seelisch
Psychopathologie/ psychopathologisch	Lehre von den psychischen Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten des Menschen, sofern diese als abweichend oder krankhaft angesehen werden
psychotrop	psychotrope Substanzen; Pharmaka, die die Aktivität des ZNS beeinflussen und eine Wirkung auf psychische Funktionen haben
psychomotorisch	durch psychische Vorgänge beeinflusste Bewegungen
Psychose	allgemeine Bezeichnung für psychische Störung
Rehabilitation	Wiederherstellung
Relevanz	Wichtigkeit
Ressource	noch vorhandene Fähigkeit
retrolental	hinter der Augenlinse gelegen
Screening	Vortest, Suchtest
Sedierung/sedieren	mit Medikamenten ruhig stellen
Sensibilität	Fähigkeit zur Wahrnehmung verschiedener Reize
somnolent	schläfrig (durch äußere Reize erweckbar)

soporös	schläfrig (durch äußere Reize nicht erweckbar)
Stereotypien	Bewegungen, Handlungen oder verbale Äußerungen, die oft über lange Zeit und immer in der gleichen Weise wiederholt werden
Stoma	operative hergestellte Öffnung an einem Hohlorgan, z. B. Anuspraeter
Stringent	zwingend
symptomatisch	bezeichnend
Syndrom	Gruppe von Krankheitszeichen, die für ein bestimmtes Krankheitsbild charakteristisch sind
taktil	das Tasten, die Berührung, den Tastsinn betreffend
Thrombose	lokalisierte Blutgerinselbildung
Tracheostoma	operativ angelegte Öffnung der Luftröhre nach außen
Tremor	Zittern
trophisch	mit der Ernährung zusammenhängend
Ulcus (Ulcera)	Geschwür, Substanzdefekt der Haut oder Schleimhaut (und darüber hinaus gehender Schichten)
Urostoma	operativ hergestellte Öffnung der Harnwege
Zyanose	blau-rote Färbung von Haut und Schleimhäuten infolge Abnahme des Sauerstoffgehaltes im Blut

Anlage 7

Stichwortverzeichnis

—A—

Aktivitäten des täglichen Lebens 26

—B—

Beeinträchtigungen der Aktivitäten 22, 23, 24
Behandlungspflege 55, 59
Begutachtung
im Hospiz 13
im Krankenhaus / in der Rehabilitationseinrichtung 12
im Wohnbereich 12
im Wohnbereich / häusliches Umfeld 13
in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen 60
in vollstationären Pflegeeinrichtungen 59
Begutachtungs- bzw. Bewertungsschritte 46

—D—

Definitionen
Pflegeeinrichtungen 17, 18
Pflegekräfte/Pflegefachkräfte 17
Pflegepersonen 17
Defizite
in der professionellen Pflege 60, 68
pflegerische 46, 60, 68

—F—

Freiheitsentziehende Maßnahmen 19, 20, 21
Formen der Hilfeleistung 32
Anleitung 33, 39, 40, 42, 84
Beaufsichtigung 33, 39, 40, 42, 84
Übernahme teilweise 32, 83
Übernahme vollständige 33, 83
Unterstützung 32

—H—

Hilfebedarf
auf Dauer 30, 34
.. und Aktivierende Pflege 37
Abgrenzung des zu berücksichtigenden 31
Art und Häufigkeit des jeweiligen 35
Besonderheiten bei der Ermittlung des jeweiligen 37
individueller 31, 35
nächtlicher 35, 55
Sedierung und nächtlicher 35
zeitlicher Umfang des jeweiligen 36
Hilfeleistung
Überversorgung 31, 46
Unterversorgung 31, 68
Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittelversorgung 65

—K—

Kinder
Besonderheiten der Begutachtung 21, 22, 27, 42, 76

—O—

Orientierungswerte zur Pflegezeitbemessung 48, 83

—P—

Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz 23, 29, 60, 69
Pflege
erschwerende oder erleichternde Faktoren 55, 85
... nicht sichergestellt..... 14, 37, 47, 60
aktivierende 37
Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeits-Richtlinien..... 8, 9
Stufen der 58
Voraussetzungsebenen der 48
Pflegeperson
Individualität der 31
Pflegeplan
individueller 15, 62
Psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen
Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfes bei Menschen mit 38

—R—

Rehabilitation 63
Ressourcen..... 22, 24

—S—

Sedierung und nächtlicher Hilfebedarf..... 35
Schädigung 22, 23

—T—

Technische Hilfen und bauliche Maßnahmen (Wohnumfeld)..... 67

—V—

Verfahren bei bereits vorliegenden MDK-Gutachten 15
Höherstufung 15
Widerspruch..... 15
Wiederholungsbegutachtung 15, 21, 23, 58, 69
Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit..... 9, 111
Verrichtungen
Ernährung 51, 88
gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende ... im Ablauf des täglichen Lebens 47
hauswirtschaftliche Versorgung 56
Körperpflege..... 49, 86
Mobilität..... 52, 88
Verrichtungsbezogene krankheitssepzifische Pflegemaßnahmen 36, 49, 85
vollstationär
Begutachtung in ...en Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen..... 60
Besonderheiten bei ...er Pflege..... 59
Erforderlichkeit der ...en Pflege..... 61