

**Die Pflegereform 2016/2017-  
Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments**

**B a c h e l o r a r b e i t**

**an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege (FH),  
Fortbildungszentrum des Freistaates Sachsen  
zum Erwerb des Hochschulgrades  
Bachelor of Laws (LL.B.)  
Fachbereich Sozialverwaltung und Sozialversicherung  
Studiengang Sozialverwaltung, FS 16/02**

**vorgelegt von  
Anja Ullrich  
aus Bautzen**

**Meißen, 20.02.2019**

## **Inhaltsverzeichnis**

Darstellungsverzeichnis .....	II
Abkürzungsverzeichnis .....	III
Einleitung.....	1
1 Vergleich Pflegebedürftigkeitsbegriff .....	3
1.1 Begriff vor dem 01.01.2017 .....	3
1.2 Begriff ab dem 01.01.2017 .....	8
1.3 Zusammenfassung Vergleich Pflegebedürftigkeitsbegriff .....	16
2 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit .....	17
3 Vergleich Begutachtungssysteme.....	18
3.1 System vor dem 01.01.2017.....	18
3.1.1 Häufigkeit und Umfang des Hilfebedarfs.....	18
3.1.2 Regelungen des Zeitaufwandes .....	20
3.1.3 Besonderheit bei kognitiv Beeinträchtigten .....	23
3.2 System ab dem 01.01.2017.....	25
3.2.1 Verteilung der Einzelpunkte.....	26
3.2.2 Gewichtung der Module.....	30
3.2.3 Ermittlung des Pflegegrades.....	31
3.3 Zusammenfassung Vergleich Begutachtungssysteme.....	32
4 Evaluation des Begutachtungsinstruments .....	33
4.1 Fragebogen.....	33
4.2 Evaluation auf Grundlage aller gewonnenen Erkenntnisse .....	39
Zusammenfassung .....	43
Anhangsverzeichnis.....	45
Rechtsprechungsverzeichnis .....	78
Literaturverzeichnis.....	79
Eidesstattliche Versicherung.....	84

## **Darstellungsverzeichnis**

Abbildung 3.2.2-1 Gewichtung der Module.....	30
Abbildung 3.3-1 Zuordnung PS zu PG .....	32

## Abkürzungsverzeichnis

Abkürzung	Erläuterung
a.F.	alte Fassung
BRI	Begutachtungsrichtlinien
BSG	Bundessozialgericht
i.S.d.	im Sinne des
i.V.m.	in Verbindung mit
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
NBA	Neues Begutachtungs-Assessment
n.F.	neue Fassung
PG	Pflegegrade
PS	Pflegestufen
PSG	Pflegestärkungsgesetz
PV	Pflegeversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch

## Einleitung

Die Pflegeversicherung ist ein eigenständiger Zweig der Sozialversicherung und wurde als letzte der insgesamt fünf Sozialversicherungszweigen am 01.01.1995 eingeführt. Sie dient der sozialen Absicherung des Risikos einer Pflegebedürftigkeit. Es ist daher die Aufgabe der PV den Pflegebedürftigen zu helfen, die wegen der Schwere ihrer Pflegebedürftigkeit aus solidarische Unterstützung angewiesen sind. Die Würde des Menschen zu achten hat dabei oberste Priorität, so wie es nach Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz festgeschrieben steht. Die Leistungen der PV sind daher so auszurichten, dass der Pflegebedürftige ein selbstbestimmtes Leben führen kann, indem seine körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte wiederhergestellt und erhalten werden.<sup>1</sup>

Durch Pflegereformen, z. B. das Pflege- Weiterentwicklungsgesetz von 2008 sowie das Pflege- Neuausrichtungsgesetz (PNG) von 2012/ 2013 sollten die oben genannten Aufgaben besser umgesetzt werden.<sup>2</sup> Als „Meilenstein“ gilt jedoch die Pflegereform der 18. Wahlperiode des Deutschen Bundestages, welche umfassende Änderungen der Pflegeversicherung in Form von drei Gesetzen beinhaltet.<sup>3</sup> Diese Gesetze tragen den Namen „Gesetze zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften I bis III“, auch Pflegestärkungsgesetz (PSG) genannt. Der Gesetzgeber hat mit diesen Pflegestärkungsgesetzen die soziale Pflegeversicherung modernisiert, indem er wichtige Weichen für die Betreuung und Pflege der zunehmend ansteigenden Anzahl an pflegebedürftigen Personen in Deutschland stellte.

Das PSG I, welches am 01.01.2015 in Kraft getreten ist, beinhaltet neben erhöhten Leistungssätzen der Pflegestufen auch einen erweiterten Leistungsanspruch für Demenzerkrankte mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Zudem wurde ein Pflegeversorgungsfond eingeführt, mit dem Ziel, die Pflege zu stärken und die nachhaltige Sicherung der Pflege mithilfe von Rücklagen zu gewährleisten, um auch die Pflege der geburtenstarken Jahrgänge abzusichern.

Das PSG II gilt wohl als bedeutendste Reform der PV, welche stufenweise zum 01.01.2016 und zum 01.01.2017 in Kraft getreten ist. Die wichtigsten Neuerungen des PSG II sind beispielsweise der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, das neue Begutachtungssystem, eine Abänderung von drei Pflegestufen zu fünf Pflegegraden sowie weitere Leistungsänderungen.<sup>4</sup>

---

<sup>1</sup> vgl. Deutsche Rentenversicherung Bund, Broschüre "Unsere Sozialversicherung", Stand 2018, S. 174

<sup>2</sup> vgl. [www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/](http://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/), ohne Jahr, Stand 10.01.2019

<sup>3</sup> vgl. Weber et al. 2017, S. 1, Rn. 1

<sup>4</sup> vgl. [www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/](http://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/), ohne Jahr, Stand 10.01.2019

Das PSG III, welches am 01.01.2017 in Kraft getreten ist, umfasst unter anderem Abgrenzungsfragen bezüglich der Bereiche von Kompetenz und Verantwortung zwischen den Ländern und Kommunen sowie der der Pflegeversicherung mit anderen Trägern, insbesondere der Sozialhilfe/ Eingliederungshilfe. Es entstanden weiterhin neue Regelungen zur Verhinderung von Abrechnungsbetrug seitens der Pflegedienste sowie Regelungen zur besseren Qualitätssicherung der Pflege.<sup>5</sup>

Meine Bachelor- Arbeit trägt den Titel „Pflegerreform 2016/ 2017- Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments“. Die Pflegerreform umfasste das PSG I, II und III. Das Kernstück der Arbeit bildet jedoch das neue Begutachtungsinstrument. Dieses wurde grundlegend durch das PSG II geändert. Daher bleiben bei der weiteren Bearbeitung das PSG I und III außer Betracht. Wichtige Änderungen der Pflegerreform 2016/ 2017 durch das PSG II erfolgten im Bereich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs, des Begutachtungssystems sowie des Leistungsspektrums.

Fraglich ist daher, was sich mit der Einführung des PSG II im Vergleich zu den vorherigen Gesetzen geändert hat. Um darauf eine Antwort zu erhalten wird die alte Fassung (a. F.), welche bis einschließlich zum 31.12.2016 gültig war, mit der seit dem 01.01.2017 gültigen, neuen Fassung (n. F.) verglichen.<sup>6</sup> Dadurch soll das alte und das neue Recht besser voneinander abgegrenzt sowie die Änderungen und die damit einhergehenden Unterschiede deutlich hervorgehoben werden. Ziel des Vergleichs soll es unter anderem sein, das neue Begutachtungsinstrument besser verstehen, einzuordnen sowie später evaluieren zu können. Betrachtet werden in dieser Arbeit daher lediglich die Veränderungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie die des Begutachtungsinstruments. Auf Veränderungen im Leistungsspektrum wird nicht eingegangen. Ebenfalls unberücksichtigt bleiben die Besonderheiten des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des neuen Begutachtungsinstruments bei der Personengruppe der Kinder, da diese den Umfang der Arbeit deutlich überschreiten würde.

Da die Einführung des neuen PSG II bereits mehr als zwei Jahre zurückliegt, wollte ich das neue Begutachtungsinstrument nicht nur von seiner theoretischen Seite betrachten, sondern auch die Umsetzung in der Praxis berücksichtigen. Anhand einer qualitativen Befragung mittels der Fragebogentechnik, wurden zu dem Pflegebedürftigkeitsbegriff sowie zu dem neuen Begutachtungssystem Fragen entwickelt. Die Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments in der Praxis, erfolgt dabei am Beispiel von zwei Altenpflegedienste. Ziel der Arbeit soll es sein, das neue Begutachtungssystem anhand der hier erarbeiteten Informationen evaluieren zu können.

---

<sup>5</sup> vgl. [www.sozialversicherung-kompetent.de](http://www.sozialversicherung-kompetent.de), 2018, Stand 10.01.2019

<sup>6</sup> Anmerkung: Liegt kein Unterschied zwischen der alten und der neuen Fassung vor, wird keine Fassung angegeben.

# 1 Vergleich Pflegebedürftigkeitsbegriff

Neben der Antragstellung nach § 33 I S. 1 SGB XI i. V. m. § 19 SGB IV und der Erfüllung einer entsprechenden Vorversicherungszeit nach § 33 II SGB XI ist die Pflegebedürftigkeit eine Anspruchsvoraussetzung auf Leistungen nach dem Elften Sozialgesetzbuch, vgl. § 33 SGB XI. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit ist in § 14 SGB XI normiert und wurde durch das PSG II grundlegend verändert, weshalb ein Vergleich zwischen alter und neuer Fassung angebracht ist.

## 1.1 Begriff vor dem 01.01.2017

Die folgenden drei Voraussetzungen müssen für das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 I SGB XI a. F. vorliegen.<sup>7</sup>

Pflegebedürftig sind demnach Personen, die

1. wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung,
2. in erheblichen oder höheren Maße (vgl. § 15 SGB XI a. F.) Hilfe für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens bedürfen und das
3. auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate.

### Erste Voraussetzung

Zum Verständnis der ersten Voraussetzung müssen zunächst die Begrifflichkeiten „Krankheit“ und „Behinderung“ voneinander abgegrenzt werden.

Bezüglich des Krankheitsbegriffs kann auf die Rechtsprechung zurückgegriffen werden.<sup>8</sup> Demnach definiert sich der Begriff der Krankheit „als regelwidriger Körper- oder Geisteszustand“, der entweder Behandlungsbedürftigkeit und/ oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Dabei orientiert sich der Begriff des regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand an dem Leitbild eines gesunden Menschen. Hierbei muss allerdings das zugrundeliegende Lebensalter berücksichtigt werden. Der Begriff der Behinderung ist in § 2 SGB IX definiert. Menschen gelten demnach als behindert, „wenn ihr körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilnahme am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“<sup>9</sup>

---

<sup>7</sup> Anmerkung: Der vollständige § 14 SGB XI a. F. kann in Anhang 1 eingesehen werden.

<sup>8</sup> vgl. Entscheidung vom 30.09.1999- B 8 KN 9/ 98 KR R- SozR3- 2500 § 27 Nr. 11- NJW 2000, 2764

<sup>9</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 224, Rn. 93-95

Die Pflegebedürftigkeit muss als kausales Element auf einer Krankheit und/oder Behinderung beruhen, welches das Wort „wegen“ in § 14 I SGB XI a. F. verdeutlicht. Der Gesetzgeber definiert in § 14 II SGB XI a. F., welche Krankheiten oder Behinderungen vorhanden sein müssen, damit eine Pflegebedürftigkeit vorliegt. Demnach zählen

- Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat (Nr. 1),
- Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane (Nr. 2) sowie
- Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen (Nr. 3) dazu.<sup>10</sup>

Es handelt sich bei diesen aufgeführten Krankheiten oder Behinderungen um rein medizinische Ursachen. Dies schränkt den anspruchsberechtigten Personenkreis allerdings enorm ein, da nichtmedizinische Ursachen nicht geeignet sind, eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI a. F. anzuerkennen. Das bedeutet, kognitive Beeinträchtigungen, etwa Demenz- Erkrankungen, bleiben in diesem Kontext unberücksichtigt.<sup>11</sup>

### **Zweite Voraussetzung**

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff schließt an den Hilfebedürftigkeitsbegriff an. Demnach kann nur pflegebedürftig sein, wer nicht in der Lage ist gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auszuüben. Der Versicherte ist hilfebedürftig, wenn er für die Ausübung der Verrichtungen die Hilfe von anderen Personen in Anspruch nehmen muss.<sup>12</sup>

§ 14 IV SGB XI a. F. enthält einen Katalog der gewöhnlichen und wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens, der für die Bemessung des Pflegebedarfs maßgeblich ist, zur Festlegung der Pflegebedürftigkeitsstufe i.S.d. § 15 I Nr. 1 bis 3 SGB XI a. F.

Dieser Katalog umfasst die Bereiche:

Körperpflege (Nr. 1), Ernährung ( Nr. 2), Mobilität (Nr. 3) und hauswirtschaftliche Versorgung (Nr. 4). Diese Verrichtungen beschränken sich auf festgelegte elementare Lebensbereiche, die für die physische Existenz des Kranken und Behinderten unerlässlich sind und der Erfüllung seiner Grundbedürfnisse dienen.<sup>13</sup>

---

<sup>10</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 209, Rn. 21-22

<sup>11</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 228, Rn. 11

<sup>12</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 208, Rn. 17

<sup>13</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 255, Rn. 10

Fraglich ist allerdings, wann von einer regelmäßigen Verrichtung gesprochen werden kann. Laut Rechtsprechung<sup>14</sup> ist von einer Regelmäßigkeit der Leistung auszugehen, wenn diese mindestens einmal pro Woche vorgenommen wird. Dies erscheint bei der Körperpflege (z. B. tägliches Waschen und Zähneputzen), der Ernährung (tägliche Zubereitung und Aufnahme von Nahrung), der Mobilität (tägliches An- und Ausziehen) oder hauswirtschaftlichen Versorgung (tägliches Spülen, Kochen) als unproblematisch. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass auch elementare Verrichtungen unberücksichtigt bleiben, die in größeren Zeitabständen anfallen, beispielsweise das Haareschneiden oder das Aufsuchen eines Arztes. Ebenfalls nicht zu berücksichtigen sind Verrichtungen, bei denen ein Hilfebedarf durch die Benutzung eines Hilfsmittels vermieden werden kann, die sogenannten „pflegevermeidenden Maßnahmen“. Ein Beispiel dazu: Eine gewöhnlich, regelmäßig wiederkehrende Verrichtung ist die Nahrungsaufnahme im Bereich der Ernährung nach § 14 IV Nr. 2 SGB XI a. F. Mithilfe der Benutzung eines behindertengerechten Bestecks kann eine Person ihre Nahrung selbständig zerkleinern und aufnehmen. Somit liegt bei ihr keine Pflegebedürftigkeit in diesem Bereich vor.

Zu beachten ist, dass der Katalog nach § 14 IV SGB XI a. F. nach dem Willen des Gesetzgebers einen abschließenden Charakter hat.

Allerdings engt die Begrenzung auf ausgewählte Verrichtungen den anspruchsberechtigten Personenkreis enorm ein. Personen mit somatischen Erkrankungen und/ oder Behinderungen sind durch diesen Katalog überwiegend erfasst. Menschen mit geistigen Behinderungen, psychisch Kranke sowie Demenzerkrankte<sup>15</sup> profitieren jedoch nicht davon, da ihr Hilfebedarf im Rahmen der Pflegebedürftigkeitsfeststellung nach dem SGB XI a. F. nicht hinreichend abgebildet werden kann. Dadurch kommt es bei diesen Personengruppen oftmals zu Leistungsverweigerungen.<sup>16</sup>

Nach § 14 III SGB XI a. F. besteht die Hilfe im Sinne des Pflegebedürftigkeitsbegriff 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 der Verrichtungen.<sup>17</sup> Der Absatz 3 umschreibt somit die Formen der Hilfeleistung. Hier kann grundsätzlich zwischen Hilfen mittels Unterstützung und teilweiser oder vollständiger Übernahme bei Verrichtungen von somatisch Erkrankten bzw. Körperbehinderten und Hilfen mittels Beaufsichtigung und Anleitung für demenziell sowie psychisch Erkrankten und geistig Behinderte unterschieden werden.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Entscheidung vom 28.05.2009- L 27 P 39/ 08

<sup>15</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 255, Rn. 10

<sup>16</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 245, Rn. 2

<sup>17</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 210, Rn. 23

<sup>18</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 249, Rn. 7

Nach den Pflegebedürftigkeits- Richtlinien (3.5.1) bedeutet Unterstützung, die noch vorhandenen Fähigkeiten bei den Verrichtungen des täglichen Lebens zu erhalten und zu fördern. Der pflegebedürftigen Person soll geholfen werden, verloren gegangene Fähigkeiten wieder zu erlernen und nicht vorhandene zu entwickeln (aktivierende Pflege). Den Pflegebedürftigen zur richtigen Nutzung der ihm überlassenen Hilfsmittel anzuleiten, gehöre ebenso zur Unterstützung.<sup>19</sup> Wird die Hilfe einer Pflegeperson zur Vollendung einer teilweise selbständig erledigten Verrichtung des Pflegebedürftigen benötigt, liegt eine teilweise Übernahme der Verrichtung vor. Eine vollständige Übernahme der Verrichtung liegt dann vor, wenn der Pflegebedürftige keinen wesentlichen Beitrag zur Vornahme einer Verrichtung leistet und diese durch eine Pflegeperson selbst ausgeführt wird.<sup>20</sup>

Nach den Pflegebedürftigkeits- Richtlinien (3.5.1) bedeutet Anleitung, dass bei einer konkreten Verrichtung die Pflegeperson den Ablauf der einzelnen Handlungsschritte oder gar den kompletten Handlungsablauf anregen, demonstrieren oder lenken muss. Die Sicherheit beim konkreten Handlungsablauf der Verrichtung sowie die Kontrolle darüber, ob die Verrichtung in erforderlicher Art und Weise durchgeführt wurde, steht bei der Beaufsichtigung im Vordergrund.<sup>21</sup> Die Pflegebedürftigen sollen bei der Anleitung und Beaufsichtigung die regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen sinnvoll selbst durchführen, um das Ziel von mehr Selbständigkeit zu erreichen. Zu beachten ist allerdings, dass ein Hilfebedarf in Form der Anleitung und Beaufsichtigung nur berücksichtigt werden darf, wenn dieser bei den Verrichtungen nach § 14 IV SGB XI a.F. erforderlich ist.<sup>22</sup> Wie bereits festgestellt, würde dieser Verrichtungskatalog nach § 14 III SGB XI a. F. zu einem weitgehenden Leistungsausschluss von geistig behinderten Menschen sowie demenziell und psychisch Erkrankten führen. Der Gesetzgeber hat mit dem Pflegeleistungs- Ergänzungsgesetz (PfIEG) § 45a SGB XI a. F. erlassen, um die Versorgungssituation des Personenkreises zu verbessern.<sup>23</sup> Demnach sollen Pflegebedürftige mit einer sogenannten „eingeschränkten Alltagskompetenz“ unterstützt werden, bei denen nach der Feststellung des MDK, neben der in der PV bereits zu berücksichtigende Hilfebedarfe an Verrichtungen, noch ein erheblicher Bedarf an „Betreuung und Beaufsichtigung“ gegeben ist. Es wird hierbei nicht auf bestimmte Krankheitsdiagnostiken abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der sich aus den Defiziten in der sog. Alltagskompetenz ergibt.

