

## **Richtlinien**

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

**(Pflegebedürftigkeits-Richtlinien - PflRi) vom 07.11.1994<sup>1</sup>  
geändert durch Beschluß vom 21.12.1995<sup>2</sup>**

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

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

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

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

---

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

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

## 1. Allgemeines

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

Die Richtlinien sind für die Pflegekassen (§ 46 SGB XI) sowie für die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) verbindlich (§§ 213, 282 SGB V). Regionale Abweichungen sind nicht zulässig.

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

## 2. Ziele der Pflege

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

Die aktivierende Pflege soll gemeinsam mit den Rehabilitationsmaßnahmen dem Pflegebedürftigen helfen, trotz seines Hilfebedarfs eine möglichst weitgehende Selbständigkeit im täglichen Leben zu fördern, zu erhalten bzw. wiederherzustellen. Dabei ist insbesondere anzustreben,

- vorhandene Selbstversorgungsfähigkeiten zu erhalten und solche, die verloren gegangen sind, zu reaktivieren,
- bei der Leistungserbringung die Kommunikation zu verbessern,
- daß geistig und seelisch Behinderte, psychisch Kranke und geistig verwirrte Menschen sich in ihrer Umgebung und auch zeitlich zurechtfinden.

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

## 3. Merkmale der Pflegebedürftigkeit

- ### 3.1
- Nach § 14 SGB XI sind Personen pflegebedürftig, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Krankheiten oder Behinderungen in diesem Sinne sind

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

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

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

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

**3.4** Grundlage für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit sind allein die im Gesetz genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens.

**3.4.1** Verrichtungen in diesem Sinne sind

- **im Bereich der Körperpflege**

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

- **im Bereich der Ernährung**

- 8. das mundgerechte Zubereiten der Nahrung,
- 9. die Aufnahme der Nahrung

- **im Bereich der Mobilität**

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

- **im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung**

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

**3.4.2** Haarewaschen sowie das Schneiden von Finger- und Fußnägeln sind regelmäßig keine täglich anfallenden Verrichtungen.

Die Zahnpflege (Ifd. Nr. 4) umfaßt auch die Mundpflege. Das Rasieren (Ifd. Nr. 6) umfaßt auch die damit zusammenhängende Haut- und Gesichtspflege.

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

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

Unter Gehen (Ifd. Nr. 12) ist das Bewegen im Zusammenhang mit den Verrichtungen im Bereich der Körperpflege, der Ernährung und der hauswirtschaftlichen Versorgung zu verstehen. Auch Stehen und Treppensteigen (Ifd. Nr. 13 und 14) kommen nur im Zusammenhang mit diesen Verrichtungen in Betracht.

Beim Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (Ifd. Nr. 15) sind nur solche Verrichtungen außerhalb der Wohnung bei der Begutachtung zu berücksichtigen, die für die Aufrechterhaltung der Lebensführung zu Hause unumgänglich sind und das persönliche Erscheinen des Pflegebedürftigen erfordern. Weiterer Hilfebedarf, z.B. bei Spaziergängen oder Besuch von kulturellen Veranstaltungen, bleibt unberücksichtigt.

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

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

Zum Kochen (Ifd. Nr. 17) gehört auch das Vor- und Zubereiten der Bestandteile der Mahlzeiten.

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

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

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

### **3.5** Die Hilfe muß in Form

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

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

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

Zur Unterstützung gehören ferner bei kranken oder behinderten Kindern auch sonstige pflegerische Maßnahmen durch die Pflegeperson, wie z.B. das Abklopfen bei Mukoviszidose-Kindern (pflegeunterstützende Maßnahmen).

Maßnahmen der Krankenbehandlung (§ 27 SGB V), der medizinischen Rehabilitation (§ 11 Abs. 2 SGB V) oder der Behandlungspflege (§ 37 SGB V) können bei der Feststellung des Pflegebedarfs nicht berücksichtigt werden.

#### **3.5.2** Teilweise oder vollständige Übernahme bedeutet, daß die Pflegeperson den Teil der Verrichtungen des täglichen Lebens übernimmt, den der Pflegebedürftige selbst nicht ausführen kann.

#### **3.5.3** Beaufsichtigung und Anleitung zielen darauf, daß die täglichen Verrichtungen in sinnvoller Weise vom Pflegebedürftigen selbst durchgeführt werden. Beaufsichtigung oder Anleitung kommen insbesondere bei geistig und seelisch Behinderten, psychisch Kranken sowie geistig verwirrten Menschen in Betracht. Beaufsichtigung und Anleitung richten sich auch darauf,

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

#### **3.5.4** Nicht zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf gehören

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

### **4. Abgrenzung der Pflegestufen**

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

#### **4.1.1 Pflegestufe I - Erhebliche Pflegebedürftigkeit**

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

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen (vgl. Ziffer 3.5.1) benötigt, muß im Tagesdurchschnitt mindestens eineinhalb Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand im Vordergrund stehen muß.

#### **4.1.2 Pflegestufe II - Schwerpflegebedürftigkeit**

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

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen (vgl. Ziffer 3.5.1) benötigt, muß im Tagesdurchschnitt mindestens drei Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben muß.

