

1. GRUNDSÄTZE DER PFLEGEGELDREGELUNG

1.1 Einleitung

Die bundesweit einheitliche Regelung der Pflegevorsorge initiierte in Österreich eine andauernde Auseinandersetzung mit dem bislang ausgeklammerten, jedoch gesellschaftlich relevanten, vielschichtigen Thema „Leben im Alter“. Nicht nur in der (medialen) Öffentlichkeit, sondern auch in der wissenschaftlichen Forschung nimmt dieses Thema zunehmend einen wichtigen Stellenwert ein. Altersforschung, Pflegewissenschaft, gerontologische, neurologische, psychiatrische Zweige der medizinischen Wissenschaft, medizinische Diagnostik, Therapie und Versorgung sowie Qualitätsstandards der Pflege und damit verbundenen Betreuungs- und Versorgungsleistungen entwickeln sich seither rapide.

Die Vorgeschichte zur umfassenden, bundesweit einheitlichen Regelung der Pflegevorsorge und dem Pflegegeld beschränkt sich in diesem praxisorientierten Buch zur Erstellung von Sachverständigungsgutachten auf jene Eckpunkte, die dem Verständnis des österreichischen Systems dienen.

Frühzeitig in Europa, in den späten Achtzigerjahren, erkannte die österreichische Bundesregierung mit dem damaligen Sozialminister Alfred Dallinger die Bedeutung des Themas Pflege. In breit angelegten Debatten aller relevanten Berufsgruppen und Interessenvertretungen wurden die demographische Entwicklung der Bevölkerung, der Wandel der Lebensformen und die Notwendigkeit einer Pflegeunterstützung behandelt. Letztendlich wurden in einer parlamentarischen Arbeitsgruppe die Grundsätze einer umfassenden Pflegevorsorge in Österreich festgelegt und 1993 unter Bundesminister Josef Hesoun, einem vehementen Befürworter einer Pflegegeldregelung, der parlamentarische Beschluss gefasst. Mit dem Bundespflegegeldgesetz und neun im Wesentlichen gleich lautenden Landespflegegeldgesetzen wurde eine bundesweit einheitliche Regelung für den Fall einer Pflegebedürftigkeit, unabhängig von Alter, Ursache und Einkommen geschaffen. Ergänzend schlossen Bund und Länder einen Vertrag (Art 15 a Vereinbarung im Rahmen des B-VG) zum dezentralen flächendeckenden Ausbau sozialer Sachleistungen, also mobile Dienste, teilstationärer und stationärer Pflegeangebote.

Nicht unumstritten war der **Grundsatz einer direkten Geldleistung** für jene Menschen, die den Alltag nur mit Hilfe anderer bewältigen. Letztendlich setzte sich dieser unter dem Aspekt Selbstbestimmung des Einzelnen durch.

Ein zweiter entscheidender **Grundsatz war das Übereinkommen zwischen Bund und Ländern, das soziale Sachleistungsangebot auszubauen**. Dieses setzte nachhaltige Impulse, das Angebot bedarfsoorientiert auszubauen und Qualitätsstandards des stationären und ambulanten Bereichs zu entwickeln. Die

Zahlen bestätigen die Realisierung der erwarteten Entwicklung: Im Jahr 2008 wurden 59.164 und im Jahr 2013 bereits 72.721 Menschen in stationären Einrichtungen betreut und gepflegt. Die Inanspruchnahme der mobilen und ambulanten Dienste stieg zwischen 1999 und 2006 um 21%. Im Bereich der mobilen Dienste hat sich das Personalangebot zwischen 1999 und 2006 um rund 50% erhöht, im stationären Bereich zwischen 2003 und 2006 um rund 12%. Die Tendenz ist, wie die Zunahme der Inanspruchnahme mobiler Dienste von 2012 auf 2013 um 3% zeigt, weiter steigend. In diesem Zeitraum ist die Beschäftigtenzahl im stationären Bereich ebenfalls um weitere 2,4% gestiegen und beträgt mit Ende 2013 rund 34.263 Personen.