---

<sup>19</sup> vgl. [www.meine-pflege-zu-hause.de](http://www.meine-pflege-zu-hause.de) ohne Jahr, Stand 24.01.2019

<sup>20</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 250, Rn. 7

<sup>21</sup> vgl. [www.meine-pflege-zu-hause.de](http://www.meine-pflege-zu-hause.de) ohne Jahr, Stand 24.01.2019

<sup>22</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 210, Rn. 25

<sup>23</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 618, Rn. 2

Zur Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz wurde von dem Gesetzgeber ein Katalog mit abschließenden Charakter in § 45a II S.1 SGB XI erstellt, welcher 13 Bereiche enthält und die sich in Kategorien einteilen lassen. Für die Bewertung der eingeschränkten Alltagskompetenz sind Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen in folgenden Kategorien maßgebend: Eigen- oder Fremdgefährdung, soziales Verhalten, Eigenantrieb/ Eigenkompetenz, Stimmung, Wahrnehmung, Erleben und Tag-/ Nacht-Rhythmus. Gemäß § 45a II S. 2 SGB XI a. F. liegt eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor, wenn bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen eine dauerhafte und regelmäßige Schädigung oder Fähigkeitsstörung vorliegt, allerdings muss mindestens einmal eine Schädigung aus den Bereichen 1 bis 9 des Satz 1 vorliegen. Eine Einschränkung der Alltagskompetenz ist als dauerhaft ansehen, wenn die maßgebliche Störung und mit dem sich daraus ergebenden Hilfebedarf voraussichtlich für mindestens sechs Monate besteht.<sup>24</sup>

Durch § 45a SGB XI a. F. können laut Rechtsprechung<sup>25</sup> auch Personen der Pflegestufe „null“ einbezogen werden „und damit Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die noch keinen erheblichen Pflegebedarf, aber einen Betreuungsbedarf haben.“<sup>26,27</sup>

Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Maßnahmen zur Durchführung einer beruflichen und sozialen Eingliederung sowie Maßnahmen der Förderung der Kommunikation gehören nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf. Ebenso unberücksichtigt werden Maßnahmen der Krankenbehandlung und der der Behandlungspflege. Ausnahmen bilden jedoch verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Verrichtungsbezogen sind Maßnahmen nur, wenn diese untrennbarer Bestandteil der Hilfe in den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 IV Nr. 1 bis 3 SGB XI a. F. sind. Das bedeutet, ohne eine Behandlungspflege kann die Grundpflege nicht erbracht werden. Ein Beispiel dafür wäre, dass vor dem Baden eine Schmerzmedikation erforderlich ist.<sup>28</sup>

---

<sup>24</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 620/ 621, Rn. 6

<sup>25</sup> vgl. LSG Hessen, Entscheidung vom 27.08.2009- L 8 P 35/07

<sup>26</sup> Dalichau 2014, S. 840, Rn. 4

<sup>27</sup> Anmerkung: Der Gliederungspunkt **3.1.2 Besonderheiten bei kognitiv Beeinträchtigten** greift die Regelungen des § 45a SGB XI a. F. weiter auf.

<sup>28</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 210, Rn. 27

### **Dritte Voraussetzung**

Die Hilfebedürftigkeit muss bei den Verrichtungen des alltäglichen Lebens aufgrund einer Krankheit oder Behinderung dauerhaft vorliegen. Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass eine Pflegebedürftigkeit erst bei einer Dauer der Hilfebedürftigkeit von voraussichtlich sechs Monaten vorliegt, vgl. § 14 I SGB XI a. F. Das bedeutet, es liegt in der Regel keine Pflegebedürftigkeit vor, wenn die Hilfe für einen kürzeren Zeitraum als sechs Monate benötigt wird.<sup>29</sup> Die Begrenzung der Dauer führt allerdings nicht dazu, dass eine Entscheidung über das Bestehen des Anspruchs auf Leistungen erst nach Ablauf der sechs Monate getroffen werden kann, welches das Wort „voraussichtlich“ legitimiert. Über die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit der Pflegebedürftigkeit hat die Pflegekasse auf Grundlage einer fachlichen Prognose zu entscheiden Diese wird z. B. auch dann anerkannt, wenn eine kürzere Lebenszeit zu erwarten ist und Hilfebedürftigkeit vorliegt. Besonders bedeutsam ist dies beispielsweise im Hospizsektor. Mit Eintritt der Hilfebedürftigkeit beginnt auch die Sechs-Monatsfrist.<sup>30</sup>

### **1.2 Begriff ab dem 01.01.2017**

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff der alten Fassung stand seit seiner Einführung in der Kritik, dass er nicht ausreichend pflegfachlich fundiert sowie defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen der Körperpflege, Ernährung, Mobilität und hauswirtschaftlichen Versorgung ausgerichtet sei. Zu wenig würden die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen berücksichtigt. Seit dem 01.01.2017 gilt der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff, der eine Benachteiligung der oben genannten Personengruppe verhindern soll.<sup>31</sup> Für das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 14 I SGB XI n. F. müssen die vier folgenden Voraussetzungen vorliegen.<sup>32</sup>

Pflegebedürftig sind Personen, die

1. gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder Fähigkeiten aufweisen und dadurch der Hilfe durch andere bedürfen,
2. körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können,
3. auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate hilfebedürftig sind und
4. dies mindestens in der nach § 15 SGB XI n. F. festgestellten Schwere.

---

<sup>29</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 208, Rn. 18

<sup>30</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 246/ 247, Rn. 5

<sup>31</sup> vgl. Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner 2017, S. 16

<sup>32</sup> Anmerkung: Der vollständige § 14 SGB XI n. F. kann in Anhang 2 eingesehen werden.

Auffällig ist, dass die vor der Pflegereform getrennten Bereiche der somatischen Beeinträchtigungen, normiert in § 14 I SGB XI a. F. und die der eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F. nun einheitlich und gleichwertig als Voraussetzung in der neuen Fassung genannt werden.

### **Erste Voraussetzung**

Gemäß § 14 I S. 1 SGB XI n. F. müssen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen. Der Gesetzgeber grenzt den Personenkreis nur dahingehend ein, dass gesundheitliche Gründe Auslöser dieser Beeinträchtigungen sein müssen. Neben den körperlichen werden nun auch kognitive oder psychische Erkrankungen berücksichtigt. Damit werden der Pflegebedürftigkeitsbegriff und seine Legaldefinition deutlich erweitert. Personen, deren erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F. bis zum 31.12.2016 in einem gesonderten Verfahren festgestellt wurde, werden nun mit erfasst.<sup>33</sup>

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert sich der Maßstab der Bewertung der Pflegebedürftigkeit, da dieser sich nun an dem Grad der Selbständigkeit und der Fähigkeiten orientiert. Ziel ist es, eine Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen zu gewährleisten.<sup>34</sup> Dabei ist zu beachten, „dass nicht die Schwere der Erkrankung oder Behinderung, sondern allein die Schwere der gesundheitlichen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten Grundlage der Bestimmung der Pflegebedürftigkeit sind.“<sup>35</sup> Es muss zunächst eine Kausalität zwischen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und der Selbständigkeit vorliegen. Eine gesundheitliche Beeinträchtigung (ob nun körperlich, kognitiv oder psychisch) muss zwar vorhanden sein, allerdings wird keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des neuen SGB XI begründet, wenn die gesundheitliche Beeinträchtigung, beispielsweise eine Blindheit oder eine Lähmung der unteren Extremitäten, die Selbständigkeit der Person nicht einschränkt. Somit ergibt sich aus § 14 I S.1 und S.2 SGB XI n. F. eine weitere Kausalität zwischen der Hilfebedürftigkeit und der Selbständigkeit, welche zur Erfüllung einer Pflegebedürftigkeit vorliegen muss. Kann eine Person selbständig ihre täglichen Verrichtungen erledigen und benötigt dazu keine externe Hilfe, ist sie nicht Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. Benötigt eine Person Hilfe durch Dritte bei der Bewältigung ihrer täglich anfallenden Verrichtungen, ist die Selbständigkeit eingeschränkt und es kann ggf. eine Pflegebedürftigkeit vorliegen.

---

<sup>33</sup> vgl. Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner 2017, S. 102

<sup>34</sup> vgl. Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner 2017, S. 16

<sup>35</sup> [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 35

Die Selbständigkeit der Person dient schlussendlich als Indikator der Bewertung der Pflegebedürftigkeit<sup>36</sup> und bildet die Grundlage des neuen Bewertungsinstruments. Kein Maßstab für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit sind Entscheidungen in einem anderen Sozialleistungsbereich über das Vorliegen einer Behinderung oder den Anspruch auf Leistung einer Rente. Die Minderung der Erwerbsfähigkeit oder der Grad der Behinderung sagt nichts darüber aus, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI gegeben sind.<sup>37</sup>

### **Zweite Voraussetzung**

In § 14 II SGB XI n. F. sind die Bereiche des Lebens definiert, in denen die Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten vorliegen müssen. Wie bereits festgestellt, dürfen die Beeinträchtigungen nicht selbst vom Pflegebedürftigen kompensiert oder bewältigt werden, da sonst keine Hilfebedürftigkeit vorliegt.

Der in § 14 II SGB XI n. F. erstellte Verrichtungs- Katalog besteht aus sechs zu berücksichtigenden Bereichen, welche auch Module genannt werden und hat damit einen abschließenden Charakter. Dabei umfasst jedes Modul Kriterien. Diese Kriterien werden je nach Schwere der Ausprägung der Beeinträchtigung der Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten mit Einzelpunkten bewertet.<sup>38</sup> Zunächst jedoch werden die einzelnen Module genauer mit Hilfe der Begutachtungs- Richtlinie betrachtet. Erarbeitet wurden diese Richtlinie in engem Zusammenwirken des GKV-Spitzenverbandes und des MDS mit den Medizinischen Diensten und den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene unter Einbeziehung von Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen und den jeweils zuständigen Bundesministerien.

Modul 1: Bei dem ersten Modul, der **Mobilität**, richtet sich die Einschätzung ausschließlich danach, ob die Person in der Lage ist, ohne personelle Unterstützung eine Körperhaltung einzunehmen, zu wechseln und sich fortzubewegen. Dabei sind ausschließlich motorische Aspekte wie Körperkraft, Balance, Bewegungskoordination etc. zu beurteilen und nicht die zielgerichtete Fortbewegung.

Es werden auch nicht die Folgen kognitiver Beeinträchtigungen auf Planung, Steuerung und Durchführung motorischer Handlungen abgebildet.

---

<sup>36</sup> Anmerkung: Die Selbständigkeit dient als Grundlage der Punktbewertung (vgl. § 15 SGB XI n.F.) in den Modulen Mobilität, Kognitive und kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung und Gestaltung des Alltagslebens (welche in der folgenden Bearbeitung noch ausführlich beschrieben werden). Daher wird auf die Klassifikation der Selbständigkeit erst im Gliederungspunkt: **3.2 System ab dem 01.01.2017** thematisiert.

<sup>37</sup> [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 35

<sup>38</sup> Anmerkung: Die Ermittlungen des Grades der Pflegebedürftigkeit werden im Gliederungspunkt: **3.2 System ab dem 01.01.2017** ausführlicher thematisiert.

Der Bereich der Mobilität nach § 14 II Nr. 1 SGB XI n. F. umfasst den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition, das Umsetzen, das Sich- Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs und das Treppensteigen. Diese Verrichtungen wurden weitestgehend aus dem Bereich der Mobilität des § 14 IV Nr. 3 SGB XI a. F. übernommen. Allerdings ist das An- und Auskleiden sowie das Verlassen und Wiederauffinden der Wohnung in der neuen Fassung nicht mehr dem Bereich der Mobilität zuzuordnen. Das An- und Auskleiden ist nun ein Bestandteil des Moduls 4 (Selbstversorgung), wohingegen das Verlassen und Wiederauffinden der Wohnung nicht mehr spezifisch genannt wird.<sup>39</sup>

Modul 2: Der Bereich der **kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten** nach § 14 II Nr. 2 SGB XI n. F. umfasst das Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, die örtliche sowie zeitliche Orientierung, das Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, das Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, das Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, das Verstehen von Sachverhalten und Informationen, das Erkennen von Risiken und Gefahren, das Mitteilen von elementare Bedürfnissen, das Verstehen von Aufforderungen sowie die Beteiligung an einem Gespräch. Dabei bezieht sich die Einschätzung ausschließlich auf die kognitiven Funktionen und Aktivitäten. Nicht zu beurteilen ist hier die motorische Umsetzung. Das Modul 2 umfasst grundsätzlich diejenigen Aktivitäten und Fähigkeiten, die bis zum 31.12.2016 bei der Feststellung erheblicher Einschränkungen der Alltagskompetenz nach § 45 a II SGB XI a. F. erfasst wurden. Für diesen Bereich gilt eine ähnliche Graduierung wie im Falle der Selbständigkeit mit einer vierstufigen Skala, da hier keine Aktivität, sondern eine geistige Funktion beurteilt wird. Dazu wurde, neben der Selbstständigkeit, auch der Indikator „Fähigkeit“ klassifiziert.<sup>40</sup> Im Folgenden werden einige Kriterien des zweiten Moduls ausführlicher erklärt. Das „Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld“ wird als eine Fähigkeit definiert, Menschen zu erkennen, zu denen im Alltag regelmäßig ein direkter Kontakt besteht. Dazu können Familienmitglieder, Nachbarn, aber auch Pflegekräfte gehören. Unter „Örtliche Orientierung“ wird die Fähigkeit verstanden, sich in der räumlichen Umgebung zurechtzufinden, andere Orte gezielt anzusteuern und zu wissen, wo man sich befindet. Dazu gehören die groß- und kleinräumige Orientierung. Demnach soll die Person wissen, in welcher Stadt, auf welchem Stockwerk und ggf. in welcher Einrichtung sie sich befindet.

---

<sup>39</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, Stand Juni 2017, S. 39

<sup>40</sup> Anmerkung: Die Klassifikation der Fähigkeit wird im Gliederungspunkt **3.2 System ab dem 01.01.2017** ausführlich thematisiert, da es als Grundlage der Punktbewertung (§ 15 SGB XI n. F.) des Moduls 2 dient.

Zur Fähigkeit „zeitliche Strukturen“ zu erkennen, gehört neben der Uhrzeit, der Tagesabschnitte (Vormittag, Nachmittag, Abend), der Monate und den Jahreszeiten auch die zeitliche Abfolge des eigenen Lebens dazu. Das „Sich- Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen“ ist die Fähigkeit, sich sowohl an kurz oder auch länger zurückliegende Ereignisse zu erinnern, beispielsweise sollte die Person wissen, was sie zum Frühstück gegessen hat oder in welchem Jahr sie geboren wurde.<sup>41</sup>

Modul 3: Zum Bereich nach § 14 II Nr. 1 SGB XI n. F. **Verhaltensweisen und psychische Problemlagen** gehören motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen und sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen. Die hier aufgeführten Kriterien sind in anderer Formulierung im § 45a SGB XI a. F. aufgeführt und wurden somit in die neue Fassung übernommen. Anders als in den anderen Bereichen verliert die Aufzählung in diesem Bereich ihren abschließenden Charakter, dadurch, dass auch „sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen“ als Auffangtatbestand genannt sind. Bei diesem Modul geht es unter anderen um die Unterstützung des pflegebedürftigen Menschen bei der Bewältigung von belasteten Emotionen, beim Abbau psychischer Spannungen und bei der Impulssteuerung oder bei der Vermeidung von Gefährdungen im Lebensalltag. Kernfrage des Moduls ist es, inwieweit die Person ihr Verhalten ohne professionelle Unterstützung steuern kann. Wird nach Aufforderung das Verhalten zwar abgestellt, aber tritt es danach dennoch immer wieder auf, weil das Verbot von der Person nicht verstanden wird oder es vergessen wird, ist auch dann von einer fehlenden Selbststeuerung auszugehen. Dabei wird auf die Häufigkeit der Verhaltensweisen abgestellt. Zum besseren Verständnis, werden folglich ein paar Kriterien des dritten Moduls mittels Beispiele näher erläutert. Unter den „motorisch geprägten Auffälligkeiten“ ist beispielsweise das ziellose Umhergehen in der Wohnung oder der Einrichtung und/ oder der Versuch desorientierter Personen die Wohnung bzw. Einrichtung ohne Begleitung zu verlassen, zu verstehen. Hier werden also Weglauftendenzen erfasst. Mit „anderen pflegerelevanten vokalen Auffälligkeiten“ sind etwa lautes Schreien, Rufen, Klagen, Schimpfen, Fluchen ohne nachvollziehbaren Grund gemeint.

---

<sup>41</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 42-44

Beispiele für „sozial inadäquate Verhaltensweisen“ können distanzloses Verhalten, auffälliges Einfordern von Aufmerksamkeit oder auch unangemessene körperliche oder verbale sexuelle Annäherungsversuche sein. Unter „sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen“ versteht man beispielsweise das Verstecken oder Horten von Gegenständen sowie planlose Aktivitäten.<sup>42</sup>

Modul 4: Der Bereich der **Selbstversorgung** in § 14 II Nr. 4 SGB XI n. F. bildet außerhalb der Mobilität die körperbezogenen Funktionen ein. Die Kriterien der Körperpflege und der Ernährung decken sich weitgehend mit den der bisher einstufigsrelevanten Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 IV Nr. 1 und 2 SGB XI a. F. Zum Bereich der Körperpflege gehören das Waschen des Oberkörpers, die Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren), das Waschen des Intimbereichs sowie das Duschen oder Baden einschließlich dem Haare waschen. Diskussionen über die angemessene Häufigkeit etwa des Badens oder Duschens kann es in der neuen Fassung nun nicht mehr geben, da der Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit maßgeblich ist. Der Bereich des An- und Auskleidens wurde nun auf das An- und Auskleidens des Oberkörpers und Unterkörpers aufgeteilt. Der Bereich der Ernährung setzt sich nun aus der mundgerechten Zubereitung der Nahrung und das Eingießen von Getränken sowie dem Essen und Trinken zusammen. Hier kommt es auf den Grad der Selbständigkeit an. Besonderheiten bei Sonden- und parenteraler Ernährung sind durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ebenso zu berücksichtigen, wie gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme von Kindern im Alter bis zu 18 Monaten. Hier wird nicht nach dem Grad der Selbständigkeit entschieden, sondern ob eine Person Sondenkost nur gelegentlich, täglich oder ausschließlich erhält. Im Bereich der Selbstversorgung ist auch der Ausscheidungsvorgang erfasst, welcher in der alten Fassung dem § 14 II Nr. 1 SGB XI a. F. zuzuordnen war. In der neuen Fassung wird die Selbständigkeit beim Toilettengang, beim Hinsetzen und Aufstehen, die Intimpflege und das Richten der Bekleidung der Person beurteilt. Dabei wird auch die Beurteilung der Selbständigkeit vorgenommen, wenn anstelle der gängigen Toilettenbenutzung eine Versorgung mit Hilfsmitteln (Inkontinenzmaterial, Katheter, Urostoma etc.) erfolgt, da grundsätzlich eine Person nur als selbständig gilt, die ihre Verrichtung unter Einsatz von Hilfsmitteln auch selbständig vornehmen kann. Ergänzend wird in der neuen Fassung auch das Ausmaß einer Inkontinenz erfasst.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 49-51

<sup>43</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 51-58

Die Module 5 und 6 sind gegenüber dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff der alten Fassung ein absolutes Novum, da diese Bereiche weder Inhalte des § 14 SGB XI a. F., noch des § 45a SGB XI a. F. gewesen sind. Erst durch die Pflegereform des PSG II sind sie neu hinzugetreten.<sup>44</sup>

**Modul 5:** In diesem Bereich des **Umgangs mit krankheits-/ therapiebedingten Anforderungen und Belastungen** nach § 14 II Nr. 5 SGB XI n. F. werden die Fähigkeiten eines Versicherten zur selbständigen Krankheitsbewältigung, bezogen auf die Kontrolle von Erkrankungen und Symptomen und die Durchführung therapeutischer Intervention, begutachtet. Es geht hierbei nicht darum, den Bedarf an Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege bzw. Behandlungspflege nach dem Fünften Buch einzuschätzen, da insoweit § 13 Absatz 2 SGB XI gilt. In der häuslichen Versorgung werden diese Leistungen auch weiterhin von der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. In der vollstationären Versorgung hingegen werden diese Leistungen im Rahmen des § 43 SGB XI n. F. von der Pflegeversicherung erbracht.

