

lungspflege), Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzleistungen. Näheres ist den Prüfaufträgen der Landesverbände der Pflegekassen zu entnehmen.

4. Datenschutz

Prüfungen nach § 80 Abs. 2 SGB XI berühren das informationelle Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Bewohners bzw. der betroffenen Institution. Insofern sind die folgenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten:

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40 und 80 erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten die Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.“ (§ 97 Abs. 1 bis 2 SGB XI)

Die Fristen zur Löschung der personenbezogenen Daten „(...) beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung ist damit das Jahr gemeint, in dem die Prüfung erfolgte.

„Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) Diese Vorschrift gilt nach § 97 Abs. 3 SGB XI für den Medizinischen Dienst entsprechend.

„Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet (...) im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die (...) Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen (ist) (...) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“ (§ 104 SGB XI) Diese Vorschrift ermächtigt den MDK, im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI Pflegedokumentationen einzusehen und ggf. zu kopieren.

„Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.“ (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB XI). Demnach gilt für die Pflegekassen „für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten (...) § 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass (...) **Daten (...) aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§ 80) spätestens nach zwei Jahren zu löschen sind.** Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. (...)“ (§ 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 SGB XI)

Daraus ergibt sich, dass personenbezogene Daten nach 2 Jahren zu löschen sind.

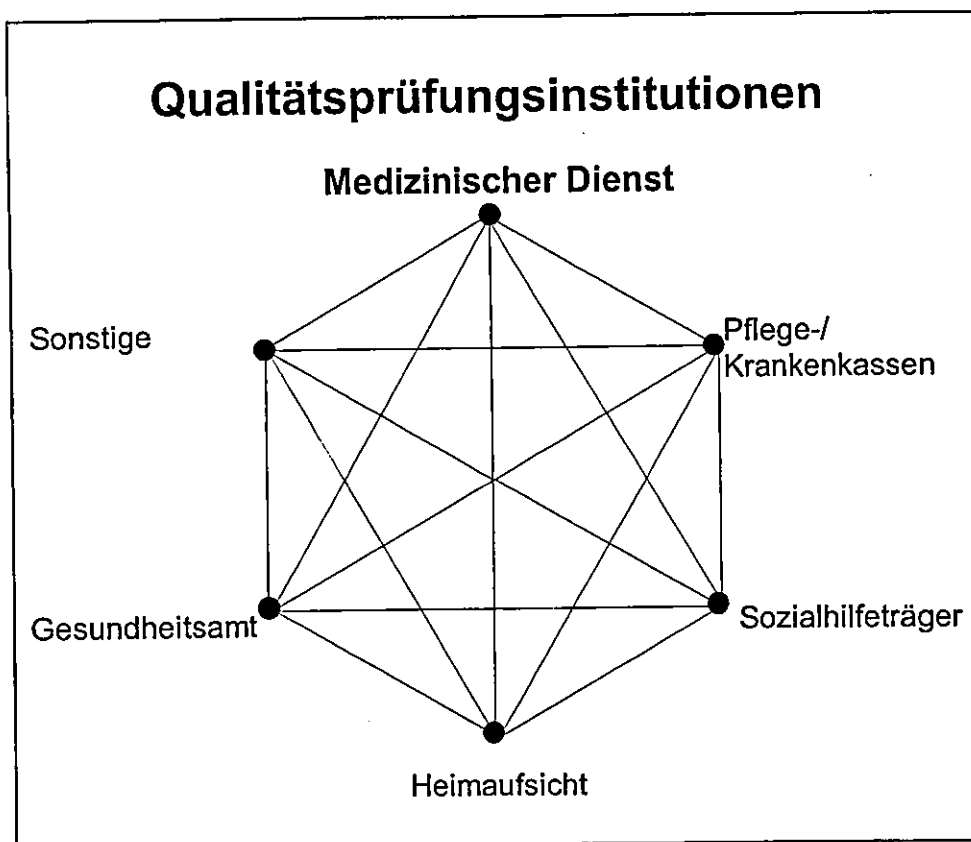
Für die Prüfberichte gilt keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist, soweit diese keine personenbezogenen Daten von Versicherten enthalten.

Eine mündliche Einverständniserklärung für die Befragung und körperliche Untersuchung des Bewohners ist beim Bewohner einzuholen. Sofern eine schriftliche Form gewählt wird, kann dazu Anlage 2 genutzt werden. Liegt eine Stellvertreterregelung in Form einer Vollmacht vor, so ist der Stellvertreter dann in die Entscheidung einzubeziehen, wenn der Bewohner sein Einverständnis zur körperlichen Untersuchung nicht äußern kann.