#### **4.1.3 Pflegestufe III - Schwerstpflegebedürftigkeit**

Schwerstpflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Hilfebedarf so groß ist, daß jederzeit eine Pflegeperson unmittelbar erreichbar sein muß, weil der konkrete Hilfebedarf jederzeit gegeben ist und Tag und Nacht anfällt (Rund-um-die-Uhr-Betreuung).

Der wöchentliche Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger, Nachbar oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für alle für die Versorgung des Pflegebedürftigen nach Art und Schwere seiner Pflegebedürftigkeit erforderlichen Leistungen der Grundpflege, hauswirtschaftlichen Versorgung und pflegeunterstützenden Maßnahmen (vgl. Ziffer 3.5.1) benötigt, muß im Tagesdurchschnitt mindestens fünf Stunden betragen, wobei der pflegerische Aufwand gegenüber dem hauswirtschaftlichen Aufwand eindeutig das Übergewicht haben muß.

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

**4.3** Für die Beurteilung, ob die Voraussetzungen des § 36 Abs. 4 SGB XI bzw. des § 43 Abs. 2 SGB XI vorliegen, gelten die Härtefallrichtlinien nach § 17 Abs. 1 Satz 3 SGB XI.

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

Vollstationäre Pflege kann insbesondere erforderlich sein bei

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

- räumlichen Gegebenheiten im häuslichen Bereich, die keine häusliche Pflege ermöglichen, und durch Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes (§ 40 Abs. 4 SGB XI) nicht verbessert werden können.

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

## **5. Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit**

- 5.1** Die Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind bei der Pflegekasse zu beantragen. Die Entscheidung über den Antrag trifft die Pflegekasse unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK. Die Feststellung, ob und ggf. in welchem Umfang Pflegebedürftigkeit vorliegt, ist in angemessenen Abständen zu überprüfen.
- 5.2** Die Pflegekasse veranlaßt eine Prüfung durch den MDK, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt. Dazu übergibt die Pflegekasse nach Prüfung der versicherungsrechtlichen Voraussetzungen dem MDK den Antrag und weitere für die Begutachtung erforderliche Unterlagen über Vorerkrankungen, Klinikaufenthalte, zur Hilfsmittelversorgung, zum behandelnden Arzt und zur häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V.
- 5.3** Die Pflegekasse klärt über die Mitwirkungspflichten sowie die Folgen fehlender Mitwirkung auf und fordert den Antragsteller auf, dem MDK eine Einwilligung zur Einholung von Auskünften bei seinen behandelnden Ärzten, den ihn betreuenden Pflegepersonen und den Pflegeeinrichtungen zu erteilen.
- 5.4** Der MDK bezieht die behandelnden Ärzte des Versicherten, insbesondere die Hausärzte, und die den Versicherten Pflegenden in erforderlichem Umfang in die Vorbereitungen der Begutachtung ein, um Auskünfte und Unterlagen über die für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Vorerkrankungen sowie zu Art, Umfang und Dauer der Pflege (z.B. bei psychisch Kranken sowie geistig und seelisch Behinderten evtl. vorhandene längerfristige Aufzeichnungen über den Pflegeverlauf) einzuholen. Zusätzlich legen die Pflegeeinrichtungen die für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (insbesondere die Pflegedokumentation) vor und erteilen die im Zusammenhang mit der Begutachtung erforderlichen Auskünfte.
- 5.5** Die Begutachtungen sind durch geschulte und qualifizierte Gutachter durchzuführen. Sie erfolgen durch Ärzte, Pflegefachkräfte und andere Fachkräfte, die der Medizinische Dienst für die Bewältigung des laufenden Arbeitsanfalls vorhält. Der Medizinische Dienst kann zur Bewältigung von Antragsspitzen und zu speziellen gutachterlichen Fragestellungen Ärzte, Pflegefachkräfte oder andere Fachkräfte bei der Erstellung des Gutachtens als externe Kräfte beteiligen. Die Verantwortung für die Begutachtung trägt der Medizinische Dienst auch dann, wenn externe Sachverständige beteiligt waren.



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

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

**5.6** Der Medizinische Dienst entscheidet im Einzelfall unter Berücksichtigung der ihm vorliegenden Unterlagen und des Schwerpunktes der Begutachtung (Nr. 5.5), welche Gutachter den Besuch im häuslichen Umfeld und/oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, im Krankenhaus bzw. der stationären Rehabilitationseinrichtung machen. Im ambulanten Bereich ist es in der Regel ausreichend, daß der Hausbesuch von einem Mitarbeiter durchgeführt wird. Die bei dem Besuch ermittelten Tatsachen sind soweit erforderlich von den an der Begutachtung beteiligten Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes gemeinsam zu werten und im Gutachten einvernehmlich festzuhalten.

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

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

Ist dies aufgrund eindeutiger Aktenlage festzustellen, kann eine Untersuchung im Wohnbereich des Pflegebedürftigen oder in der vollstationären Pflegeeinrichtung, der vollstationären Krankenhausbehandlung oder der stationären Rehabilitationseinrichtung ausnahmsweise unterbleiben. Erforderliche andere Feststellungen (z. B. zur pflegerischen Versorgung, Versorgung mit Pflegehilfsmitteln oder zur Verbesserung des Wohnumfeldes) können dennoch einen Besuch erfordern.

