

Dr. Martin Greifeneder

WEITERENTWICKLUNG DES PFLEGE GELDSYSTEMS

Darstellung des bestehenden Systems
Analyse von Schwachstellen
Lösungsvorschläge

Gutachten

Dr. Martin GREIFENEDER

Richter des Landesgerichtes Wels

Schriftenleitung Österreichische
Zeitschrift für Pfl gerecht

Kontakt:

greifeneder.martin@utanet.at

T: 0676 / 5653702

Im Auftrag von

CARITAS ÖSTERREICH

März 2021

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG	7
A.1 GEGENSTAND	7
A.2 METHODISCHES VORGEHEN	7
B. ERGEBNISSE	9
B.1 AUSGLEICH VON WERTVERLUSTEN	9
B.2 ANGEMESSENE BERÜCKSICHTIGUNG GEISTIGER (KOGNITIVER), PSYCHISCHER, INSBESONDERE DEMEZIELLER ERKRANKUNGEN	10
B.3 VERBESSERUNG DER BEGUTACHTUNGSPRAXIS / DER GUTACHTENSQUALITÄT	11
B.4 SONSTIGE VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE	12
C. DAS BESTEHENDE SYSTEM – ÜBERBLICK - ANALYSE	14
C.1 ZUSTÄNDIGKEITEN BEI PFLEGEbedÜRFTIGKEIT	14
C.2 ZWECK DES PFLEGEgeldES – ABGRENZUNG VERSCHIEDENER BEDARFE	15
C.2.1 ABGRENZUNG	16
C.3 GRUNDSÄTZE DES PFLEGEgeldSYSTEMS	17
C.4 ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN	18
C.4.1 FUNKTIONSBEZOGENE EINSTUFUNG	19
C.4.2 DIAGNOSEBEZOGENE MINDESTEINSTUFUNG	20
C.5 EINSTUFUNGSLOGIK	21
C.6 VERFAHRENSDAUER	22

D. SCHWACHSTELLEN DES BESTEHENDEN PFLEGEgeldSYSTEMS - VERBESSERUNGsvORSCHLÄGE	23
D.1 HÖHE DES PFLEGEgeldES – WERTVERLUST	23
D.2 NICHT (AUSREICHENDE) BERÜCKSICHTIGUNG GEISTIGER (KOGNITIVER), PSYCHISCHER, INSBESONDERE DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN	25
D.2.1 BESTEHENDE RECHTLICHE VORGABEN	25
D.2.2 SCHWACHSTELLEN - VERBESSERUNGsvORSCHLÄGE	28
D.3 RUHEN DES PFLEGEgeldES – LÜCKE ZU LASTEN PFLEGENDER ANGEHÖRIGER	31
D.4 EINSTUFUNGSPROZEDERE – MÄNGEL IM BEGUTACHTUNGsvERFAHREN	33
D.4.1 UNZUREICHENDE BEFRAGUNG DER TATSÄCHLICH PFLEGENDEN ALS URSACHE FÜR FEHLEINSTUFUNGEN (AUßENANAMNESE)	34
D.4.2 MANGELNDE FÜR DIE BEGUTACHTUNG AUFGEWENDETE ZEIT – HONORIERUNG DER GUTACHTER/INNEN.	35
D.4.3 MANGELHAFT ANAMNESE IN FOLGE ÜBERFORDERUNG PFLEGEbedÜRFTIGER UND PFLEGENDER ANGEHÖRIGER	36
D.4.4 MANGELNDE QUALITÄTSSICHERUNG IN DER BEGUTACHTUNG	37
D.4.5 NICHTBERÜCKSICHTIGUNG DES ÜBERSCHREITENS VON RICHT- UND MINDESTWERTEN	39
D.5 NICHTBERÜCKSICHTIGUNG RESOURCENERHALTENDER ODER VERBESSERNDER BETREUUNG	40
D.6 VERSTÄRKTE EINSATZ VON GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEPERSONEN ALS SACHVERSTÄNDIGE	41
D.7 VERBESSERTE INFORMATION ÜBER DIE KLAGSMÖGLICHKEIT – ÜBERWINDUNG VOR ÄNGSTEN	42
D.8 EINSTUFUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN BIS ZUM VOLLENDETEN 15. LEBENSJAHR	43
D.8.1 SYSTEM	43
D.8.2 PROBLEME IM VOLLZUG, INSBESONDERE DER BEGUTACHTUNGSPRAXIS	44
D.8.3 NICHTBERÜCKSICHTIGUNG DES ERSCHWERNISZUSCHLAGS.	45

A. EINLEITUNG

A.1 GEGENSTAND

Erstattung eines Gutachtens im Auftrag von **CARITAS ÖSTERREICH** zur Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems in Österreich. Dies umfasst die Kurzdarstellung und Analyse des bestehenden Systems, Diskussion bestehender Schwachstellen und Erarbeitung von Vorschlägen zu dessen Weiterentwicklung.

A.2 METHODISCHES VORGEHEN

Am 11.12.2020 fand ein von der **CARITAS ÖSTERREICH organisiertes Webinar** mit der Aufgabenstellung „Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems“ statt. An diesem nahmen Personen von Seiten der Caritas Österreich sowie Vertreter/innen aus allen Caritas-Diözesen teil, die allesamt in den Bereichen Pflege und Betreuung sowie Menschen mit Behinderung tätig und zudem (auch) mit Leitungsaufgaben betraut sind. Die über große Praxiserfahrung verfügenden Teilnehmer/innen waren bereits im Vorfeld des Webinars aufgerufen, die von Ihnen „in der täglichen Praxis“ wahrgenommenen Mängel sowie allfällige Verbesserungsvorschläge bekanntzugeben. Im Rahmen des Webinars wurden diese Problemstellungen weiter ergänzt, diskutiert, und bilden diese die Basis für die in diesem Gutachten abzuarbeitenden Defizite im System und die daraus resultierenden Vorschläge für die Weiterentwicklung des Systems.

Bereits im Sommer 2020 fand im Rahmen der vom BM Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz veranstalteten „**TASK FORCE PFLEGE**“ ein **Onlinebeteiligungsprozess** statt, im Rahmen dessen Meinungen und Optimierungsvorschläge auch zum Pflegegeldsystem abgefragt wurden. Über 3300 Personen beteiligten sich an diesem Prozess, davon 64% Privatpersonen (17% pflegende Angehörige), und 36% Vertreterinnen von Einrichtungen. Daran anschließend fand im Rahmen des TASK FORCE PFLEGE am 20.10.2020 ua eine **Unterarbeitsgruppe zur „Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems“** statt. Auch die Erkenntnisse (insbesondere aufgezeigte Mängel und Verbesserungsvorschläge) aus diesem Prozess fließen in das gegenständliche Gutachten ein.

Ebenso berücksichtigt dieses Gutachten Erkenntnisse einer vom BMASGK in Auftrag gegebenen Studie der Universität Wien (Nagl-Cupal et al) zur „**Angehörigepflege in Österreich**“ (2018).

Ein gutes, bedürfnisorientiertes Pflegegeldsystem, eine adäquate Einstufung, setzt neben entsprechenden geeigneten **rechtlichen Rahmenbedingungen** (BPGG, EinstV, RPPG) untrennbar einen **korrekten Vollzug (Begutachtung, Einstufung)** bestehender Vorschriften voraus. Die Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen zur Weiterentwicklung des Pflegegeldsystems hat sich daher daran zu orientieren, ob im Ergebnis berechtigt wahrgenommene Mängel bzw Defizite auf die bestehende Rechtslage zurückzuführen sind, oder aber die bereits existierende Rechtslage von den Entscheidungsträgern mangelhaft vollzogen wird. Eine Analyse der Schwächen des bestehenden Systems ist daher untrennbar verbunden mit einer kritischen Auseinandersetzung mit der aktuellen Einstufungspraxis, insbesondere der von den Betroffenen häufig als nicht zufriedenstellend empfundenen Begutachtungspraxis.