Bei unter Betreuung stehenden Personen muss nur dann eine Zustimmung des Betreuers zur körperlichen Untersuchung des Bewohners eingeholt werden, wenn eine Betreuung mit dem entsprechenden Aufgabenkreis (z.B. Sorge für die Gesundheit, alle Aufgabenkreise) besteht und die sogenannte natürliche Einsichtsfähigkeit (verstehen um was es geht) der unter Betreuung stehenden Person fehlt. Der Wille des einsichtsfähigen Betreuten hat absoluten Vorrang. (vgl. *Beck'sche Kurz-Kommentare zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Bd. 7 München 2000, S. 1867.*)

III Die Stellung der MDK im Verhältnis zu anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung agieren neben anderen Akteuren als Qualitätsprüfungsinstitutionen.



Soweit erforderlich, stimmen die MDK ihren Auftrag und die Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit anderen Institutionen ab, klären mögliche Kooperationen und nehmen Abgrenzungen vor.

Für die vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege sind insbesondere die Aufgaben der Heimaufsicht nach dem Heimgesetz zu beachten, die einen Beratungs- und Aufsichtsauftrag wahrzunehmen hat. Ihr obliegt die Prüfung von Einrichtungen als Amtspflicht. Eine enge Kooperation mit der Heimaufsicht ist daher anzustreben. Im Einzelfall können gemeinsame Qualitätsprüfungen von Heimaufsicht und MDK sinnvoll sein. Dabei sind Absprachen zwischen den im jeweiligen Bundesland für die Heimaufsicht zuständigen Stellen und den Landesverbänden der Pflegekassen zu beachten.

Durch § 80 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. In den Bundesempfehlungen zu den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI ist dies bekräftigt worden.

Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfasst deren Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Bei der externen Qualitätssicherung kann es sich um unterschiedliche Formen von einrichtungsübergreifenden Aktivitäten (z.B. Assessmentrunden für mehrere Einrichtungen), Beratung (z.B. Audits) und Außenkontrolle (z.

B. Qualitätsprüfung durch MDK) handeln, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Initiativen.

Die nachfolgende Übersicht stellt Möglichkeiten von interner und externer Qualitätssicherung dar.

Qualitätssicherung													
intern	extern												
Qualitätsmanagement ist verantwortlich für Qualitätssicherung und -entwicklung und schließt unterschiedliche Maßnahmen ein: Qualitätszirkel Bewohnerbefragung Qualitätsbeauftragte Standardentwicklung ...	QS-Maßnahmen <table border="1"> <thead> <tr> <th>freiwillig</th> <th>verpflichtend</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Zertifizierung</td> <td>MDK i. A. der Pflegekassen</td> </tr> <tr> <td>Qualitätssicherungs-konferenz</td> <td>Heimaufsicht</td> </tr> <tr> <td>...</td> <td>Krankenkassen</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sozialhilfeträger</td> </tr> <tr> <td></td> <td>...</td> </tr> </tbody> </table>	freiwillig	verpflichtend	Zertifizierung	MDK i. A. der Pflegekassen	Qualitätssicherungs-konferenz	Heimaufsicht	...	Krankenkassen		Sozialhilfeträger		...
freiwillig	verpflichtend												
Zertifizierung	MDK i. A. der Pflegekassen												
Qualitätssicherungs-konferenz	Heimaufsicht												
...	Krankenkassen												
	Sozialhilfeträger												
	...												

modifiziert aus: Klie/Lörcher, Freiburg 1995

Freiwillige externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z. B. Gütesiegel und Zertifikate ersetzen keine Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI.

IV Beratungsorientierter Prüfansatz

Qualität und Qualitätssicherung haben im SGB XI einen hohen Stellenwert. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

Darauf aufbauend wird in den vereinbarten Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt.

Unter Berücksichtigung dieser Prioritätensetzung führen die Medizinischen Dienste nach ihrem Qualitätsentwicklungsverständnis eine externe Qualitätsprüfung durch und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung.

Für die MDK-Anleitung wurde ein beratungsorientierter Prüfansatz gewählt. Dieser entspricht einem modernen Qualitätsentwicklungsverständnis, nach dem die Beratung einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Die MDK sehen die durchzuführenden externen Qualitätsprüfungen somit als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung.

Ein solches Verständnis der externen Qualitätsprüfung setzt eine intensive Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung in allen Phasen des Prüfverfahrens voraus. Der MDK vermittelt der Pflegeeinrichtung in einem Anfangsgespräch sein Aufgabenverständnis und seine Vorgehensweise. Eine solche Transparenz des Verfahrens fördert die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachterteam.

Im Rahmen der Prüfung ist der aktuelle Status der Einrichtung in Bezug auf die Qualität (Ist-Situation) festzustellen und auf der Basis des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse mit den relevanten gesetzlichen und gesetzekonkretisierenden Vorschriften sowie vertraglichen Vereinbarungen abzugleichen.