1.2 Eckpunkte des Pflegegeldgesetzes

- 1 Seit der Einführung des Bundespflegegeldgesetzes im Jahr 1993 wurden zahlreiche Änderungen der gesetzlichen Bestimmungen vorgenommen. Die bisherigen Erfahrungen und Forschungsergebnisse führten nicht nur zu einer Verbesserung des Angebots und der Qualifizierung der Pflegenden, sondern auch zu einer Steigerung der Treffsicherheit der gesetzlichen Bestimmungen. Zwar wurden auch Zugangsbestimmungen verschärft, aber im Gegenzug Verbesserungen bei bestimmten Krankheitsgruppen geschaffen, die einen besonderen Betreuungsbedarf fordern.
- 2 **• Pflegebedingter Mehraufwand**
Pflegegeld wird **unabhängig von Alter (ab Geburt), Einkommen und Ursache** entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Bürgern mit gewöhnlichem Aufenthalt in Österreich (unter bestimmten Bedingungen an EWR-Bürger) ausbezahlt. Bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr kann nur jener Pflegeaufwand berücksichtigt werden, der über den eines gleichaltrigen, nicht behinderten Kindes oder Jugendlichen hinausgeht. Folglich mussten, als Orientierungshilfe für Gutachter, Altersgrenzen und Überschreitungsrahmen ausgearbeitet werden.
- 3 **• Zweckgebundene, pauschalierte Leistung**
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 zur Absicherung der Grundpflege geleistet. Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen sowie Erschwerniszuschlag bei pflegeerschwerenden Umständen sind im Gesetz angeführt, in der Einstufungsverordnung näher definiert und die jeweiligen Zeitwerte zur Ermittlung des Pflegebedarfs festgelegt. Der Gesetzgeber hat für bestimmte Betreuungsmaßnahmen Richt- oder Mindestwerte vorgesehen. Es ist demnach nicht in jedem Fall der konkrete zeitliche Aufwand zu ermitteln, sondern vielmehr grundsätzlich vom festgelegten Zeitwert auszugehen. Lediglich wesentliche Abweichungen sind zu berücksichtigen.¹⁾

¹⁾ EinstV BGBI II Nr 2008/469 Z 1.

In einer multiprofessionellen Arbeitsgruppe wurden jene zur Grundpflege zählenden Hilfs- und Betreuungsmaßnahmen definiert und Zeitwerte zur Durchführung festgelegt. Maßstab war eine „Durchschnittspflegeperson“, also ohne eine fachspezifische Ausbildung. Diese Betrachtungsweise ist in Anbetracht des hohen Anteils an Pflegeleistung durch Angehörige zweckmäßig und sinnvoll. Rund 75% der Pflegebedürftigen werden (auch) von Angehörigen gepflegt. Dem Grundsatz des pauschalierten Beitrags zur Absicherung der Grundpflege wäre eine tageweise Differenzierung wegen unterschiedlicher Geschicklichkeit der Pfleger oder wegen eines typischerweise schwankenden Zustands der Pflegebedürftigen nicht gerechtfertigt und vom Standpunkt der Verfahrensabwicklung kontraproduktiv.

• Siebenstufiges System

Die Höhe des Pflegegelds hängt in den Stufen 1 bis 4 von quantitativen Kriterien, in den Stufen 5 bis 7 zusätzlich von qualitativen Kriterien ab. Gruppen mit einem bestimmten Pflegebedarf sind zur jeweiligen Pflegestufe zusammengefasst.

Die Gruppenbildung zu den Stufen 1 bis 4 erfolgte anhand typischer Kombinationen von Pflegemaßnahmen entsprechend der zunehmenden Einschränkungen der Alltagsbewältigung. Die Gruppenbildung der Stufen 5 und 6 orientierte sich an dem erforderlichen zusätzlichen Aufwand. Entscheidend war das Zeitintervall zwischen der Notwendigkeit einer Pflegeleistung und der Planbarkeit ihrer Durchführung. Die Stufe 7 blieb, so die Überlegungen 1993, Intensivpflegefällen vorrangig im häuslichen Umfeld vorbehalten. Die Judikatur hat inzwischen die Abgrenzungskriterien für die Stufe 7 weiterentwickelt. Entscheidend ist vorrangig, ob zielgerichtete Bewegungen der vier Extremitäten möglich sind.