B. ERGEBNISSE

Eine sorgfältige Analyse der von den in der Pflege tätigen Praktiker/innen aufgezeigten Schwachstellen des „Pflegegeldsystems“ zeigt, dass diese nur eingeschränkt tatsächlich auf den rechtlichen Rahmen des Systems zurückzuführen sind. Sehr häufig liegt die wahre Ursache vielmehr im Vollzug der Einstufung durch die Entscheidungsträger, insbesondere in der unzureichenden Begutachtungspraxis.

B.1 AUSGLEICH VON WERTVERLUSTEN

➤ **Erhöhung des Pflegegeldes – Ausgleich des hohen Wertverlustes.**

Seit Einführung des Pflegegeldes mit 1.7.1993 ist mangels entsprechender Valorisierung ein erheblicher Wertverlust eingetreten. Mit Stichtag 30.11.2020 müsste das Pflegegeld über alle Stufen hinweg im Schnitt um 38,78 % erhöht werden, um den Wertverlust auszugleichen. Dieser Wertverlust beeinträchtigt die Selbstbestimmung der Betroffenen, über ihre Pflegesituation selbst entscheiden zu können. Seit Abschaffung des Pflegeregresses geht dies vor allem zu Lasten der Pflege zu Hause (siehe D.1 samt Tabelle).

➤ **Erhöhung der Zuschüsse zur Unterstützung der Finanzierung einer 24-Stunden-Betreuung.**

Die Zuschüsse zur Finanzierung einer 24-Stunden-Pflege sind über 10 Jahre nicht wertangepasst worden. Dies geht zu Lasten der häuslichen Pflege und macht deren Finanzierung immer schwieriger (D.1). Zudem verschärft es die massive Benachteiligung (Ungleichbehandlung) der Pflege zu Hause seit der Abschaffung des Pflegeregresses in Alten- und Pflegeheimen mit 1.1.2018. Ein abgestuft höherer Zuschuss sollte von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien durch die Vermittlungsagentur abhängig gemacht werden.

➤ **Erhöhung der Zuwendungen an pflegende Angehörige zur Finanzierung einer Ersatzpflege.**

Auch die maximal möglichen **Zuwendungen an pflegende Angehörige zur Finanzierung einer Ersatzpflege** für Zeiten ihrer Verhinderung wurden über 10 Jahre nicht angehoben. Auch dies geht zu Lasten der häuslichen Pflege (D.1).

B.2 ANGEMESSENE BERÜCKSICHTIGUNG GEISTIGER (KOGNITIVER), PSYCHISCHER, INSBESONDERE DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN

- **Erhöhung des Erschwerniszuschlags bei schwerer geistiger und/oder psychischer, insbesondere demenzieller Erkrankung von derzeit 25 auf 45 Stunden pro Monat.**

Mit dem aktuellen Zeitwert von 25 Stunden pro Monat sind Pflegeerschwer-nisse, die aus einer schweren geistige und/oder schweren psychischen Beeinträchtigung, insbesondere aus einer demenziellen Erkrankung resultieren, im Vergleich zu körperlichen Einschränkungen zu wenig gewichtet. Der Zeitwert von 45 Stunden pro Monat würde bei derartigen Erkrankungen die Einstufung immer um zumindest eine Stufe erhöhen und den Zugang zu den Stufen 5 und 6 erleichtern (D.2, D.2.2.1).

- **Präzisierung der Voraussetzungen für die Berücksichtigung des Erschwerniszuschlags.**

Der Erschwerniszuschlag bei schwerer geistiger und/oder psychischer, insbesondere demenzieller Erkrankung findet in der Einstufungspraxis entgegen den Intentionen des Gesetzgebers deutlich zu restriktiv Anwendung. Dies ist teils auf eine massive Verunsicherung in der Anwendung zurückzuführen. Eine Präzisierung der Anspruchsvoraussetzungen, vor allem aber eine Schwerpunktsetzung im Rahmen der Ausbildung von Gutachter/innen ist daher angezeigt.

- **Konsequente Anwendung bereits bestehender rechtlicher Vorgaben durch Verbesserung der Gutachtensqualität samt Evaluierung und Verbesserung der Ausbildung der Gutachter/innen.**

Vielfach finden bereits bestehende rechtliche Vorgaben, die auf den besonderen Pflegebedarf von Personen mit einer geistigen oder psychischen Beeinträchtigung bedacht nehmen, in der Praxis keine oder nur mangelhaft Anwendung. Die Ursache dafür liegt einerseits in einem mangelnden Wissensstand der Gutachter/innen, andererseits in einer oft völlig unzureichenden Begutachtungspraxis, insbesondere an der oft unzureichenden Einbeziehung der tatsächlichen Pflegepersonen in die Begutachtung und in der dafür aufgewendet Zeit (D.2.2.2 sowie generell zur mangelhaften Begutachtungspraxis D.4 ff).

B.3 VERBESSERUNG DER BEGUTACHTUNGSPRAXIS / DER GUTACHTENSQUALITÄT

- **Sicherstellung einer umfassenden Erhebung des Pflegebedarfs durch Befragung in einer niederschweligen, Missverständnisse möglichst ausschließenden Sprache.**
- **Sicherstellung, dass diese Erhebung eine detaillierte, gesetzlich bereits vorgeschriebene Außenanamnese, insbesondere mit den tatsächlich pflegenden Personen, umfasst.**
- **Sicherstellung eines dafür erforderlichen ausreichenden Zeitbudgets für die Begutachtung; damit untrennbar im Zusammenhang steht eine dem erforderlichen Zeitaufwand angemessene Honorierung der Gutachter/innen.**
- **Verbesserung der Qualitätssicherung im Begutachtungswesen insbesondere des Fehlermanagements. Dies erfordert ein regelmäßiges – zumindest generelles – Feedback seitens der Entscheidungsträger an die Gutachter/innen, insbesondere betreffend häufig auftretende Probleme bzw Fehler in der Begutachtung.**
- **Evaluierung und Verbesserung der Ausbildung der Gutachter/innen betreffend die rechtlichen Voraussetzungen der Einstufung (BPGG, EinstV, Konsensuspapier, wichtige Rechtsprechung). Schwerpunktsetzung in der Ausbildung auf Bereiche, die in der Praxis häufig Probleme aufwerfen, wie die Begutachtung von Personen mit geistig und oder psychischer Beeinträchtigung, bspw von Menschen mit Demenz. Evaluierung der Tätigkeit der Österreichischen Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK).**
- **Verbesserung der Begutachtungs- und Einstufungspraxis bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr durch Schaffung eines eigenen Ausbildungsschwerpunkts in der Österreichischen Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK).**

- **Verstärkter Einsatz von Gesundheits- und Krankenpflegepersonen als Sachverständige; regelmäßige Kontrolle der Entscheidungsträger durch das BMSGPK.**

Die sehr häufig von den Betroffenen und den in der Pflege tätigen Personen zu Recht geäußerte Kritik richtet sich gegen das mangelhafte Begutachtungs-prozedere, die unvollständige Erhebung des Pflegebedarfs. Hervorzuheben sind als Ursachen neben dem mangelhaften Wissen (der mangelhaften Ausbildung) der Gutachter/innen die oft zu **oberflächliche bzw missverständliche Befragung** der Pflegebedürftigen, die mangelhafte Miteinbeziehung des Wissens der tatsächlich pflegenden Personen (insbesondere im Bereich der häuslichen Pflege), die oft nur oberflächliche Berücksichtigung vorhandener Dokumentationen, vor allem aber die zu geringe von den Gutachter/innen für die Anamnese aufgewendeten Zeit. Einstufungen sind daher zu oft primär zu sehr vom äußeren körperlichen Eindruck geprägt (siehe D.4 ff).

Bestätigt wird dieser Befund durch die **außerordentlich hohe Quote von sozialgerichtlichen Verfahren**, die mit einer **höheren Pflegegeldstufe** abgeschlossen werden. Durch die von den Gutachter/innen seit 2015 verpflichtend zu absolvierende Ausbildung an der Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung ist keine Verbesserung zum Positiven zu beobachten, die Quote ist unverändert hoch, eine Evaluierung dieser Ausbildung ist daher dringend angezeigt (siehe Tabelle D.4).

