



© CHW - Fotolia.com

# Ärztliche Begutachtung – eine Herausforderung

## Ausgangslage

Vor Einführung des Pflegegeldes 1993 gab es in Österreich für hilfsbedürftige Menschen ein vielfältiges, nicht einheitliches Unterstützungsangebot. Die Höhe der finanziellen Leistung und die Palette des Sachleistungsangebotes waren geprägt von regionalen Gegebenheiten und Zuständigkeiten. Hervorzuheben sind ein bundesweiter Hilflosenzuschuss für Pensionsbezieher, Blindenzulagen der Länder für blinde und sehbehinderte Menschen, Pflege- und Blindenzulagen für Rentenbezieher der Sozialentschädigungsregelungen und unterschiedlich abgestufte Pflegegelder in einzelnen Bundesländern. Es fehlte eine bundesweit einheitliche, Rechtssicherheit schaffende Regelung für alle hilfs- und pflegebedürftigen Menschen nach einheitlichen Beurteilungskriterien.

Bereits in den späten Achtzigerjahren erkannte die österreichische Bundesregierung unter dem damaligen Sozialminister Alfred Dallinger die sich abzeichnende Wandlung der Gesellschaft. Eine zunehmende Berufstätigkeit der Frauen, Änderungen der Lebensformen und die demografische Ent-

wicklung mit einem verhältnismäßigen Anstieg der älteren Bevölkerungsgruppe prägten die Überlegungen und Diskussionen um eine umfassende Pflegevorsorge in Österreich. Letztendlich wurden nach einer breiten politischen Auseinandersetzung die Grundsätze einer umfassenden Pflegevorsorge festgelegt. Diese waren und sind:

- Bundesweit einheitliche Regelung für den Fall der Pflegebedürftigkeit, unabhängig von Alter, Ursache und Einkommen
- Direkte Geldleistung im Sinne der Selbstbestimmung für Menschen, die den Alltag nur mit Hilfe anderer bewältigen
- Ausbau des sozialen Sachleistungsangebotes durch die Länder
- Entwicklung von Qualitätsstandards für den stationären und ambulanten Bereich

## Eckpunkte des Pflegegeldes

Die Verwirklichung dieses wichtigen sozialpolitischen Vorhabens war eine legistische Herausforderung und erforderte umfassende Vorarbeiten. Eingebunden in die Vorbereitungen waren Experten



**Dr. Christina Wehringer** ist Abteilungsleiterin der ärztlichen Fachabteilung im Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.

## Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung, die pauschal zur (Mit-)Finanzierung pflegebedingter Mehrbelastungen bestimmt ist.

aus unterschiedlichen Gesundheitsberufen. Im Zuge der legislativen Umsetzung der festgelegten sozialpolitischen Grundsätze wurden die Eckpunkte des Pflegegeldgesetzes erarbeitet.

Das Pflegegeld ist eine zweckgebundene Leistung, die pauschal zur (Mit-)Finanzierung pflegebedingter Mehrbelastungen bestimmt ist. Es werden nicht die tatsächlichen individuellen Pflegekosten ersetzt, sondern es wird ein pauschalierter Geldbetrag, abhängig vom individuellen Pflegebedarf, in sieben Stufen zur Absicherung der Grundpflege geleistet. Die Stufe des Pflegegeldes ergibt sich aus quantitativen und qualitativen Kriterien. Das Ausmaß des erforderlichen Pflegebedarfes wird durch einzelne Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen für die Stufen 1 bis 4 bestimmt. Ab einem Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden pro Monat sind zusätzliche qualitative Kriterien für die Stufen 5, 6 und 7 maßgebend.

### Entwicklung der Kriterien

In einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe wurden jene Verrichtungen festgelegt, die der Grundpflege zuzuordnen sind, Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen definiert und Zeitwerte zur Durchführung festgelegt. Für die Hilfsverrichtungen wurden Fixwerte und für bestimmte Betreuungsmaßnahmen Mindest- oder Richtwerte im Gesetz vorgesehen. Die entsprechenden Zeitwerte wurden dann in der Verordnung zum Bundespflegegeldgesetz und den neun gleichlautenden Landespflegegeldgesetzen näher ausgeführt. Ziel war und ist, dass bei der Ermittlung des Pflegebedarfes grundsätzlich vom festgelegten Pauschalwert auszugehen und lediglich wesentliche Abweichungen entsprechend zu berücksichtigen sind. Maßstab für den Zeitaufwand der Durchführung war eine „Durchschnittspflegeperson“, also ohne fachspezifische Ausbildung. Hintergrund dieser Überlegungen war und ist, eine weitgehend einheitliche Beurteilung des Pflegebedarfes zu gewährleisten, sofern aufgrund der individuell bestehenden Funktionseinschränkungen eine übliche Hilfestellung durch eine andere Person erforderlich ist. Lediglich wesentliche Abweichungen des individuellen Bedarfes sind zu berücksichtigen.

Die Gruppenbildung zu den Stufen 1 bis 4 erfolgte anhand typischer Kombinationen von Pflegemaßnahmen entsprechend einer zunehmenden Einschränkung der Alltagsbewältigung.

Die qualitativen Kriterien für die Stufen 5 bis 7 orientierten sich an dem zusätzlichen Aufwand, wobei

das Zeitintervall zwischen der Notwendigkeit einer Pflegeleistung und ihrer Durchführung entscheidend war. Die Stufe 7 blieb, so die Überlegungen 1993, Intensivpflegefällen vorrangig im häuslichen Umfeld vorbehalten.

Hervorzuheben ist, dass eine hoch aussagekräftige Studie von Badelt et al. im Jahr 1996 einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der eingeschränkten Fähigkeit der Pflegegeldbezieher, bestimmte Alltagsverrichtungen selbstständig zu erledigen, und der zuerkannten Pflegestufe herstellte. Allerdings wurde auch festgestellt, dass für psychiatrisch erkrankte Pflegegeldbezieher eine auf deren Bedürfnisse ausgerichtete Pflegemaßnahme fehlt. Ein Umstand, der erst mit der Einführung der Erschwerenpauschale (Novelle 2008) beseitigt wurde.

Diese unter Einbeziehung von Expertinnen und Experten entwickelten Kriterien wurden zur Ausformulierung des Gesetzes bzw. der Verordnung herangezogen und sind seither die Grundlagen zur Ermittlung des Pflegebedarfes im Zuge der Begutachtung. Die im Laufe der Jahre durch die Judikatur verfeinerten Abgrenzungskriterien sind in die jeweiligen Novellen und die Begutachtungspraxis eingeflossen. Darüber hinaus wurde die Palette der Pflegemaßnahmen aufgrund der Erfahrungen schrittweise und entsprechend den budgetären Möglichkeiten erweitert, worauf im Detail noch eingegangen wird.

Im Zuge der politischen Verhandlungen des Gesetzesentwurfes wurde von einzelnen Behindertenorganisationen eingebracht, dass bestimmte Gruppen, wie blinde, hochgradig sehbehinderte Menschen oder aktive Rollstuhlfahrer, gerade wegen dieser spezifischen Funktionseinschränkung einen typischen Pflegebedarf haben. Sie forderten für diese Gruppen diagnosebezogene Mindesteinstufungen, um niedrigere Einstufungen auszuschließen. Es mussten demnach medizinische Diagnosen, die eine eindeutige Zuordnung ermöglichen, und der die Funktionseinschränkungen ausgleichende Unterstützungsbedarf, also die Stufenzuordnung, gefunden werden.

Bei den Abgrenzungskriterien blinder und hochgradig sehbehinderter Menschen hat man sich auf die Erfahrungen der bisherigen Beurteilungen der Blinden- bzw. Sehbehindertenzulagen gestützt. Die entsprechenden Werte des Visus und des Gesichtsfeldes wurden in den Gesetzestext aufgenommen und lassen eine Einstufung in die Stufen 3, 4 und bei zusätzlicher Taubheit in die Stufe 5 zu.

Bei den aktiven Rollstuhlfahrern ging man von je-



© beermidia - Fotolia.com

nen Funktionseinschränkungen aus, die bei einer bestimmten Höhe eines Querschnittsyndroms relevant sind. Neben den Lähmungserscheinungen in den unteren bzw. oberen Extremitäten sind Defizite bei den Ausscheidungsorganen sowie vegetative Funktionseinschränkungen entscheidend für einen typischen diagnosebezogenen Pflegeaufwand. Demnach wurden die Stufen 3, 4 und 5 je nach Funktionsausfällen wegen des überwiegenden Angewissenseins auf den Gebrauch eines Rollstuhles als diagnosebezogene Einstufung im Gesetz verankert.

### Umsetzung

Am 1. Juli 1993 wurden das Bundespflegegeldgesetz und neun gleichlautende Landespflegegeldgesetze beschlossen. Entsprechend den Anspruchsvoraussetzungen und gesetzlich normierten Vorgaben war klar, dass den zahlenmäßig größten Anteil bei der Umsetzung die Pensionsversicherungsträger zu leisten haben. Das Nadelöhr bei der Umsetzung von damals geschätzten 250.000 Verfahren war die Durchführung der ärztlichen Begutachtungen. In der Verordnung wurde festgelegt, dass die Grundlage der Rechtsentscheidung ein ärztliches Gutachten ist, das zur besseren Beurteilung der tatsächlichen Lebenssituation im Zuge eines Hausbesuches erstellt wird. Um den Ansturm der Anträge besser bewältigen zu können, wurde, sachlich gerechtfertigt, allen bisherigen Hilflosenzuschussbeziehern automatisch die Pflegestufe 2 gewährt. Sachlich insofern zulässig, als die Zuerkennungskriterien zum Hilflosenzuschuss neben einem Hilfsbedarf bei der Haushaltsführung auch einen bei persönlichen Verrichtungen, wie beim Kochen oder der Körperpflege, umfassten. Damit waren die Kriterien des neuen Pflegegeldes zum Bezug der Stufe 2 erfüllt.

Da nicht nur in der Umstellungsphase mit einem Anstieg der Begutachtungen, sondern durch das siebenstufige System auch hinkünftig mit einer wesentlich höheren Zahl an Begutachtungen zu rech-

nen war, musste der Gutachterstab bei den zuständigen Trägern auf- bzw. ausgebaut werden, die Gutachter über die neuen Begutachungskriterien informiert und der gesamte Verfahrensablauf im Bereich der Begutachtung den neuen Erfordernissen angepasst werden. Neben den rein inhaltlichen Neuerungen mussten entsprechende Formulare – Ankündigung des Hausbesuches, Information der Pflegebedürftigen über die bereitzulegenden Unterlagen, Gutachtensformular, Formular zur Ermittlung des Pflegebedarfes, Honorarnoten – angepasst an einen möglichst effizienten Ablauf entwickelt werden. Anfangs nutzte jeder Entscheidungsträger seine individuellen Möglichkeiten. Nur „schrittweise“ ist es gelungen, die Abläufe und verwendeten Formulare zu harmonisieren. So gibt es z. B. erst seit dem Jahr 2010 inhaltlich gleich gestaltete Gutachterformulare, die erst seit 2011 auch optisch angeglichen sind.