Erste wissenschaftliche Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems 1996²⁾ bestätigten die Treffsicherheit. Diese hochaussagekräftige Studie bestätigte einen eindeutigen Zusammenhang zwischen der Fähigkeit der Pflegegeldbezieher, bestimmte Alltagsverrichtungen selbstständig zu erledigen und der zuerkannten Pflegegeldstufe.

Stufenverteilung 2018³⁾)

Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Gesamt
125.359	100.290	82.471	66.407	51.208	19.758	9.312	454.805
28%	22%	18%	15%	11%	4%	2%	100%

Ergebnis war aber auch, dass für psychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige eine auf deren Bedürfnisse abgestellte Pflegemaßnahme fehlt. Dieser Mangel konnte, erst Jahre später, mit der Einführung des Erschwerungs-

4

5

6

²⁾ Badelt et al, Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems (1996).

³⁾ Sozialministerium, Pflegegelddatenbank Stand 31.12.2018.

zuschlags ausgeglichen werden. Ein weiteres Indiz für die Treffsicherheit ist die prozentuelle Verteilung der einzelnen Stufen.

7

● **Auswertung der pflegerelevanten Hauptdiagnose⁴⁾**

Seit März 2016 wird im Zuge der ärztlichen Begutachtung die pflegerelevante Hauptdiagnose nach der ICD-10-Klassifikation⁵⁾ codiert und automatisiert in der Pflegegelddatenbank des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger (PFIF) gespeichert. Die Auswertung dieser Daten stellt erstmalig einen kausalen Konnex zwischen Erkrankung/Behinderung und Pflegegeldbezug her. Bisher veröffentlichte Auswertungen basierten lediglich auf Analysen von Befragungen zu einzelnen Krankheitsbildern und nicht auf erhobenen Daten. Aus den übermittelten Rohdaten von 199.592 Fällen – das ist nahezu die Hälfte aller Pflegegeldbezieher – wurden medizinisch sinnvolle Gruppen zusammengefasst, um einen Überblick über pflegeauslösende Erkrankungsbilder zu ermöglichen. Die übermittelten Rohdaten für den Auswertungszeitraum März 2016 bis 31.12.2017 wurden nach dem jeweiligen ICD-10-Code und in drei Altersgruppen – bis 15. Lebensjahr, ab dem 15. bis zum 65. Lebensjahr, ab dem 65. Lebensjahr – ausgewertet.

● **Auswertung bis zum 15. Lebensjahr (5.580 Fälle)**

Kinder und Jugendliche, die Anspruch auf Pflegegeld haben, sind eher schwer bis sehr schwer erkrankt oder behindert. Weit überwiegend sind Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderungen und Chromosomenanomalien, gefolgt von Lähmungen (einschließlich infantile Zerebral-lähmungen), akuten Leukämien und Hirntumoren Hauptursachen der Pflegebedürftigkeit.

● **Auswertung 15. bis 65. Lebensjahr (jüngere Erwachsene – 29.437 Fälle)**

In dieser – im Vergleich zu jener der älteren Erwachsenen – relativ kleinen Gruppe überwiegen die Erkrankungsformen Lähmungen, psychiatrische Erkrankungen und bösartige Neubildungen, die zu einem Anspruch auf Pflegegeld führen.

● **Auswertung ab dem 15. Lebensjahr (ältere Erwachsene – 194.012 Fälle)**

In dieser größten Gruppe überwiegen altersdegenerative Erkrankungen, beginnend mit dem hohen Anteil an Demenzerkrankungen (34%) über Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates (22%) bis hin zu den Folgen von Lähmungen.

● **Schlussfolgerungen**

Präventive Ansätze ergeben sich aus dem hohen Anteil an Verdachtsdiagnosen (Codierung nach Kategorie R) bei Demenzerkrankungen mit 41% im Sinne einer Abklärung der Symptomatik, aus dem Anteil von

⁴⁾ Weitere Details siehe Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017, 16–24.