Aufgrund mangelnder rechtlicher Grundkenntnisse der Gutachter/innen sind bei der Einstufung von **Kindern und Jugendlichen** bis zum vollendeten 15. Lebensjahr oft **massive Fehleinstufungen von mehreren Stufen** zu beobachten. Dem ist dringend durch eine eigene **Zusatzqualifizierung dieser Gutachtergruppe** entgegenzuwirken.

B.4 SONSTIGES

- **Berücksichtigung ressourcenerhaltender oder -verbessernder Betreuung**

Aktuell orientiert sich der für die Einstufung relevante Pflegebedarf vorwiegend am Unterstützungsbedarf, welcher zum Ausgleich einer mangelnden oder eingeschränkten Selbstbefähigung, eines Selbstversorgungsdefizits erforderlich ist. Nicht berücksichtigt wird damit aktuell ein wichtiger Aspekt der Pflege, der auf die Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung der

Selbständigkeit bzw Selbstbefähigung abstellt, bspw Übungen bzw Training zur Remobilisation eines Pflegebedürftigen (siehe D.5).

- **Ausnahme vom Ruhen des Pflegegeldes bei häuslicher Pflege durch Angehörige während eines stationären Aufenthalts des Pflegebedürftigen im Krankenhaus oder in einer stationären Kur- oder Rehabilitationseinrichtung.**

Während bei weiterlaufenden Kosten für Fremdpflege (angestellte oder selbständige Pfleger/in, 24-Stunden-Betreuung) das Pflegegeld während eines stationären Aufenthalts im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung weiterbezahlt werden kann, fehlt eine solche Ausnahme zu Gunsten pflegender Angehöriger. Pflegende Angehörige können dadurch selbst in finanzielle Versorgungsnot geraten. Zur Absicherung pflegender Angehöriger, die in der Pensionsversicherung selbst- oder weiterversichert sind, ist diese Gesetzeslücke dringend zu schließen (siehe D.3).

- **Vereinfachung der Informationen betreffend die Möglichkeit gegen einen Pflegegeldbescheid Klage zu erheben, mit dem Ziel, oft völlig irrationale, auf Unwissenheit beruhende Ängste der Betroffenen möglichst zu vermeiden. Diese Information sollte mit jedem Bescheid mit übermittelt und unter Einbeziehung von Peers erarbeitet werden.**
- **Diplomierte Pflegefachkräfte sollten von den Entscheidungsträgern verstärkt zur Begutachtung herangezogen werden, die tatsächliche Umsetzung sollte vom BMSGPK regelmäßig überprüft werden.**

C. DAS BESTEHENDE SYSTEM - ÜBERBLICK - ANALYSE

Im Jahr 1993 haben sich Bund und Länder mit der **Vereinbarung nach Art 15a Abs 1 B-VG (Pflege-Vereinbarung) über die gemeinsamen Maßnahmen für pflegebedürftige Personen**¹ zu einer einheitlichen Pflegevorsorge nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen im Sach- und Geldleistungsbereich für pflegebedürftige Personen verpflichtet. Damit wurde erstmals „Pflegebedürftigkeit“ als eigenständiges soziales Risiko anerkannt.²

C.1 ZUSTÄNDIGKEITEN BEI PFLEGEbedÜRFTIGKEIT

Die Pflege-Vereinbarung enthält die Verpflichtung von Bund und Ländern, im Rahmen der **ihnen verfassungsrechtlich zugeordneten Kompetenzbereiche** eine Geldleistung zur Abdeckung des pflegebedingten Mehraufwands zu schaffen (Bundes- und (ehemals) Landespflegegeld).

Seit 1.1.2012 fällt mit Abschaffung der Landespflegegeldgesetze das gesamte „Pflegegeldwesen“ in **Gesetzgebung und Vollziehung in die Kompetenz des Bundes (Pflegegeldreformgesetz 2012)**³ und kann das Pflegegeldwesen unmittelbar von Bundesbehörden besorgt werden⁴. Damit einhergehend wurde die Anzahl der Entscheidungsträger von 303 auf zunächst sieben und in weiteren Schritten auf aktuell drei Entscheidungsträger (PVA, SVS, BVAEB) reduziert, womit eine wesentliche Grundvoraussetzung zur Vereinheitlichung des Vollzugs, insbesondere aber für eine Qualitätssicherung in der Begutachtungspraxis geschaffen worden ist (siehe dazu jedoch D.4).

Die **Länder** trifft ihrerseits die Verpflichtung, für einen Mindeststandard an ambulanten, teilstationären und stationären Diensten (soziale Dienste), die dezentral und flächendeckend angeboten werden, für pflegebedürftige Personen zu sorgen, soweit zu deren Erbringung nicht Dritte gesetzlich verpflichtet sind. Die ambulanten, teilsta-

¹ BGBl 1993/866.

² *Pfeil*, BPGG 21.

³ BGBl I 2011/58; Art 10 Abs 1 Z 11 Bundes-Verfassungsgesetz (BV-G); *Greifeneder*, Pflegegeldreformgesetz 2012, ÖZPR 2011/90, 108.

⁴ Art 102 Abs 2 B-VG.

tionären und stationären Dienste müssen miteinander vernetzt sowie Information und Beratung sichergestellt werden.⁵

In die Kompetenz der **Länder** und somit nicht in den Bereich des Pflegegeldsystems fallen zudem Tages- und Beschäftigungsstrukturen (Werkstätten mit einer Tagesstruktur, Einrichtungen mit Wohnheimen, Qualifizierungsgruppen, um Menschen mit Behinderungen an den Arbeitsmarkt heranzuführen etc).

C.2 ZWECK DES PFLEGEgeldES – ABGRENZUNG VERSCHIEDENER BEDARFE

Zweck des Pflegegeldes ist es, dem pflegebedürftigen Menschen durch entsprechende **Hilfestellung im persönlichen und sachlichen Lebensbereich** zu einer menschenwürdigen Existenz zu verhelfen.

Nicht Zweck des Pflegegeldes ist hingegen die **Sicherung der wirtschaftlichen Existenz**.⁶ Das Pflegegeld dient nicht der Einkommenserhöhung, ist kein finanzieller Ausgleich für eine behinderungsbedingte eingeschränkte Erwerbsfähigkeit (siehe näher C.2.1).

Das Pflegegeld soll in Form eines **Beitrags** den **Mehraufwand** an Betreuung und Hilfe **pauschaliert abdecken**, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie ihre Möglichkeit zu verbessern, ein **selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben** führen zu können.⁷

Das Pflegegeld soll dazu beitragen, Pflegeleistungen „zukaufen“ zu können. Für pflegebedürftige Menschen soll dadurch die **Wahlmöglichkeit** zwischen Betreuung und Hilfe in häuslicher Pflege durch den Einkauf von persönlicher Unterstützung bzw Pflege und der stationären Pflege erweitert werden. Pflegebedürftige Menschen sollen möglichst lange in ihrer gewohnten Umgebung verbleiben können, und es soll

⁵ Art 3 Abs 1 f Pflege-Vereinbarung.

⁶ OGH 10 ObS 9/97i; vgl auch 10 ObS 123/13f.

⁷ OGH 10 ObS 123/13f.

gewährleistet werden, dass sie ein weitgehend **selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes, sozial integriertes Leben** führen können.⁸

Der Gesetzgeber hat sohin 1993 – rund 15 Jahre vor Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) – einen für die damalige Zeit sehr fortschrittlichen Ansatz gewählt: Der pflegebedürftige Mensch sollte nicht auf die Inanspruchnahme bestimmter von öffentlicher Seite zur Verfügung gestellter Angebote und Betreuungsformen beschränkt werden, sondern selbstbestimmt durch „Zukauf“ von stationären, ambulanten, mobilen, Diensten ein **bedürfnisorientiertes Leben selbst organisieren können**. Damit wurde das Fürsorgeprinzip durch das Recht auf **Selbstbestimmung** abgelöst.⁹

In diesem Sinne steht das österreichische Pflegegeldsystem in **Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention**, in Österreich in Kraft seit 26. Oktober 2008, nach deren Art 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft) die Mitgliedsstaaten unter anderem gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.