Neben diesen stark organisatorisch orientierten Aufgaben stellten jedoch die inhaltlichen Neuerungen der Pflegegeldgesetze die größte Herausforderung an die ärztlichen Sachverständigen und die zuständigen Chefärzte dar. Mit Einführung des Gesetzes und der Verordnung zeigte sich, dass die in der Einstufungsverordnung näher definierten Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen für die praktische Begutachtung durch Ärzte nicht ausreichend deutlich waren. Daher wurde in Kooperation der Chefärzte aller Pensionsversicherungsträger und der ärztlichen Fachabteilung der Sektion IV des BMASK das „Konsensuspapier zur einheitlichen ärztlichen Begutachtung nach dem BPGG“ verfasst. In diesem wurden die einzelnen Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen ausführlicher erörtert und in einer für praktisch tätige Gutachter verständlichen Formulierung zusammengefasst. Dieses Konsensuspapier wurde mehrmals, zuletzt im Jänner 2012, entsprechend der ergangenen Judikatur und bei Novellen der Pflegegeldgesetze überarbeitet, angepasst und verbessert. Es hatte und hat erläuternden Charakter und versteht sich als unerlässlicher Arbeitsbehelf. Einzelne erläuternde Begriffe wurden von Richtern in ihrer Beweiswürdigung herangezogen und vom Gesetzgeber bei Novellen aufgegriffen, wie z. B. „koordinierbare Pflege“ oder „Pflegeeinheit“.

Neben der bereits zitierten Studie von Badelt et al. ist die Verteilung der Stufen ein hilfreiches Indiz für die Zuerkennungspraxis und wird deswegen regelmäßig ausgewertet. Ab 1997 zeigte sich eine ansteigende Änderung der Verteilung zugunsten der höheren Stufen. Auslöser war die oberstgerichtliche Entscheidung, dass eine diagnosebezogene Mindesteinstufung nicht auf den aktiven Gebrauch zu beschränken sei, sondern nach dem Gesetzestext auch passive Rollstuhlfahrer umfasst seien. Das be-

## Am 1. Juli 1993 wurden das Bundespflegegeldgesetz und neun gleichlautende Landespflegegeldgesetze beschlossen.

deutete, dass auch multimorbide Pflegebedürftige, die mit einem Krankenfahrstuhl transportiert wurden, aufgrund einer diagnosebezogenen Mindesteinstufung vorrangig in die Stufe 5 eingestuft wurden. Da die Intention des Gesetzgebers eindeutig darauf abzielte, eine bestimmte Gruppe – nämlich jene Rollstuhlfahrer mit typischen Funktionsdefiziten, die durch die Nutzung des Rollstuhles ein weitgehend selbstständiges Leben führen können – bei der diagnosebezogenen Mindesteinstufung zu erfassen, wurden in der Novelle 1998 die Formulierungen präzisiert und um bestimmte taxativ aufgezählte Diagnosen erweitert.

Den langjährigen Forderungen insbesondere pflegender Angehöriger psychiatrisch erkrankter Pflegebedürftiger und schwerstbehinderter Kinder wurde mit der Novelle 2008 Rechnung getragen. Die in den Pflegegeldgesetzen vorgesehenen Betreuungsmaßnahmen decken die Bedürfnisse dieser Personengruppen nicht angemessen ab. Die ärztliche Herausforderung war es, typische Krankheits-symptome zu definieren, die in Summe die Pflege-situation insgesamt beträchtlich erschweren.

Generell bestimmen kognitive, soziale und psychoemotionale Funktionen das Verhalten eines Menschen. Schwere Störungen im Verhalten fordern allgemein erhöhte Aufmerksamkeit, ein besonderes Maß an Einfühlungsvermögen und Geduld der Betreuenden, und die Gesamtpflegesituation wird erheblich erschwert.

Bei Kindern und Jugendlichen hingegen spielen geistige, psychische und körperliche Funktionen in ihrer Wechselwirkung zueinander eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung. Geistige Funktionen umfassen das Denken, Wahrnehmen und reflektierendes Verarbeiten der Umwelt und folgerndes Handeln. Eigenreflexionsmöglichkeit und Realitätswahrnehmung prägen das Lernen im weiteren Sinn. Psychische Funktionen prägen das Verhalten, die Art und Weise der Reaktionen nach außen und bestimmen letztlich, wie Menschen miteinander kommunizieren, aufeinander reagieren. Die körperlichen Funktionen grenzen mit dem Organ Haut den Körper ab und schützen vor der Umwelt, und der Stütz- und Bewegungsapparat verleiht dem Körper Form, Gestalt und Bewegungsmöglichkeit. All diese Funktionen spielen zusammen, beeinflussen einander und stehen in Wechselwirkung. Je stärker eine Funktion gestört ist, umso mehr wird das Gesamtsystem „Mensch“ beeinträchtigt. Teilweise können fehlende Funktionen kompensiert, ausgeglichen oder gemildert werden. Sind zwei