**5.8** Das Ergebnis seiner Prüfung teilt der MDK der Pflegekasse in einem Gutachten mit, für das das als Anlage beigefügte Formular zu verwenden ist. In dem Gutachten ist differenziert zu folgendem Sachverhalten Stellung zu nehmen:

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

Beantragt der Versicherte vollstationäre Pflege, hat sich die Stellungnahme auch

darauf zu erstrecken, ob vollstationäre Pflege erforderlich ist.

#### **5.9** Darüber hinaus hat der MDK in einem individuellen Pflegeplan

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

zu machen.

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

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

### **6. Besonderheiten bei vollstationärer Pflege**

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

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

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

## **7. Widerspruchsverfahren**

Wird im Rahmen eines Widerspruchsverfahrens nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung erforderlich, erhält der MDK den Begutachtungsauftrag zusammen mit einer Kopie des Widerspruchsschreibens. Aufgrund dieser Unterlagen hat zunächst der Erstgutachter zu beurteilen, ob er aufgrund neuer Aspekte in seinem Gutachten zu einem anderen Ergebnis kommt. Revidiert der Erstgutachter seine Entscheidung nicht, ist das Zweitgutachten von einem anderen Gutachter zu erstellen. Die zweite Begutachtung hat ebenfalls in häuslicher Umgebung bzw. in der vollstationären Pflegeeinrichtung stattzufinden, es sei denn, daß in dem Erstgutachten die Pflegesituation (z.B. häusliche Umgebung) ausreichend begutachtet wurde. Die Argumente zur Entscheidungsfindung müssen in dem (erneuten) Gutachten nachvollziehbar sein.

Das Ergebnis ist der Pflegekasse mitzuteilen.

## **8. Wiederholungsbegutachtung**

**8.1** Die Pflegekasse veranlaßt eine erneute Begutachtung in Anlehnung an die Empfehlung des MDK, es sei denn, der Pflegekasse wird eine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation bekannt. Ein Wechsel zwischen häuslicher und vollstationärer Pflege stellt keine wesentliche Veränderung der Ausgangssituation dar.

**8.2** Beantragt der Pflegebedürftige eine Höherstufung bei bereits vorliegender Anerkennung der Pflegebedürftigkeit, entspricht das Verfahren dem bei einem Neuantrag.

**8.3** Soweit die Pflegekasse, z. B. aufgrund des Pflegeeinsatzes nach § 37 Abs. 3 SGB XI, Hinweise erhält, daß die häusliche Pflege nicht mehr in geeigneter Weise sichergestellt ist, kommt eine erneute Begutachtung durch den MDK in Betracht.

## **9. Übergangsregelung für das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit im vollstationären Pflegebereich**

**9.1** Der MDK begutachtet einrichtungsweise zu einem mit dem Träger vereinbarten Termin. Zur Vorbereitung übermittelt die Pflegeeinrichtung dem für den Sitz des Heimes zuständigen MDK mit Einwilligung der Versicherten die auf die jeweilige Pflegekasse bezogenen Unterlagen der Versicherten auf der Grundlage der gemeinsamen Empfehlung über das Verfahren zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 27.11.1995. Bei Versicherten solcher Pflegekassen, die über einen eigenen Medizinischen Dienst verfügen (Bundesknappschaft, Bahn-Betriebskrankenkasse [vormals Bundesbahn-BKK, Reichsbahn-BKK], Betriebskrankenkasse des Bundesverkehrsministeriums) erfolgt die Übersendung direkt an die örtlich zuständige Dienststelle der jeweiligen Pflegekasse.

Die Unterlagen müssen mindestens folgende Angaben enthalten:

- Name, Vorname und Geburtsdatum des Antragstellers,

- die durch Unterschrift bestätigte Einwilligung des Antragstellers, daß dieser seine behandelnden Ärzte, die ihn betreuenden Pflegepersonen und die Pflegeeinrichtungen von ihrer Schweigepflicht entbindet, soweit diese Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über seinen Antrag auf Pflegeleistungen von der Pflegekasse und dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung benötigt werden, sowie
- einen Hinweis darauf, daß mit der Unterschrift des Antragstellers der Weiterleitung der Unterlagen durch die Pflegeeinrichtung an den MDK zugestimmt wird.

**9.2** Der MDK leitet die Unterlagen der Versicherten an die jeweils zuständige Pflegekasse weiter. Diese prüft die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen nach § 33 SGB XI und gibt ihre Feststellungen sowie weitere für die Begutachtung erforderlichen Unterlagen (vgl. Ziffer 5.2) an den MDK. Bereits vorab kann der MDK auf der Grundlage der ihm vorliegenden Unterlagen die Begutachtung durchführen.

**9.3** Der MDK und die Heimleitung verständigen sich im Vorfeld der Begutachtung über die Möglichkeiten zur Schaffung einer ungestörten Begutachtungssituation.

Anlage:

Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI