

Die falsche Pflegestufe geht aufs Haus

Viele Bewohner sind zu niedrig eingestuft. Oftmals werden die neuen Begutachtungs-Richtlinien nicht richtig umgesetzt, und genauso oft kann das Personal den MDK-Gutachtern die Bedarfe nicht schlüssig darlegen

Von Claudia Soppart

Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit eines Bewohners ist eine Situation mit erheblicher Tragweite: Zum einen geht es um den Anspruch des Pflegebedürftigen auf Leistungen aus der Pflegeversicherung. Zum anderen geht es um den Anspruch der Einrichtung bezüglich der Vergütung der erbrachten Pflegeleistungen. Das Ergebnis ist also für beide Seiten von Bedeutung.

Die Realität spiegelt dies nicht immer wider: Obwohl der Gutachterbesuch rechtzeitig angekündigt werden muss zeigen sich Mitarbeiter der Einrichtung häufig nicht ausreichend darauf vorbereitet: Es fehlt ein störungsfreier Raum, ebenso eine Mitarbeiterin aus dem Bezugspflegeteam, die den Bewohner wirklich gut kennt.

Gravierend wirkt es sich aus, wenn die Informierende nicht in Kenntnis der so genannten Begutachtungs-Richtlinien (BRi) ist, welche Verrichtungen hier von Belang sind usw. Geregelt sind diese in § 14 Abs. 4 SGB XI, konkretisiert u. a. auf S. 47 bis 53 BRi. Häufig verhalten sich die Pflegenden in diesen Situationen eher abwartend, in anderen Fällen stellen sie Sachverhalte in den Vordergrund, die für die Begutachtung

nicht relevant sind. Diese sind z. B. der hohe Aufwand für Verbandwechsel, häufige Blutzuckermessungen bei stark schwankenden BZ-Werten usw.

Der Gutachter ist verpflichtet, die erbrachten Hilfeleistungen durch Befragen sowie durch die Nutzung schriftlicher Quellen, insbesondere von Pflegedokumentationen zu ermitteln (Vorgabe auf S. 44 Punkt IV a. BRi). Der Mitarbeiter der Einrichtung sollte die Einhaltung dieses Verfahrens einfordern und die individuell anfallenden Hilfeleistungen bei jeder einzelnen Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI präzise schildern und anhand der Pflegedokumentation plausibel nachweisen können.

Die Unkenntnis wichtiger Passagen der BRi – nicht selten existiert im ganzen Haus kein einziges Exemplar – gepaart mit einer unzureichenden Vorbereitung der Einrichtungsvertreter, sollten in dieser existenziellen Frage von den Verantwortlichen erkannt und konstruktiv bearbeitet werden. Selbstverständlich sollten die Leitungen der Einrichtung die im Januar 2002 in Kraft getretenen geänderten Begutachtungs-Richtlinien (BRi in der Fassung vom 22. 08. 2001) mit allen Veränderungen genau kennen und an ihre Mitarbeiter vermitteln. Im Folgenden werden die entscheidenden

Veränderungen in den Begutachtungs-Richtlinien dargestellt. Sie lassen sich unterscheiden in:

- Präzisierungen, d. h. Sachverhalte wurden eindeutiger festgelegt: nächtlicher Hilfebedarf, Beaufsichtigung, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung,
- Änderungen, d. h. bisherige Bestimmungen wurden durch neue ersetzt: Bestimmungen bzgl. eines „regelmäßigen“ Hilfebedarfs, Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung,



Gerade bei „Anleitung und Beaufsichtigung“ kann mehr geltend gemacht werden als viele wissen

- Ergänzungen, d. h. bei der Einstufungsbegutachtung werden weitere Aspekte berücksichtigt: Berücksichtigung des Haarewaschens und der Haartrocknung beim Waschen, Duschen, Baden, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen.

Präzisiert wurden zum Beispiel die Vorgaben zum nächtlichen Hilfebedarf. Ein nächtlicher Hilfebedarf wird bei der Begutachtung nur anerkannt, wenn das zwingende Tätigwerden bei einer der berücksichtigungsfähigen Verrichtungen (nach § 14 Abs. 4 SGB XI) praktisch jede Nacht erforderlich ist. Hier gilt die Faustregel von einem Hilfebedarf in mindestens fünf von sieben Nächten in der Woche.

Claudia Soppart, ehemals beim MDK-Nordrhein Gutachterin für Begutachtungen nach § 18 SGB XI und Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI



Für die Praxis gilt: Entsprechend dem individuellen Bedarf der Bewohner sollten nächtliche Pflegemaßnahmen präzise geplant und die Leistungserbringung lückenlos dokumentiert werden. Darüber hinaus sollte die Nachtwache unvorhersehbare, d. h. nicht planbare Leistungen im Pflegebereich darstellen. Hierzu gehört z. B. das Reinigen des Umfeldes im Zusammenhang mit der „Blasen- und Darmentleerung“, das durch den Pflegebedürftigen notwendig wurde oder die Beaufsichtigung beim „Gehen“ in Bezug auf die Verrichtung „Aufstehen und Zubettgehen“, wenn der Bewohner aufgrund einer örtlichen Desorientierung sein Zimmer nicht findet.



Foto: argum

Bewohnerin mit MDK-Gutachterin: Mitarbeiter der Einrichtung sollten dazu beitragen, dass das Ergebnis mit dem tatsächlichen Hilfebedarf übereinstimmt

Wichtig ist die Kommunikationsfähigkeit der Mitarbeiter

Die Beaufsichtigung wird nur berücksichtigt, wenn die Pflegekraft zeitlich und örtlich in dem Maße gebunden, wie sie es wäre, wenn sie die Verrichtung für den Bewohner ganz oder teilweise übernehmen würde.

Die Mitarbeiter müssen deshalb nicht nur in der Pflegedokumentation, sondern auch im Gespräch mit dem Gutachter nachvollziehbar machen, dass beim Bewohner eine kurze Aufforderung, Motivierung oder danach ein Nachschauen nicht ausreichen, um die selbstständige Durchführung der Verrichtung durch den Bewohner sicherzustellen. Es muss deutlich werden, dass der Bewohner beim Weggang der Pflegekraft während der Verrichtung – also ohne die kontinuierliche und kleinschrittige Anleitung und Beaufsichtigung – die Durchführung abbrechen oder sinnentfremdet fortsetzen würde.

Gerade in Bezug auf die Hilfeformen „Anleitung und Beaufsichtigung“ haben schon die alten BRi klare Vorgaben zugun-

sten eines hohen berücksichtigungsfähigen Hilfebedarfs bei Personen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen gemacht, der den meisten Einrichtungsvertretern – und so manchem Gutachter – nicht in ausreichendem Maße bekannt ist (siehe dazu S. 39 bis S. 42 Punkt 6). Danach „ist die gesamte Zeit zu berücksichtigen, die für die Erledigung der Verrichtung benötigt wird. Entfernt sich z. B. ein unruhiger Demenzkranker beim Waschen aus dem Bad, so ist auch die benötigte Zeit für ein beruhigendes Gespräch, das die Fortsetzung des Waschens ermöglicht, zu berücksichtigen.“ (S. 40 BRi).

Dieses gilt natürlich für alle Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 Abs. 4 SGB XI. Für die Praxis heißt dies, dass auch das beruhigende Gespräch gezählt wird, wenn der Bewohner z. B. während der Verrichtung „Aufnahme der Nahrung“ den Tisch verlässt oder bei der „Darm- und Blasenentleerung“ die Toilette. Dieser zum Teil hohe zeitliche Aufwand muss bei der Begutachtung sowohl mündlich geschildert wie auch anhand der Pflegedokumentation nachgewiesen werden.

Zur „mundgerechten Zubereitung der Nahrung“ gehört allein die letzte Maßnahme vor der Nahrungsaufnahme. Also das Zerkleinern in mundgerechte Bissen (portionieren), das Herausstrennen von Knochen und Gräten, das Einweichen harter Nahrung bei Kau- und Schluckbeschwerden ebenso wie das Einfüllen von Getränken in Trinkgefäße.