oder mehr Funktionen betroffen, vermindert sich die Kompensationsmöglichkeit nicht additiv, sondern überproportional, und das Selbstständigkeitspotential wird besonders ungünstig beeinflusst. Die Gesamtpflegesituation ist unvergleichlich schwieriger. Die Situation für die Pflegenden korreliert mit dem Alter des Kindes/Jugendlichen und wurde daher im Stundenwert differenziert. Kritisch anzumerken ist, dass die Altersgrenze mit dem 15 Lebensjahr gerade für behinderte Jugendliche wegen eines verzögerten Reifungsprozesses besonders ungünstig ist. Eine Ausdehnung auf das 18 Lebensjahr ist aus gutachterlicher Sicht zu empfehlen.

Neben der trägerspezifischen Durchführung der Begutachtung stellten die abweichende Gruppe der Pflegegeldbezieher bei den Ländern und die große Zahl an Entscheidungsträgern die größte Hürde einer bundesweit größtmöglichen einheitlichen Einstufungspraxis dar. Zuständig für Kinder und Jugendliche und den Großteil der diagnosebezogenen Einstufungsfälle waren die Länder. Wiederholte und sich über Jahre hinziehende Expertenrunden versuchten für die Gruppe der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen einheitliche Einstufungskriterien zu etablieren. Erst mit dem generellen Kompetenzwechsel vom Land zum Bund (Novelle 2011) ist es gemeinsam mit Experten gelungen, erstmals kinderspezifische typische Pflegesituationen zu analysieren, durchschnittliche Zeitwerte und Altersgrenzen der selbstständigen Durchführung entsprechend einer gesellschaftlich anerkannten Norm, vergleichbar mit jenen bei Erwachsenen, zu entwickeln. Diese sollen in Zukunft den Gutachtern als Grundlage zur Feststellung des funktionellen Pflegebedarfes im Regelfall dienen, damit nicht in jedem individuellen Einzelfall der Zeitaufwand für jede einzelne Verrichtung geprüft werden muss. Wesentliche Abweichungen im Einzelfall – erhebliche Über- und Unterschreitungen – orientieren sich an diesen pauschalierten Zeitwerten. Die rechtliche Würdigung, Entscheidungspraxis und Judikatur wird zeigen, ob diese Bestand haben, akzeptiert und weiter verfeinert werden.

Seit der Einführung des Pflegegeldes gab es wiederholt, phasenweise intensiver, dann wieder weniger intensiv die Forderung der Einbindung von Pflegefachkräften in die Begutachtung. Ein erster Versuch im Zuge einer Pilotdoppelbegutachtung ist im Jahr 2006 wegen hoher Diskrepanz der Einstufungen gescheitert. Zwischenzeitlich sind diplomierte Pflegefachkräfte in die Durchführung der Maßnahme *Qualitätssicherung in der Pflege* ein-

Es muss neben der Beurteilung der Funktionseinschränkungen der Pflegebedürftigen auch die Gesamtpflegesituation bewertet und abgeschätzt werden, wie oft und wie schnell Pflegemaßnahmen zu leisten sind.



