

Stellungnahme

**des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte
zum Entwurf der Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung
von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches
(Begutachtungs-Richtlinien – BRi)
(Stand: 3.05.2005)**

I) Vorbemerkung

Im Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte sind 220 regionale Selbsthilfeorganisationen zusammengeschlossen, in denen etwa 25.000 Mitglieder organisiert sind. Der überwiegende Teil der vertretenen Menschen ist von einer frühkindlichen cerebralen Bewegungsstörung betroffen. Dabei handelt es sich sowohl um körperbehinderte Menschen, deren Leben sich kaum von dem nichtbehinderter unterscheidet, als auch um Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen, die ein Leben lang auf Hilfe, Pflege und Zuwendung angewiesen sind. Die unmittelbare Arbeit für und mit behinderten Menschen und ihren Familien wird in den örtlichen Vereinen geleistet. Sie sind Träger von Einrichtungen und Diensten in allen Bereichen der Behindertenhilfe.

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte begrüßt es, dass der Entwurf in vielen Punkten eine Präzisierung der bisherigen Begutachtungsrichtlinien vorsieht und daher grundsätzlich geeignet ist, Rechtsstreitigkeiten zu vermeiden. Zu kritisieren sind allerdings im wesentlichen folgende im Entwurf vorgesehene Änderungen:

- **Die Zeitangaben in der Tabelle „Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten“ erscheinen willkürlich. Die Daten sind nicht nachvollziehbar.**
- **Die Streichung bestimmter bislang in den BRi vorgesehener Pflege erschwerender Faktoren wird abgelehnt.**

II) Im einzelnen:

D. 3.1 Allgemeinzustand / Befund

Sehr zu begrüßen ist, dass die BRi an mehreren Stellen eine Dokumentationspflicht für freiheitsentziehende Maßnahmen (z.B. Einschließen, Fixieren im Bett, Sessel etc.) vorsehen. Zu befürworten ist daher auch, dass die Gutachter unter D.3.1. angehalten werden, im Falle solcher Maßnahmen besonders sorgfältig zu prüfen, ob eine defizitäre Pflegesituation vorliegt oder droht.

D 4.0 / III. / 7.

Hilfebedarf bei Rehabilitationspotenzial, Prävention sowie beim Einsatz von Hilfs-/ Pflegehilfsmitteln

Nicht befürwortet wird, dass der MDK potentielle künftige Verbesserungen hinsichtlich des Hilfebedarfs in die Beurteilung des aktuellen Hilfebedarfs einfließen lassen soll. Hierdurch besteht die Gefahr, dass dem „Ist-Zustand“ des pflegebedürftigen Mensch und seinem zum Zeitpunkt der Begutachtung vorhandenen Hilfebedarf nicht ausreichend Rechnung getragen wird. Auf die Einbeziehung von Rehabilitationspotenzial sollte daher bei der Beurteilung des konkreten Hilfebedarfs ganz verzichtet werden. Stattdessen sollten im Falle einer günstigen Rehabilitationsprognose kürzere Fristen für eine Wiederholungsbegutachtung vorgesehen werden.

Zumindest fordert der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte jedoch, dass der erhebliche oder höhere Hilfebedarf im Hinblick auf das Rehabilitationspotenzial des Pflegebedürftigen mit hoher Wahrscheinlichkeit zu verneinen sein muss. Der letzte Halbsatz nach dem ersten Spiegelstrich sollte daher wie folgt ergänzt werden:

(...), wenn die Voraussetzungen der erheblichen Pflegebedürftigkeit oder einer höheren Pflegestufe als Folge geeigneter und zumutbarer Leistungen zur medizinischen Rehabilitation **konkret mit hoher Wahrscheinlichkeit** voraussichtlich innerhalb von 6 Monaten nicht mehr vorliegen.

D 4.0 / III. / 9

Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Kindern einschließlich Zeitbemessung

Die Verbände behinderter Menschen haben bereits in der Vergangenheit mehrfach kritisiert, dass die in den Tabellen der BRi vorgesehenen zeitlichen Abzüge bei der Feststellung des Pflegebedarfs behinderter Kinder einer hinreichenden wissenschaftlichen Grundlage entbehren. Die nunmehr vorgesehene Tabelle „Pflegeaufwand eines gesunden Kindes in Minuten“ erscheint ebenso willkürlich, wie die derzeitige „Höchstbedarfstabelle“, die den Pflegebedarf gesunder Kinder für bestimmte Bereiche der Pflege in aufgewendeten Stunden pro Tag angibt.