Die Qualitätsprüfung umfasst jeweils die Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Nur durch diese Gesamtbetrachtung aller drei Dimensionen der Qualität ist eine zutreffende Bewertung der Prüfergebnisse möglich. Die Erhebungsbögen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung (Kapitel VI) und zur Qualitätsprüfung beim Bewohner (Kapitel VII) sind geeignet, diese erforderliche Gesamtbetrachtung zu gewährleisten. Während mit dem Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung die Struktur- und Prozessqualität untersucht werden kann, legt der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Bewohner sein Augenmerk auf die Prozess- und Ergebnisqualität.

Aus dem Qualitätsverständnis der MDK ergibt sich, dass die in dieser Anleitung enthaltenen Erhebungsbögen Arbeits- und Organisationsmittel zur Aufgabenerfüllung darstellen, die jeweils der Situation und ggf. der besonderen Problemlage der Pflegeeinrichtung anzupassen sind.

Ausgangspunkte für die Qualitätsprüfung bilden der Stand der internen Qualitätssicherung und die bereits erzielten Ergebnisse. Dies bedeutet, dass die Prüfung sich nicht nur auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse, sondern auch auf den Stand der internen Qualitätssicherung erstreckt.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Gutachterteam (Impulsberatung). Das Gutachterteam erläutert der Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch erste Ergebnisse der Qualitätsprüfung und fördert den Dialog. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt. Diese Empfehlungen sind Bestandteil des vom MDK zu erstellenden Berichtes über die Qualitätsprüfung.

Aus dem dargestellten Aufgabenverständnis ergeben sich für die MDK besondere Anforderungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Gutachterteams sowie der personellen Ressourcen für diese Aufgaben. Die Akzeptanz der Qualitätsprüfungen hängt vor allem von der Fachkompetenz der in den Gutachterteams eingesetzten Mitarbeiter sowie deren Vorgehensweise in diesem Aufgabenfeld ab.

Obwohl die in § 80 Abs. 2 SGB XI genannten Qualitätsprüfungen Priorität haben, sollte das Aufgaben- und Qualitätsverständnis der MDK sich nicht darauf beschränken. Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege sehen Konsultationen vor. Anlass für Konsultationen können Beschwerden

sein, die nicht ausreichen, um eine umfassende Qualitätsprüfung einzuleiten. Auch in diesen Fällen können die MDK beteiligt werden und Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen fachlich beraten. Die MDK können den Landesverbänden der Pflegekassen ihre Bereitschaft zur Unterstützung und Begleitung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen von Pflegeeinrichtungen signalisieren und auch in diesem Tätigkeitsfeld im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen tätig werden.

Darüber hinaus kommt es darauf an, die Erfahrungen der MDK aus den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen auch in die Wahrnehmung anderer Aufgaben des Pflegeversicherungsgesetzes einfließen zu lassen. Dies gilt unter anderem für die Begutachtungstätigkeit der MDK, die Mitberatung in Struktur- und Versorgungsfragen sowie die Beratung in gemeinsamen Gremien. Außerdem können die Erfahrungen aus den Qualitätsprüfungen auch für die Konzipierung und Weiterentwicklung der Pflegestatistik nach § 109 Abs. 2 SGB XI genutzt werden. Durch diese Vernetzung wird einem umfassenden Qualitätsverständnis Rechnung getragen und ein Beitrag zur Verbesserung der gesamten Pflegeinfrastruktur geleistet.

Qualitätssicherung ist ein Prozess, der kontinuierlich weitergeführt werden muss. Insofern bedarf auch das vorliegende Anleitung einer laufenden Fortschreibung.

V Verfahrensablauf

Nach § 80 SGB XI in Verbindung mit den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI ist eine Qualitätsprüfung über die Landesverbände der Pflegekassen einzuleiten.

Anlaufstelle ist die Hauptverwaltung des jeweiligen Medizinischen Dienstes (MDK). Innerhalb der Hauptverwaltung ist diejenige Stelle festzulegen, welche die Koordination aller mit der Qualitätsprüfung zusammenhängenden Aufgaben übernimmt. Das kann z.B. der Leitende Arzt, die Leitende Pflegefachkraft oder der Pflegereferent sein. Die Qualitätsprüfung kann von dieser Stelle unmittelbar durchgeführt oder auf andere entsprechend qualifizierte, zentral oder dezentral angesiedelte Mitarbeiter delegiert werden. Die Durchführung erfolgt hauptsächlich durch Pflegefachkräfte. Zu empfehlen ist die Bildung von Gutachterteams (Pflegefachkraft/Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft/Arzt). Hierbei müssen Kriterien wie pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz im pflegerischen Bereich ebenso Berücksichtigung finden wie Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung.

