



...alles was Recht ist...

Sozial-Info 03/06



### **Änderungen der Begutachtungsrichtlinien in der Pflegeversicherung**

Am 1. September 06 traten mit Zustimmung des Bundesgesundheitsministeriums die neuen Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Kraft. Nach diesen Richtlinien führt der MDK die Einstufung in die Pflegestufen durch. Zeitgleich wurden auch die Pflegebedürftigkeitsrichtlinien sowie die Härtefallrichtlinien geändert.

Die Änderungen sollen u. a. zu einer Verringerung des individuellen Spielraumes der Gutachter bei der Einstufung führen. Zukünftig soll erreicht werden, dass die Einstufungsergebnisse nur vom tatsächlichen Hilfebedarf des Pflegebedürftigen abhängen und nicht von der subjektiv unterschiedlich gewerteten Sichtweise der Gutachter beeinflusst werden.

Der zeitliche Aufwand für die medizinische Behandlungspflege kann verstärkt in die Begutachtung einfließen. Die Gutachter des MDK sind nun in der Lage, medizinisch-pflegerische Tätigkeiten (die so genannten "verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen"), die in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Pflege erbracht werden müssen, umfassender zu berücksichtigen. Dabei spielt es keine Rolle, ob am Ende die Krankenversicherung - bei Beauftragung der häuslichen Krankenpflege - oder die Pflegeversicherung die Kosten für die Leistung übernimmt. Mehr dazu auf den nächsten Seiten.

Grundsätzlich ist jetzt bei Begutachtungen von Antragstellern ( so nennt man den Pflegebedürftigen jetzt), die unter Betreuung stehen, auch der gesetzliche Betreuer zu der Begutachtung einzuladen. Ab sofort wird bei der Begutachtung behinderter Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe eine vollständige Einstufung in eine Pflegestufe erfolgen und nicht mehr - wie bisher - nur die Tatsache der Pflegebedürftigkeit an sich festgestellt.

Bei Begutachtungen durch den MDK können jetzt auch Schulzeugnisse und Entwicklungsberichte aus Einrichtungen ( z. B. Werkstatt für behinderten Menschen ) zur Einschätzung des Hilfebedarfs herangezogen werden.

Bei dem Umfang der pflegerischen Versorgung und Betreuung 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). Unter "Betreuung durch sonstige Einrichtungen" ist anzugeben, ob und ggf. für welche Zeit eine Pflege/Betreuung in tagesstrukturierenden Einrichtungen (z. B. Kindergärten, Schulen, Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen) stattfindet.

Hier kann es zu evtl. Problemen bei der Zuordnung der Rentenversicherungspflicht kommen. Zwar muss der Gutachter grundsätzlich den kompletten Pflegebedarf ermitteln - unabhängig davon, wer die Pflege wann an welchem Ort tatsächlich erbringt. Aber gerade bei Pflegestufe I oder II kann der Gutachter bei Ganztagsbetreuung in Kindergarten, Schule, WfbM oder Tagesbetreuung auf die Idee kommen, diese aushäusige Pflege pauschal abzuziehen.

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

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

### **Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ( Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz )**

Für die Bewertung der eingeschränkten Alltagskompetenz bei Kindern unter 12 Jahren sind ziemlich klare und m.M. nach gute Vorgaben erarbeitet worden. So kann jetzt relativ einfach festgestellt werden, in welchem Alter Kinder bestimmte Fähigkeiten haben und inwieweit behinderte Kinder davon abweichen.

#### **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.

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.

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.

#### **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.

### **altersentsprechender Hilfebedarf bei Kindern**

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.

Die Anrechnung des altersentsprechenden Hilfebedarfs endet mit **10 Jahren** und nicht wie bisher mit 12 Jahren. Die Erläuterungen zu den einzelnen Hilfen sind auf jeden Fall realistischer als vorher.

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.

## Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen

### 1. Bei der Darm – und Blasenentleerung

Wenn im unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang bei der Darm- und Blasenentleerung z. B. die Verabreichung eines **Klistiers**, eines **Einlaufs** oder die **Einmal-katheterisierung** 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.

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.

### 2. Das mundgerechte Zubereiten der Nahrung

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.

### 3. Die Aufnahme der Nahrung

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.

Im Gegensatz dazu ist das Legen einer **Dauerernährungssonde** keine solche Maßnahme, weil sie aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht objektiv notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit dieser Verrichtung vorgenommen werden muss.

### 4. 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.

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 (jetzt endlich wissen Sie: wie man sich bettet so schläft man). 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.

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.

## 5. 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. 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.

### 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 (Pflugesachleistung) 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. 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.

### Präventive Maßnahmen/Therapie/Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Es 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.

## Ziele der Rehabilitation

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.

## 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.

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.

Hier wird versucht, die Rechtsprechung zu umgehen. Pflegebedürftige Personen müssen nun also wieder mit Wiederholungsbegutachtungen rechnen.

Die Gutachter der privaten Pflegekasse ( Medicproof ) können die neuen Formulargutachten erst ab Januar 2007 einsetzen, da die entsprechende Software noch nicht vorhanden ist. Aber auch hier sollte nach den neuen Richtlinien begutachtet werden.

Es kommt noch einiges an Gesetzesänderungen im Laufe der nächsten Monate auf uns zu – manche geplanten Gesetzesvorhaben sind wie z.B. die Gesundheitsreform, zunächst mal auf April 2007 verschoben. Mehr zu den Änderungen finden Sie in der nächsten Sozialinfo.

- Evelyn Küpper -