⁵⁾ International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems der WHO.

22% bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates im Sinne von Koordinations- und Gangsicherheitstraining zur Sturzprävention und aus dem Anteil von Lähmungseinschränkungen (12%). Daraus leitet sich die Empfehlung einer Forcierung der Ernährungsberatung mit Alkohol- und Nikotinkarenz auch für ältere Menschen ab.

● **Diagnosebezogene Mindesteinstufung**

8

Bei bestimmten im Gesetz definierten Erkrankungen wird eine diagnosebezogene Einstufung vorgenommen – bei Sehbehinderungen oder beim überwiegenden selbständigen Gebrauch eines Rollstuhls. Die medizinischen Diagnosen der Erkrankungen und Abgrenzungskriterien sind im Gesetz aufgelistet. Grundgedanke dieser Einstufungsvorschrift war, dass bestimmte Behinderungsgruppen, wie blinde Menschen oder aktive Rollstuhlfahrer, gerade wegen dieser spezifischen Behinderung einen typischen Pflegebedarf haben. Eine niedrigere Einstufung sollte jedenfalls ausgeschlossen werden.

● **Gutachten**

9

Grundlage zur Einschätzung des Pflegebedarfs ist ein Gutachten. Die letztendliche Einstufung und Zuverkennung der Höhe des Pflegegeldes ist eine Rechtsentscheidung. Das Gutachten ist die fachkundige Hilfestellung.

● **Antrag**

10

Pflegegeld muss grundsätzlich vom Pflegebedürftigen, von Familienmitgliedern, Haushaltsangehörigen oder von Sachwaltern (sofern sie mit dieser Aufgabe betraut wurden) beantragt werden. Es genügt ein formloser Antrag.

● **Klage**

11

Gegen den Bescheid der 1. Instanz kann beim Arbeits- und Sozialgericht Klage eingelegt werden. Der Rechtszug führt über das LG, OLG letztendlich bis zum OGH. Der prozentuell niedrige Anteil von rund 4,6% Klagen lässt auch auf eine hohe Akzeptanz der Einstufungspraxis schließen.

● **Zweckwidrige Verwendung**

12

Wird das Pflegegeld zweckwidrig verwendet, kann die Pflegeunterstützung direkt von sozialen Diensten übernommen werden. In diesen Fällen erfolgt die Verrechnung direkt zwischen PV-Träger und dem Anbieter sozialer Dienste. Sollte dieses Pflegeangebot verweigert werden, kann das Pflegegeld ruhend gestellt werden.

Die zweckdienliche Verwendung und Treffsicherheit des Pflegegeldes wird seit 2005 durch das Instrument „Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ geprüft. Das „Kompetenzzentrum Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege“ ist in der Versicherungsanstalt der Bauern angesiedelt. Jährlich wird eine gewisse Anzahl Pflegebedürftiger durch ein

Team von rund 140 diplomierten Gesundheits- und Pflegefachkräften besucht und die Situation der Pflegebedürftigen nach bestimmten Qualitätsindikatoren, ausgearbeitet vom Institut für Altersökonomie der Wirtschaftsuniversität Wien, geprüft. Die jährlichen Kosten dieses Programms betragen rund 1,5 Mio Euro.

Die Erhebung der Versorgungssituation erfolgt nach ausgewählten Lebensbereichen, die von Betreuung und Pflege beeinflusst werden können.

Das sind: funktionale Wohnsituation, Körperpflege, medizinisch-pflegerische Versorgung, Ernährung/Flüssigkeitszufuhr, hygienische Wohnsituation, Aktivität/Beschäftigung/Sozialleben.