Nach § 80 SGB XI sind Qualitätsprüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichenden Prüfungen durchzuführen.

Bei Einzelprüfungen handelt es sich im Regelfall um anlassbezogene Prüfungen (z.B. Beschwerden).

Bei Stichprobenprüfungen soll aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip vorgenommen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegeeinrichtungen, die in Einzelfall- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen aus der Grundgesamtheit heraus. Eine geeignete Stichprobengröße ist auf Landesebene festzulegen.

Vergleichende Prüfungen können z.B. stattfinden zwischen Pflegeeinrichtungen:

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind,
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Pflegesätze/Vergütungssätze haben,
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören,
- bei denen eine Einzelfall- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Der Prüfauftrag wird schriftlich von den Landesverbänden der Pflegekassen an die Hauptverwaltung des jeweils zuständigen MDK vergeben. Im Prüfauftrag wird der der Prüfung zugrunde liegende Sachverhalt beschrieben. Zum Prüfauftrag gehören relevante Unterlagen wie z.B. Ergebnisse der Vorermittlungen, Versorgungsvertrag, Strukturhebungsbogen, Vergütungsvereinbarung etc.. Weiterhin wird im Prüfauftrag der Prüfungsgegenstand und der Umfang der Prüfung beschrieben.

Das Terminierungsverfahren der Prüfungen wird zwischen Landesverbänden der Pflegekassen und MDK abgestimmt. Andere Institutionen (Heimaufsicht, Sozialhilfeträger, Gesundheitsämter etc.) sind bedarfsweise einzubeziehen. Der Termin der Prüfung ist der Pflegeeinrichtung schriftlich mitzuteilen. Der Träger der Pflegeeinrichtung sowie der Verband, dem der Träger angehört, sind über die Prüfung, die Durchführung, den Umfang, den Gegenstand und den Zeitpunkt der Prüfung zu informieren. Bei Prüfaufträgen, denen ein schwerwiegender Anlass zugrunde liegt, ist eine Terminankündigung unmittelbar vor der Prüfung, z.B. per Fax, ausreichend. Soweit landesrechtliche Regelungen dies vorsehen, sind auch unangemeldete Prüfungen möglich.

Wird die Prüfung von einer zentralen Stelle des MDK durchgeführt, sollten Informationen, Besonderheiten und Erfahrungen der örtlich zuständigen MDK-Beratungsstelle und der regionalen Pflegekassen in die Vorbereitung der Prüfung miteinbezogen werden.

Von den in die Prüfung einbezogenen Bewohnern ist deren Einwilligung einzuholen (bei Betreuung siehe Seite 10). Sie sind darüber zu informieren, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzes erfolgt. Der Schutz der Intimsphäre ist unbedingt zu beachten.

Kriterien für die Einbeziehung von Bewohnern sollten sein: die Pflegestufenverteilung, die bisherige Wohndauer (Bewohner mit kurzer, mittlerer und langer Wohndauer), räumliche Aspekte oder sonstige Besonderheiten (z.B. Bewohner mit Sondenernährung, Diabetes, Dekubitus), bei anlassbezogenen Prüfungen der Beschwerdeführer. In

die Prüfung einbezogen werden sollten 5% der Bewohner oder mehr, mindestens jedoch 3 Bewohner.

Für die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität der Einrichtung ist der Erhebungsbogen nach Kapitel VI, für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität beim Bewohner ist der Erhebungsbogen nach Kapitel VII zu verwenden. Für die Auswertung der bei der Prüfung der Einrichtung und bei den Besuchen der Bewohner gewonnenen Erkenntnisse sind die zu den Erhebungsbögen erarbeiteten Prüfanleitungen (Kapitel VIII und IX) zu verwenden.

Neben den in Anlage 1 aufgeführten Unterlagen ist die Pflegedokumentation elementarer Bestandteil der Prüfung. Es sind mindestens die Pflegedokumentationen der in die Prüfung einbezogenen Bewohner zu sichten und zu bewerten, erforderlichenfalls ist die Prüfung auf weitere Pflegedokumentationen auszudehnen. Geprüft werden sollten Pflegedokumentationen unterschiedlicher Pflegestufen, in stationären Einrichtungen auch unterschiedlicher Wohnbereiche. Die Prüfung hat sich auf die letzten Monate zu erstrecken.