C.2.1 Abgrenzung

Das Pflegegeld ist keine Geldleistung zur Sicherung der wirtschaftliche Existenz¹⁰, zur Unterstützung des **allgemeinen Lebensunterhalts** (Nahrung, Bekleidung, Körperpflege sowie sonstige persönliche Bedürfnisse wie die angemessene soziale und kulturelle Teilhabe) oder zur **Befriedigung des Wohnbedarfs** (Miete, Hausrat, Heizung und Strom, sonstige allgemeine Betriebskosten und Abgaben (vgl § 2 Sozialhilfe-Grundsatzgesetz). Diese Bedarfe sind daher – schon kompetenzrechtlich – strikt vom Pflegebedarf und somit vom Pflegegeldsystem zu trennen.¹¹

⁸ Greifeneder/Liebhart, BPGG⁴ Rz 2.2 ff mwN.

⁹ Voget, 20 Jahre Pflegegeld aus der Sicht des Österr Zivilinvalidenverbandes (ÖZIV), SozSi 6/2013, 311.

¹⁰ OGH 10 ObS 9/97i; Greifeneder/Liebhart, Handbuch Pflegegeld⁴ Rz 2.8.

¹¹ Vgl zur Abgrenzung der Kompetenzbereiche Pflegegeld (Art 10 Abs 1 Z 11 B-VG und Sozialhilfe, Mindestsicherung (Art 12 Abs 1 Z 1 B-VG).

Nicht Teil des Pflegegeldsystems und strikt zu trennen ist daher die **Persönliche Assistenz in sonstigen Lebensbereichen** (zB Arbeit, Bildung, Freizeitgestaltung). Die Zuständigkeit für Persönliche Assistenz ist – im Gegensatz zum Pflegegeldwesen – zwischen Bund und Ländern geteilt. So ist der Bund zuständig für Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz, sowie für Assistenz in Bundesschulen und im Studium. Für die Persönliche Assistenz in anderen Lebensbereichen sind die Länder verantwortlich. Die in den Ländern bestehenden Regelungen sind sehr unterschiedlich, sowohl betreffend den erfassten Personenkreis, die Anspruchsvoraussetzungen, die Organisationsform, die Zielsetzungen, die Höhe der Förderung, etc. **Eine bundeseinheitliche Angleichung der Standards erscheint dringend geboten.**

Der Ausbau sowie die einheitliche Regelung der persönlichen Assistenz ist die unerlässliche Ergänzung zum Pflegegeld, um Betroffene umfassend in die Lage zu versetzen, ihr Leben selbstbestimmter und unabhängiger zu gestalten.

C.3 GRUNDSÄTZE DES PFLEGEgeldSYSTEMS

- Das Pflegegeld ist eine pauschalierte, zweckgebundene Leistung zur Abgeltung von Mehraufwendungen für eine **behinderungsbedingte Pflege**. Es dient **nicht** zur Finanzierung von **Verrichtungen medizinischer Art** wie Krankenbehandlung, Therapie oder medizinische Hauskrankenpflege.¹²
- Das Pflegegeld stellt nur einen **Beitrag zur Abgeltung der pflegebedingten Mehraufwendungen** dar.¹³ Der Gesetzgeber nimmt in Kauf, dass die tatsächlichen pflegebedingten Aufwendungen häufig höher als das bezogene Pflegegeld sein werden.¹⁴ Durch die über viele Jahre mangelnde Valori-

¹² Pfeil, BPGG 80; Pfeil, Neuregelung der Pflegevorsorge 107 f; Gruber/Pallinger, BPGG 6 f; OGH RIS-Justiz RS0106398; 10 ObS 2393/96 a; 10 ObS 2460/96 d; 10 ObS 154/11 m ÖZPR 2012/31, 48.

¹³ EB BPGG 1993, 25 f.

¹⁴ EB BPGG 1993, 25 f; Pfeil, BPGG 36; Pfeil, Probleme des Bundespflegegeldgesetzes, DRdA 1993, 181 ff; Pfeil, Neuregelung der Pflegevorsorge 154 f; Gruber/Pallinger, BPGG § 1 Rz 1; OGH 10 ObS 51/03 b; 10 ObS 148/03 t; 10 ObS 195/03d; 10 ObS 230/03a; 10 ObS 68/05f; 10 ObS 121/07b.

sierung des Pflegegeldes ist diese Differenz jedoch massiv angewachsen (siehe dazu näher D.1).

- Alle Pflegebedürftigen werden **unabhängig von der Art ihrer Behinderung** erfasst (ob körperliche, seelische, geistige(kognitive) oder Sinnesbeeinträchtigungen).
- Die **Ursache** der Pflegebedürftigkeit (altersbedingter Abbau, Unfall, chronische Erkrankung etc) ist **unerheblich**.
- Maßgebend für die Höhe des Pflegegeldes ist **ausschließlich der konkrete Betreuungs- und Hilfsbedarf**. Gleichem Pflegebedarf entsprechen gleiche Leistungen.
- Der Anspruch ist daher sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach davon **unabhängig**, ob die pflegebedürftige Person in einer **Einrichtung der stationären Langzeitpflege** (zB Alten- und Pflegeheim), **der teilstationären Pflege oder zu Hause, ob durch professionelle soziale Dienste oder durch Angehörige** gepflegt wird.¹⁵ Gerade den Angehörigen sollte – was in der politischen Diskussion oft übersehen wird – nicht länger zugemutet werden, bei nicht nur vorübergehender Pflegebedürftigkeit permanent Betreuungs- und Hilfsaufgaben – noch dazu weitgehend unentgeltlich – zu übernehmen.¹⁶
- Ebenso ist eine **aktuelle berufliche Tätigkeit ohne jedwede Auswirkung auf die Einstufung**, egal ob am ersten oder zweiten („geschützten“) Arbeitsmarkt.

C.4 ANSPRUCHSVORAUSSETZUNGEN

Das BPGG differenziert hinsichtlich der Höhe des Pflegegeldes bezogen auf das Ausmaß und die Intensität der Pflege zwischen **sieben Pflegegeldstufen**. Die Ein-

¹⁵ Greifeneder, Frage aus der Praxis: Kann für die Beurteilung der Voraussetzungen für Pflegegeld Stufe 6 relevant sein, ob die erforderliche Pflege zu Hause oder in einem Pflegeheim erbracht wird? ÖZPR 2016/107, 175.

¹⁶ EB BPGG-Nov 1998, 21; Pfeil, BPGG 38.

stufung in diese sieben Stufen kann entweder funktionsbezogen (Regelfall) oder diagnosebezogen erfolgen.

C.4.1 Funktionsbezogene Einstufung

Das BPGG samt EinstV geht grundsätzlich vom Konzept der funktionsbezogenen Beurteilung aus. Die funktionsbezogene Einstufung orientiert sich **am zeitlichen Ausmaß des Unterstützungsbedarfs** im Bereich der **Grundversorgung**. Jeder Pflegegeldstufe ist in § 4 Abs 2 BPGG ein Mindestmaß an zeitlichem Pflegebedarf zugeordnet, für die Stufen 5 bis 7 ist zusätzlich ein bestimmter **qualifizierter Pflegebedarf** gefordert.