Die Auswertung – zusammengefasst – zeigt, dass rund 97 % der Pflegebedürftigen vollständig und zuverlässig gepflegt sind. Lediglich in rund 0,01% der Fälle sind die Pflegebedürftigen vernachlässigt bis verwahrlost.⁶⁾

13

- Höhe des Pflegegelds in den einzelnen Stufen⁷⁾

Stufe	Stundenwert	Betrag in Euro ab 2016
Stufe 1	mehr als 65 Stunden/Monat	157,30
Stufe 2	mehr als 95 Stunden pro Monat	290,00
Stufe 3	mehr als 120 Stunden pro Monat	451,80
Stufe 4	mehr als 160 Stunden pro Monat	677,60
Stufe 5	mehr als 180 Stunden pro Monat und außergewöhnlicher Pflegebedarf	920,30
Stufe 6	mehr als 180 Stunden pro Monat und zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen sind erforderlich und während des Tages und der Nacht zu erbringen oder dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson ist während des Tages und der Nacht erforderlich, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist.	1285,20
Stufe 7	mehr als 180 Stunden pro Monat und keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten sind möglich oder ein gleichzuachtender Zustand liegt vor.	1688,90

14

- Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige

Laufend wird das Unterstützungsangebot für pflegende Angehörige ausgebaut:

⁶⁾ Sozialministerium, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017, 41.

⁷⁾ Stand 11.2.2017 bzw Eurobetrag ab 1.1.2016.

- **BürgerInnenservice** als zentrale kostenfreie Telefon(Beratung) (0800201611) in allen Fragen zur Pflegevorsorge.
- **Online-Informationsangebot** des Sozialministeriums.⁸⁾
 - www.pflegedaheim.at
- In Fällen der **Familienhospizkarenz, Pflegeteilzeit oder -karenz** zur Begleitung oder Pflege naher Angehöriger gibt es einen Anspruch auf Pflegekarenzgeld.
- Finanzierung bzw finanzielle Unterstützung zur **Ersatzpflege** bei Verhinderung der pflegenden Angehörigen.
- Fördermodelle zur Finanzierung einer notwendigen **24-Stunden-Betreuung** zu Hause. Das Angebot wird seit der Einführung 2007 besonders gerne von Familien in Anspruch genommen. Die Zahl der Bezieher pro Monat steigt seither kontinuierlich an und hat sich von rund 3.000 auf 25.281 im Jahr 2017 verachtfacht. Aus Gründen der Qualitätssicherung wurde mit Jänner 2016 die Standes- und Ausübungsregel für die Organisationen von Personenbetreuung neu geregelt sowie die VO über Standes- und Ausübungsregeln für Leistungen der Personenbetreuung geändert.⁹⁾
- Finanzielle Unterstützung zur Erleichterung der **Pensionsabsicherung** pflegender Angehöriger.
- Kostenloses **Angehörigengespräch** bei psychischen Belastungen.

● **Pflegefonds**¹⁰⁾

15

Am 30. Juli 2011 wurde das Pflegefondsgesetz (PFG) beschlossen, das Zweckzuschüsse für die Länder zum Auf- und Ausbau und zur Sicherung bestimmter Betreuungs- und Pflegedienstleistungen in der Langzeitpflege vorsieht. Für die Jahre 2011 bis 2014 wurden Zweckzuschüsse in der Höhe von insgesamt 685 Mio Euro an die Länder gewährt. Mit der Novelle zum PFG vom 6. August 2013 (BGBl. I Nr. 2013/173) wurde die Dotierung des Pflegefonds für die Jahre 2015 und 2016 mit einer Gesamthöhe von 650 Mio Euro sichergestellt und festgelegt, dass zusätzlich innovative Projekte und begleitende Qualitätssicherung gefördert werden sollen, um zukünftigen Anforderungen der Pflege gerecht zu werden. Mit der Novelle zum PFG vom 1. Jänner 2017 (BGBl. I Nr. 2017/22) konnte ein Verlängerung für die Jahre 2017 bis 2021 mit insgesamt 1.914 Mio Euro, einschließlich einer Valorisierung ab 2018 von 4,5%, erzielt werden. Diese Novelle beinhaltet folgende Neuerungen:

- zusätzlich 18 Mio Euro zum Ausbau des Hospiz- und Palliativangebotes
- Steigerung der Bruttoausgaben der Länder für Betreuungs- und Pflegedienstleistungen ist mit 4,6% begrenzt

⁸⁾ www.pflegedaheim.at

⁹⁾ BGBl. II Nr. 2015/396 und 2015/397.