Darzustellen ist also das Zerkleinern in mundgerechte Bissen für alle Mahlzeiten, auch Zwischenmahlzeiten, bei denen der Bewohner einen nachvollziehbaren Hilfebedarf hat. Auch wenn Getränke vom Pflegepersonal eingeschenkt werden müssen, z. B. aufgrund von motorischen Einschränkungen des Bewohners oder einer situativen Desorientierung, muss dies aufgeführt werden.

Neu ist auch: Bei den gesetzlich festgelegten Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI darf nur noch Hilfebedarf anerkannt werden, wenn dieser regelmäßig besteht. Er muss mindestens einmal pro Woche (regelmäßig) und auf Dauer, d. h. voraussichtlich die nächsten sechs Monate bestehen. Dies gilt auch, wenn die Lebenserwartung geringer ist. ➔

Die Begründung des Hilfebedarfs

Krankheit/Behinderung und daraus folgende Funktionseinschränkungen	Fähigkeitsstörungen	Hilfebedarf (u. a. bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI)
Demenz vom Alzheimer Typ im fortgeschrittenen Stadium mit einer örtlichen Desorientierung	findet trotz individueller Orientierungshilfen die Toilette, die Speiseecke auf dem WB usw. nicht	6 x tgl. Beaufsichtigung beim Gehen zur Toilette; zu den drei Hauptmahlzeiten Beaufsichtigung beim Gehen zur Speiseecke usw.

Die Mitarbeiter/innen aus der Pflege müssen den MDK-Gutachtern die Verknüpfung „Krankheit – Fähigkeitsstörung – Hilfebedarf“ schlüssig darlegen können

➔ Für die Praxis: Die Mitarbeiter sollten den Hilfebedarf bei den nicht täglich anfallenden Verrichtungen präzise planen und die Leistungserbringung lückenlos dokumentieren. Beispiel hierfür ist z. B. das Duschen und Baden. Dem Gutachter sollten auch die unvorhersehbar notwendigen Leistungen bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI, die im Schnitt mindestens einmal wöchentlich notwendig waren und zukünftig sein werden, nachgewiesen werden.

Neu aufgenommen: Haare waschen und trocknen

Zur Verrichtung „Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung“ zählt nur noch das regelmäßige Aufsuchen von Ärzten zu therapeutischen Zwecken oder die Inanspruchnahme vertragsärztlich verordneter Therapien, z. B. Dialysemaßnahmen, onkologische oder immunsuppressive Maßnahmen.

Geändert wurde auch die Regelung bzgl. der Wartezeit. Nach den jetzt gültigen BRi sind „neben den Fahrzeiten ... die zwangsläufig anfallenden Wartezeiten der Begleitperson anzurechnen, wenn sie dadurch zeitlich und örtlich gebunden ist. Generell kann hierfür eine Wartezeit von 30 bis 45 Minuten anerkannt werden.“ (BRi S. 52).

Für die Praxis gilt deshalb: Aufgrund der Verschärfung des Begriffes „regelmäßig“, sind es im vollstationären Pflegebereich vor allem dialysepflichtige Bewohner, bei denen Hilfebedarf beim „Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung/Einrichtung“ anerkannt und auf den Tagesdurchschnitt umgerechnet wird. Besteht ein begründeter Hilfebedarf bei dieser Verrichtung, so ist es für die Berücksichtigung unerheblich, wer diesen Bedarf befriedet. Es können auch die Mitarbeiter des Transportdienstes sein, die die Bewohner in ihrem Zimmer abholen und dorthin wieder zurückbringen.

Ergänzend aufgenommen wurden das Haarewaschen und -trocknen, also Föhnen. Sie zählen ebenfalls zum berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf.

Es gilt, wie oben erwähnt, was aber viele Mitarbeiter nicht wissen: Das Gesetz bzw. die Richtlinien gehen vom Hilfebedarf des Antragstellers aus. Wer diesen Hilfebedarf erfüllt, ist in der Begutachtung nicht von Bedeutung. Wenn der Bedarf besteht, zählt dies für die Einstufung, auch wenn z. B. die Tochter der Pflegebedürftigen die Haare wäscht und föhnt oder der Friseur. Ausschlaggebend ist, ob der Hilfebedarf regelmäßig besteht. Dass damit auch Leistungen vergütet werden, die nicht von der Einrichtung erbracht werden, ist eine andere Problematik, die an dieser Stelle nicht zu behandeln ist. Grundsätzlich ging der Gesetzgeber bei den Einstufungskriterien vom Anspruch des Leistungsbeziehers auf Leistungen aus der Pflegeversicherung aus.

Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind zu berücksichtigen

Maßnahmen der so genannten Behandlungspflege werden unter bestimmten Voraussetzungen in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit als Hilfebedarf gewertet. Sie müssen weiterhin vom Arzt verordnet werden.

Als krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen kommen nur solche in Betracht, die aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig – also mindestens einmal pro Woche – und auf Dauer – mindestens für sechs Monate – untrennbarer Bestandteil oder zwangsläufig im unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang mit einer berücksichtigungsfähigen Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI verbunden sind. Die berücksichtigungsfähigen krankheitsspezifischen Maßnahmen sind hier dargestellt.

Es gilt deshalb: Da die Maßnahmen nur dann berücksichtigt werden können, wenn

sie bei bestehendem Hilfebedarf bei der jeweils unten genannten Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI zusätzlich erforderlich sind, sollte gewährleistet sein, dass ein solcher Zusammenhang von den Mitarbeitern den Gutachtern gegenüber deutlich gemacht und vom individuellen Bedarf des Bewohners hergeleitet werden kann.

So kann ein „Absaugen“ nur anerkannt werden, wenn es in Zusammenhang mit dem Waschen (Duschen oder Baden) oder der Aufnahme der Nahrung anfällt. Hergeleitet werden kann dies z. B. folgendermaßen: Bei der Vorbereitung dieser Verrichtungen wird der Bewohner in eine Oberkörperhochlagerung gebracht. Dabei löst sich Bronchialsekret, dieses muss abgesaugt werden, da der Bewohner nicht selbst abhusten kann. Ein anderes Beispiel ist das Verschlucken bei der Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme.

Neben dem Absaugen ist das Einreiben mit einem ärztlich verordneten Dermati-

Zu beachten

- Für den Ausgang von Begutachtungen ist entscheidend, dass die Mitarbeiter den Hilfebedarf nachvollziehbar machen, d. h. diese müssen die Sachverhalte kommunizieren können.
- Wichtig ist, welcher Hilfebedarf vorliegt. Es ist nicht von Bedeutung, wer diesen erfüllt.
- Bei krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen muss deutlich werden, dass diese im Zusammenhang mit einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 SGB XI stehen.

kum aufgrund einer Hauterkrankung des Bewohners und zwar nur dann zu berücksichtigen, wenn es im Zusammenhang mit dem Waschen (Duschen oder Baden) anfällt. Dieser Zusammenhang muss im Gespräch mit dem Gutachter aus den 

Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen	
Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI	seit 2002 berücksichtigungsfähige Maßnahmen
Waschen, Duschen, Baden	Schmerzmedikation als Einzelgabe (S. 48 BRi)
Waschen, Duschen, Baden	Oro/tracheale Sekretabsaugung (S. 48 BRi)
Waschen, Duschen, Baden	Einreiben mit Dermatika aufgrund einer Hauterkrankung (S. 48 BRi)
Darm- und Blasenentleerung	Verabreichen eines Klistiers, eines Einlaufs oder die Einmalkatheterisierung (S. 49 BRi)
Aufnahme der Nahrung	Wechseln der Sprechkanüle gegen eine Dauerkanüle bei Patienten mit Tracheostoma (S. 50 BRi)
Aufnahme der Nahrung	Oro/tracheale Sekretabsaugung (S. 50 BRi)
Aufstehen und Zubettgehen	Sekretelimination bei Patienten mit Mukoviszidose (S. 50 BRi)
An- und Auskleiden	Kompressionsstrümpfe ab Kompressionsklasse 2 (S. 51 BRi)

Die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen (rechts) können nur geltend gemacht werden, wenn sie mit der Verrichtung aus der linken Spalte in Verbindung stehen

➔ Schilderungen der Mitarbeiter und aus der Pflegedokumentation hervorgehen. Dazu gehören:

- ➔ die schriftliche Arztanordnung,
- ➔ die präzise Pflegeplanung,
- ➔ die lückenlose Leistungsdokumentation,
- ➔ die regelmäßige Beschreibung des Hautzustandes usw.