Sofern die erkrankten Personen über die dazu nötigen Ressourcen verfügen, d. h. über kognitive und körperliche Fähigkeiten, spezifische Fertigkeiten, Motivation, Kenntnisse, können sie einen Großteil der aufgeführten Maßnahmen und Handlungen eigenständig durchführen. Dies gilt auch für die Durchführung seltener Maßnahmen durch den Erkrankten selbst, beispielsweise die regelmäßige Einmalkatheterisierung oder das Absaugen von Sekret. Ein Hilfebedarf in diesem Bereich ist daher häufig mit der Anleitung, Motivation oder ggf. einer Schulung des Pflegebedürftigen verknüpft. Im Falle des Kriteriums „Medikation“ nach Buchstabe a), ist maßgeblich, ob die Person das Einnehmen von Medikamenten praktisch durchführen kann. Ist dies nicht der Fall, wird die Häufigkeit der erforderlichen Hilfe durch andere Personen ermittelt (Anzahl pro Tag/ pro Woche, pro Monat etc.). „Körpernahe Hilfsmittel“ sind beispielsweise Orthesen, Hörgeräte, Brillen oder auch Kompressionsstrümpfe. Zum selbständigen Umgang mit den Hilfsmitteln, gehört auch die Fähigkeit diese regelmäßig zu reinigen. „Verbandswechsel und Wundversorgung“ nach Buchstabe b) meint das selbständige, sachgerechte Wechseln eines Verbandes und die Versorgung einer chronischen Wunde. „Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung“ im Sinne des Buchstaben c) beinhaltet spezielle Therapiemaßnahmen wie Beatmung, die im häuslichen Umfeld durchgeführt werden können. Dabei wird während der Maßnahme eine ständige Überwachung durch geschulte Pflegepersonen gewährleistet. Unter dem Kriterium „Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter

---

<sup>44</sup> vgl. Kraher et al. 2018, Heitmann/Plantholz, S. 322, Rn. 32

Verhaltensvorschriften“ nach Buchstabe d) gehört beispielsweise die selbständige und korrekte Zufuhr von ärztlich verordneter Nahrung und Flüssigkeit. Dabei ist sowohl die Art und Menge der Lebensmittel sowie der Zeitpunkt der Aufnahme aus therapeutischen Gründen geregelt. Das Kriterium des Buchstaben d) wurde weder im Rahmen des SGB XI a. F., noch im § 37 SGB V berücksichtigt. Durch die Vielzahl ernährungsabhängiger oder durch das Ernährungsverhalten begünstigter Erkrankungen, wurde dies im SGB XI als neues Kriterium aufgenommen.<sup>45</sup>

Modul 6: § 14 II Nr. 6 SGB XI n. F. umfasst den Bereich der **Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**. Diesem Bereich sind dabei folgende Kriterien zuzuordnen: die Gestaltung des Tagesablaufs und der Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sich beschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt und Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds. Bei diesem Modul geht es um die planerische Fähigkeit zur Umsetzung von Alltagsroutinen. Überprüft wird dementsprechend, ob ein Versicherter praktisch in der Lage ist, seinen Tagesablauf nach individuellen Gewohnheiten und Vorlieben einzuteilen und zu gestalten. Bei dem Kriterium „Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planung“ geht es um die Fragestellung, ob eine Person in der Lage ist, längere Zeitabschnitte überschauend über den Tag hinaus zu planen, beispielsweise Vorstellungen und Wünsche für Geburtstage oder andere Festlichkeiten zu entwickeln. Dabei soll auch die körperliche Fähigkeit, eigene Zukunftspläne mit anderen Menschen kommunizieren zu können, überprüft werden. Die Fähigkeit mit technischen Hilfsmitteln wie mit einem Telefon umgehen zu können, gehört zum Kriterium „Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds“.<sup>46</sup>

Ein Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung im Sinne des § 14 III SGB XI n. F. spielen bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, anders bei § 14 IV SGB XI a. F., keine Rolle mehr. Gemäß der neuen Fassung des Absatzes 3 werden Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die zu einem Hilfebedarf bei der Haushaltsführung führen, bereits bei den Kriterien der in Absatz 2 n. F. genannten Bereiche berücksichtigt. Somit bleiben die entsprechenden Beeinträchtigungen relevant, werden aber bereits anderweitig berücksichtigt.

---

<sup>45</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 58-61

<sup>46</sup> vgl. [www.mds-ev.de](http://www.mds-ev.de), PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches 2017, S. 63-66

Wer beispielsweise körperlich zur Fortbewegung nicht mehr in der Lage ist, wird auch in der Haushaltsführung beeinträchtigt sein. Erfasst wird dies dann im Bereich der Mobilität nach § 14 II Nr. 1 SGB XI n. F.

### **Dritte Voraussetzung**

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer bestehen. Die Voraussetzung der Dauerhaftigkeit ist nach § 14 I S. 3 SGB XI n. F. erfüllt, wenn die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens sechs Monate vorliegt. Die Sechs-Monatsfrist war bereits Bestandteil des § 14 SGB XI a. F. Da bei der Pflegereform diesbezüglich keine Änderungen vorgenommen wurden, gelten weiterhin dieselben Bestimmungen und Abweichungen wie bereits im § 14 SGB XI a. F. erörtert.<sup>47</sup>

### **Vierte Voraussetzung**

Letzte Voraussetzung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ist, dass die Pflegebedürftigkeit mit mindestens der in § 15 SGB XI n. F. festgelegten Schwere besteht. Dazu muss mindestens eine geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten bestehen. Dies ist der Fall, wenn mindestens 12,5 Gesamtpunkte nach dem neuen Begutachtungsinstrument (NBA) vorliegen, was dem Pflegegrad 1 entspricht, vgl. § 15 III S. 4 Nr. 1 SGB XI n. F.<sup>48</sup>

## **1.3 Zusammenfassung Vergleich Pflegebedürftigkeitsbegriff**

Bereits durch die Prüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs lässt sich feststellen, dass der Gesetzgeber durch die Pflegereform des Pflegestärkungsgesetzes II umfangreiche Änderungen vorgenommen hat. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff ist deutlich weiter gefasst als der bisherige. Das liegt zum einen an der Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises. Da nun alle gesundheitlichen Beeinträchtigungen berücksichtigt werden, erfolgte eine Gleichstellung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen mit körperlich Beeinträchtigten. Auffällig ist auch, dass im neuen Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht mehr von „Krankheiten und Behinderungen“ die Rede ist. Stattdessen werden die Begrifflichkeiten „Beeinträchtigungen und Belastungen“ verwendet. Damit ist der neue Gesetzestext auch deutlich positiver gefasst. Des Weiteren erfolgte durch den neuen Maßstab zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit eine Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen durch die Orientierung am Grad der Selbständigkeit und der Fähigkeiten.

---

<sup>47</sup> vgl. Kraher et al. 2018, Heitmann/ Plantholz S. 316, Rn. 23

<sup>48</sup> Anmerkung: siehe spätere Prüfung, Gliederungspunkt **3.2 System ab dem 01.01.2017**

Der Grad der Selbständigkeit wird somit in den Mittelpunkt gestellt, indem statt eines defizitorientierten nun ein ressourcenorientierter, ganzheitlicher Blick auf den Menschen gerichtet wird.<sup>49</sup> Dies zeigt sich auch am neu entwickelten Verrichtungs-Katalog. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff umfasst alle Verrichtungen, die im abschließenden Katalog der alten Fassung des § 14 IV SGB XI genannt sind, sowie auch alle Kriterien der eingeschränkten Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI a. F. Die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs spiegelt sich beispielsweise auch im Modul zwei wieder. Die Kriterien „zeitliche/ räumliche Orientierung“, dem „Erkennen von Personen aus näherem Umfeld“ oder das „Erinnern an wesentliche Lebensinhalte“ waren im § 45a II SGB XI a. F. nicht aufgelistet. Das bedeutet, es wurde nicht nur generell der Personenkreis des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs um kognitiv und psychisch Erkrankte erweitert, sondern es wurden weitere Verrichtungen aufgelistet, bei denen diese Personengruppen oftmals eingeschränkt sind. Mit den Modulen fünf und sechs kamen weitere neue Lebensbereiche dazu, die nun bei der Überprüfung einer Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden. Dabei ist es unerheblich, ob die Person körperlich, kognitiv oder psychisch beeinträchtigt ist. Mit den neu festgelegten Modulen kann nun besser eingeschätzt werden, wie groß der Hilfebedarf der pflegebedürftigen Person tatsächlich ist und welche Art von Unterstützung ein pflegebedürftiger Mensch wirklich braucht. Damit soll das Ziel der individualisierten Pflege erreicht werden.

## **2 Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

Leistungen bei der Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Gemäß § 18 SGB I SGB XI beauftragen die Pflegekassen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) oder andere unabhängige Gutachter mit der Prüfung, die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und in welchem Umfang eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des § 15 SGB XI vorliegt. Diese Feststellung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit hat letztendlich die Pflegekasse mit der Möglichkeit der Überprüfung zu verantworten und in eine Bescheid-Erteilung einzubeziehen. Das Gutachten des MDK wird dabei maßgeblich miteinbezogen. Somit kommt der Begutachtung durch den MDK eine entscheidende Bedeutung für die Feststellung der Voraussetzungen nach §§ 14, 15 SGB XI zu.<sup>50</sup> Gemäß § 17 SGB XI werden der Spitzenverband Bund der Pflegekassen durch den Gesetzgeber zur Sicherstellung eines einheitlichen Verwaltungsvollzuges zum Erlass von Richtlinien verpflichtet.

---

<sup>49</sup> vgl. MDS- Das neue Begutachtungsinstrument in der sozialen Pflegeversicherung, S. 3

<sup>50</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 242/243, Rn. 8-9

In der Praxis kommt den Begutachtungs-Richtlinien eine wichtige Bedeutung zu, da diese eine bundeseinheitliche Rechtsanwendung und Beurteilungspraxis bei Pflegekassen und Medizinischen Diensten damals wie heute sicherstellen sollen.<sup>51</sup>

### **3 Vergleich Begutachtungssysteme**

Das Begutachtungssystem ist in der alten und neuen Fassung in § 15 SGB XI normiert und wurde durch das PSG II grundlegend verändert, weshalb ein Vergleich zwischen beiden Fassungen sinnvoll erscheint.

#### **3.1 System vor dem 01.01.2017**

Als Grundlage für die Leistungsgewährung wird die Pflegebedürftigkeit nach § 15 SGB XI a. F.<sup>52</sup> in drei Pflegestufen eingeteilt: Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftige), Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) und Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige). Voraussetzung ist, dass die Person pflegebedürftig im Sinne des § 14 SGB XI a. F. ist. Bei der Feststellung der Pflegestufe werden der Umfang, die Häufigkeit, und der Zeitaufwand der erforderlichen Hilfeleistung des Grundbedarfs bewertet.

§ 15 SGB XI a. F. umfasst drei Absätze. Absatz 1 regelt den sachlichen Hilfebedarf für die Zuordnung zu den drei Pflegestufen und in Absatz 3 ist die gesetzlich festgelegte Mindestaufwandszeit für die jeweiligen Pflegestufen geregelt.

Die Pflegestufenzuordnung steht in direktem Zusammenhang mit der Leistungsbewilligung, da diese maßgebend für den Leistungsumfang ist. Lediglich bei der Kurzzeitpflege und der Verhinderungspflege, kommt es für den Umfang an Leistungen nicht auf die Pflegestufenzuordnung an.<sup>53</sup>

##### **3.1.1 Häufigkeit und Umfang des Hilfebedarfs**

Die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen hängt maßgeblich von der Häufigkeit des Hilfebedarfs des Pflegebedürftigen ab. Dieser Hilfebedarf stellt auf die in § 14 IV SGB XI a. F. ausgeführten Verrichtungen ab. Dabei kann die Hilfeleistung grundsätzlich in Form der unmittelbaren Hilfeleistung erbracht werden, aber auch in der Anleitung und Beaufsichtigung bei den Verrichtungen des täglichen Lebens bestehen.<sup>54</sup> Die Regelung des § 15 I SGB XI a. F. sieht drei Pflegestufen vor:

---

<sup>51</sup> vgl. Kraher et al. 2018, Kraher/Höfer, S. 356, Rn. 5-6

<sup>52</sup> Anmerkung: Der vollständige § 15 SGB XI a. F. kann in Anhang 3 eingesehen werden.

<sup>53</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 264, Rn. 2

<sup>54</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 252, Rn. 52-60

### **Pflegestufe I nach § 15 I Nr. 1 SGB XI a. F.**

Laut Gesetz werden in der Pflegestufe I erhebliche Pflegebedürftige erfasst, „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 die Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“

Der Anspruch auf Anerkennung der Pflegestufe I verlangt, dass der Pflegebedürftige mindestens einmal täglich im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) für wenigstens zwei Verrichtungen und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigt. Bei den hier angeführten Hilfeleistungen handelt es sich um Mindestleistungen. Das bedeutet, dass die Hilfeleistungen in dem jeweils festgelegten Umfang notwendig sein müssen. Grundsätzlich setzt eine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI stets voraus, dass zumindest einmal täglich Hilfe im Bereich der Grundpflege erforderlich ist. Sind die Voraussetzungen der Pflegestufe I nicht erfüllt, da der Pflegebedarf unterschritten ist, wird hier von der sogenannten Pflegestufe „null“ gesprochen. Diese kann zwar Pflegeleistungen rechtfertigen allerdings bestehen keine Leistungsansprüche aus der PV. Der Sozialhilfeträger ist dann oftmals nach § 61 SGB XII a. F. eintrittspflichtig.<sup>55</sup>

### **Pflegestufe II nach § 15 I Nr. 2 SGB XI a. F.**

Laut Gesetz werden in der Pflegestufe II Schwerpflegebedürftige als Personen erfasst, „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.“

Der zeitliche Aufwand und damit der Zeitraum, der für die Hilfeleistung notwendig wird, ist damit wiederum Voraussetzung für die Pflegestufe II. Dabei orientiert sich der Zeitaufwand am täglichen Hilfeaufwand, der nach der Pflegestufe II mindestens dreimal täglich im Bereich der Grundpflege zu verschiedenen Tageszeiten notwendig werden muss. Dieser Bedarf wird im Regelfall morgens, mittags und abends abgerufen, wobei das nicht zwingend sein muss. Wenn die Betreuung am Tag regelmäßig durch eine Werkstatt für behinderte Menschen geleistet wird, ist auch von einem mindestens dreimal täglichen Hilfeaufwand auszugehen. Eine weitere Voraussetzung ist, wie bereits bei der Pflegestufe I, dass eine hauswirtschaftliche Versorgung mehrfach in der Woche benötigt wird.<sup>56</sup>

---

<sup>55</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 252, Rn. 59-62

<sup>56</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 254, Rn. 69-72

### **Pflegestufe III nach § 15 I Nr. 3 SGB XI a. F.**

Laut Gesetz werden in der Pflegestufe III Schwerstpflegebedürftige als Personen erfasst, „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.“

Auch hier ist auf den jeweils erforderlichen Hilfebedarf abzustellen. Voraussetzung für das Vorliegen der Pflegestufe III ist, dass der Pflegebedürftige täglich, rund um die Uhr, im Bereich der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und zusätzlich mehrfach in der Woche bei der hauswirtschaftlichen Versorgung Hilfe benötigt. Dabei schließt die Versorgung „rund um die Uhr“ auch zwangsläufig Betreuungsleistungen während der Nacht ein. Grundsätzlich stellt der Begriff der nächtlichen Versorgung auf den Zeitraum zwischen 22:00 Uhr abends und 06:00 Uhr morgens ab.<sup>57</sup> Es wird verlangt, dass ein nächtlicher Grundpflegebedarf jede Nacht anfällt. Es muss sich dabei allerdings nicht um eine unmittelbare Hilfeleistung handeln, auch wenn der nächtliche Hilfebedarf im Grundpflegebereich liegen muss. Laut Rechtsprechung können „Kontrollbesuche“ durch die Pflegeperson in der Nacht ausreichen. Eine bloße Rufbereitschaft reicht allerdings nicht aus.<sup>58</sup>

In besonderen Fällen greift die Härtefallregelung. Die Pflegekassen können zur Vermeidung von Härten den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III weitere Pflegesätze gewähren. Dazu muss ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand vorliegen. Dabei wird auf die Regelungen des § 36 IV SGB XI a. F. verwiesen. In den Härtefall- Richtlinien wird der Begriff eines Härtefalles konkretisiert. Zu beachten ist jedoch, dass diese Ausnahmeregelung bei der einzelnen Pflegekasse für nicht mehr als 3 % der bei ihr versicherten Pflegebedürftigen mit der Pflegestufe III, die in häuslich gepflegt werden, Anwendung findet.<sup>59</sup>

#### **3.1.2 Regelungen des Zeitaufwandes**

Das wohl wichtigste Kriterium bei der Zuordnung einer Pflegestufe ist die Zeitkomponente. Der zeitliche Mindestaufwand, der für die einzelnen Pflegestufen vorausgesetzt wird, ist in § 15 III SGB XI a. F. festgelegt. Die Regelungen zu den Vorhaben bezüglich des Zeitaufwandes gehen auf das 1. SGB XI- Änderungsgesetz zurück. Dabei wird der Zeitaufwand berücksichtigt, den ein Familienangehöriger oder eine nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

---

<sup>57</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 255, Rn. 77-79

<sup>58</sup> vgl. BSG, Urteil vom 29.04.1999- B 3 P 7/98 R, SozR 14 bzw. 3-3300 § 14 Nr. 10

<sup>59</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 255, Rn. 80

Zwischen den Verrichtungen der Grundpflege (§ 15 IV Nr. 1 bis 3 SGB XI a. F.) und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§ 14 IV Nr. 4 SGB XI a. F.) ist eine klare Trennung festgelegt. Der vorgegebene Zeitaufwand muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt gegeben sein und wird in § 15 III S.1 SGB XI a. F. entsprechend den drei Pflegestufen der Nummern 1 bis 3 festgelegt.

In der Pflegestufe I sind mindestens 90 Minuten als Zeitaufwand maßgeblich. Auf die Grundpflege müssen allerdings mehr als 45 Minuten entfallen. Wie bereits erörtert, schreibt § 15 I S.1 Nr. 1 SGB XI a. F. zusätzlich vor, dass im Bereich der Grundpflege mindestens zwei der möglichen drei Verrichtungen notwendig werden müssen. Für die anderen Pflegestufen II und III schreibt der Gesetzgeber dies allerdings nicht vor.

In der Pflegestufe II muss der Gesamt- Zeitaufwand mindestens drei Stunden betragen, wovon mindestens zwei Stunden täglich auf die Grundpflege entfallen müssen.

Für die Pflegestufe III ist ein Zeitaufwand von mindestens fünf Stunden täglich maßgeblich. Hiervon müssen mindestens vier Stunden täglich auf die Grundpflege entfallen.