¹⁰⁾ Sozialministerium, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017.

- verbesserte Transparenz bei der Kostenverrechnung
- Anwesenheit/Erreichbarkeit eines Mitarbeiters in stationären Einrichtungen
- Abstimmung des Fachpersonals auf Anzahl der Bewohner und Art der erforderlichen Leistungen
- Harmonisierung der Rahmen- und Aufnahmekriterien in stationären Einrichtungen
- Qualitätssicherungssysteme in stationären Einrichtungen (Zielwert für 2021 ist 50%)
- Berichte an den Arbeitskreis für Pflegevorsorge im Zweijahresrhythmus
- jährliche Planungsunterlagen mit Planungshorizont von fünf Jahren an das Sozialministerium

Burgenland	€ 11.715.826,98
Kärnten	€ 22.579.821,86
Niederösterreich	€ 66.605.169,44
Oberösterreich	€ 58.524.893,59
Salzburg	€ 21.948.101,33
Steiermark	€ 49.617.605,86
Tirol	€ 29.710.438,48
Vorarlberg	€ 15.448.882,37
Wien	€ 73.779.170,68

Tabelle: Pflegfondsmittel für das Jahr 2017¹¹⁾

• Pflegedienstleistungsdatenbank

Das PFG regelt, dass eine Pflegedienstleistungsdatenbank zur Erstellung von Pflegedienstleistungsstatistiken zu führen ist und die Länder der Bundesanstalt Statistik Österreich entsprechende Daten zur Verfügung zu stellen haben.

1.3 Begriffe

16

Einzelne Begriffe des Pflegegeldgesetzes, der Einstufungsverordnung und der Judikatur sind für Sachverständige zur Beurteilung der Pflegesituation bedeutsam. Sie schärfen ihren Blick die Lebenssituation des Pflegebedürftigen unter diesen Aspekten zu betrachten, abzuwegen und im Gutachten zu beschreiben.

¹¹⁾ Sozialministerium, Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2017, 27.

- **Funktionsbezogene Einstufung:** Einstufung entsprechend dem ermittelten Pflegebedarf in Stunden pro Monat und allfälliger zusätzlicher qualitativer Kriterien für die Stufen 5 bis 7. Mit wenigen Ausnahmen ist immer eine funktionsbezogene Einstufung vorzunehmen. Ist die Pflegestufe des funktionell ermittelten Pflegebedarfs höher als die der diagnosebezogenen Mindesteinstufung, wird die höhere Pflegegeldstufe gewährt. Daher müssen Sie als Gutachter immer eine funktionelle Prüfung des Pflegebedarfs vornehmen.

- **Diagnosebezogene Mindesteinstufung:** Im Gesetz sind einzelne Krankheitsbilder und Behinderungen, die eine diagnosebezogene Mindesteinstufung rechtfertigen, angeführt. Grundgedanke ist, dass diese bestimmten Krankheiten oder Behinderungen üblicherweise einen gleichen Pflegeaufwand erfordern. Sie als Gutachter müssen im Zuge der Begutachtung prüfen, ob eine dieser Erkrankungen oder Behinderungen vorliegt.

PRAXISTIPP

Eine Vermischung dieser beiden Möglichkeiten den Pflegebedarf zu ermitteln ist nicht zulässig.

Sie können daher nicht eine diagnosebezogene Einstufung wegen Blindheit (Stufe 4) und zusätzlich eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson als erfülltes Kriterium zur Einstufung in Stufe 5 vorschlagen.

Sollten Sie im Zuge einer Begutachtung zu der Überzeugung gelangen, dass in einem konkreten Fall eine dauernde Bereitschaft einer Pflegeperson notwendig wäre, müssten Sie vorher durch Ermittlung des tatsächlichen Pflegebedarfs prüfen, ob die Voraussetzung von mehr als 180 Stunden Pflegebedarf pro Monat erfüllt ist. Das heißt, Sie müssen eine funktionsbezogene Einstufung vornehmen.