Stufe	Voraussetzungen
1	Pflegebedarf mehr als 65 Stunden im Monat
2	Pflegebedarf mehr als 95 Stunden im Monat
3	Pflegebedarf mehr als 120 Stunden im Monat
4	Pflegebedarf mehr als 160 Stunden im Monat
5	Pflegebedarf mehr als 180 Stunden im Monat <u>und</u> außergewöhnlicher Pflegeaufwand
6	Pflegebedarf mehr als 180 Stunden im Monat <u>und</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen bei Tag und Nacht <i>oder</i> 2. Notwendigkeit einer dauernden Anwesenheit einer Pflegeperson bei Tag und Nacht wegen Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung
7	Pflegebedarf mehr als 180 Stunden im Monat <u>und</u> <ol style="list-style-type: none"> 1. keine zielgerichteten Bewegungen der 4 Extremitäten mit funktioneller Umsetzung mehr möglich <i>oder</i> 2. Vorliegen eines gleichzuachtenden Zustands

Tabelle Greifeneder

Nähere Details sowie zeitliche Richt-, Mindest- und Fixwerte für die häufigsten Pflegeverrichtungen werden in der Einstufungsverordnung (EinstV) zum Bundespflegegeldgesetz geregelt. Diese Richt- und Mindestwerte wurden von einer **Experten-**

gruppe, der ua Pflegepersonal, ärztliche Sachverständige und Vertreter von Menschen mit Behinderung angehört, erarbeitet.¹⁷

C.4.2 Diagnosebezogene Mindesteinstufung

Für vier **Gruppen von Personen mit Behinderung mit weitgehend gleichartigem Pflegebedarf** – insoweit also „diagnosebezogen“ – können Mindesteinstufungen in die Stufen 3, 4 oder 5 vorgenommen werden (§ 4a BPGG). Es handelt sich hierbei um die Gruppe von Personen,

- die auf Grund einer Querschnittlähmung, einer beidseitige Beinamputation, einer genetischen Muskeldystrophie, einer Enzephalitis disseminata oder einer infantile Cerebralparese zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhls angewiesen sind, sowie um die Gruppen der
- hochgradig Sehbehinderten,
- Blinden und
- Taubblinden.

Diese diagnosebezogenen Einstufungen sind Mindesteinstufungen, die nicht ausschließen, dass ein höheres Pflegegeld zu leisten ist, wenn nach der funktionsbezogenen Einstufung iSd § 4 BPGG die Voraussetzungen für eine höhere Pflegegeldstufe erfüllt sind. Es ist daher immer bei Vorliegen der Voraussetzungen für eine diagnosebezogene Einstufung zusätzlich vergleichsweise auch eine funktionsbezogene Einstufung vorzunehmen (§ 4a Abs 7 BPGG).¹⁸

¹⁷ Greifeneder/Liebhart, BPGG⁴ Rz 5.68; Fürstl-Grasser/Pallinger, Die neue EinstV zum BPGG samt Erläuterungen, SozSi 1999, 282; Pfeil, BPGG 84 mwN; Pfeil, Neuregelung der Pflegevorsorge 183.

¹⁸ Greifeneder/Liebhart, BPGG⁴ Rz 6.1 ff.

Stufe	Aktive Rollstuhlfahrer	Sehbeeinträchtigte
3	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnose Querschnittlähmung, beidseitige Beinamputation, genetische Muskeldystrophie, Encephalitis disseminata oder infantile Cerebralparese; - Zusätzlich überwiegendes Angewiesensein auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhles zur eigenständigen Lebensführung 	Hochgradig Sehbehindert
4	Zusätzlich zu Stufe 3 oder 4: Stuhl- oder Harninkontinenz bzw Blasen- oder Mastdarmlähmung	Blind
5	Zusätzlich zu Stufe 3: deutlicher Funktionsausfall der oberen Extremitäten	Taubblind

Tabelle Greifeneder

Eine derartige – also vom tatsächlichen Pflegebedarf unabhängige – diagnosebezogene Mindesteinstufung für Personen mit **intellektueller/kognitiver Beeinträchtigung** (auch „*Menschen mit Lernschwierigkeiten*“) besteht nicht.

Eine solche erschiene auch systemwidrig. Denn diese Gruppe von Menschen mit Beeinträchtigung ist in sich viel zu inhomogen, Graduierungen der Beeinträchtigungen und damit verbunden die Auswirkungen auf die Alltagsbewältigung variieren viel zu sehr, um sie gesetzlich als Gruppe von Menschen mit Behinderung mit weitgehend gleichartigem Pflegebedarf darstellen zu können. Zudem ließe sich diese Personengruppe nicht klar definieren bzw abgrenzen.

C.5 EINSTUFUNGSLOGIK

Die Einstufungslogik des Pflegegeldsystems ist grundsätzlich **fähigkeitsorientiert**. Im Vordergrund der Einstufung steht immer die Frage, ob der Betroffene eine konkrete, vom Pflegegeldsystem umfasste Alltagsverrichtung (zB Körperpflege, Mahlzeitzubereitung, An- und Auskleiden) noch gänzlich oder zum Teil selbständig durchführen kann. Aus einer mangelnden oder eingeschränkten Selbstbefähigung, einem Selbstversorgungsdefizit, resultiert aber zwangsläufig – als zweite Seite ein und derselben Medaille – ein Unterstützungsbedarf, dessen selbstbestimmte Beschaffung durch das Pflegegeld ermöglicht bzw unterstützt wird. Zu eben dieser Un-

terstützung verpflichtet die UN-Behindertenkonvention auf, aus dem Umfang dieses Unterstützungsbedarfs resultiert die konkrete Einstufung.

C.6 VERFAHRENSDAUER

Im Jahr 2019 wurden in Österreich insgesamt **202.323 Erst- und Erhöhungsanträge gestellt**. Die Dauer des Einstufungsverfahrens von der Antragstellung bis zur Erlassung des Bescheids beträgt **durchschnittlich 60,5 Tage**¹⁹, dies entspricht den Werten der Vorjahre und der Vorgabe des BMSGPK von zwei Monaten. Eine weitere Verkürzung lässt sich realistischerweise ohne unverhältnismäßigen Aufwand oder Qualitätsverlust nicht bewerkstelligen.

Zudem erfolgt in besonders gelagerten Fällen ein beschleunigtes Verfahren, so bei der Einstufung von Palliativpatienten bzw bei beabsichtigter Inanspruchnahme von Pflegekarenz oder Pflegezeit, wenn das Verfahren auf Gewährung oder Erhöhung des Pflegegeldes noch nicht abgeschlossen ist (Erledigung binnen zwei Wochen gem § 21e Abs 1 BPGG).

¹⁹ Quelle BMSGPK; die – noch nicht bekannten – Zahlen für 2020 wären Covid-19-bedingt nicht repräsentativ. Über die Dauer der sozialgerichtlichen Pflegegeldverfahren sind keine Auswertungen bekannt.

D. SCHWACHSTELLEN DES BESTEHENDEN PFLEGEgeldSYSTEMS - VERBESSERUNGsvORSCHLÄGE

D.1 HÖHE DES PFLEGEgeldES – WERTVERLUST

Seit Einführung des Pflegegeldes mit 1.7.1993 ist mangels entsprechender Valorisierung ein erheblicher Wertverlust eingetreten. Mit Stichtag 30.11.2020 müsste das Pflegegeld über alle Stufen hinweg im Schnitt um 38,78 % erhöht werden, um den Wertverlust auszugleichen.

Pflegegeld - Inflationsabgeltung und Wertverlust (1.7.1993 / 30.11.2020)								
	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	VPI (1986)
Entwicklung bei voller Inflationsabgeltung								
Ausgangswert 01.07.1993	181,68	254,35	392,43	588,65	799,40	1.090,09	1.453,46	
Ausgangswert 01.05.1996 ¹	145,35							
Wert inflationsangepasst 30.11.20	224,42	414,59	639,66	959,50	1.303,02	1.776,85	2.369,14	
Tatsächlicher Wert 30.11.20	160,10	295,20	459,90	689,80	936,90	1.308,30	1.719,30	
Verluste - notwendige Anpassung für Inflationsausgleich								
Verhältnis %	71,34	71,20	71,90	71,89	71,90	73,63	72,57	
Inflationsverlust %	28,66	28,80	28,10	28,11	28,10	26,37	27,43	27,94%
Inflationsverlust EUR/Monat	64,32	119,39	179,76	269,70	366,12	468,55	649,84	
Inflationsverlust EUR/Jahr	771,84	1.432,68	2.157,12	3.236,40	4.393,44	5.622,60	7.798,08	
Notwendige Erhöhung in % ²	40,17	40,44	39,09	39,10	39,08	35,81	37,80	38,78%
¹ Mit 1.5.1996 wurde Pflegegeld Stufe 1 von EUR 191,49 auf EUR 145,35 gekürzt (BGBl 1996/201)								
² Notwendige Erhöhung, um den Wert bei Einführung 1993 wiederherzustellen								

Tabelle Greifeneder

Dieser **Wertverlust beschränkt** die Möglichkeit zum Zukauf von Pflegeleistungen und damit entgegen den Intentionen der UN-Behindertenrechtskonvention indirekt die **Selbstbestimmung** im Sinne einer Wahlmöglichkeit zwischen (mobiler) Betreuung zu Hause und Pflege in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege (Alten-

und Pflegeheim). Denn die Pflege zu Hause ist zunehmend für die Betroffenen nicht mehr finanzierbar, hierzu kommt die finanzielle Ungleichbehandlung durch die Abschaffung des Pflegeregresses ab 1.1.2018 (§ 330a ASVG; BGBl I 2017/125) nur bei Pflege in stationären Einrichtungen. Dies hat den Trend zur – für den Einzelnen leistbareren, für die öffentliche Hand aber teureren – Pflege in Alten- und Pflegeheimen verstärkt, was häufig nicht dem vom Betroffenen bevorzugten Lebensmodell entspricht.