Während für die alte Tabelle immerhin eine Quelle in den BRi ausgewiesen wurde, beschränken sich die Spitzenverbände der Pflegekassen im BRi-Entwurf auf den Hinweis, dass in der neuen Tabelle der Hilfebedarf angegeben werde, „den erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder bei diesen Verrichtungen benötigen.“ Wessen Erfahrungen wurden hier zugrunde gelegt? Auf welcher Datenerhebung basiert die Tabelle?

Wissenschaftlich fundiert und damit geeignet, den Hilfebedarf eines gesunden Kindes dem Pflegebedarf eines behinderten Kindes gegenüber zu stellen, ist die Tabelle sicher nicht. Zweifel an der Validität der Tabelle ergeben sich insbesondere aus dem Umstand, dass der Hilfebedarf von gesunden Säuglingen und Kleinkindern nach der neuen Tabelle überwiegend mit einem höheren Zeitaufwand als nach der alten Tabelle veranschlagt wird. So sieht die alte Tabelle zum Beispiel bei einem 2-3-jährigen gesunden Kind für die Körperpflege einen Hilfebedarf von 45 – 60 Minuten vor, während die neue Tabelle hierfür 81 Minuten veranschlagt. Auch im Bereich der Ernährung ergeben sich starke Differenzen: Bei einem 1-2-jährigen Kind sieht die neue Tabelle 88 – 108 Minuten und die alte Tabelle 60 Minuten vor.

Diese immensen zeitlichen Abweichungen lassen sich aus dem BRi-Entwurf nicht nachvollziehen. Sie erwecken daher den Eindruck, dass die Werte willkürlich erhöht wurden, um die Feststellung einer Pflegestufe für Kleinkinder und Säuglinge zu erschweren und hierdurch Kosten einzusparen. Derartigen Bestrebungen tritt der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte entschieden entgegen.

Der BRi-Entwurf weist zutreffend darauf hin, dass bei der Beurteilung des Hilfebedarfs kranker oder behinderter Kinder davon auszugehen ist, dass der Hilfebedarf zeitaufwändiger sein kann als bei einem gesunden Kind. Der Entwurf nennt hierfür die Nahrungsaufnahme bei einigen seltenen Syndromen oder schweren Cerebralpareesen als Beispiel. Da die Gutachter des MDK die Angaben von Eltern und Pflegediensten zu Pflegezeit erhöhenden Umständen oftmals nur unzureichend berücksichtigen, ist es aus Sicht des Bundesverbandes für Körper- und Mehrfachbehinderte angezeigt, hier weitere Beispiele zu benennen, um den behinderungsbedingten Mehrbedarf zu verdeutlichen.

So können bestimmte Maßnahmen und Hilfsgriffe, die die **Nahrungsaufnahme** eines behinderten Kindes erleichtern, die Pflegezeit wesentlich erhöhen. Dazu gehören zum Beispiel schluckanbahnende Hilfsgriffe (Castillo-Morales, Mendelson-Handgriff usw.), um die Dyskoordination zwischen Atmen und Schlucken zu vermeiden sowie das schluckerleichternde Halten des Körpers und des Kopfes bei behinderten Kindern mit ruckartigen Bewegungen. Auch muss häufig längere Zeit gewartet werden bis der nächste Schluckablauf möglich ist.

Beim **Zähneputzen** ist der Pflegebedarf erhöht, wenn Schleimhautprobleme vorliegen. Bei der **Darm- und Blasenentleerung** ist zu berücksichtigen, dass die Öffnung des Schließmuskels bei einer Spastik längere Zeit in Anspruch nehmen kann.

Das **An- und Ausziehen** muss bei Kindern mit gefährdeten Hautarealen, d.h. mit Druckstellen, Vorstufen zu Decubitus vorsichtiger ausgeführt werden und ist daher zeitaufwändiger. Dies betrifft insbesondere Kinder mit Druckstellengefährdung durch orthopädische Hilfsmittel wie Orthesen, Korsetts und Rollstühle.