Unmittelbar nach Durchführung der Prüfung sollte ein zusammenfassendes Abschlussgespräch mit den an der Prüfung Beteiligten erfolgen. Der MDK erstellt in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach Durchführung der Prüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung enthält sowie ggf. Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufzeigt. Bei der Erstellung des Prüfberichtes ist nach der Arbeitshilfe für den Prüfbericht (Anlage 3) vorzugehen. Der Prüfbericht ist den Landesverbänden der Pflegekassen zuzuleiten. Wurden als Ergebnis der Prüfung Qualitätsmängel festgestellt, hat die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Anhörung durch die Landesverbände der Pflegekassen dazu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Anhörung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind. Der Träger der Pflegeeinrichtung erhält hierüber von den Landesverbänden der Pflegekassen einen schriftlichen Bescheid mit einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung. Nach Fristablauf ist die Mängelbeseitigung zu überprüfen. Je nach Art der beanstandeten Mängel sollte dies entweder durch den MDK oder die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen.

Dem MDK sind die Ergebnisse der Anhörung sowie der Inhalt des Bescheides an die Pflegeeinrichtung bekanntzugeben. Bei Festlegung und Durchführung der Maßnahmen, die aus der Umsetzung der Anhörung und des Bescheides resultieren, bieten die MDK den Pflegekassen die aktive Mitwirkung an.

資料 10

社会法典第11卷—第 11 章

質の保証、要介護者擁護に関するその他の取り決め

SGB XI - Soziale Pflegeversicherung –

Elftes Kapitel

Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum

Schutz der Pflegebedürftigen

§ 118

Rechtsverordnung zur Beratung und Prüfung von

Pflegeeinrichtungen

(1) Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Beratungs- und Prüfvorschriften zur Qualitätssicherung in der ambulanten, teil- und vollstationären Pflege zu erlassen. Die Rechtsverordnung gilt für alle Personen und Stellen, die Qualitätsberatungen oder -prüfungen nach diesem Buch durchführen, sowie für alle Behörden, Leistungsträger und Einrichtungsträger oder deren Verbände, die an der Qualitätssicherung nach diesem Buch beteiligt sind.

(2) Die Rechtsverordnung regelt insbesondere:

1. Maßstäbe und Grundsätze für die Beratung und Prüfung von Pflegeeinrichtungen einschließlich der ihren Trägern obliegenden Leistungs- und Qualitätsnachweise,

2. das Nähere über Art, Umfang und Häufigkeit von Leistungs- und Qualitätsnachweisen sowie Qualitätsprüfungen

- a) im Bereich der allgemeinen Pflegeleistungen,
- b) bei teil- oder vollstationärer Pflege zusätzlich in den Bereichen der medizinischen Behandlungspflege, der sozialen Betreuung, der Leistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie der Zusatzleistungen, jeweils unterteilt nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität,

3. die Prüfverfahren einschließlich der Erteilung von Leistungs- und Qualitätsnachweisen,

4. die Qualifikation der mit Qualitätsprüfungen beauftragten Sachverständigen oder Prüfstellen,

5. die Voraussetzungen und das Verfahren für die Anerkennung von Sachverständigen und

Prüfstellen durch die Landes- oder

Bundesverbände der Pflegekassen nach § 113 Abs.

2 einschließlich der fachlichen Beteiligung des

Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung

und des Medizinischen Dienstes der

Spitzenverbände der Krankenkassen sowie

6. die Anforderungen für die Einholung der

Zustimmung Pflegebedürftiger oder deren

Ersetzung nach § 114 Abs. 2, 3 oder 5.

Dabei ist zu beachten, dass Beratungen und

Prüfungen in den Bereichen der allgemeinen

Pflegeleistungen, der medizinischen

Behandlungspflege und der sozialen Betreuung nur

durch Pflegefachkräfte oder Ärzte durchgeführt

werden dürfen, die in der Anwendung der

Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1

geschult sind.

(3) Vor Erlass der Rechtsverordnung nach Absatz

1 sind die Spitzenverbände der Pflegekassen, der

Verband der privaten Krankenversicherung e. V.,

die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen

Träger der Sozialhilfe, die Bundesvereinigung der

kommunalen Spitzenverbände, der Medizinische

Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen,

unabhängige Sachverständige sowie die

Vereinigungen der Träger von Pflegeeinrichtungen

auf Bundesebene anzuhören. Im Rahmen der

Anhörung können diese auch Vorschläge für eine

Rechtsverordnung nach Absatz 1 oder für einzelne

Regelungen einer solchen Rechtsverordnung

vorlegen.

(4) Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung berichten dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen erstmals zum 31. Dezember 2003, danach in Abständen von drei Jahren, über ihre Erfahrungen mit der Anwendung der Beratungs- und Prüfvorschriften nach Absatz 1, über die Ergebnisse ihrer Qualitätsprüfungen sowie über ihre Erkenntnisse zum Stand und zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen führt die Berichte der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung und seine eigenen Erkenntnisse und Erfahrungen zur Entwicklung der Pflegequalität und der Qualitätssicherung zu einem Bericht zusammen und legt diesen den Spitzenverbänden der Pflegekassen, dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und den zuständigen Länderministerien vor.