Diese **finanzielle Ungleichbehandlung von Pflege zu Hause** – rund 80 % der Pflegegeldbezieher werden zu Hause gepflegt – gegenüber stationärer Pflege geht häufig zu Lasten der Angehörigenpflege, wobei 73% der pflegenden Angehörigen weiblich sind.²⁰ Dementsprechend stehen für Angehörige, die zu Hause pflegen, finanzielle Aspekte neben einer besseren Unterstützung bei der Bewältigung des Pflegealltags sowie die Möglichkeit, sich eine Auszeit von der Pflege nehmen zu können, im Vordergrund.²¹

Positiv hervorzuheben ist die seit 1.1.2020 nunmehr **jährlich stattfindende Valorisierung** des Pflegegeldes entsprechend dem Anpassungsfaktor für Pensionen (§ 5 Abs 2 BPGG iVm § 108f ASVG). Hierdurch wird ein zukünftiger weiterer Wertverlust verhindert.

Exkurs:

Auch die **Zuschüsse** des Bundes an pflegebedürftige Personen zur Unterstützung der Finanzierung einer **24-Stunden-Betreuung** (§ 21b BPGG) aus dem Unterstützungsfonds für Menschen mit Behinderung (§ 21c BPGG) sind seit 2008 nicht wertangepasst worden. Eine Erhöhung sollte abgestuft erfolgen, abhängig von der Erfüllung bestimmter Qualitätsstandards durch die Vermittlungsagentur.

Ebenso lange wurden die maximal möglichen **Zuwendungen an pflegende Angehörige zur Finanzierung einer Ersatzpflege** (§ 21a BPGG) für Zeiten einer Verhinderung nicht angehoben. Seit 1.1.2017 gebührt jedoch bei Pflege einer demenziell erkrankten oder minderjährigen Person eine Erhöhung der Maximalwerte um EUR 300,--.

²⁰ Nagl-Cupal, Kolland, Zartler, Mayer, Bittner, Koller, Parisot, Stöhr, Angehörigenpflege in Österreich; BMASGK (Hg.) (2018) Universität Wien, 44.

²¹ Nagl-Cupal, Kolland, Zartler, Mayer, Bittner, Koller, Parisot, Stöhr, Angehörigenpflege in Österreich; BMASGK (Hg.) (2018) Universität Wien, 10.

Auch diese nicht erfolgten Wertanpassungen gehen ausschließlich zu Lasten der häuslichen Pflege.

D.2 NICHT (AUSREICHENDE) BERÜCKSICHTIGUNG GEISTIGER (KOGNITIVER), PSYCHISCHER, INSBESONDERE DEMENZIELLER ERKRANKUNGEN

Die am häufigsten geäußerte Kritik am aktuellen Pflegegeldsystem richtet sich gegen die nicht bzw nicht ausreichende Berücksichtigung pflegerischer Erschwernisse aufgrund von geistigen (kognitiven) und/oder psychischen Beeinträchtigungen, insbesondere bei Demenz.²² Die Einstufung stelle zu sehr auf körperliche Funktionseinschränkungen ab.

Eine **Analyse** zeigt, dass dieser – grundsätzlich zutreffende – Befund aber nur sehr eingeschränkt auf die bestehende Rechtslage zurückzuführen ist, die Ursache liegt vielmehr häufig in der oft **mangelhaften Begutachtungspraxis und im Vollzug der Entscheidungsträger**, wie im Folgenden gezeigt wird.

D.2.1 Bestehende rechtliche Vorgaben

D.2.1.1 Gleichwertigkeit geistiger (kognitiver) sowie psychischer Beeinträchtigungen mit körperlichen Beeinträchtigungen

Die **Einstufungslogik** des geltenden Pflegegeldsystems unterscheidet nicht, ob fremde Betreuung und Hilfe auf Grund einer körperlichen, geistigen (kognitiven) oder psychischen Behinderung, oder einer Sinnesbehinderung erforderlich ist. Die **Ursachen** für einen Pflegebedarf sind sohin **gleichwertig**, unabhängig davon, ob diese Einschränkungen angeboren sind oder sich im Laufe des Lebens entwickelt haben. **Entscheidend ist allein** der aus der Behinderung resultierende Pflegebedarf (§ 4 Abs 1 BPGG).

²² Task Force Pflege – Online-Beteiligungsprozess 2020.

D.2.1.2 Bestehende besondere Regelungen für Menschen mit einer geistigen (kognitiven) bzw psychischen Beeinträchtigung.

Zusätzlich bestehen besonders auf geistige (kognitive) und/oder psychische Beeinträchtigungen ausdrücklich abstellende rechtliche Vorgaben:

Gleichstellung von körperlicher Fremdvornahme und geistig/psychischer Unterstützung bei der Selbstvornahme

Kann eine betroffene Person eine pflegegeldrelevante Alltagsverrichtung (Körperpflege, An- und Auskleiden, Mahlzeitzubereitung etc) zwar rein körperlich selbsttätig vornehmen, muss sie aber aufgrund einer geistigen oder psychischen Erkrankung hierbei während der gesamten Verrichtung angeleitet und/oder beaufsichtigt werden (ressourcenorientierte Pflege), so ist der selbe Pflegebedarf wie bei einer (körperlichen) Unterstützung (Fremdvornahme) zu berücksichtigen (§ 4 Abs 1 EinstV). Diese Gleichstellung von körperlicher und geistig/psychischer Beeinträchtigung besteht seit Einführung des Pflegegeldes 1993.

Motivationsgespräche

Können aufgrund einer geistigen oder psychischen Erkrankung pflegegeldrelevante Alltagsverrichtungen nur deshalb selbständig ohne Anwesenheit einer Pflegeperson verrichtet werden, weil zuvor mit der betroffenen Person **planende, strukturierende, motivierende** Gespräche geführt wurden (Erstellung eines Wochenplans, einer Einkaufsliste etc), so ist für derartige Gespräche ein monatlicher Richtwert von 10 Stunden im Zuge der Einstufung zu berücksichtigen (§ 4 Abs 2 EinstV). Diese Regelung wurde 1999 in die Einstufungsverordnung aufgenommen und soll die motivierende bzw planende Unterstützung zur Ermöglichung der Selbstvornahme bei der Einstufung berücksichtigen. Dies spielt insbesondere eine Rolle in besonderen Wohnformen für Personen mit einer geistigen (kognitiven) und/oder psychisch Beeinträchtigung.

Überschreiten von Richt- und Mindestwerten

Aufgrund geistiger (kognitiver) bzw psychischer Einschränkungen können Pflegemaßnahmen wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen (zB die Nahrungseingabe bei Schwerdementen, Körperpflege bei Abwehrverhalten). Dies könnte durch ein Überschreiten der Richt- und Mindestwerte berücksichtigt werden (siehe aber D.4.5).