- **Zeitliche Mindestanforderung** des Pflegebedarfs von voraussichtlich sechs Monaten.
Als Gutachter sind Sie aufgefordert zu prognostizieren, ob ein Pflegebedarf voraussichtlich sechs Monate andauern wird.
Ungeachtet der Einstufung innerhalb des Zeitrahmens von sechs Monaten müssen Sie prüfen, ob insgesamt ein Pflegebedarf – zumindest 65 Stunden Pflegebedarf pro Monat entsprechend der Stufe 1 – vorliegt.

Beispiel

Nach einer Schenkelhalsfraktur wird der Pflegebedürftige im Anschluss an die Akutbehandlung im Krankenhaus in häusliche Pflege entlassen. Anfänglich liegt ein hoher Pflegebedarf wegen Bettlägerigkeit vor – zB Stufe 4. Mit

zunehmender Heilung und Mobilisierung vermindert sich dieser nach drei Monaten – auf zB Stufe 2. Erst nach weiteren vier Monaten ist der Betroffene selbständig mobil und benötigt keine Hilfestellung im Sinne des Gesetzes – weniger als 65 Stunden monatlich.

Im Gutachten müssen Sie festhalten, dass ein Pflegebedarf voraussichtlich sechs Monate anhalten wird, jedoch aufgrund des Heilungsprozesses eine Besserung in drei Monaten zu erwarten ist.

Bedenken Sie bei prognostischen Aussagen, dass der Heilungsprozess und die Mobilisierung bei älteren, multimorbidem oder behinderten Menschen deutlich höher anzusetzen ist, als bei der sonst gesunden Durchschnittspopulation.

20 In Fällen, die nicht mit einem kontinuierlichen gleichmäßigen Verlauf einhergehen, können Sie gefragt werden, ob bereits **vor Antragstellung** ein Pflegebedarf vorlag.¹²⁾

Beispiel

Verursacht ein Unfall, eine Operation oder eine an sich akute, jedoch langwierige Erkrankung einen Pflegebedarf, sind Sie aufgefordert zu prüfen, ob ein Pflegebedarf auch schon vor Antragstellung vorlag.

Ein Patient erhält wegen fortgeschrittener Coxarthrose eine Hüftgelenkendoprothese. Nun verzögert sich der Heilungsprozess und der Betroffene stellt erst nach zwei Monaten häuslicher Pflege einen Antrag. Dann sind Sie aufgefordert, zu prüfen wie lange vor Antragstellung bereits Pflegebedürftigkeit vorlag. In diesem Beispielsfall wäre das der Zeitpunkt der Operation. Hält die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich noch vier Monate an, wäre die Voraussetzung eines zumindest sechsmonatigen Pflegebedarfs erfüllt. Der Betroffene erhält allerdings nicht rückwirkend Pflegegeld, sondern, wie vorgesehen, erst im Monat nach der Antragstellung.

Zur Verdeutlichung: Operation im Jänner; häusliche Pflege Jänner und Februar mit geringer Besserung und der Annahme einer verzögerten Heilung einhergehend mit Pflegebedürftigkeit; Antrag auf Pflegegeld im März, Begutachtung im April mit Prognose des Andauerns der Pflegebedürftigkeit bis August; Pflegegeldbezug ab April, da der Antrag im März gestellt wurde und eine Gesamt-pflegebedürftigkeit voraussichtlich acht Monate (also mehr als sechs Monate) andauern wird.

21 **• Ständiger Pflegebedarf:** Ständig bedeutet täglich oder zumindest **mehr-mals wöchentlich**. Jedenfalls müssen zumindest zwei bis drei Mal pro Woche konkrete Pflegemaßnahmen durchgeführt werden und aufgrund des Gesundheitszustands des Pflegebedürftigen notwendig sein.

¹²⁾ § 9 Abs 4 BPFG (Stammfassung BGBI Nr 1993/110).