Für das abendliche Einreiben gelten natürlich auch Teilwaschungen.

Fällt das Verabreichen eines Klistiers in Zusammenhang mit der „Darm- und Blasenentleerung“ an, so muss der Gutachter dies berücksichtigen. Gleiches gilt für das Verabreichen eines so genannten Mini-/Mikroklyst.

Auch Vor- und Nachbereitungen auflisten

Wichtig für vollstationäre Pflegeeinrichtungen ist auch, dass das „An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen“ ab Kompressionsklasse 2 zu den krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zählt, soweit ein Hilfebedarf bei der Verrichtung „An- und Auskleiden“ besteht.

Die Mitarbeiter sollten auch kleinste Hilfen beim An- und Auskleiden planen und dokumentieren. Zum Beispiel die Vorbereitung zum An- und Auskleiden: Hierzu zählt auch das bloße Herauslegen der Wäsche aus

dem Schrank bei einer Bewohnerin, der sich ansonsten bis auf die Kompressionsstrümpfe alleine anzieht. Damit hat die Bewohnerin einen Bedarf in der im Rahmen der Begutachtung anzuerkennenden Hilfeform „Unterstützung“. Das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe ab Klasse 2 muss vom Gutachter als krankheitsspezifische Pflegemaßnahme berücksichtigt werden.

Die krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen sind in der Darstellung abschließend aufgelistet.

Zur Existenzsicherung der Einrichtung müssen Bewohner entsprechend ihrem nachvollziehbaren Hilfebedarf eingestuft werden. Alle Mitarbeiterinnen in Pflege – und evtl. Hauswirtschaft – sollten daher die wichtigsten Inhalte der BRi kennen.

Die Begründung für einen Hilfebedarf, der bei der Begutachtung berücksichtigt wird, liegt immer in individuellen krankheits- oder behinderungsbedingten Funktionseinschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe, der Sinnesorgane oder des Nervensystems bzw. der Psyche. Dies und die hieraus folgenden Fähigkeitsstörungen müssen dem Gutach-

ter in logischer Verknüpfung mitgeteilt und anhand der präzisen Aufzeichnungen in der Pflegedokumentation nachgewiesen werden (siehe Schaubild). Hier wird nochmals deutlich, über welche kommunikative Kompetenz die Mitarbeiter verfügen müssen.

Eine solch systematische Vorgehensweise ist nicht zuletzt auch für die anstehenden Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) und für die Darstellung des zu erwartenden Pflegebedarfs hilfreich: Die Krankheiten/Behinderungen stehen in der Regel auf dem Stammblatt der Pflegedokumentation. Die Fähigkeitsstörungen sind in gut geführten Pflegedokumentationen auf dem Formular zur individuellen Ist-Erhebung der Bewohnersituation – in jedem Fall aber in der Problemspalte der Pflegeplanung – dargestellt. Der Hilfebedarf bei den Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI geht in den schriftlich geplanten individuell umfassend notwendigen Maßnahmen der Pflegeplanung auf.

All diese Daten sind von Bedeutung, um belegbare Aussagen zur Bewohnerstruktur, die Notwendigkeit und den Aufwand von Leistungen darzustellen. Um die Grundlage für die LQV zu bilden, ist in der Einrichtung eine Systematik zu entwickeln, mit der die Daten zusammengeführt und aufbereitet werden. Die Einrichtung kann hiermit darlegen, welche (besonderen) Leistungen sie im Hinblick auf den Interventionsbedarf,

BRi

Es kommt auf den Hilfebedarf an – wer die Hilfe erbringt, ist unerheblich

besonders bei der so genannten Grundpflege, Behandlungspflege, sozialen Betreuung ebenso wie im Bereich der Unterkunft und Verpflegung erbringt und zukünftig erbringen muss. Demnach fallen für die Einrichtungen, die sich z. B. bei Anträgen zu Höherstufungen präzise auf die Begutachtung vorbereiten, Rohdaten an, die sie als Fundus für die LQV verwenden können. ■

Internet

Die Begutachtungsrichtlinien finden Sie im Internet unter: www.vincenz.net/download/begutachtungsrichtlinien