© hans12 - Fotolia.com

gebunden und leisten einen unverzichtbaren Beitrag. Ein neuerlicher Anlauf basierend auf den Ergebnissen einer wissenschaftlich begleiteten Studie im Jahr 2011 führte zu einer Einbindung der Pflegefachkräfte bei der Begutachtung der höheren Stufen mit 1.1.2012. Relevant für die Zuerkennung ab der Stufe 5 sind qualitative Kriterien. Entscheidender Faktor für die Stufen 4, 5 und 6 ist das Zeitintervall zwischen der Notwendigkeit einer Pflegeleistung und deren Durchführung. Es muss neben der Beurteilung der Funktionseinschränkungen der Pflegebedürftigen auch die Gesamtpflegesituation bewertet und abgeschätzt werden, wie oft und wie schnell Pflegemaßnahmen zu leisten sind. Eine Situation, mit der diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegefachkräfte in ihrer praktischen Tätigkeit am Krankenbett, in Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Betreuung regelmäßig konfrontiert sind. Zunehmend begutachten seit 1.1.2012 diplomierte Pflegefachkräfte Erhöhungsanträge ab der Stufe 4. Nach anfänglichem, organisatorisch bedingtem, zögerlichem Start werden seit dem 4. Quartal 2012 rund 60 % der Erhöhungsanträge (ab der Stufe 4 mit mehr als 180 Stunden Pflegebedarf pro Monat) begutachtet. Angestrebt wird eine weitgehende Übernahme dieser Fälle durch Pflegefachkräfte. Noch zeigt sich ein etwas erhöhter Korrekturbedarf durch die Oberbegutachtung, und auch die Dokumentation der Gutachten kann noch optimiert werden – Defizite, die mit zunehmender Erfahrung und durch Fortbildung abnehmen werden. Sehr geschätzt von Angehörigen wird die gleichzeitig durchgeführte Pflegefachberatung. In Summe wird mit der Einbindung der Pflegefachkräfte das System um eine weitere Facette erweitert. In der Rückschau ging die Einführung des Pflegegeldes mit unterschiedlichen Herausforderungen für die Gutachter und die Chefärzte als genannte Vertreter der gesamten chefärztlichen Stationen und die Fachabteilung der Sektion IV im BMASK einher. Entscheidend für das Gelingen der praktischen

Umsetzung war aus meiner heutigen Sicht die Mitarbeit der Experten, Chefärzte, Ärztinnen und Ärzte an den Vorarbeiten, der Entwicklung der Eckpunkte – welche Pflegemaßnahmen sind Grundpflege, wie hoch ist der Zeitaufwand für einzelne Pflegemaßnahmen, welche Pflegemaßnahmen gruppieren sich typischerweise zu einer Stufe und was sind erschwerende, qualitative Faktoren für die höheren Stufen – und an der legislativen Umsetzung der Grundsätze der Pflegegeldregelung. Ungeachtet der nachfolgenden Verfeinerung der Abgrenzungskriterien, der notwendigen Klarstellungen und Erweiterungen ist es von Beginn an punktgenau gelungen, die alters- und krankheitsbedingt abnehmende Selbstständigkeit im erforderlichen Pflegebedarf und in der Stufenzuordnung abzubilden. Dann stand zeitnah die organisatorische Bewältigung bei der Umstellung und Entwicklung praxistauglicher Richtlinien für die tätigen Gutachter im Vordergrund.

Nachdem der erste Ansturm bewältigt war, verfolgten alle weiteren Vorhaben das Ziel, die Qualität der Gutachten zu erhöhen, die Aussagekraft zu verbessern und eine bundesweite Einheitlichkeit herzustellen.

Rückblickend ist es gelungen, die Qualität der Gutachten wesentlich zu erhöhen, die Verfahrensdauer durchgängig auf vier Wochen zu senken, eine weitgehend einheitliche Vorgehensweise und die Anwendung einheitlicher Formulare zu erreichen. Hilfreich war vorrangig die intensive Zusammenarbeit mit allen Chefärzten.

Aus gutachterlicher Sicht halte ich die Aufnahme bewährter, bislang im erstinstanzlichen Bereich verwendeter Pflegemaßnahmen in die Verordnung im Sinne der Rechtssicherheit auch im Berufungsverfahren für anstrengenswert. Hervorzuheben wären eine Teilhilfe beim Kochen, Zeitwerte und Altersgrenzen bei der Beurteilung des Pflegebedarfes für Kinder und Jugendliche und eine Ausdehnung der „Kinderkriterien“ bis zum 18. Lebensjahr.