§ 15 III S. 2 SGB XI a. F. stellt auch klar, dass bei der Feststellung des Zeitaufwandes nur der Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen berücksichtigt wird, auch wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem SGB V führt. Im Satz 3 definiert der Gesetzgeber, was unter verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu verstehen ist. Demnach sind diese, Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf ein untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 IV SGB XI a. F. (hauptsächlich betreffend die Körperpflege, Nahrungsaufnahme und Mobilität) ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.<sup>60</sup> Laut der Rechtsprechung<sup>61</sup> bleiben damit Leistungen, die nicht verrichtungsbezogen sind, insbesondere die der allgemeinen Beaufsichtigung, unberücksichtigt. Weitere Vorgaben sind in der Begutachtungs-Richtlinie (BRi)<sup>62</sup> konkretisiert.

Für die Bestimmung des zeitlichen Pflegeaufwands schätzen Gutachter des MDK den individuellen Zeitaufwand und orientieren sich an den, in den BRi festgelegten, Zeitkorridoren. Einerseits ist es bei der Ermittlung des Zeitbedarfs notwendig zu einer gewissen Typisierung kommen, andererseits muss auch ausreichend berücksichtigt werden, dass im Rahmen der ambulanten Pflege weitestgehend nicht berufsmäßig tätige Pflegekräfte die Pflegeleistung erbringen.

---

<sup>60</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 257, Rn. 89-91

<sup>61</sup> vgl. LSG Hessen, Entscheidung vom 27.08.2009- L 8 P 35/07

<sup>62</sup> Stand: 16.04.2013

Damit ergibt sich die Festlegung, dass grundsätzlich auf einen durchschnittlichen Zeitaufwand abgestellt wird, den eine nicht speziell im Pflegebereich ausgebildete Pflegeperson benötigt. Zu beachten ist hierbei, dass nicht der konkrete Zeitaufwand von Verrichtungen der Pflegeperson ausschlaggebend ist. Wird beispielsweise eine Pflegeperson tätig, die selbst stark gesundheitlich eingeschränkt ist und deshalb für die Arbeit erheblich mehr Zeit benötigt, so bleiben diese Umstände bei der Ermittlung des Zeitaufwandes unberücksichtigt. Laut BSG- Urteil<sup>63</sup> hat sich die Zeitbemessung am abstrakten Maßstab einer „durchschnittlich begabten“ Pflegeperson zu orientieren. Weiterhin wurde durch das BSG festgestellt, dass nur der mit der konkreten Verrichtung unmittelbar verbundene Zeitaufwand berücksichtigungsfähig ist. Die Einsatzbereitschaft oder Wegezeiten der Pflegeperson bleiben somit unberücksichtigt. Auch die BRi stellt fest, dass ausschließlich auf die individuelle Ausgangssituation des Antragstellers abzustellen ist und die Individualität der Pflegeperson keine Berücksichtigung finden darf.

Als Grundsatz der Ermittlung des Zeitaufwandes gilt weiterhin, dass nur solche Leistungen berücksichtigt werden können, die verrichtungsbezogen erbracht werden. Dazu gehört, dass nur solche Leistungen zu den Verrichtungen nach § 14 IV SGB XI a. F. in Bezug gestellt werden dürfen, die mindestens einmal wöchentlich anfallen. Weitere Leistungen die verrichtungsbezogen sind, können Leistungen sein, wenn diese das Ziel der aktivierenden Pflege Rechnung tragen. Unter aktivierender Pflege versteht man eine Pflegepraxis, die die Selbständigkeit und Unabhängigkeit der Pflegebedürftigen fördert. Dabei werden die Ressourcen des Pflegebedürftigen berücksichtigt und sich auf die Anleitung und Begleitung konzentriert. Daher kann die aktivierende Pflege deutlich zeitintensiver sein, da der Pflegebedürftige angehalten wird, die Verrichtungen für die er der Hilfe bedarf, selbständig vorzunehmen. Beispielsweise ist bei der Nahrungsaufnahme das Füttern wesentlich weniger zeitaufwendig im Unterschied zum angestrebten eigenständigen Essen, auch wenn dabei Hilfe benötigt wird. Ist dann ein Aufsichtsbedarf notwendig, kann eine Verrichtungsbezogenheit nur anerkannt werden, wenn keine weitere sinnvolle Tätigkeit ausgeübt werden kann. Bei der Nahrungsaufnahme muss beispielsweise beachtet werden, dass die richtige Menge aufgenommen, runtergeschluckt und nicht im Mund angesammelt wird.<sup>64</sup>

Wie bereits angesprochen, sind in Übereinstimmung mit den BRi sogenannte Zeitkorridore für die Bemessung des Zeitaufwandes vorgegeben, die dem Medizinischen Dienst einen Rahmen vorgeben sollen. Damit soll eine willkürliche Schätzung des Zeitaufwands vermieden werden.

---

<sup>63</sup> vgl. BSG, Urteil vom 21.02.2002- B 3 P 12/01 R, NZS 2003, 37

<sup>64</sup> vgl. Dalichau 2014, S. 258-259, Rn. 97-102

Die Zeitkorridore liefern nur Anhaltsgrößen zur Orientierung und können daher nicht das Individualitätsprinzip aufheben. Der Gutachter kann im Einzelfall den Zeitaufwand für den Hilfebedarf bei der Grundpflege des Pflegebedürftigen entsprechend der individuellen Situation feststellen. Dabei hat der Gutachter Abweichungen im Zeitbedarf zu begründen. Zur Objektivierung des Pflegeaufwands kann seitens der Pflegeperson die Führung eines Pflegetagebuches dienen. Diese werden ebenfalls berücksichtigt und bilden eine wesentliche Grundlage für die Ermittlung des Zeitbedarfs durch die Gutachter.

Richtwerte, welche in der BRi erfasst worden sind, sind beispielsweise folgende: 20-25 Minuten für das Waschen des gesamten Körpers, 2-3 Minuten für das mundgerechte Zubereiten der Nahrung, 4-6 Minuten für das gesamte Entkleiden, 2-3 Minuten für das Wasserlassen. Dabei erhöhen allgemeine Erschwernisfaktoren den in den Zeitkorridoren angegebenen Zeitaufwand (z.B. Übergewicht, Spastik, unkontrollierte Bewegungen usw.). Zu einer Unterschreitung der angegebenen Zeitrichtwerte führen allgemein erleichternde Faktoren, etwa der Einsatz von Hilfsmitteln. Die Summe der benötigten Zeitaufwände der Grundpflege dient dazu, die geforderten Mindestzeitwerte der Pflegestufen nachzuweisen.<sup>65</sup>

In Anlage 4 ist ein Begutachtungsformular des MDK zu § 15 SGB XI a. F. am Beispiel der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit im Bereich der Körperpflege hinterlegt.

### **3.1.3 Besonderheit bei kognitiv Beeinträchtigten**

Eine Besonderheit ergibt sich beim Personenkreis der psychisch Kranken und geistig Behinderten. Zu diesem Personenkreis kommen vorrangig Hilfeleistungen in Form von einer Beaufsichtigung und Anleitung zur Anwendung. § 15 III SGB XI a. F. regelt jedoch, dass ein allgemeiner Aufwand an Beaufsichtigung nicht berücksichtigt werden kann. Das bedeutet, dass bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein allgemeiner Aufsichtsbedarf zur Motivation und Kontrolle unberücksichtigt bleibt und so der eigentliche Hilfebedarf durch §§ 14 und 15 SGB XI nicht ausreichend ermittelt werden kann.<sup>66</sup> Um diese Benachteiligung auszugleichen, wurde die „Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs“ vom 22.03.2002, geändert durch Beschluss vom 10.06.2008 eingeführt. Seit dem 01.07.2008 besteht für ambulant gepflegte Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ein gestaffelter zusätzlicher Leistungsanspruch je nach Umfang des allgemeinen Betreuungsbedarfs nach § 45b SGB XI a. F.

---

<sup>65</sup> vgl. Klie und Bachem 2014, Klie, S. 273-274, Rn. 12

<sup>66</sup> GKV-Spitzenverband- Begutachtungsrichtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs 2002, geändert 2008

Demnach haben Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II und III und Personen, die einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, der nicht das Ausmaß der Pflegestufe I erreicht und ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung auf Dauer besteht, Anspruch auf Leistungen.

Entsprechend der Definition der Pflegebedürftigkeitsfeststellung im SGB XI a. F. wird auf einen tatsächlichen Hilfebedarf abgestellt für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Dieser wird durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI a. F. genannten Kriterien dienen als Grundlage für die Feststellung des Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen Einschränkungen in der Alltagskompetenz.

Die Begutachtungsrichtlinie vom 10.06.2008 regelt dabei insbesondere das zweigliedrige Begutachtungsverfahren (Screening und Assessment-Verfahren)<sup>67</sup> zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. Das Screening dient zur Feststellung der Alltagskompetenz des Pflegebedürftigen und wertet die Angaben des BRi unter dem Punkt 3.2 mit den Kriterien "Beschreibung von Schädigungen/ Beeinträchtigungen der Aktivitäten/ Ressourcen in Bezug auf den Stütz- und Bewegungsapparat, die Inneren Organe, die Sinnesorgane und Nervensystem/Psyche" aus. Hierzu ist der spezifische Hilfebedarf, jedoch nicht der Pflegebedarf, in der Tabelle für Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen. In der Tabelle ist jeweils eine Bewertung "unauffällig" oder "auffällig" abzugeben zu "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag- /Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen". Ist mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und ergibt sich hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, ist das Screening positiv und das Assessment-Verfahren kann durchgeführt werden. Bei diesem Verfahren erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkungen der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Denken und Wahrnehmen) sowie Störungen des Verhaltens und des Affekts erfasst.

---

<sup>67</sup> Anmerkung: siehe Anhang 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 (Punkt G 3.4)

Besteht wegen dieser Störungen ein regelmäßiger und dauerhafter Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, ist das Assessment- Merkmal mit „Ja“ zu dokumentieren. In diesem Verfahren sind abschließend 13 festgelegte Kriterien erfasst, welche typische Verhaltensweisen bei kognitiv Beeinträchtigten sein können. Beispielsweise wird das unkontrollierte Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz), das Verkennen oder Verursachen von gefährdeten Situationen oder die Störungen des Tag- und Nacht-Rhythmus begutachtet.<sup>68</sup> Wie bereits festgestellt, müssen die Voraussetzungen für eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegen. Ist dies der Fall, wurde das Begutachtungsverfahren erfolgreich durchgeführt, und es besteht für den Personenkreis der kognitiv Beeinträchtigten ein Leistungsanspruch nach §45b SGB XI a. F.

### **3.2 System ab dem 01.01.2017**

Pflegebedürftige erhalten gemäß § 15 I S. 1 SGB XI n. F.<sup>69</sup> nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeit einen Grad der Pflegebedürftigkeit, den sogenannten Pflegegrad. Dieser wird mit Hilfe eines pflegeschlüssig begründeten Neuen Begutachtungsinstruments ermittelt (Neues Begutachtungsassessment- NBA), welches in einem engen fachlichen Zusammenhang mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI n. F. steht. Dabei werden die Elemente aus § 14 SGB XI n. F. aufgegriffen. Die dort in Absatz 2 festgelegten Bereiche korrespondieren mit der Festlegung der Pflegegrade, die anhand der in § 15 SGB XI n. F. und seiner Anlagen 1 und 2 festgelegten Modulen vorgenommen wird. Dabei entfällt die gesonderte Feststellung einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz, da das NBA die relevanten Kriterien des § 45 a SGB XI a. F. nun berücksichtigt. Somit entfällt die bisherige Unterscheidung zwischen körperlich, kognitiv und psychisch beeinträchtigten Pflegebedürftigen. Das hat zur Folge, dass ab dem 01.01.2017 nur noch ein Verfahren zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zur Anwendung kommt. Somit haben von nun an alle Pflegebedürftigen im gleichen Pflegegrad Zugang zu gleichen Leistungen in der Pflegeversicherung. Die fünf für alle Pflegebedürftigen einheitlich geltenden Pflegegrade ersetzen das bisherige System der drei Pflegestufen. Dabei ist für die Einstufung in den jeweiligen PG die Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten ausschlaggebend. Der frühere Indikator „Zeitaufwand in Minuten pro Verrichtung“ wurde mit dem neuen NBA abgeschafft.

---

<sup>68</sup> Anmerkung: Die Anspruchsvoraussetzungen des §45 a SGB XI a. F. des Vorliegens einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz wurden bereits ausführlich im Gliederungspunkt **1.1 Begriff vor dem 01.01.2017, Zweite Voraussetzung** erläutert.

<sup>69</sup> Anmerkung: Der vollständige § 15 SGB XI n. F. kann in Anhang 6 eingesehen werden.

Für die vorhandene Selbstständigkeit oder Fähigkeiten werden nun Punkte in den Bereichen des § 14 II SGB XI n. F. vergeben. Nach der Summierung der Punkte wird in fünf verschiedene Punktebereiche eingeteilt, die der Schwere der Beeinträchtigungen in dem jeweiligen Modul widerspiegeln. Diese Punktebereiche werden dann einer Gewichtung unterzogen. Diese beiden Vorgänge gehören zur neuen Bewertungssystematik des § 15 II SGB XI n. F. Die „gewichtete“ Punktzahl wird schlussendlich einem Pflegegrad nach § 15 III SGB XI n. F. zugeordnet. Das NBA soll als lernendes System verstanden werden und kein starres, auf Dauer angelegtes Instrument sein. Der Begriff NBA wird daher nicht als feststehender Begriff eingeführt. Seine wesentlichen, für den Leistungszugang relevanten Elemente, wie beispielsweise die Kriterien für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit, die Punktwertung der einzelnen Module und deren Gewichtung sind sowohl im Gesetz, als auch in den Anlagen 1 und 2 zu § 15 SGB XI n. F. festgelegt.

Zusammen mit dem Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde das NBA über einen Zeitraum von acht Jahren durch mehrere wissenschaftlich begleitete Studien erarbeitet und durch zwei Expertenbeiräte geprüft.<sup>70</sup>

### **3.2.1 Verteilung der Einzelpunkte**

Die Verteilung der Einzelpunkte ergibt sich aus § 15 II S. 1 bis 6 SGB XI n.F. Gemäß Satz 1 ist das NBA in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 II SGB XI n. F. entsprechen. Zunächst wird die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten in den Modulen 1 bis 6 für jedes Kriterium nach dem Grad ihrer Ausprägung erhoben, wobei die einzelnen Kriterien in der Anlage 1 zu § 15 SGB XI<sup>71</sup> festgelegt sind. Für die Bewertung der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ist, mit Ausnahme von Modul 5, eine Skalierung von vier Schweregraden vorgesehen. In der Anlage 1 zu § 15 SGB XI n. F. wird je nach der Ausprägung des Kriteriums vorgesehene Einzelpunkte vergeben. Grundsätzlich kann festgelegt werden, dass mit wachsender Beeinträchtigung oder Häufigkeit und zunehmenden Verlust der Selbstständigkeit der Punktwert steigt.

In Modul 1 (Mobilität), Modul 4 (Selbstversorgung) und Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte) wird der Grad der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen bewertet. Dafür wurden folgende Klassifikation entwickelt: selbständig, überwiegend selbständig, überwiegend unselbständig und unselbständig.<sup>72</sup>

---

<sup>70</sup> vgl. Kraher et al. 2018, Heitmann/Plantzholz, S.330-331, Rn. 5

<sup>71</sup> Anmerkung: Die Anlage 1 zu § 15 SGB XI kann in Anhang 7 eingesehen werden.

<sup>72</sup> vgl. Kraher et al. 2018, Heitmann/ Plantzholz, S. 316, Rn. 22

Diese Teilbereiche werden nun kurz definiert. Dabei bezieht sich die Einschätzung der Selbständigkeit auf die praktische Durchführung einer Aktivität. Grundsätzlich unerheblich ist dabei, welche Ursachen der Beeinträchtigung zugrunde liegen.

Als selbständig gilt eine Person, wenn sie eine Handlung oder Aktivität allein, ohne Unterstützung einer anderen Person durchführen kann. Ein Versicherter gilt auch dann als selbständig, wenn die Durchführung erschwert bzw. verlangsamt oder eine Handlung unter Nutzung von Hilfsmitteln durchführen kann. Maßgeblich ist immer allein, dass er dabei keine personelle Hilfe benötigt.<sup>73</sup>

Eine Person gilt als überwiegend selbständig, wenn sie den größten Teil der Aktivität selbständig durchführen kann. Allerdings sind motivierende Aufforderungen und Impulse notwendig oder die punktuelle Übernahme von Teilhandlungen der Aktivität durch eine Pflegeperson.<sup>74</sup> Eine Person gilt als überwiegend unselbständig, wenn die Person die Aktivität nur zu einem geringen Anteil selbständig durchführen kann. Allerdings sind Ressourcen vorhanden, so dass sie sich beteiligen kann. Dies setzt oftmals eine ständige Anleitung oder aufwendige Motivation auch während der Aktivität voraus. Gegebenenfalls müssen Handlungen von der Pflegeperson übernommen werden. Dabei reichen das zurechtlegen und richten von Gegenständen, wiederholte Aufforderungen oder punktuelle Unterstützung nicht aus.<sup>75</sup>

Als unselbständig gelten Personen, die in der Regel die jeweilige Aktivität nicht, auch nicht in Teilen, selbständig durchführen bzw. steuern können. Es sind kaum oder keine Ressourcen mehr vorhanden, daher reichen Motivation, Anleitung sowie ständige Beaufsichtigung nicht mehr aus. Anstelle des Pflegebedürftigen muss die Pflegeperson alle oder nahezu alle Teilhandlungen durchführen.<sup>76</sup>

In den Modulen 1, 4 und 6 wird für das Vorliegen einer vollständigen Selbständigkeit 0 Punkte vergeben, für eine überwiegende Selbständigkeit 1 Punkt, für eine überwiegende Unselbständigkeit 2 Punkte und für eine Unselbständigkeit 3 Punkte (0-1-2-3-Skala).

Der maximale Wert des Moduls 1, der einer völligen Unselbständigkeit entspricht, beträgt beispielsweise 15 Punkte; im 6. Modul 18 Punkte.

Im Modul 4, der Selbstversorgung, müssen allerdings Besonderheiten beachtet werden. Abweichend von den oben genannten Punktwerten, wird die Ausprägung der Kriterien 4.8 (Essen), 4.9 (Trinken) und 4.10 (Benutzung einer Toilette oder eines Toilettenstuhls) wegen ihrer besonderen Bedeutung in der pflegerischen Versorgung stärker bepunktet.