Wenn bei einem tetraspastischen Kind Gefahr für eine Hüftluxation besteht oder das Kind Schmerzen beim Umlagern hat, wirkt sich das vorsichtige Mobilisieren und Drehen des Kindes Pflegezeit erhöhend aus. Bei Kindern mit Anfällen ist die Beobachtungszeit bis zum Abklingen des Anfalls zu berücksichtigen. Werden viele Medikamente verabreicht, sollte das Herrichten der Medikamente mit wöchentlich 10 Minuten veranschlagt werden.

Positiv hervorzuheben ist, dass der BRi-Entwurf vorsieht, dass die Angaben eines Pflegetagebuchs im Hinblick auf die Erfassung der geleisteten Hilfe zu berücksichtigen sind.

D 4.3. Mobilität

10. Das selbständige Aufstehen und Zubettgehen

Unter dieser Ziffer werden lediglich Maßnahmen zur Sekretelimination bei Mukoviszidose-Patienten als krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen eingestuft. Aus Gründen der Gleichbehandlung müssen hier in gleicher Weise das Abklopfen des Brustkorbs und das Mobilisieren des Bronchialschleims bei aspirations- und pneumoniegefährdeten Antragstellern sowie von Antragstellern, die infolge einer Muskelschwäche oder aufgrund

einer Dyskoordination der motorischen Abläufe Schwierigkeiten beim Abhusten haben, Berücksichtigung finden.

15. Das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung

Der Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte sieht es als problematisch an, dass im Rahmen der Verrichtung „Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung“ das Aufsuchen von Ärzten zu therapeutischen Zwecken, nicht aber die Inanspruchnahme einer ärztlichen Behandlung in einer Frühförderstelle oder einem sozialpädiatrischen Zentrum zu berücksichtigen ist. Diese Ungleichbehandlung ist Betroffenen nur schwer vermittelbar. Die Inanspruchnahme ärztlicher und therapeutischer Maßnahmen im Rahmen der Frühförderung sollte daher ebenfalls als Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung gewertet werden.

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

Die Pflege erschwerende Faktoren

Nicht nachvollziehbar ist, weshalb der BRi-Entwurf vorsieht, künftig erst ab einem Körpergewicht von mehr als 90 kg von einem die Pflege erschwerenden Faktor auszugehen. Es ist nicht anzunehmen, dass Pflegepersonen seit der letzten Änderung der BRi plötzlich durchschnittlich kräftiger geworden und damit nunmehr in der Lage sind, ein höheres Körpergewicht des Pflegebedürftigen bei der Pflege zu bewältigen. Daher sollte – wie bisher auch – bereits ab einem Körpergewicht von 80 kg von einer Erschwernis ausgegangen werden.

Der im BRi-Entwurf vorgesehene Wegfall einiger die Pflege erschwerender Faktoren (unter anderem „Hemiplegien oder Paraparesen“, „Fehlstellungen der Extremitäten“, „starke therapieresistente Schmerzen“ etc.) wird nicht befürwortet. Die betreffenden Faktoren wirken sich in der Regel Pflegezeit erhöhend aus und sollten daher weiterhin als Erschwernis berücksichtigt werden.

Die Einschränkung, dass pflegebehindernde räumliche Verhältnisse nur insoweit als Erschwernis zu werten sind, als sie „durch wohnumfeldverbessernde Maßnahmen nicht zu beheben sind“ wird nicht befürwortet. Die Formulierung lässt den Schluss zu, dass es allein auf die bauliche *Behebbarkeit* des pflegebehindernden Wohnumfeldes ankommt. Entscheidend ist aber, ob das Wohnumfeld tatsächlich in der Weise verbessert wird, dass es die Pflege nicht mehr behindert. Hierbei sind in der Regel finanzielle Aspekte ausschlaggebend, zumal die Zuschüsse der Pflegekassen für derartige Maßnahmen auf 2.557 Euro begrenzt sind.

Begrüßt wird die Aufnahme weiterer Faktoren, die sich pflegeerschwerend auswirken können.

Düsseldorf, 30. Mai 2005