**Verfahren zur Feststellung von
Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz
vom 22.03.2002¹**

Der AOK-Bundesverband,
der Bundesverband der Betriebskrankenkassen,
der IKK-Bundesverband,
die See-Pflegekasse,
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 -
der Verband der privaten Krankenversicherung e. V.

haben unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen

aufgrund der §§ 45a Abs. 2, 53a Nr. 2 SGB XI in Verbindung mit § 213 SGB V

am 22.03.2002 gemeinsam und einheitlich das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz beschlossen. Dieses verliert seine Gültigkeit, sobald die Richtlinien nach § 17 SGB XI um das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz ergänzt worden sind.

¹ Dem Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz vom 22.03.2002 hat das BMG mit Schreiben vom 01.08.2002 – Az.: 123 – 43371/3 – die Zustimmung erteilt.

Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen haben häufig einen Hilfe- und Betreuungsbedarf der über den Hilfebedarf bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens nach § 14 Abs. 4 SGB XI hinausgeht. Für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege mit erheblichen Einschränkungen der Alltagskompetenz besteht ab 01.04.2002 ein zusätzlicher Leistungsanspruch (§ 45b SGB XI). Insbesondere werden für die Pflegepersonen zusätzliche Möglichkeiten zur Entlastung geschaffen und für die Pflegebedürftigen aktivierende und qualitätsgesicherte Betreuungsangebote zur Verfügung gestellt.

Anspruchsberechtigt ist der Personenkreis der Pflegebedürftigen der Pflegestufen I, II und III mit einem auf Dauer bestehendem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung. Entsprechend der Definition der Feststellung der Pflegebedürftigkeit im SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Fähigkeitsstörungen ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung eines erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung wegen erheblicher Einschränkung in der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien (Anlage 3).

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening (Anlage 1) und ein Assessment (Anlage 2) und baut auf die Begutachtung nach §§ 14 und 15 SGB XI auf. Hierbei sind die Besonderheiten unter Ziffer D 5.III/6 der Begutachtungs-Richtlinien hinsichtlich der Vorbereitung der Begutachtung und der Begutachtungssituation zu berücksichtigen. Die Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung unter Ziffer 3.4 des Gutachtenformulars (Anhang 4 der Begutachtungs-Richtlinien). Dort sind im Freitext "Nervensystem/Psyche" die vorliegenden Schädigungen, Fähigkeitsstörungen, vorhandene Ressourcen sowie die Auswirkungen auf die (Selbst-)Pflege im Sinne von § 14 SGB XI zu dokumentieren. Darüber hinaus sind in der nachfolgenden Tabelle auch der spezifische Hilfe-, nicht Pflegebedarf bei Personen mit geistigen Behinderungen, psychischen Erkrankungen, demenzbedingten Fähigkeitsstörungen und anderen Leiden des Nervensystems zu erfassen. Von daher ist z. B. eine Unterbrechung der Nachtruhe wegen Nykturie bei Herzinsuffizienz hier nicht zu dokumentieren.

Screening

Das Screening (Anlage 1) ist eine Auswertung der Angaben unter Ziffer 3.4 des Gutachtenformulars mit dem Ziel der Feststellung, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Ein Assessment ist nur dann durchzuführen, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit in der Tabelle abgebildet ist, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Werden im Screening (Tabelle in Ziffer 3.4 des Gutachtenformulars) Items als auffällig dokumentiert, die keinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf erfordern und daher kein

Assessment auslösen, ist dies im Gutachten zu begründen. (Bis zur Umstellung des Gutachtenformulars ist die Frage "Resultiert aus mindestens einer der in der Tabelle unter Ziffer 3.4 festgestellten Auffälligkeiten regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?" unter Ziffer 8 zu beantworten und bei "nein" ist die Antwort zu begründen.)

Assessment

Das Assessment (Anlage 2) ist nur dann zu erstellen, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist und nicht von vornherein ausgeschlossen ist, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden

- krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie
- Störungen des Affekts und des Verhaltens

erfasst.

Ein Assessment-Merkmal ist dann mit "ja" zu dokumentieren, wenn

- ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

Regelmäßig bedeutet, dass grundsätzlich ein täglicher Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht, dessen Ausprägung sich unterschiedlich darstellen kann. So kann bei bestimmten Krankheitsbildern in Abhängigkeit von der Tagesform zeitweilig eine Beaufsichtigung ausreichen oder auch eine intensive Betreuung erforderlich sein.