---

<sup>73</sup> vgl. Kraemer et al. 2018, Heitmann/ Plantholz, S. 332, Rn. 9

<sup>74</sup> vgl. Kraemer et al. 2018, Heitmann/ Plantholz, S. 333, Rn. 9

<sup>75</sup> vgl. Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner 2017, S. 21

<sup>76</sup> vgl. Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner 2017, S. 21

Die Kriterien 4.9 und 4.10 erhalten die doppelte Punktzahl; d.h. für das Vorliegen einer überwiegenden Selbständigkeit werden 2 Punkte, für eine überwiegende Unselbständigkeit 4 Punkte und für eine Unselbständigkeit 6 Punkte vergeben. Für das Kriterium 4.8 (Essen) wird sogar eine dreifache Bepunktung durchgeführt, d.h. für das Vorliegen einer überwiegenden Selbständigkeit werden 3 Punkte, für eine überwiegende Unselbständigkeit 6 Punkte und für eine Unselbständigkeit 9 Punkte vergeben. Der Gesetzgeber verdeutlicht, dass diese drei Kriterien wohl zu den wichtigsten Grundbedürfnissen eines Menschen zählen. Besteht dort eine Hilfebedürftigkeit, so soll dies in einem besonderen Umfang gewährt werden. Eine weitere Besonderheit in der Bewertung im Modul 4, kommt dem Kriterium 4.13 (Ernährung parenteral oder über Sonde) zu. Hier wird nicht nach den Graden der Selbständigkeit entschieden. Entfällt diese besondere Form der Ernährung, werden 0 Punkte vergeben. Wird ein Pflegebedürftiger teilweise parenteral oder über Sonde ernährt, erhält er 6 Punkte (aufgrund des hohen Aufwandes zur Unterstützung) und bei einer vollständigen Ernährung dieser Form 3 Punkte. Der maximale Wert für die Gesamtheit aller Kriterien in dem vierten Modul beträgt somit 54 Punkte.

Für die Bewertung des Moduls 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) wird ebenfalls eine vierstufige Skala verwendet, die bewertet in welchem Ausmaß die jeweilige Fähigkeit vorliegt. Ist die Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt werden 0 Punkte vergeben. Die Fähigkeit ist größtenteils vorhanden, wenn die Person Schwierigkeiten hat, höhere und komplexere Aufgaben zu bewältigen. Dabei wird 1 Punkt vergeben. Die Fähigkeit ist in einem geringen Maße vorhanden, wenn die Person häufig oder in vielen Situationen Schwierigkeiten hat und sie nur geringe Anforderungen bewältigen kann. Hierbei werden 2 Punkte vergeben. Ist eine Fähigkeit nicht vorhanden, werden 3 Punkte vergeben. Der maximale Wert beläuft sich auf 33 Punkte im Modul 2, wenn ein vollständiger Verlust kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten vorliegt.

In Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Probleme) wird die Häufigkeit des Auftretens der dort genannten Kriterien in einer vierstufigen Skala erfasst, da es schwierig wäre diese nach dem Grad der Behinderung einzuschätzen. Die Merkmalsausprägungen und deren Bewertung in Punkten ergeben sich dabei wie folgt:

- nie oder sehr selten: 0 Punkte
- selten = ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen: 1 Punkt
- häufig = zweimal bis mehrmals die wöchentlich, aber nicht täglich: 3 Punkte
- täglich: 5 Punkte.

In Modul 5 (Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen) werden aus pflegfachlichen Gründen verschiedene Kategorien, beispielsweise das Vorkommen, die Häufigkeit des Auftretens und die Selbständigkeit bei der Durchführung verwendet. Die Merkmalsausprägungen dieses Moduls unterscheiden sich daher erheblich von den anderen Modulen. Das Modul 5 umfasst insgesamt 16 Kriterien. Für die 11 Kriterien (5.1 bis 5.11) erfolgt die Ermittlung der Einzelpunkte anhand der durchschnittlichen Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag. Kann der Pflegebedürftige die Maßnahmen selbständig durchführen oder entfallen sie, weil ein Hilfebedarf in dem Kriterium nicht notwendig ist, werden jeweils 0 Punkte vergeben. Kann der Pflegebedürftige die Maßnahmen nicht mehr selbständig ausführen, wird die Häufigkeit der Maßnahme pro Tag, pro Woche und pro Monat ermittelt werden.

Die Maßnahmen pro Woche sowie die Maßnahmen pro Monat müssen in einen täglichen Durchschnittswert umgerechnet werden. Dazu ermittelt man je die Summe der Maßnahmen (pro Woche/ pro Monat) der Kriterien 5.1 bis 5.7 sowie die der Kriterien 5.8 bis 5.11 und teilt die jeweilige Summe entweder durch sieben (wöchentlich) oder durch 30 (monatlich). Anschließend werden die täglichen Maßnahmen summiert, worauf man einen Durchschnittswert erhält. Die Einzelpunkte der Kriterien 5.1 bis 5.7 ergeben sich aus der Maßnahme pro Tag, wofür nun der ermittelte Durchschnittswert maßgeblich ist. Wird mindestens ein bis maximal dreimal täglich die Maßnahme durchgeführt, so wird ein Einzelpunkt vergeben. Werden die Maßnahmen mehr als drei bis maximal achtmal durchgeführt, werden 2 Einzelpunkte vergeben und ab neun Maßnahmen pro Tag werden 3 Punkte vergeben. Bei den Kriterien 5.8 bis 5.11 erfolgt eine andere Vergabe der Einzelpunkte. Erfolgt die Maßnahme ein- bis mehrmals wöchentlich, wird ein Punkt vergeben. Erfolgen sie ein- bis unter dreimal täglich, werden 2 Punkte vergeben und ab vier Maßnahmen werden 3 Einzelpunkte vergeben.

Für die Kriterien 5.12 bis 5.15 wird zunächst die Anzahl der Häufigkeit der durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich und/ oder monatlich vorkommen erfasst. Die wöchentlichen Maßnahmen werden in den Kriterien 5.12 und 5.15 mit dem Faktor 8,6 und in den Kriterien 5.13, 5.14 und 5.16 mit dem Faktor 4,3 multipliziert. Die monatlichen Maßnahmen werden in den Kriterien 5.12 und 5.15 mit dem Faktor 2 und in den Kriterien 5.13, 5.14 und 5.16 mit dem Faktor 1 multipliziert. Es tritt zudem die Besonderheit hinzu, dass Maßnahmen nach dem Kriterium 5.12 auch täglich notwendig sein können. In diesem Fall wird ein pauschaler Wert von 60 Punkten für dieses Kriterium vergeben. Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 werden addiert und anhand der Summe der Kriterien werden die relevanten Einzelpunkte vergeben.

Beträgt die Summe der vier Kriterien insgesamt weniger als 4,3 wird kein Einzelpunkt vergeben. Ab 4,3 bis unter 8,6 Punkte wird ein Einzelpunkt vergeben, ab 8,6 bis unter 12,9 Punkte werden zwei Einzelpunkte vergeben, ab 12,9 bis unter 60 Punkte drei und ab 60 und mehr vier Einzelpunkte. Im letzten Kriterium 5.16 wird wiederum die 0-1-2-3- Skala zur Selbständigkeit verwendet.<sup>77,78</sup>

### 3.2.2 Gewichtung der Module

Die festgestellte Summe der Einzelpunkte in den jeweiligen Modulen ist wiederum einem gewichteten Punktwert zugeordnet, das entspricht der sogenannten Bewertungssystematik. Der Punktwert sowie die Gewichtung der Module ist in § 15 II S. 7 und 8 SGB XI n. F. in Verbindung mit Anlage 2 zu § 15 SGB XI n. F.<sup>79</sup> festgelegt. Zunächst werden die erzielten Einzelpunkte im jeweiligen Modul einem Punktebereich entsprechend dem Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten zugeordnet. Dem Punktebereich 0 sind keine Beeinträchtigungen zuzuordnen, dem Punktebereich 1 geringe, dem Punktebereich 2 erhebliche, dem Punktebereich 3 schwere und dem letzten Punktebereich 4 schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit zuzuordnen. Liegt keine Beeinträchtigung vor, wie im Punktebereich 0, können dort auch keine Einzelpunkte gewichtet werden. Somit können nur die anderen vier Punktebereiche des jeweiligen Moduls entsprechend gewichtet werden. Daher entspricht Punktebereich eins:  $\frac{1}{4}$  der entsprechenden Gewichtung, Punktebereich zwei:  $\frac{1}{2}$ , Punktebereich drei:  $\frac{3}{4}$  und Punktebereich vier: der vollen Gewichtung. Die Gewichtung der einzelnen Module ergibt sich aus § 15 II S. 8 SGB XI n. F. und ist wie folgt aufgeteilt:

**Abbildung 3.2.2-1 Gewichtung der Module**



Quelle: MDS

<sup>77</sup> vgl. Krahrmer et al. 2018, Heitmann/Plantholz, S. 333-342, Rn. 10-16

<sup>78</sup> Vgl. Anlage 1 zu § 15 SGB XI n. F.

<sup>79</sup> Anmerkung: Die vollständige Anlage 2 zu § 15 SGB XI n. F. ist in Anhang 8 einsehbar.

Das gerade erläuterte Verfahren wird zum Verständnis kurz erklärt: Alle Module zusammen ergeben 100% und damit können insgesamt 100 Punkte vergeben werden. Das Modul 1 (Mobilität) ist mit 10% gewichtet. Die Mobilität nimmt somit von der Gesamtpunktzahl 100 (= 100%) einen Anteil von 10% ein, was insgesamt 10 Punkten entspricht.  $\frac{1}{4}$  von 10 Punkten ergeben eine gewichtete Punktzahl von 2,5, die bei dem Vorliegen einer geringen Beeinträchtigung vergeben werden.  $\frac{1}{2}$  von 10 Punkten ergeben 5 gewichtete Punkte, welche beim Vorliegen einer erheblichen Beeinträchtigung vergeben werden.  $\frac{3}{4}$  von 10 möglichen Punkten im Bereich der Mobilität ergeben 7,5 gewichtete Punkte und können bei Vorliegen einer schweren Beeinträchtigung vergeben werden. Bei der schwersten Beeinträchtigung werden 10 gewichtete Punkte vergeben. Schlussendlich muss nur noch festgestellt werden, wie viele Einzelpunkte in welchem Punktebereich vorgelegen haben, um die gewichteten Punkte zuordnen zu können. Dieses Prinzip gilt für alle Module.

Eine Besonderheit ergibt sich bei den Modulen 2 und 3. Hier werden nicht beide ermittelte gewichtete Punkte berücksichtigt. Es wird nur das Modul berücksichtigt, dessen gewichtete Punkte höher sind, vgl. § 15 III S. 2 SGB XI n. F.<sup>80</sup>

### 3.2.3 Ermittlung des Pflegegrades

Mittels der Addition erfolgt die Zusammenführung aller gewichteten Punktwerte pro Modul und ergibt den Gesamtpunktwert. Der Pflegebedürftige ist auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte in einen der nachfolgenden Pflegegraden gemäß § 15 III S. 4 SGB XI a. F. einzuordnen:

- PG 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte, geringe Beeinträchtigungen
- PG 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte, erhebliche Beeinträchtigungen
- PG 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte, schwere Beeinträchtigungen
- PG 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte, schwerste Beeinträchtigungen
- PG 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte, schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

---

<sup>80</sup> vgl. Anlage 2 zu § 15 SGB XI n. F. (siehe Anhang 7)

### 3.3 Zusammenfassung Vergleich Begutachtungssysteme

Mit der Einführung des neuen Begutachtungsinstruments hat sich viel verändert. Der Indikator zur Pflegebedürftigkeitsfeststellung ist nun nicht mehr der „Zeitaufwand in Minuten“, sondern es wird die Selbständigkeit der Personen ermittelt. Des Weiteren wurde ein einheitliches System eingeführt, welches nun für Menschen mit kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen gleichermaßen gilt. Damit ist das zusätzliche Begutachtungssystem i.S.d. § 45b SGB XI a. F. entfallen. Auch die Härtefallregelungen im alten System wurden mit der Einführung der fünf Pflegegrade abgeschafft. Es wurden insgesamt sechs Module eingeführt. Diese sechs Lebensbereiche werden begutachtet und bewertet.

Im alten Begutachtungssystem hatte die Grundpflege einen besonderen Stellenwert, da sie mindestens die Hälfte des zeitlichen Mindestmaßes für eine Pflegestufe ausmachen musste. Auffällig ist, dass weiterhin die Mobilität (nun als eigenes Modul) und die Selbstversorgung (welche die Körperpflege und die Ernährung beinhaltet) mit jeweils 10% und 40% in die Gesamtbeurteilung eingehen. Die Grundpflege hat damit weiterhin einen hohen Stellenwert bei der Ermittlung der Pflegebedürftigkeit. Damit ist auch ausgeschlossen, dass körperlich Beeinträchtigte mit der Einführung des neuen Begutachtungsinstruments schlechter gestellt werden als vorher.

Durch die Übergangsregelungen des § 140 SGB XI garantierte der Gesetzgeber zusätzlich, dass niemand mit der Einführung des PSG II schlechter gestellt wurde als vorher. Versicherten mit anerkannter Pflegestufe zum 31.12.2016 wurde automatisch ein Pflegegrad zugewiesen. Eine erneute Begutachtung nach dem NBA-Verfahren müsste nicht geführt werden. Dabei wurde folgende Zuordnung festgelegt:

**Abbildung 3.3-1: Zuordnung PS zu PG**

PFLEGESTUFE	PFLEGEGRAD
bisher nicht vorgesehen	1
Pflegestufe 0 Pflegestufe 1	2
Pflegestufe 1 mit e.A. Pflegestufe 2	3
Pflegestufe 2 mit e.A. Pflegestufe 3	4
Pflegestufe 3 mit e.A. Pflegestufe 3 mit Härtefall	5

Quelle: [www.pflege.de](http://www.pflege.de)

## 4 Evaluation des Begutachtungsinstruments

Um das neue Begutachtungsinstrument besser evaluieren zu können, bedarf es neben den theoretischen Grundlagen auch einer praxisnahen Einschätzung. Besonders Altenpflegedienste kommen mit dem neuen System fast täglich in Berührung, da sie oftmals, neben dem MDK und den Angehörigen des Pflegebedürftigen, bei der Pflegebegutachtung anwesend sind. Daher wurden ausschließlich Altenpflegedienste befragt. Meinungsbilder anderer Institutionen (MDK, Pflegekassen, Sozialverbände) wurden nicht eingeholt, da dies sonst den Umfang der Arbeit erheblich überschritten hätte. Meinungsbilder aus der Politik blieben ebenfalls unberücksichtigt, da diese zwar an dem Gesetzgebungsverfahren des PSG II beteiligt waren, allerdings keinen praxisnahen Bezug zum neuen Begutachtungssystem haben.

Die Fragebögen werden im Folgenden ausgewertet. Anschließend erfolgt eine Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments auf Grundlage aller gewonnenen Erkenntnisse.

### 4.1 Fragebogen

Für die qualitative Untersuchung wurde ein Fragebogen mit insgesamt 11 Fragen erstellt.<sup>81</sup> Die Fragen 1 bis 3 beziehen sich auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das Begutachtungsinstrument mit den Neuerungen sowie deren Veränderungen, welche sich nun in der Praxis ergeben, sind Bestandteil der Fragen 4 bis 9. Die Fragen 10 und 11 sind eher generell gefasst und zielen auf eine konkrete Meinungsäußerung des Befragten ab. Bei den Fragen 1 bis 7 sowie 9, gibt es jeweils zwei Antwortoptionen „Ja, weil“ oder „Nein, weil“. Die Frage 8 kann mit „Positiv, weil“ oder „Negativ, weil“ beantwortet werden. In der Frage 10 können „Vorteile“ sowie „Nachteile“ genannt werden. Die Frage 11 gibt keine begrenzten Antwortmöglichkeiten vor, es kann ein freier Text verfasst werden. Dieser Fragebogen wurde an zwei Kranken- und Altenpflegedienste gesendet. Damit können deren Aussagen miteinander verglichen werden. Da in der nachfolgenden Bearbeitung die Kranken- und Altenpflegedienste nicht namentlich genannt werden, ist vom Altenpflegedienst A und vom Altenpflegedienst B die Rede.<sup>82</sup> Beide Altenpflegedienste bieten ambulante als auch stationäre Pflegeleistungen an. Die gestellten Fragen werden noch einmal kurz erläutert. Die Antworten der Altenpflegedienste sind sinngemäß an deren Original-Antworten vom Fragebogen angelehnt.<sup>83</sup>

---

<sup>81</sup> Anmerkung: Das Anschreiben und der Fragebogen können in Anhang 8 eingesehen werden.

<sup>82</sup> Anmerkung: Die Namen der Einrichtungen sind in einer Datei (Fragebogen) auf der beiliegenden CD angegeben.

<sup>83</sup> Anmerkung: Die ausgefüllten Fragebögen, mit den vollständigen Antworten, sind den Anhängen 9 und 10 zu entnehmen.

Frage 1: Während der Bearbeitung des Bachelor-Themas fiel mir auf, dass der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff (gültig bis zum 31.12.2016) seit seiner Einführung von vielen Seiten kritisiert wurde. Er sei nicht ausreichend pflegfachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet. Gefragt war, ob die Altenpflagedienste diese kritischen Äußerungen nachvollziehen können.

Altenpflagedienst **A** gab an, dass die Kritiken bezüglich des damaligen Pflegebedürftigkeitsbegriffs angebracht sind und sich die angesprochenen Kritikpunkte auch so in der Praxis bestätigt haben. Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit war nicht spezifisch auf individuelle Einschränkungen im Alltagsgeschehen ausgerichtet. Besonders Einschränkungen im kognitiven Bereich blieben unberücksichtigt. Dies führte in der Praxis dazu, dass viele Menschen nicht als Pflegebedürftige erfasst worden sind. Altenpflagedienst **B** kann ebenfalls die kritischen Äußerungen nachvollziehen. Ihrer Meinung nach, wurden mit dem alten Begutachtungssystem die Pflegebedürftigen lediglich auf alters- und körperlich bedingte Einschränkungen beurteilt. Sie teilen die gängige Meinung, dass die kognitiven, psychischen und seelischen Einschränkungen keine Berücksichtigung fanden.

Frage 2: Gefragt war, ob pflegebedürftige Menschen mit kognitiven Einschränkungen nun tatsächlich den körperlich Beeinträchtigten durch die Erweiterung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs gleichgestellt sind.

Altenpflagedienst **A** und **B** teilen die Auffassung, dass nun Menschen mit kognitiven Einschränkungen körperlich Beeinträchtigten gleichgestellt sind.

Altenpflagedienst **A** stellt fest, dass nun auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von den Leistungen der Pflege profitieren und nun einem Pflegegrad zuzuordnen sind.

Altenpflagedienst **B** bestätigt, dass mit der neuen Begutachtung und Einstufung nun auch die Selbständigkeit des Bedürftigen erfasst wird, egal welche gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt. Besonders bei Demenz- Erkrankten sei die Selbständigkeit stark eingeschränkt, ohne dabei körperliche Defizite vorzuweisen.

Frage 3: Die Individualisierung der Pflege ist ein Ziel der neuen Pflegereform. Gefragt wurde daher, ob dieses Ziel mit der Veränderung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreicht wurde.

Der Altenpflegedienst **A** ist der Auffassung, dass das Ziel der Individualisierten Pflege mit der Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffes nicht erreicht wurde. Demnach werden leichte bzw. beginnende Einschränkungen in der „Momentaufnahme“ der Begutachtung oft nicht erkannt und somit nicht erhoben. Nach ihren Erfahrungen, verlassen sich die Gutachter auf die Diagnosen des Hausarztes, besonders bei einer Demenz- Erkrankung. Ist diese Erkrankung aber nicht diagnostiziert, so wird dies nicht genug berücksichtigt und die Person gilt auch nicht als eingeschränkt in seinen Fähigkeiten. Somit würde auch keine individuelle Begutachtung erfolgen.

Altenpflegedienst **B** hingegen, stellt für sich fest, dass seit der Gründung des Pflegedienstes immer individuelle Pflege angeboten wurde und eine Änderung im Gesetz dies auch nicht ändern würde.

Frage 4: Mit dem neuen Begutachtungssystem NBA wird nun zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit die Selbständigkeit des Pflegebedürftigen begutachtet. Gefragt war, inwieweit man die Selbständigkeit überhaupt nachvollziehbar messen kann. Die Selbständigkeit wird zwar vom MDK beurteilt, allerdings wollte ich herausfinden, wie ein Pflegedienst über das „Messen“ der Selbständigkeit denkt.