□ Erschwerniszuschlag

Die zweifellos bedeutendste, einen **Paradigmenwechsel** im österreichischen Pflegegeldwesen darstellende Weiterentwicklung zur Verbesserung der Berücksichtigung von geistigen/psychischen Beeinträchtigungen war die Einführung des Erschwerniszuschlags ab 1.1.2009 (§ 4 Abs 5 und 6 BPGG).²³

Bis dahin fokussierte die Einstufung, konkret der Begriff „Pflegebedarf“ des BPGG im Wesentlichen rein auf die lebensnotwendigen klassischen – körperlichen, zur Hintanhaltung der Verwahrlosung notwendigen – Pflegeverrichtungen, sohin unter Ausklammerung der psychosozialen Betreuung (§ 1 EinstV).²⁴ Mit dem zusätzlich (!) pauschal zu berücksichtigenden Erschwerniszuschlag sollen nunmehr bei Personen mit einer schweren geistigen und/oder psychischen Behinderung, insbesondere einer demenziellen Erkrankung, die daraus resultierenden pfleegerschwerenden Defizite, Verhaltensstörungen, die besondere Intensität der Pflege berücksichtigt werden (§ 4 Abs 5 BPGG). Als derartige pfleegerschwerende Defizite nennt das BPGG ausdrücklich insbesondere Störungen

- der **Orientierung** (insbesondere bei Dementen häufig auftretende massive Fluchttendenzen, Fälle einer Tag-/Nachtumkehr, Orientierungsstörung selbst im eigenen Lebensbereich zu Hause oder im Pflegeheim),
- des **Antriebes** (Überreaktionen bis hin zu Aggressivität oder fehlende Reaktion bis hin zum vollkommenen Rückzug),
- des **Denkens, der planerischen und praktischen Umsetzung von Handlungen** (eingeschränkte Gedächtnisleistung, Konzentration und Auffassungsfähigkeit, logische Abfolgen können nicht entwickelt und erfasst werden),
- der **sozialen Funktion** (Beeinträchtigung der zwischenmenschlichen Beziehungen, zB betreffend Familie, Freundeskreis, Arbeitswelt) und

²³ BGBl I 2008/128.

²⁴ Greifeneder/Liebhart, BPGG⁴ Rz 5.302; OGH 10 Obs 9/97i; 10 Obs 102/98t.

- der **emotionalen Kontrolle** (unangemessene Reaktion auf Situationen, Herausforderungen, Belastungen, äußere Eindrücke) (§ 4 Abs 6 BPGG).

Diese rechtlichen Vorgaben zum Begriff des Erschwerniszuschlags sowie die diesbezüglichen Erläuterungen des Gesetzgebers zeigen, dass damit der bis dahin enge – vorwiegend auf körperliche Unterstützung fokussierende – Begriff des Pflegebedarfs aufgebrochen und um einen Bereich erweitert wurde, den man mit **psychosozialer Unterstützung im sonstigen Alltag außerhalb der klassischen körperlichen Unterstützungsleistungen** (An- und Auskleiden, Körperpflege, Nahrungszubereitung usw) umschreiben könnte.

- Bei einem Pflegebedarf von mehr als 180 Stunden pro Monat finden geistige (kognitive) und/oder psychische Beeinträchtigungen im Rahmen des qualifizierten Pflegebedarfs bei Zuerkennung der Stufen 5 und 6 besondere Berücksichtigung (zB Notwendigkeit einer dauernden Anwesenheit wegen der Wahrscheinlichkeit von Eigen- oder Fremdgefährlichkeit, Vorliegen eines nicht koordinierbaren Pflegebedarfs während des Tages und der Nacht).

Der Erschwerniszuschlag beträgt **25 Stunden pro Monat** (§ 1 Abs 6 EinstV).

D.2.2 Schwachstellen - Verbesserungsvorschläge

D.2.2.1 Höhe des Erschwerniszuschlags

Der Erschwerniszuschlag ist mit einem aktuell **fixen Zeitwert von 25 Stunden** pro Monat **deutlich zu niedrig** veranschlagt, die genannten pflegeerschwerenden Defizite werden in Relation zu rein körperlicher Unterstützung zu wenig gewichtet. Dies zeigt sich insbesondere bei noch körperlich rüstigeren Personen mit geistiger/psychischer Erkrankung, insbesondere Dementen, die gewisse Alltagsverrichtungen noch selbst durchführen können (Toilettengang, Fortbewegung, Nahrungsaufnahme). Obwohl ihre Betreuung insgesamt generell ein hohes Maß an Aufmerksamkeit sowie ein besonderes Maß an Geduld und Einfühlungsvermögen erfordert, was sich in der Praxis als sehr zeitintensiv darstellen kann, wird bei dieser Personengruppe **keine dem Aufwand adäquate Einstufung** erzielt.

LÖSUNGsvORSCHLAG:

- **Der in der Einstufungsverordnung festgelegte fixe Erschwerniszuschlag ist von 25 auf 45 Stunden pro Monat zu erhöhen.**

Mit diesem Wert wäre gewährleistet, dass bei Vorliegen der genannten Erschwernisse aus einer geistig/psychischen, insbesondere demenziellen Erkrankung die Einstufung immer um **zumindest eine Stufe erhöht** werden wird.

Zudem wird dadurch in derartigen Fällen häufiger der Gesamtpflegebedarf über 180 Stunden pro Monat liegen, wodurch der **Zugang zu den Stufen 5 und 6 erleichtert** wird und so zusätzlich der durch diese Gruppe besonders häufig erfüllte qualifizierte Pflegebedarf eines „außergewöhnlichen Pflegebedarfs“ (Stufe 5) sowie einer „unkoordinierbaren Pflege bei Tag und bei Nacht“ bzw der „Notwendigkeit der dauernden Anwesenheit wegen der Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung bei Tag und bei Nacht“ Berücksichtigung finden kann.

D.2.2.2 Mangelnde Anwendung bestehender rechtlicher Vorgaben, mangelhafte Begutachtung

In der Praxis wird der **Erschwerniszuschlag**, insbesondere durch die Sozialversicherungsträger, häufig zu Unrecht nicht berücksichtigt. Dies hat zweierlei Ursachen: Einerseits ist eine groß **Verunsicherung in der Auslegung der Anspruchsvoraussetzungen**, insbesondere des Begriffs der „schweren Verhaltensstörungen“ auf Seiten der Gutachter/innen, aber auch der Entscheidungsorgane zu beobachten. Die näheren Begriffsbestimmungen betreffend die in § 4 Abs 6 BPGG genannten pflegeerschwerenden Defizite, die sich in den Gesetzesmaterialien finden²⁵ scheinen nicht ausreichend bekannt zu sein; während bei Aggressionsneigung aller Art der Erschwerniszuschlag meist berücksichtigt wird, findet dies oft zu Unrecht bei völligem Rückzug, Depression uä nicht statt.

Andererseits liegt die Ursache in der **mangelhaften Begutachtungspraxis**. Die dafür aufgewendete Zeit ist häufig wesentlich zu gering und übersteigt meist nicht 10 -

²⁵ EB zur RV 677 BlgNR 23. GP 9.

20 Minuten. Hiezu kommt, dass die gesetzlichen Vorschriften insbesondere betreffend die Außenanamnese mit den tatsächlich pflegenden Personen (§ 25a BPGG) häufig nicht (ausreichend) beachtet werden. Während körperliche Defizite sich bei der Begutachtung relativ offenkundig zeigen, trifft dies auf geistig/psychische Einschränkungen oft nicht zu, sodass ohne umfangreiche Befragung der tatsächlich Pflegenden im Laufe eines Pflegetages auftretende Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten nicht erkannt und erfasst werden. Gerade bei körperlich eher rüstigen, zB dementen Personen führt dies zu häufig zu Fehleinstufungen, die oft auch mehrere Stufen betrifft.