Die Fragen sind eindeutig mit "ja" oder mit "nein" zu beantworten. Die einzelnen Punkte sind zu beobachten oder fremdanamnestisch zu erfragen und gutachterlich zu würdigen.

Das Assessment erfasst die 13 gesetzlich festgeschriebenen Items. Nachfolgend werden für die 13 Items besonders typische und eindeutige Beispiele beschrieben, in denen ein "ja" zu dokumentieren ist. Eine abschließende und vollständige Aufzählung aller Situationen, in denen sich psychopathologische Störungen manifestieren, ist nicht möglich.

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller seinen beaufsichtigten und geschützten Bereich ungezielt und ohne Absprache verlässt und so seine oder die Sicherheit anderer gefährdet. Ein Indiz für eine Weglauftendenz kann sein, wenn der Betroffene z. B.:

- aus der Wohnung heraus drängt,
- immer wieder seine Kinder, Eltern außerhalb der Wohnung sucht bzw. zur Arbeit gehen möchte,
- planlos in der Wohnung umherläuft und sie dadurch verlässt.

2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- durch Eingriffe in den Straßenverkehr, wie unkontrolliertes Laufen auf der Straße, Anhalten von Autos oder Radfahrern sich selbst oder andere gefährdet,
- die Wohnung in unangemessener Kleidung verlässt und sich dadurch selbst gefährdet (Unterkühlung).

3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Wäsche im Backofen trocknet, Herdplatten unkontrolliert anstellt ohne diese benutzen zu können/wollen, Heißwasserboiler ohne Wasser benutzt,
- Gasanschlüsse unkontrolliert aufdreht,
- mit kochendem Wasser Zähne putzt,
- unangemessen mit offenem Feuer in der Wohnung umgeht,
- Zigaretten isst,
- unangemessen mit Medikamenten umgeht (z. B. Zäpfchen oral einnimmt),
- verdorbene Lebensmittel isst.

4. Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- andere schlägt, tritt, beißt, kratzt, kneift, bespuckt, stößt, mit Gegenständen bewirft,
- eigenes oder fremdes Eigentum zerstört,
- in fremde Räume eindringt,
- sich selbst verletzt,
- andere ohne Grund beschimpft, beschuldigt.

5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- in die Wohnräume uriniert oder einkotet (ohne kausalen Zusammenhang mit Harn- oder Stuhlinkontinenz),

- einen starken Betätigungs- und Bewegungsdrang hat (z. B. Zerpflücken von Inkontinenzeinlagen, ständiges An- und Ausziehen, Nesteln, Zupfen, waschende Bewegungen),
- Essen verschmiert, Kot isst oder diesen verschmiert,
- andere Personen sexuell belästigt, z. B. durch exhibitionistische Tendenzen,
- Gegenstände auch aus fremdem Eigentum (z. B. benutzte Unterwäsche, Essensreste, Geld) versteckt/verlegt oder sammelt,
- permanent ohne ersichtlichen Grund schreit oder ruft.

Hinweis: Hier ist auszuschließen, dass das inadäquate Verhalten in Zusammenhang mit mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht oder therapieresistentem Wahnerleben und Halluzinationen steht, da dies unter Item 11 dokumentiert wird.

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- aufgrund mangelndem Hunger- und Durstgefühl nicht ausreichend oder übermäßig isst oder trinkt,
- aufgrund mangelndem Schmerzempfinden Verletzungen nicht wahrnimmt,
- die Toilette nur dann aufsucht, wenn er ausdrücklich dazu aufgefordert wird,
- Schmerzen nicht äußern oder nicht lokalisieren kann.

7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- den ganzen Tag apathisch im Bett verbringt,
- den Platz, an den er z. B. morgens durch die Pflegeperson hingezetzt wird, nicht aus eigenem Antrieb wieder verlässt,
- sich nicht aktivieren lässt,
- die Nahrung verweigert.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression oder Angststörung muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- vertraute Personen (z. B. Kinder, Ehemann/-frau, Pflegeperson) nicht wiedererkennt,
- mit (Wechsel-)Geld nicht oder nicht mehr umgehen kann,
- sich nicht mehr artikulieren kann und dadurch in seinen Alltagsleistungen eingeschränkt ist,
- sein Zimmer in der Wohnung oder den Weg zurück zu seiner Wohnung nicht mehr findet,
- Termine und Verabredungen nicht mehr einhalten kann, da er nicht mehr in der Lage ist sich an kurzfristig zurückliegende Ereignisse/Absprachen zu erinnern.