Altenpflegedienst **A** gibt an, dass die Selbständigkeit nicht messbar ist. Sie haben die Erfahrungen gemacht, dass die Pflegepersonen bei den Begutachtungen ihre Unselbständigkeit und Defizite aus Scham vor Fremden nicht gerne offenlegen. Die Pflegepersonen wollen den Gutachtern beweisen, dass sie keine Hilfe benötigen. Daher kann der Gutachter auch nicht den eigentlichen Hilfebedarf einschätzen.

Altenpflegedienst **B** bestätigt die Aussage von Altenpflegedienst A. Die Begutachtung sei lediglich eine Momentaufnahme und somit könne die Selbständigkeit nicht nachvollziehbar gemessen werden.

Frage 5: Gefragt war, ob nun die Pflegedürftigkeit des Einzelnen genauer beurteilt werden kann als es vorher möglich war und ob die Änderung des Indikators Minute zum Indikator der gewichteten Punkte mittels des Grades der Selbständigkeit dabei hilfreicher ist.

Der Altenpflegedienst **A** verweist auf die Antwort von Frage 4. Die Selbständigkeit sei schwer zu messen, daher ist die Änderung des Indikators zur Ermittlung der Pflegedürftigkeit nicht hilfreicher.

Altenpflegedienst **B** teilt diese Auffassung nicht komplett. Mit dem Grad der Selbständigkeit die Pflegebedürftigkeit zu ermitteln, wäre bereits ein guter Weg in die richtige Richtung. Allerdings sollte der Zeitaufwand auch nicht außer Acht gelassen werden. Nach ihren Erfahrungen, benötige die Pflege von Demenz- Erkrankten wesentlich mehr Zeit als bei alters- oder krankheitsbedingten Bedürftigen. Dieser Zeitaufwand solle ebenfalls Berücksichtigung finden.

Frage 6: Mit dieser Frage sollte herausgefunden werden, ob die neuen begutachteten Lebensbereiche, in Form von Modulen, die Pflegebedürftigkeit des Einzelnen besser erfassen und damit aussagekräftiger sind als vorher.

Beide Altenpflegedienste sind der Meinung, dass die im Gesetz festgelegten Module, nicht aussagekräftig genug sind um die Pflegebedürftigkeit einer Person ermitteln zu können.

Altenpflegedienst **A** stellt dabei fest, dass zwar mehr Alltagsbereiche in der Begutachtung berücksichtigt werden, allerdings finden sie die prozentuale Auslegung dafür zu ungenau.

Altenpflegedienst **B** merkt zudem an, dass der Gutachter nur den momentanen Zustand und somit die aktuellen Schwierigkeiten des Pflegebedürftigen begutachtet. Meist sieht der Gutachter den Bedürftigen das erste Mal und kann auch nur aufgrund dessen eine Aussage treffen. Daher kann die Pflegebedürftigkeit, auch mit den neuen Modulen, nicht besser erfasst werden.

Frage 7: Die begutachteten Lebensbereiche gehen unterschiedlich stark auf das Gesamtergebnis ein. Dies liegt an der Gewichtung der Module. Gefragt war, ob die festgelegte Gewichtung sinnvoll erscheint.

Altenpflegedienst **A** findet eine Gewichtung zwar wichtig, allerdings sei diese zu „schwammig“. Für sie sei beispielsweise nicht nachvollziehbar, warum beim Modul 3 Ängste und Depressionen nicht in die Bewertung eingehen, wenn diese vom Hausarzt nicht diagnostiziert wurden. Auch wenn Angehörigen über die nächtlichen Auffälligkeiten berichten (Modul 3- Punkte F 4.3.2), werden diese nicht berücksichtigt, solange der Hausarzt diesbezüglich keine eindeutige Diagnose erstellt hat. Somit sei eine Gewichtung auch nicht konkret genug.

Altenpflegedienst **B** hingegen, findet die Gewichtung der Module nicht sinnvoll. Ihrer Meinung nach, stellt jedes Modul für sich eine Bedürftigkeit in den Lebensbereichen dar. Es sollte die jeweilige Schwere der Bedürftigkeit in den einzelnen Modulen entscheidend sein und nicht eine prozentuale Gewichtung, welche dann zu einem Gesamtergebnis führt.

Frage 8: In den Modulen werden bestimmte Verrichtungen genannt, die bei einer Pflegebegutachtung bewertet werden. Dem Verrichtungs- Katalog hat der Gesetzgeber einen abschließenden Charakter zukommen lassen. Ich wollte von den Altenpflegediensten wissen, wie sie diesen abschließenden Charakter beurteilen und habe als Beispiel das Modul 1 (Mobilität) mit der abschließenden Aufzählung der begutachteten Verrichtungen aufgeführt.

Beide Altenpflegedienste bewerten den abschließenden Charakter als negativ. Altenpflegedienst **A** greift dabei das Beispiel des Moduls 1 (Mobilität) auf. Demnach sei es nicht immer ersichtlich, wie der Mensch sich fortbewegt. Zwar wird im schriftlichen Teil des Gutachtens erwähnt, ob er sich beispielsweise an feststehenden Möbeln festhalten muss und wie lange er für das zurücklegen einer Strecke benötigt, allerdings wird das bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nicht immer berücksichtigt.

Altenpflegedienst **B** stellt weiterhin fest, dass eine individuelle Pflege nicht nach einem gewissen Schema, auf Grundlage der Begutachtung der Module, ermittelt werden kann. Die Gesamtheit und die Komplexität der individuellen Pflege können somit nicht ausreichend erfasst werden.

Frage 9: An die Frage 8 angeknüpft sollte überprüft werden, ob der abschließende Verrichtungs- Katalog dem Ziel der Individualisierung der Pflege widerspricht.

Dabei sind sich beide Altenpflegedienste einig, dass der abschließende Verrichtungs-Katalog dem Ziel der individuellen Pflege widerspricht. Altenpflegedienst **A** räumt ein, dass es bestimmt schwer sei, ein individuelles Bewertungssystem zur Begutachtung der Pflegebedürftigkeit zu entwickeln, welches dem Persönlichkeitsbegriff am nächsten kommt. Allerdings wird auch festgestellt, dass das momentane Bewertungssystem nicht dem Individualitätsprinzip der Pflege entspricht.

Auch Altenpflegedienst **B** ist der Meinung, dass die Individualisierung der Pflege durch den abschließenden Verrichtungs- Katalog nicht ausreichend Beachtung findet, da nur die vorgegebenen Verrichtungen der einzelnen Module betrachtet werden.

Frage 10: Da nun die Altenpflegedienste unmittelbar mit dem neuen Begutachtungsinstrument in Berührung kommen, wollte ich wissen inwieweit sie Vor- und Nachteile daran feststellen können.

Altenpflegedienst **A** und Altenpflegedienst **B** führen als ein Vorteil des neuen Begutachtungssystems auf, dass nun auch Menschen mit kognitiven, psychischen und seelischen Einschränkungen davon profitieren, da sie nun berücksichtigt werden. Altenpflegedienst **B** gibt an, dass nun auch Demenz- Erkrankte eine Chance haben einen Pflegegrad zu erreichen und diesbezüglich auch Pflegeleistungen in Anspruch nehmen können. Altenpflegedienst **A** sieht einen Vorteil darin, dass die Begutachtungen nun schneller verlaufen und für die Pflegeeinrichtung besser nachvollziehbar sind. Vorteilhaft ist ihrer Meinung nach auch, dass nun mehr alltagsrelevante Bereiche betrachtet werden, als es bei den damaligen Pflegestufen der Fall war.

Als großen Nachteil des neuen Begutachtungssystems nennt Altenpflegedienst **B** den Fakt, dass sich die Individualität auf die ausgesuchten Module beschränkt.

Altenpflegedienst **A** führt weiterhin an, dass die Begutachtung zu sehr nach „Schema F“ erfolgt. Als Beispiel wird hier die Durchführung der Selbständigkeitsprüfung im Bereich der Mobilität kritisiert, in Form des sogenannten „Schürzengriffs“. Dieser soll zur Überprüfung des Bewegungsapparates bei der Pflegebegutachtung vom Pflegebedürftigen ausgeführt werden. Für Altenpflegedienst **A** sagt dies allerdings nichts über die Selbständigkeit des Klienten aus.

Frage 11: Frage 11 gab den Altenpflegediensten die Möglichkeit sich frei zu äußern. Gefragt war, inwieweit sie von der Pflegereform 2016/ 2017 betroffen waren und was sich damit für sie verändert hat.

Altenpflegedienst **A** gab an, dass sie als Pflegedienst direkt von der Pflegereform 2016/ 2017 betroffen waren. Dabei konnte beobachtet werden, dass viele Klienten Angst haben einen Pflegegrad zu beantragen. Gründe dafür sei die Scham der Pflegekunden. Sie schämen sich ihre Defizite und Einschränkungen offenzulegen. Es bedarf daher viel Mühe, seitens des Pflegedienstes, die Klienten zur Beantragung eines Pflegegrades zu motivieren.

Der seit 2001 bestehende Altenpflegedienst **B** gibt an, auch unmittelbar mit der Pflegereform konfrontiert worden zu sein. Mit der Einführung der Reform ist der verwalterische Aufwand für sie enorm gestiegen. Allein die Umstrukturierung bzw. die Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade sowie die Einführung der neuen Leistungskataloge, waren für sie sehr Zeitaufwändig und ein enormer „Kraftakt“. Altenpflegedienst **B** gab an, dass dies zu Lasten des Pflegedienstes und des Kunden ging. Die Berücksichtigung von Demenz- Erkrankten käme nun besser zur Geltung. Allerdings kommt die Individualität des Einzelnen nicht wirklich zum Tragen, denn die Begutachtung sei eine Momentaufnahme und bezieht sich in der Praxis auch nur darauf.

#### **4.2 Evaluation auf Grundlage aller gewonnenen Erkenntnisse**

Anhand des Vergleichs des Pflegebedürftigkeitsbegriffs sowie des Begutachtungssystems lassen sich die Änderungen genau feststellen. Durch die angegebenen Antworten des Fragebogens wurden praxisnahe Einschätzungen aus der Altenpflege getroffen. Daraus können in diesem Rahmen Erkenntnisse zum neuen Begutachtungssystem abgeleitet werden.

In der Theorie wurde der damalige Pflegebedürftigkeitsbegriff als nicht ausreichend pflegefachlich fundiert angesehen, weshalb er geändert wurde. Dies hat sich in der Praxis bestätigt. Laut den Einschätzungen der Altenpflegedienste wurde nicht genügend auf die individuellen Einschränkungen im Alltagsgeschehen eingegangen. Somit wurde der Pflegebedürftigkeitsbegriff zurecht grundlegend geändert.

Personen mit kognitiven, psychischen und seelischen Problemen blieben beim alten Pflegebedürftigkeitsbegriff unberücksichtigt. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde unter anderem deshalb geändert, um körperlich und kognitiv beeinträchtigte Menschen gleichzustellen.

Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff sollen nun Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und damit auch der Personenkreis der kognitiv und psychisch Erkrankten erfasst werden. Durch den neuen Wortlaut des § 14 SGB XI ist in der Theorie davon auszugehen, dass kognitiv Beeinträchtigte nun den körperlich Beeinträchtigten gleichgestellt sind. Fraglich ist allerdings, ob sich das Ziel der Gleichstellung auch so in der Praxis bestätigen lässt. Damit wäre ein weiterer positiver Effekt, durch die Neuerung des Gesetzes, zu verzeichnen. Die Altenpflegedienste können bestätigen, dass nun eine Gleichstellung zwischen körperlich und kognitiv Beeinträchtigten vorliegt. Die Ausweitung des Personenkreises ist mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff erfolgt, was eine positive Neuerung ist.

Es wurde ein neuer Maßstab zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit eingeführt um diese nun einheitlich ermitteln zu können. Mit dem neuen Begutachtungssystem wurde der alte Indikator des „Minutenzählens“ abgeschafft und der neue Indikator der Selbständigkeit zur Pflegebedürftigkeitsfeststellung eingeführt. Ziel soll es sein, statt einen defizitorientierten nun einen ressourcenorientierten, ganzheitlichen Blick auf den Menschen zu richten. Die Theorie unterscheidet sich hier von der Praxis. Demnach ist es sehr schwer, die Selbständigkeit bei einer Begutachtung überhaupt nachvollziehbar zu messen. Das hat mehrere Ursachen: Die Begutachtung findet nur an einem Tag statt, daher wird auch nur der Moment bewertet. Hinzu kommen persönliche Empfindungen des Pflegebedürftigen. Da wäre zum einen die Scham, ihre Defizite vor Fremden offenzulegen sowie eine gewisse Selbstüberschätzung. Der Gutachter kann somit eine genaue Einschätzung der eigentlichen Selbständigkeit des Pflegebedürftigen nicht wirklich treffen. Eine denkbare Alternative wäre es, eine Begutachtung über mehrere Tage durchzuführen, um der kritisierten Momentbegutachtung entgegen zu wirken. Allerdings wäre diese mehrtägige Begutachtung mit einem extremen Zeit- sowie organisatorischen Aufwand verbunden. Etwas, was ein Gesetz nicht festlegen kann und in der eigenen Verantwortung der Pflegeperson liegt, ist die Sensibilisierung des Pflegebedürftigen zur Offenlegung seiner Defizite. Ein Gutachter kann nur das bewerten, was er sieht. Die Pflegeperson muss dem Pflegebedürftigen erklären, wie wichtig es ist, sich nicht zu verstellen und auch keine Scham zu empfinden. Nur dann kann die Selbständigkeitsprüfung ihren Sinn erfüllen.

Da nun der Indikator des „Zeitaufwands pro Minute“ durch die neue Gesetzesfassung entfallen ist, kann ein zusätzlicher Mehrbedarf an Zeit nicht mehr berücksichtigt werden. Besonders Demenz- Erkrankte benötigen mehr Zeit bei ihren Verrichtungen. Eine Kombination zwischen dem Indikator der Selbständigkeit und dem Indikator des Zeitaufwandes, wäre besonders für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von Vorteil, um die Pflegebedürftigkeit genau ermitteln zu können.

Allerdings müsste dann darauf geachtet werden, dass die körperlich Beeinträchtigten keine Benachteiligung erfahren.

Mit der Einführung des neuen Verrichtungs- Katalog, welcher sechs Module enthält, wurde ein Katalog erstellt, der wesentlich umfangreicher ist als der frühere. Die Erweiterung bestimmter Kriterien des Verrichtungs- Kataloges zielte unter anderem darauf ab, neue Lebensbereiche zu begutachten, bei denen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einen erhöhten Hilfebedarf haben. Vorteilhaft ist, dass nun mehr Alltagsbereiche in die Begutachtung einbezogen werden.

Auch in der Praxis sieht man die Erweiterung des Verrichtungs-Kataloges als eine positive Veränderung des neuen Begutachtungssystems. Zur Wahrung der Rechtsicherheit, hat der Gesetzgeber diesem Katalog einen abschließenden Charakter zukommen lassen. Dieser wird in der Praxis deutlich negativ bewertet. Die Module sollten offener gefasst werden. Damit allerdings die Intention des Gesetzgebers gewahrt wird, könnte wie beim Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Probleme)- Kriterium 3.13 „Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen“, auch in den anderen Modulen ein Kriterium „Sonstiges“ geschaffen werden. Dort könnten besondere Auffälligkeiten des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden und der Pflegebedarf individueller festgestellt werden. Andernfalls wäre eine Erfassung der Gesamtheit und Komplexität der Pflegebedürftigkeit kaum feststellbar, was von Nachteil ist.

Mit der Neuerung des Begutachtungsinstruments wurde eine neue Bewertungssystematik, mittels der Gewichtung der Module eingeführt. Diese Gewichtung soll bewirken, „dass die Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeit von Personen mit körperlichen Defiziten einerseits und kognitiven oder psychischen Defiziten sachgerecht und angemessen bei der Bildung des Gesamtpunktes berücksichtigt wird.“<sup>84</sup> In der Praxis hält man die prozentuale Gewichtung der Module nicht für sinnvoll. Vermutlich liegt es zum einen daran, dass man nicht nachvollziehen kann, wie diese Gewichtung überhaupt zustande gekommen ist. Ein weiteres Problem ergibt sich dadurch, dass durch die Gewichtung der Eindruck entsteht, dass der eine Lebensbereich „wichtiger“ sei, als ein anderer. Ich teile die Auffassung, dass jede Unselbständigkeit in einem Modul eine Bedürftigkeit für sich darstellt und deshalb deren Schwere bei der Beurteilung der Pflegebedürftigkeit auch an sich zählen sollte.

---

<sup>84</sup> Krahmer et al. 2018, Heitmann/Plantholz, S. 343, Rn. 17

Dies führt uns zum nächsten Ziel der Pflegereform, die Individualisierung der Pflege. Fraglich ist, ob mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff das Ziel erreicht werden konnte und ob dieses Ziel überhaupt praktisch durchführbar ist. Mit den festgelegten Modulen und deren Gewichtung soll der persönliche Hilfebedarf einer Person ermittelt werden um feststellen zu können, welchen Umfang von Unterstützung der pflegebedürftige Mensch tatsächlich benötigt. Dem entgegen steht der abschließende Charakter des Verrichtungs- Katalog. Wie bereits festgestellt, werden Verrichtungen die in diesem Katalog nicht aufgeführt werden, nicht begutachtet. Auch dort ergeben sich für den Pflegebedürftigen Nachteile.

Werden starre Kriterien festgelegt, kann ein individueller, von der Norm abweichender, Hilfebedarf schwer bzw. gar nicht erfasst werden. Dies bestätigt sich in der Erfahrung der Altenpflegedienste. Es wird von beiden Altenpflegediensten kritisiert, dass sich die Individualität lediglich auf die festgelegten Module beschränkt.

Erstaunlich war auch die Aussage des Altenpflegedienstes **A**, dass bei einer Begutachtung nur die festgestellten Diagnosen des Hausarztes berücksichtigt werden, auch wenn eine Beeinträchtigung offensichtlich vorliegt und von Angehörigen dokumentiert wird. Wurde eine Krankheit wie Demenz nicht diagnostiziert, gilt die Person auch nicht als eingeschränkt. Durch die Begutachtung der Lebensbereiche (besonders in den Modulen 2 und 3) sollte eine Diagnose keine Rolle für die Ermittlung der Selbständigkeit spielen. Liegen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten in diesen Lebensbereichen vor, so müssen diese auch dokumentiert und in die Gesamtbeurteilung eingehen. Sollte dies nicht der Fall sein, kann nicht von einer Individualisierung der Pflege gesprochen werden.

## Zusammenfassung

Nach dem Vergleich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungssystems sowie durch die Auswertung der Fragebögen lässt sich feststellen, dass die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit außerordentlich komplex ist.

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff ändert sich der Maßstab zur Bewertung der Pflegebedürftigkeit. Die Gleichbehandlung aller Pflegebedürftigen durch die Orientierung am Grad der Selbständigkeit und der Fähigkeit und die daraus resultierende Gleichstellung von Pflegebedürftigen mit kognitiven Erkrankungen und psychischen Störungen mit körperlich Beeinträchtigten, sind die wichtigsten Neuerungen des Pflegebedürftigkeitsbegriffs i. S. d. § 14 SGB XI n. F., welche ab dem 01. Januar 2017 gelten.

Die Ausweitung des anspruchsberechtigten Personenkreises lässt sich durch eine durchgeführte Statistik (Stand 11.07.2018) des Bundesministeriums für Gesundheit bestätigen.<sup>85</sup> Die Zahl der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung betrug zum 31.12.2016 insgesamt 2.749.201.<sup>86</sup> Bis zum 31.12.2016 galten noch die alten Regelungen des Elften Sozialgesetzbuches. Am 01.01.2017 traten die neuen Regelungen in Kraft. Laut Statistik bezogen zum 31.12.2017 insgesamt 3.301.999 Personen Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung. Dieser Anstieg der Leistungsbezieher ist enorm. In der Statistik wurde auch die Zahl der Leistungsbezieher in den Bereichen der ambulanten- sowie stationären Pflege ermittelt. 2016 erhielten insgesamt 1.974.197 Pflegebedürftige ambulante Leistungen. 2017 waren es insgesamt 2.522.066 Pflegebedürftige die ambulante Pflegeleistungen erhielten, wovon allerdings 1.666.650 Überleitungsfälle waren. Darunter fallen alle Pflegebedürftige, die zum Jahreswechsel 2016/ 2017 von den Pflegestufen auf die Pflegegrade übergeleitet worden sind und zum Stichtag noch Leistungen der PV erhalten. Zum 31.12.2016 bezogen insgesamt 755.004 Pflegebedürftige Leistungen der stationären Pflege. Zum 31.12.2017 bezogen insgesamt 779.933 Personen Leistungen der stationären Pflege, wovon 625.521 Überleitungsfälle waren. Die Statistik zeigt deutlich, dass besonders im Bereich der ambulanten Pflege die Anzahl der Leistungsbezieher gestiegen ist. Die Zahlen decken sich mit dem Fakt, dass nun die Personengruppe der kognitiven Beeinträchtigten erfasst wird. Es war schlussendlich logisch, dass sich mit Einführung des PSG II auch die Anzahl der Leistungsbezieher erhöhen muss, da diese nun als Pflegebedürftige einem Pflegegrad zugeordnet werden können.

---

<sup>85</sup> Anmerkung: Die vollständige PDF "Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung" Stand Juli 2018, ist als Anhang auf der beigefügten CD einsehbar.

<sup>86</sup> vgl, Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung 2018, in Anhang 12 ersichtlich

Abzuwarten bleibt, inwieweit die Anzahl der Leistungsbezieher in den nächsten Jahren bzw. Jahrzehnten steigt und welche Auswirkungen dies auf die Pflegeversicherung haben wird. Unbestritten ist allerdings, dass die Bevölkerung zunehmend älter wird und damit auch mehr Menschen Ansprüche auf Pflegeleistungen geltend machen werden.

Eine weitere wichtige Neuerung war die Änderung des Begutachtungssystems. Das neue Begutachtungsinstrument (NBA) bildet die Grundlage der Einstufung in die fünf Pflegegrade. Es erlaubt eine differenziertere Einstufung als es bisher möglich war. Das neue Instrument der Begutachtung misst den Grad der Selbständigkeit bzw. das Ausmaß der Abhängigkeit der Hilfe in pflege- und lebensrelevanten Bereichen und gibt damit stärkere Impulse für Rehabilitations- und Präventionsbedarfe. Durch die Antworten des Fragebogens sind Vor- und Nachteile des neuen Begutachtungsinstruments genannt worden, die ich auch gut nachvollziehen kann. Da das Begutachtungssystem in dieser Arbeit bereits ausführlich evaluiert wurde, gehe ich nur auf wesentliche Vor- und Nachteile ein. Vorteilhaft ist, dass nun die Pflegebedürftigkeit anhand des Grades der Selbständigkeit ermittelt wird. Damit wurde ein einheitliches System für alle Pflegebedürftigen geschaffen. Dennoch sollte auch ein gewisser Zeitaufwand für Verrichtungen berücksichtigt werden, welcher dann in die Gesamtbewertung eingehen sollte. Die jetzigen Lebensbereiche, die bei der Begutachtung bewertet werden, sind wesentlich umfangreicher gefasst als es vorher der Fall war. Es werden nun wichtige Kriterien zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit erfasst, die früher keine Berücksichtigung fanden. Das ist ein großer Vorteil des neuen Begutachtungsinstruments. Allerdings bin ich der Auffassung, dass der abschließende Charakter des Verrichtungs- Kataloges dem Ziel der Individualisierung der Pflege widerspricht. Durch das neue Begutachtungssystem wird dieses Ziel zwar deutlich besser angestrebt, als es vorher möglich war, dennoch sehe ich bei dieser Zielsetzung das größte Problem. Zum einen müssen die rechtlichen Rahmenbedingungen gewahrt werden, indem man sich an die Vorgaben des Gesetzgebers hält. Auf der anderen Seite kann eine starre Festlegung niemals dem Individualitätsprinzip entsprechen. Daher denke ich, dass sich dieses definierte Ziel schwer bis gar nicht realisieren lassen kann.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das PSG II mit seinen Reformen bezüglich des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des Begutachtungssystems immense Vorteile gegenüber dem alten Bewertungssystem vorweisen kann, welche schlussendlich den Pflegebedürftigen zugutekommt. Das schließt jedoch nicht aus, dass das Begutachtungsinstrument weiterentwickelt werden muss.

## **Anhangsverzeichnis**

Anhang 1: § 14 SGB XI alte Fassung .....	46
Anhang 2: § 14 SGB XI neue Fassung .....	47
Anhang 3: § 15 SGB XI alte Fassung .....	49
Anhang 4: Beispiel Begutachtungsformular des MDK zu § 15 SGB XI a. F.....	50
Anhang 5: Begutachtungsformular des MDK zu § 45a SGB XI a. F.....	51
Anhang 6: § 15 SGB XI neue Fassung .....	53
Anhang 7: Anlage 1 zu § 15 SGB XI n. F.....	55
Anhang 8: Anlage 2 zu § 15 SGB XI n. F.....	62
Anhang 9: Anschreiben und Fragebogen.....	63
Anhang 10: Beantworteter Fragebogen Alten- und Krankenpflagedienst A.....	67
Anhang 11: Beantworteter Fragebogen Alten- und Krankenpflagedienst B.....	71
Anhang 12: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.....	75

## **Anhang 1: § 14 SGB XI alte Fassung**

### **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) 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 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.

## **Anhang 2: § 14 SGB XI neue Fassung**

### **Begriff der Pflegebedürftigkeit**

(1) 1 Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. 2 Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. 3 Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

## **Anhang 3: § 15 SGB XI alte Fassung**

### **Stufen der Pflegebedürftigkeit**

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

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

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a 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.

Bei der Feststellung des Zeitaufwandes ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

## Anhang 4: Beispiel Begutachtungsformular des MDK zu § 15 SGB XI a. F.

Punkt G 4.1: Ermittlung der Pflegebedürftigkeit im Bereich der Körperpflege

### Gutachten 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.)
		U	TÜ	VÜ	B	A	Tag	Woche	
<b>Waschen</b>									
Ganzkörperwäsche (GK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Oberkörper (OK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Unterkörper (UK)		U	TÜ	VÜ	B	A			
Waschen Hände/Gesicht (HG)		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Duschen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Baden</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Zahnpflege</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Kämmen</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Rasieren</b>		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Darm- und Blasenentleerung</b>									
Wasserlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Stuhlgang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Richten der Bekleidung		U	TÜ	VÜ	B	A			
IKP-Wechsel nach Was- serlassen		U	TÜ	VÜ	B	A			
IKP-Wechsel nach Stuhl- gang		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechseln kleiner Vorla- gen		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Urin- beutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
Wechsel/Entleerung Sto- mabeutel		U	TÜ	VÜ	B	A			
<b>Summe Zeitbedarf Körperpflege</b>									

**Legende:**

U = Unterstützung  
VÜ = vollständige Übernahme  
IKP = Inkontinenzprodukte

TÜ = teilweise Übernahme  
B = Beaufsichtigung

A = Anleitung

**Anhang 5: Begutachtungsformular des MDK zu § 45a SGB XI a. F.**

Punkt G 3.4: Screening und Assessment zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz" des Formulargutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI in den Begutachtungs-Richtlinien

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

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

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

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

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

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

Wenn "Nein" Begründung:

.....  
 .....

## Assessment

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

### Ergebnis:

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

nicht eingeschränkt                       erheblich eingeschränkt                       in erhöhtem Maße eingeschränkt

Seit wann? □□□□□□□□.(TTMMJJJJ)

## **Anhang 6: § 15 SGB XI neue Fassung**

### **Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument**

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegfachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegfachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

## Anhang 7: Anlage 1 zu § 15 SGB XI n. F.

### Anlage 1 (zu § 15)

#### Einzelpunkte der Module 1 bis 6; Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

##### Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

##### Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

### Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

## Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

### Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung „überwiegend inkontinent“ oder „vollständig inkontinent“ getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

### Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit „entfällt“ (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit „teilweise“ (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit „vollständig“ (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

**Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen**

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe – Kriterium 5.1 – und einmal Blutzuckermessen – Kriterium 5.6 –, entspricht dies vier Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

#### Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11				
Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis unter dreimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

#### Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punkte vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu drei Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als drei Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien der Ziffern 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe			Einzelpunkte
0	bis unter	4,3	0
4,3	bis unter	8,6	1
8,6	bis unter	12,9	2
12,9	bis unter	60	3
60 und	mehr		6

#### Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

### **Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte**

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anhang 8: Anlage 2 zu § 15 SGB XI n. F.

Module	Gewichtung	Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Fähigkeiten					Summe der Einzelpunkte	gewichtete Punkte
		0 keine	1 geringe	2 erhebliche	3 schwere	4 schwerste		
1 Mobilität	10 %	0 – 1	2 – 3	4 – 5	6 – 9	10 – 15		
		0	2,5	5	7,5	10		
2 kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 – 1	2 – 5	6 – 10	11 – 16	17 – 33		
3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 – 2	3 – 4	5 – 6	7 – 65		
höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15		
4 Selbstversorgung	40 %	0 – 2	3 – 7	8 – 18	19 – 36	37 – 54		
		0	10	20	30	40		
5 Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 – 3	4 – 5	6 – 15		
		0	5	10	15	20		
6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 – 3	4 – 6	7 – 11	12 – 18		
		0	3,75	7,5	11,25	15		
Summe der gewichteten Punkte								

## **Anhang 9: Anschreiben und Fragebogen**

### **Sehr geehrte Damen und Herren,**

ich bin duale Studentin im fünftem Semester des Studiengangs "Bachelor of Laws/ Sozialverwaltung" an der Hochschule für öffentliche Verwaltung und Rechtspflege (FH), Fortbildungszentrum des Freistaates Sachsen in Meißen.

Derzeit schreibe ich meine Bachelor- Arbeit mit dem Titel „Die Pflegereform 2016/ 2017- Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments“.

Mit dieser Arbeit möchte ich herausfinden, inwieweit das neue Begutachtungssystem Vorteile (und ggf. auch Nachteile) für den Pflegebedürftigen geschaffen hat. Untersuchungsgegenstand ist dabei die Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und die damit einhergehende Einführung des neuen Begutachtungsinstruments NBA. Die Neuerungen diesbezüglich sind bereits vor zwei Jahren, am 01.01.2017, in Kraft getreten.

Da Sie als Altenpflegedienst regelmäßig bei Pflegebegutachtungen anwesend sind, erschien es mir angebracht, Sie zum neuen Begutachtungssystem zu befragen. Sie stehen mit den Begutachtern des MDK sowie mit den Angehörigen in Kontakt und haben damit einen umfangreichen Einblick. Ihre Einschätzungen sollen daher in diese Arbeit einfließen. Dazu benötige ich Ihre Hilfe.

Der beigefügte Fragebogen umfasst 11 Fragen und wird etwa 20- 30 Minuten Ihrer Zeit in Anspruch nehmen.

Ich bitte Sie daher höflichst um Beantwortung der folgenden Fragen bis zum **01.02.2019**.

Sie können mir den Fragebogen gern per E-Mail übersenden.

Für Ihre Beteiligung bedanke ich mich bei Ihnen bereits im Voraus und verbleibe mit freundlichen Grüßen

Anja Ullrich

**Bitte ausfüllen!**

**Name**

**Einrichtung**

Ich bin damit einverstanden, dass meine hier angegebenen Antworten in der Bachelor-Arbeit „Pflegerreform 2016/ 2017- Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments“ genutzt und veröffentlicht werden darf.

Ja  Nein

**Frage 1:**

Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff (gültig bis zum 31.12.2016) stand seit seiner Einführung in der Kritik nicht ausreichend pflegfachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet zu sein. Können Sie diese kritischen Äußerungen nachvollziehen?

Ja, weil

Nein, weil

**Frage 2:**

Der jetzige Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde um die Beeinträchtigungen von psychischen und kognitiven Fähigkeiten erweitert, um eine Gleichbehandlung aller zu gewährleisten. Sind die pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen nun den körperlich Beeinträchtigten gleichgestellt?

Ja, weil

Nein, weil

**Frage 3:**

Ein Ziel der Pflegereform sollte die Individualisierung der Pflege sein. Wurde dieses Ziel mit der Veränderung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreicht?

Ja, weil

Nein, weil

#### **Frage 4**

Mit der Pflegereform änderte sich nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das neue Bewertungssystem NBA wurde entwickelt. Nun ist nicht mehr auf den benötigten Zeitaufwand in Minuten für gewisse Verrichtungen abzustellen, sondern hauptsächlich auf den Grad der Selbstständigkeit.

Kann man die Selbstständigkeit überhaupt nachvollziehbar messen?

Ja, weil

Nein, weil

#### **Frage 5**

Kann die Pflegebedürftigkeit des Einzelnen nun genauer beurteilt werden als es vorher möglich war? Ist die Änderung des Indikators Minute zum Indikator der gewichteten Punkte mittels des Grades der Selbstständigkeit hilfreich?

Ja, weil

Nein, weil

#### **Frage 6**

Der Verrichtungs-Katalog der nun bei der Pflegebegutachtung relevant ist, ist wesentlich umfangreicher und in sechs Module aufgeteilt. (Mobilität 10%, kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 15%, Selbstversorgung 40%, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 20 %, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 15%) Sind diese genannten Bereiche aussagekräftig genug?

Ja, weil

Nein, weil

#### **Frage 7**

Die einzelnen Module werden unterschiedlich gewichtet. (siehe Frage 6) Empfinden Sie die dabei festgelegte Gewichtung als sinnvoll?

Ja, weil

Nein, weil

### **Frage 8**

Der Gesetzgeber hat konkrete Verrichtungen genannt, die zu den einzelnen Modulen gehören. Beispiel: Modul 1: Mobilität; dieses Modul umfasst den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition, das Umsetzen, das Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und das Treppensteigen.

Verrichtungen, die im Bereich der Mobilität nicht mit erfasst worden sind, bleiben unberücksichtigt. Der Gesetzgeber hat diesen Modulen somit einen abschließenden Charakter zukommen lassen.

Wie bewerten Sie diesen abschließenden Charakter der Module?

Positiv, weil

Negativ, weil

### **Frage 9**

Widerspricht der abschließende Verrichtungs- Katalog dem Ziel der Individualisierung der Pflege?

Ja, weil

Nein, weil

### **Frage 10**

Worin sehen Sie Vorteile und Nachteile des neuen Begutachtungssystems?

**Vorteile**

**Nachteile**

### **Frage 11**

Inwieweit waren Sie von der Pflegereform 2016/ 2017 betroffen bzw. was hat sich mit der Einführung der Reform für Sie verändert?

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen und für Ihre Unterstützung.**

## **Anhang 10: Beantworteter Fragebogen Alten- und Krankenpflagedienst A**

### **Frage 1:**

Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff (gültig bis zum 31.12.2016) stand seit seiner Einführung in der Kritik nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet zu sein. Können Sie diese kritischen Äußerungen nachvollziehen?

Ja, weil er nicht spezifisch auf die individuellen Einschränkungen im Alltagsgeschehen ausgerichtet war. Viele Einschränkungen gerade im kognitiven Bereich wurden nicht berücksichtigt und viele Menschen mit diesen Beeinträchtigungen fielen durch das Raster.

Nein, weil

### **Frage 2:**

Der jetzige Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde um die Beeinträchtigungen von psychischen und kognitiven Fähigkeiten erweitert, um eine Gleichbehandlung aller zu gewährleisten. Sind die pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen nun den körperlich Beeinträchtigten gleichgestellt?

Ja, weil viele mit kognitiven Beeinträchtigungen jetzt auch von den Pflegegraden profitieren.

Nein, weil

### **Frage 3:**

Ein Ziel der Pflegereform sollte die Individualisierung der Pflege sein. Wurde dieses Ziel mit der Veränderung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreicht?

Ja, weil

Nein, weil leichte oder beginnende Einschränkungen in der Momentaufnahme der Begutachtung oft nicht zu erkennen sind und dadurch auch oft nicht erhoben werden. Außerdem verlassen sich die Gutachter auf die Diagnose Demenz vom Hausarzt und wenn diese nicht diagnostiziert wird, gilt der Patient auch nicht eingeschränkt. Also erfolgt keine individuelle Begutachtung.

#### Frage 4

Mit der Pflegereform änderte sich nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das neue Bewertungssystem NBA wurde entwickelt. Nun ist nicht mehr auf den benötigten Zeitaufwand in Minuten für gewisse Verrichtungen abzustellen, sondern hauptsächlich auf den Grad der Selbstständigkeit.

Kann man die Selbstständigkeit überhaupt nachvollziehbar messen?

Ja, weil

Nein, Wer gibt denn schon gern seine Defizite oder Unselbstständigkeit preis? Bei den meisten Pflegeeinstufungen höre ich: „Das kann ich allein, Ich brauche keine Hilfe.“ Das geschieht aber oft nur, weil sich der Klient schämt seine Schwächen vor Fremden einzugestehen. Also wie will der Gutachter ermessen, wie selbständig der Klient wirklich ist?

#### Frage 5

Kann die Pflegebedürftigkeit des Einzelnen nun genauer beurteilt werden als es vorher möglich war? Ist die Änderung des Indikators Minute zum Indikator der gewichteten Punkte mittels des Grades der Selbstständigkeit hilfreich?

Ja, weil

Nein, weil        siehe Antwort zu Frage 4

#### Frage 6

Der Verrichtungs-Katalog der nun bei der Pflegebegutachtung relevant ist, ist wesentlich umfangreicher und in sechs Module aufgeteilt. (Mobilität 10%, kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 15%, Selbstversorgung 40%, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 20 %, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 15%) Sind diese genannten Bereiche aussagekräftig genug?

Ja, weil

Nein, es werden zwar mehr Alltagsbereiche in die Begutachtung einbezogen, aber die prozentuale Auslegung ist zu schwammig.

### Frage 7

Die einzelnen Module werden unterschiedlich gewichtet. (siehe Frage 6)

Empfinden Sie die dabei festgelegte Gewichtung als sinnvoll?

Ja, aber die Gewichtung ist zu schwammig. So ist es zum Beispiel bei Modul 3 (Punkt F 4.3.2) nicht nachvollziehbar, warum die Ängste oder Depressionen nicht in die Bewertung fallen wenn es nicht diagnostiziert ist. Oft erzählen die Angehörigen von nächtlichen Auffälligkeiten und dann wird das nicht berücksichtigt weil sie keine eindeutige Diagnose vom HA haben.

Nein, weil

### Frage 8

Der Gesetzgeber hat konkrete Verrichtungen genannt, die zu den einzelnen Modulen gehören. Beispiel: Modul 1: Mobilität; dieses Modul umfasst den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition, das Umsetzen, das Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und das Treppensteigen.