9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- nachts stark unruhig und verwirrt ist, verbunden mit Zunahme inadäquater Verhaltensweisen,
- nachts Angehörige weckt und Hilfeleistungen (z. B. Frühstück) verlangt (Umkehr bzw. Aufhebung des Tag-/Nacht-Rhythmus).

10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- eine regelmäßige und der Biografie angemessene Körperpflege, Ernährung oder Mobilität nicht mehr planen und durchführen kann,
- aufgrund zeitlicher und örtlicher Desorientierung keine anderen Aktivitäten mehr planen und durchführen kann.

Hinweis: Hier sind nur Fähigkeitsstörungen zu berücksichtigen, die nicht bereits unter Item 7 oder 8 erfasst worden sind.

11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- Angst vor seinem eigenen Spiegelbild hat,
- sich von Personen aus dem Fernsehen verfolgt oder bestohlen fühlt,
- Personenfotos für fremde Personen in seiner Wohnung hält,
- aufgrund von Vergiftungswahn Essen verweigert oder Gift im Essen riecht/schmeckt,

- glaubt, dass fremde Personen auf der Straße ein Komplott gegen ihn schmieden,
- mit Nichtanwesenden schimpft oder redet,
- optische oder akustische Halluzinationen wahrnimmt.

Hinweis: Hier geht es um Verhaltensstörungen, die in Item 5 nicht erfasst und durch nicht-kognitive Störungen bedingt sind. Solche Störungen können vor allem bei Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie auch bei demenziell erkrankten und (seltener) depressiven Menschen auftreten. Das Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen muss die Folge von mangelndem Krankheitsgefühl, fehlender Krankheitseinsicht, therapieresistentem Wahnerleben und therapieresistenten Halluzinationen sein, welche nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sind.

12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- häufig situationsunangemessen, unmotiviert und plötzlich weint,
- Distanzlosigkeit, Euphorie, Reizbarkeit oder unangemessenes Misstrauen in einem Ausmaß aufzeigt, das den Umgang mit ihm erheblich erschwert.

13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

Ein "ja" ist zu dokumentieren, wenn der Antragsteller z. B.:

- ständig "jammert" und klagt,
- ständig die Sinnlosigkeit seines Lebens oder Tuns beklagt.

Hinweis: Die Therapieresistenz einer Depression muss nervenärztlich/psychiatrisch gesichert sein.

Eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz nach SGB XI liegt vor, wenn im Assessment vom Gutachter des MDK wenigstens zweimal "ja" angegeben wird, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9. Der Assessmentbogen ist Bestandteil des Gutachtenformulars.

Name des Versicherten

**Verfahren zur Feststellung
von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**

Screening

	auffällig	unauffällig
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 unter Ziffer 3.4 festgestellten Auffälligkeiten regelmäßig und auf Dauer ein Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf?

Ja

Nein

Wenn "nein" Begründung:

.....

.....

.....

Bis zur Umstellung des Gutachtenformulars ist die o. a. Frage unter Ziffer 8 zu beantworten.

Name des Versicherten

**Verfahren zur Feststellung
von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz**

Assessment

Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen 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"/>

Anzahl

"ja" in den Bereichen 1 bis 9

Anzahl

"ja" in den Bereichen 10 bis 13

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn in wenigstens 2 Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

Ergebnis:	Ja	Nein
Die Alltagskompetenz des Antragstellers im Sinne § 45a SGB XI ist erheblich eingeschränkt Wenn "nein" Begründung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Berechtigter Personenkreis
§ 45a SGB XI**

(1) Die Leistungen in diesem Abschnitt betreffen Pflegebedürftige in häuslicher Pflege, bei denen neben dem Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (§§ 14 und 15) ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung gegeben ist. Dies sind Pflegebedürftige der Pflegestufen I, II oder III mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen, bei denen der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Rahmen der Begutachtung nach § 18 als Folge der Krankheit oder Behinderung Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens festgestellt hat, die dauerhaft zu einer erheblichen Einschränkung der Alltagskompetenz geführt haben.

(2) Für die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist, sind folgende Schädigungen und Fähigkeitsstörungen maßgebend:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz);
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen;
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährlichen Substanzen;
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation;
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten;
6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen;
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung;
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben;
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus;
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren;
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen;
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten;
13. zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt, wenn der Gutachter des Medizinischen Dienstes bei dem Pflegebedürftigen wenigstens in zwei Bereichen, davon mindestens einmal aus einem der Bereiche 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen oder Fähigkeitsstörungen feststellt. Die Spitzenverbände der Pflegekassen gemeinsam und einheitlich beschließen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung e. V. unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene und des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen in Ergänzung der Richtlinien nach § 17 das Nähere zur einheitlichen Begutachtung und Feststellung des erheblichen und dauerhaften Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.