Verrichtungen, die im Bereich der Mobilität nicht mit erfasst worden sind, bleiben unberücksichtigt. Der Gesetzgeber hat diesen Modulen somit einen abschließenden Charakter zukommen lassen.

Wie bewerten Sie diesen abschließenden Charakter der Module?

Positiv, weil

Negativ, es ist nicht ersichtlich wie der Mensch sich bewegt. Ob er sich an Tisch und feststehenden Möbeln festhalten muss und wie lange er von A nach B braucht. Das wird zwar im schriftlichen Teil erwähnt aber nicht immer berücksichtigt.

### Frage 9

Widerspricht der abschließende Verrichtungs- Katalog dem Ziel der Individualisierung der Pflege?

Ja. Es ist bestimmt schwer ein individuelles Bewertungssystem zur Begutachtung zu finden, welches dem Persönlichkeitsbegriff am nächsten kommt. Aber das Bestehende ist es nicht.

Nein, weil

### **Frage 10**

Worin sehen Sie Vorteile und Nachteile des neuen Begutachtungssystems?

**Vorteile** Die Begutachtungen gehen jetzt schneller und für Pflegeeinrichtungen ist es besser nachvollziehbar. Es werden mehr alltagsrelevante Bereiche betrachtet als bei den Pflegestufen. Es profitieren mehr Klienten mit körperlichen und kognitiven Veränderungen und Einschränkungen von den Begutachtungsmodulen.

**Nachteile** Die Begutachtung erfolgt meiner Meinung nach noch zu sehr nach Schema F. Was sagt denn zum Bsp. „der Schürzengriff“ darüber aus, wie sich der Klient selbständig pflegen kann?

### **Frage 11**

Inwieweit waren Sie von der Pflegereform 2016/ 2017 betroffen bzw. was hat sich mit der Einführung der Reform für Sie verändert?

Wir als Pflegedienst sind direkt davon betroffen. Es ist so, dass viele Klienten Angst haben überhaupt den Schritt zu gehen einen Pflegegrad zu beantragen. Die Pflegekunden schämen sich ihre Defizite und Einschränkungen offen zu legen. Es bedarf oft viel Mühe den Klienten zu diesem Schritt zu motivieren.

## **Anhang 11: Beantworteter Fragebogen Alten- und Krankenpflagedienst B**

### **Frage 1:**

Der bisherige Pflegebedürftigkeitsbegriff (gültig bis zum 31.12.2016) stand seit seiner Einführung in der Kritik nicht ausreichend pflegefachlich fundiert, defizitorientiert und vorrangig auf Alltagsverrichtungen in den Bereichen Mobilität, Ernährung, Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung ausgerichtet zu sein. Können Sie diese kritischen Äußerungen nachvollziehen?

Ja, weil mit dem alten Begutachtungssystem wurden Bedürftige nur auf alters- und körperlich bedingte Einschränkungen beurteilt. Kognitive, psych. Und seelische Einschränkungen fanden keine Bewertung/Berücksichtigung

Nein, weil

### **Frage 2:**

Der jetzige Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde um die Beeinträchtigungen von psychischen und kognitiven Fähigkeiten erweitert, um eine Gleichbehandlung aller zu gewährleisten. Sind die pflegebedürftigen Menschen mit kognitiven Einschränkungen nun den körperlich Beeinträchtigten gleichgestellt?

Ja, weil mit der neuen Begutachtung und Einstufung wird nun auch die Selbstständigkeit eines Bedürftigen erfasst und beurteilt und dies auch unter Berücksichtigung seiner kognitiven, psychischen und seelischen bedingten Einschränkungen. Gerade Demenzkranke sind in Ihrer Selbstständigkeit stark eingeschränkt, ohne dabei körperliche Defizite zu haben.

Nein, weil

### **Frage 3:**

Ein Ziel der Pflegereform sollte die Individualisierung der Pflege sein. Wurde dieses Ziel mit der Veränderung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs erreicht?

Ja, weil

Nein, weil wir haben seit Gründung des Pflegedienstes immer individuelle Pflege angeboten. Daran ändert die Veränderung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs nichts.

#### Frage 4

Mit der Pflegereform änderte sich nicht nur der Pflegebedürftigkeitsbegriff. Das neue Bewertungssystem NBA wurde entwickelt. Nun ist nicht mehr auf den benötigten Zeitaufwand in Minuten für gewisse Verrichtungen abzustellen, sondern hauptsächlich auf den Grad der Selbstständigkeit.

Kann man die Selbstständigkeit überhaupt nachvollziehbar messen?

Ja, weil

Nein, weil eine Begutachtung ist eine Momentaufnahme

#### Frage 5

Kann die Pflegebedürftigkeit des Einzelnen nun genauer beurteilt werden als es vorher möglich war? Ist die Änderung des Indikators Minute zum Indikator der gewichteten Punkte mittels des Grades der Selbstständigkeit hilfreich?

Ja, weil die Beurteilung nach Grad der Selbstständigkeit ist der Weg in die richtige Richtung trotzdem sollte der Zeitaufwand nicht ausser Acht gelassen werden. Gerade die Pflege eines Demenzkranken erfordert viel mehr Zeit als die Pflege eines alters- oder krankheitsbedingten Bedürftigen

Nein, weil

#### Frage 6

Der Verrichtungs-Katalog der nun bei der Pflegebegutachtung relevant ist, ist wesentlich umfangreicher und in sechs Module aufgeteilt. (Mobilität 10%, kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen 15%, Selbstversorgung 40%, Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen 20 %, Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte 15%) Sind diese genannten Bereiche aussagekräftig genug?

Ja, weil

Nein, weil sich jede Begutachtung nur auf den momentanen Zustand, aktuelle Befindlichkeit bezieht. Der Gutachter sieht den Bedürftigen meist das erste mal und kann nur die momentane Darstellung dessen begutachten.

### Frage 7

Die einzelnen Module werden unterschiedlich gewichtet. (siehe Frage 6)  
Empfinden Sie die dabei festgelegte Gewichtung als sinnvoll?

Ja, weil

Nein, weil jeder Punkt für sich die Bedürftigkeit darstellt und deshalb die Schwere entscheidend sein sollte und nicht die prozentuale Gewichtung.

### Frage 8

Der Gesetzgeber hat konkrete Verrichtungen genannt, die zu den einzelnen Modulen gehören. Beispiel: Modul 1: Mobilität; dieses Modul umfasst den Positionswechsel im Bett, das Halten einer stabilen Sitzposition, das Umsetzen, das Fortbewegen innerhalb des Wohnbereiches und das Treppensteigen.

Verrichtungen, die im Bereich der Mobilität nicht mit erfasst worden sind, bleiben unberücksichtigt. Der Gesetzgeber hat diesen Modulen somit einen abschließenden Charakter zukommen lassen.

Wie bewerten Sie diesen abschließenden Charakter der Module?

Positiv, weil

Negativ, weil Individuelle Pflege kann nicht nach einem Schema, nach vorgegebenen Modulen begutachtet werden. Die Gesamtheit und Komplexität wird nicht ausreichend beachtet.

### Frage 9

Widerspricht der abschließende Verrichtungs- Katalog dem Ziel der Individualisierung der Pflege?

Ja, weil die Individualität dadurch nicht zur Beachtung kommt sondern nur die einzelnen Module begutachtet/betrachtet werden.

Nein, weil

### **Frage 10**

Worin sehen Sie Vorteile und Nachteile des neuen Begutachtungssystems?

**Vorteile** . Kognitive, psych. Und seelische Einschränkungen finden Bewertung/Berücksichtigung, demenziell erkrankten haben eine Chance einen Pflegegrad zu erhalten und diesbezüglich auch Pflege in Anspruch zu nehmen.

**Nachteile** Individualität wird auf ausgesuchte Module beschränkt.

### **Frage 11**

Inwieweit waren Sie von der Pflegereform 2016/ 2017 betroffen bzw. was hat sich mit der Einführung der Reform für Sie verändert?

Wir sind seit 2001 als Kranken- und Altenpflegedienst auf dem Markt und waren deshalb natürlich von der Reform betroffen. Mit der Einführung hat sich der verwalterische Aufwand enorm gesteigert. Allein die Umstrukturierung/Umwandlung der Pflegestufen in Pflegegrade sowie die Einführung der neuen Leistungskataloge war ein enormer Zeit und Kraftaufwand. Dies ging zu Lasten des Pflegedienstes und des Kunden. Die Berücksichtigung von demenzkranken kommt besser zur Geltung aber die Individualität des einzelnen kommt nicht wirklich zum Tragen denn die Begutachtung ist eine Momentaufnahme und bezieht sich in der Praxis auch nur darauf.

## Anhang 12: Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung



Bundesministerium  
für Gesundheit

Stand: 11.07.2018

### Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung

#### I. Zahl der Versicherten

soziale Pflegeversicherung	rd. 72,70 Mio. <sup>1</sup>
private Pflege-Pflichtversicherung	rd. 9,32 Mio. <sup>2</sup>

<sup>1</sup> (Stand: 31.12.2017) <sup>2</sup> (Stand: 31.12.2016)

#### II. Gesamtzahl der Leistungsbezieher

	soziale Pflegeversicherung	private Pflege-Pflichtversicherung
ambulant	2.522.066	136.724
stationär	779.933	51.843
<b>insgesamt</b>	<b>3.301.999</b>	<b>188.567</b>
<b>gesamt</b>	<b>3.490.566</b>	

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen zum 31.12.2017 und Geschäftsstatistik der privaten Pflege-Pflichtversicherung zum 31.12.2016

#### III. Zahl der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung nach Pflegestufen (2016) und Pflegegraden (2017)

ambulant	31.12.2016	
	Absolut	in %
Pflegestufe I	1.274.300	64,5
Pflegestufe II	546.027	27,7
Pflegestufe III	153.870	7,8
dar. Härtefälle <sup>1</sup>	3.204	2,1
<b>insgesamt</b>	<b>1.974.197</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Härtefall (Anteil an den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III - max. 3 %)

ambulant	31.12.2017	
	Absolut	in %
Pflegegrad 1	163.031	6,5
Pflegegrad 2	1.269.170	50,3
Pflegegrad 3	695.620	27,6
Pflegegrad 4	285.356	11,3
Pflegegrad 5	108.889	4,3
<b>insgesamt</b>	<b>2.522.066</b>	<b>100,0</b>
darunter Überleitungs-fälle <sup>2</sup>	1.666.650	66,1

<sup>2</sup> darunter fallen alle Pflegebedürftigen, die zum Jahreswechsel 2016/2017 von den Pflegestufen auf die Pflegegrade übergeleitet worden sind und zum Stichtag noch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

stationär	31.12.2016	
	Absolut	in %
Pflegestufe I	338.720	43,7
Pflegestufe II	290.064	37,4
Pflegestufe III	146.220	18,9
dar. Härtefälle <sup>1</sup>	7.482	5,1
<b>insgesamt</b>	<b>775.004</b>	<b>100,0</b>

<sup>1</sup> Härtefall (Anteil an den Pflegebedürftigen der Pflegestufe III - max. 5 %)

stationär	31.12.2017	
	Absolut	in %
Pflegegrad 1	4.125	0,5
Pflegegrad 2	186.850	23,9
Pflegegrad 3	240.933	31,0
Pflegegrad 4	224.160	28,7
Pflegegrad 5	123.865	15,9
<b>insgesamt</b>	<b>779.933</b>	<b>100,0</b>
darunter Überleitungs-fälle <sup>1</sup>	625.521	80,2

<sup>2</sup> darunter fallen alle Pflegebedürftigen, die zum Jahreswechsel 2016/2017 von den Pflegestufen auf die Pflegegrade übergeleitet worden sind und zum Stichtag noch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

## Zahl der Leistungsbezieher der sozialen Pflegeversicherung am Jahresende

	ambulant	stationär	Insgesamt
1995	1.061.418	-----	1.061.418
1996	1.162.184	384.562	1.546.746
1997	1.197.677	462.271	1.659.948
1998	1.226.715	511.403	1.738.118
1999	1.280.379	545.983	1.826.362
2000	1.260.825	561.344	1.822.169
2001	1.261.667	577.935	1.839.602
2002	1.289.152	599.817	1.888.969
2003	1.281.398	614.019	1.895.417
2004	1.296.811	628.892	1.925.703
2005	1.309.506	642.447	1.951.953
2006	1.310.473	658.919	1.969.392
2007	1.358.201	671.084	2.029.285
2008	1.432.534	680.951	2.113.485
2009	1.537.574	697.647	2.235.221
2010	1.577.844	709.955	2.287.799
2011	1.600.554	714.882	2.315.436
2012	1.667.108	729.546	2.396.654
2013	1.739.337	740.253	2.479.590
2014	1.818.052	750.884	2.568.936
2015	1.907.095	758.014	2.665.109
2016	1.974.197	775.004	2.749.201
2017	2.522.066	779.933	3.301.999

Quelle: Geschäftsstatistik der Pflegekassen

## **Rechtsprechungsverzeichnis**

**Bundessozialgericht Kassel**, Entscheidung vom 30.09.1999

B 8 KN 9/ 98 KR R- SozR3- 2500 § 27 Nr. 11- NJW 2000, 2764

**LSG Berlin-Brandenburg**, Entscheidung vom 28.05.2009

L 27 P 39/ 08

**LSG Hessen**, Entscheidung vom 27.08.2009

L 8 P 35/07

**Bundessozialgericht Kassel**, Urteil vom 29.04.1999

B 3 P 7/98 R, SozR 14 bzw. 3-3300 § 14 Nr. 10

**Bundessozialgericht Kassel**, Urteil vom 21.02.2002

B 3 P 12/01 R, NZS 2003, 37

## Literaturverzeichnis

Dalichau, Gerhard (2014):

SGB XI Kommentar. Kommentar zum Sozialgesetzbuch XI - soziale Pflegeversicherung. Köln: Luchterhand.

Deutsche Rentenversicherung Bund

Broschüre "Unsere Sozialversicherung" (2018): Unsere Sozialversicherung. Wissenswertes speziell für junge Leute. Broschüre. 46. Aufl. Hg. v. Deutsche Rentenversicherung Bund. Berlin. Online verfügbar unter [https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5\\_Services/03\\_broschueren\\_und\\_mehr/01\\_broschueren/01\\_national/unsere\\_sozialversicherung.html](https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/5_Services/03_broschueren_und_mehr/01_broschueren/01_national/unsere_sozialversicherung.html), zuletzt geprüft am 10.01.2019.

GKV-Spitzenverband- Begutachtungsrichtlinie

zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur

Bewertung des Hilfebedarfs (2002, geändert 2008):

Richtlinie zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und zur Bewertung des Hilfebedarfs. PDF. Hg. v. GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien\\_\\_vereinbarungen\\_\\_formulare/richtlinien\\_zur\\_pflegeratung\\_und\\_pflegebeduerftigkeit/Anpassung\\_Richtlinie\\_PEA-Verfahren\\_2010.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/richtlinien__vereinbarungen__formulare/richtlinien_zur_pflegeratung_und_pflegebeduerftigkeit/Anpassung_Richtlinie_PEA-Verfahren_2010.pdf), zuletzt geprüft am 25.01.2019.

Klie, Thomas; Bachem, Jörn (Hg.) (2014): Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung ; Lehr- und Praxiskommentar. 4. Aufl. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar). Online verfügbar unter [http://beck-online.beck.de/?vpath=/bibdata/komm/KlieKraemerKoSGBXI\\_4/cont/KlieKraemerKoSGBXI.htm](http://beck-online.beck.de/?vpath=/bibdata/komm/KlieKraemerKoSGBXI_4/cont/KlieKraemerKoSGBXI.htm).

Kraemer, Utz; Plantholz, Markus;

Bachem, Jörn; Böhm, Annett;

Brünner, Frank (Hg.) (2018):

Sozialgesetzbuch XI. Soziale Pflegeversicherung : Lehr- und Praxiskommentar. 5. Auflage. Baden-Baden: Nomos (NomosKommentar). Online verfügbar unter [https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%2Fkomm%2FKlieKraemerKoSGBXI\\_5%2Fcont%2FKlieKraemerKoSGBXI.htm](https://beck-online.beck.de/Dokument?vpath=bibdata%2Fkomm%2FKlieKraemerKoSGBXI_5%2Fcont%2FKlieKraemerKoSGBXI.htm).

MDS

Das neue Begutachtungsinstrument in der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. PDF. Unter Mitarbeit von Peter Pick. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS). Essen. Online verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo\\_PSG\\_II\\_01.pdf](https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II_01.pdf), zuletzt geprüft am 01.02.2019.

Bundesministerium für Gesundheit

PDF Zahlen und Fakten zur  
Pflegeversicherung (2018): Zahlen und  
Fakten zur Pflegeversicherung.

Online verfügbar unter  
[https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen\\_und\\_Fakten\\_11\\_07\\_2018.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen_und_Fakten_11_07_2018.pdf), zuletzt geprüft am 13.02.2019.

Walhalla & Praetoria Verlag Vogl & Klenner

PSG II, PSG III – Pflegereform 2017:  
das neue SGB XI. Vergleichende  
Gegenüberstellung/Synopse :  
Gesetzesmaterialien und Erläuterungen  
zum Pflegestärkungsgesetzen II und III.  
2., aktualisierte und ergänzte Auflage,  
Bearbeitungsstand: Januar 2017.  
Regensburg: Walhalla u. Praetoria  
Verlag (Wissen für die Praxis). Online  
verfügbar unter <http://www.walhalla.de>.

Weber, Sebastian; Brünner, Frank;

Philipp, Albrecht (2017):

Pflegereform 2017 in der juristischen  
Praxis. München: C.H. Beck (Aktuelles  
Recht für die Praxis).

www.mds-ev.de

PDF Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (2017): PDF-Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. 2. aktualisierte Auflage. Hg. v. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS) und GKV-Spitzenverband. Online verfügbar unter [https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17\\_BRi\\_Pflege.pdf](https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/17-07-17_BRi_Pflege.pdf), zuletzt geprüft am 29.01.2019.

www.meine-pflege-zu-hause.de

(ohne Jahr): 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. Hg. v. Spitzenverbände der Pflegekassen. Online verfügbar unter <https://meine-pflege-zu-hause.de/wp-content/uploads/2018/07/Pflegebed%C3%BCrftigkeits-Richtlinien-PfIRi.pdf>, zuletzt geprüft am 24.01.2019.

[www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/](http://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/)

[pflegegesetz-pflegereform/](http://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/) (ohne Jahr):

Pflegegesetz & Pflegereform. Unter Mitarbeit von Lars Kilchert. Hg. v. web care LBJ GmbH. Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

[www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/](http://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/) (ohne Jahr):

Die Pflegestärkungsgesetze (PSG) I, II und III. Unter Mitarbeit von Lars Kilchert. Hg. v. web care LBJ GmbH. Online verfügbar unter <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

[www.sozialversicherung-kompetent.de](http://www.sozialversicherung-kompetent.de) (2018): Pflegestärkungsgesetze. Die Reform

der Sozialen Pflegeversicherung. Unter Mitarbeit von Helmut Göpfert. Hg. v. Sozialversicherung-kompetent.de. Online verfügbar unter <https://sozialversicherung-kompetent.de/pflegeversicherung/leistungsgerecht/559-pflegestaerkungsgesetze.html>, zuletzt geprüft am 10.01.2019.

## **Eidesstattliche Versicherung**

Ich versichere hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht. Weiterhin erkläre ich, dass die gedruckte Form (einschließlich der auf dem Datenträger beigefügten Anlagen) und die digitalisierte Form der Bachelorarbeit identisch sind.

Bautzen, 14.02.2019

Anja Ullrich