LÖSUNGsvorschlag:

- **Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen für die Berücksichtigung des Erschwerniszuschlags**
- **Verbesserung der Ausbildung der Gutachter/innen mit Schwerpunkt „geistige/psychische, insbesondere demenzielle Erkrankungen**
- **Schulungs- und Informationsoffensive für bereits tätige Gutachter/innen unter Einbeziehung der chefärztlichen Dienste der Entscheidungsträger**
- **Verbesserung der Gutachtensqualität durch konsequente Umsetzung bereits bestehender (!) Vorschriften, insbesondere einer gründlichen, im Gutachten dokumentierten Außenanamnese mit den tatsächlich im Alltag pflegenden Personen**
- **Verbesserung des in der Frage des Erschwerniszuschlags sehr kurz (oberflächlich) gehaltenen einheitlichen Begutachtungsformulars der Entscheidungsträger.**

Dieser schwierige Themenbereich wird im Begutachtungsformular nur mit der Frage „Pflegeerschwerende Faktoren wegen einer schweren geistigen oder psychischen Erkrankung, welche sich in einer schweren Verhaltensstörung äußern, liegen vor: ja/nein“ angesprochen bzw konkret abgefragt wird. Zu einer einheitlichen Anwendung und detaillierteren Auseinandersetzung mit diesem Thema durch den Gutachter/die Gutachterin würde es beitragen, die vom Gesetzgeber selbst in § 4 Abs 6 BPGG festgelegten maßgeblichen

pflegeerschwerenden Faktoren (Defizite der Orientierung, des Antriebes, des Denkens, der planerischen und praktischen Umsetzung von Handlungen, der sozialen Funktion und der emotionalen Kontrolle) im Gutachten ausdrücklich abzufragen. Erst darauf aufbauend sollte die Frage begründet beantwortet werden, inwieweit daraus eine schwere Verhaltensstörung resultiert.²⁶

D.3 RUHEN DES PFLEGEgeldES – LÜCKE ZU LASTEN PFLE- GENDER ANGEHÖRIGER

Ab dem Tag einer stationärer Aufnahme einer Pflegegeld beziehenden Person in einer **Krankenanstalt oder einer stationären Kur- oder Reha-Einrichtung** tritt ein Ruhen des Pflegegeldbezuges ein. Dem liegt der Gedanke zu Grunde, dass bei allen Arten derartiger stationärer Unterbringung regelmäßig umfassende Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen für Pflegebedürftige gewährleistet sind.²⁷

Über Antrag ist aber **für die Dauer von drei Monaten vom Ruhen abzusehen** und das Pflegegeld weiterzugewähren, wenn pflegebedingte Aufwendungen nachgewiesen werden, die sich aus einem **Dienstverhältnis mit einer Pflegeperson, einem Vertragsverhältnis mit einer „selbständigen“ Pflegeperson oder einem 24-Stunden-Betreuungsverhältnis** ergeben bzw wenn eine Pflegeperson als Begleitperson stationär mit aufgenommen wird (§ 12 Abs 3 BPGG).

Begründet sind diese Ausnahmen einerseits dadurch, dass die Kosten für die Bezahlung einer Pflegeperson schon meist aus (arbeits)vertraglichen Gründen nicht sofort gestoppt werden können bzw eine Lösung des Vertragsverhältnisses bei bloß kurzzeitigen Anstaltsaufenthalten auch nicht zweckmäßig wäre.²⁸

Über die Dauer von drei Monaten hinaus ist das Pflegegeld in derartigen Fällen dann über Antrag weiter zu leisten, wenn damit für den Pflegebedürftigen eine be-

²⁶ Greifeneder/Mayr, Vollzug des Pflegegeldwesens in Österreich, Schwerpunktsetzung Pflegegeldreformgesetz 2012, Gutachten im Auftrag des BMASK aus Anlass des Berichtes an Nationalrat und Bundesrat gem Art 151 Abs 46 Z 5 B-VG, 26 (2014).

²⁷ EB RV 1186 BlgNR 20.GP, 13.

²⁸ EB RV 1186 BlgNR 20. GP, 15.

sondere soziale (wirtschaftliche) Härte vermieden wird (§ 12 Abs 3 Z 1 letzter Satz BPGG).

Aber nicht nur die Auflösung vertraglicher Verpflichtungen mit professionellen Pflege- bzw. Betreuungskräften ist kurzfristig nicht möglich bzw. zweckmäßig, auch **pflegende Angehörige** im erwerbsfähigen Alter, **deren Arbeitskraft erheblich oder zur Gänze durch die Pflege eines nahen Angehörigen in Anspruch genommen wird**, können nicht kurzfristig und bloß vorübergehend lediglich für die Dauer des stationären Aufenthalts des Pflegebedürftigen eine Erwerbstätigkeit aufnehmen. So wie bei vertraglichen Pflege- und Betreuungsverhältnissen weiter Kosten anfallen, so trifft dies auch auf den Lebensunterhalt des pflegenden Angehörigen zu! Und es entspricht – was oft in politischen Diskussionen übersehen wird – voll dem Zweck des Pflegegeldes und dem Willen des Gesetzgebers, beim „Zukauf“ von Pflege- und Betreuungsleistungen selbstbestimmt zwischen Leistungen der stationären Langzeitpflege, der professionellen mobilen Dienste oder der Unterstützung durch Angehörige wählen zu können. Auch pflegende Angehörige sollten nicht länger Pflege unentgeltlich erbringen müssen.²⁹

LÖSUNGsvORSCHLAG:

Es drängt sich daher im Sinne einer Stärkung, Wertschätzung und Gleichbehandlung der Angehörigenpflege mit der professionellen Pflege geradezu auf, insbesondere bei Pflege durch Angehörige, die in der Pensionsversicherung wegen erheblicher oder gänzlicher Inanspruchnahme ihrer Arbeitskraft beitragsfrei **selbst- oder weiterversichert sind**, eine **weitere Ausnahme vom Ruhen des Pflegegeldes zu schaffen**.³⁰

²⁹ Pfeil, BPGG 38; Greifeneder/Liebhart, Handbuch Pflegegeld⁴ Rz 2.12; siehe auch Einkommenssteuerbefreiung, LStR 2020 Rn 662a.

³⁰ Greifeneder, Ruhen des Pflegegeldes – Erweiterung der Ausnahmetatbestände zu Gunsten pflegender Angehöriger ist dringend geboten, ÖZPR 2021/9, 17.

D.4 EINSTUFUNGSPROZEDERE – MÄNGEL IM BEGUTACHTUNGSVERFAHREN

Eine weiters sehr häufig geäußerte Kritik richtet sich gegen die **mangelhafte Erhebung des Pflegebedarfs** im Rahmen der Begutachtung. Dies ist durch verschiedene Faktoren bedingt. Hervorzuheben sind als Ursachen

- das **mangelhafte Wissen** (die mangelhafte Ausbildung) **der Gutachter/innen** betreffend die rechtlichen Grundprinzipien der Einstufung,
- die nur **oberflächliche, oft missverständliche Befragung der Pflegebedürftigen sowie der tatsächlich Pflegenden**,
- die **mangelhafte Miteinbeziehung des Wissens der tatsächlich pflegenden Personen** sowie
- die oft nur **oberflächliche Berücksichtigung vorhandener Dokumentationen**.

Einstufungen werden dadurch oft primär aufgrund des äußeren körperlichen Eindrucks erfolgen bzw. im stationären Bereich aufgrund der Pflegeplanung. Dies geht im Besonderen zu Lasten der häuslichen Pflege.

Bestätigt wird dieser Befund durch die **außerordentlich hohe Quote von sozialgerichtlichen Verfahren, die mit einer höheren Pflegegeldstufe abgeschlossen werden**.

Besonders zu denken muss hierbei die Tatsache geben, dass trotz der seit 2015 bestehenden verpflichtenden Gutachterausbildung diese hohe Quote weiterhin unverändert ist! Seit 2015 haben Gutachter/innen verpflichtend einen Zertifizierungslehrgang bei der von Sozialversicherungsträgern betriebenen Österreichischen Akademie für ärztliche und pflegerische Begutachtung (ÖBAK) zu absolvieren. Die Statistik bestätigt den von Praktiker/innen und Betroffenen gewonnen Eindruck, dass hierdurch bislang keine Verbesserung in der Einstufungsqualität eingetreten ist. Eine **Evaluierung und Verbesserung der Ausbildung** erscheint daher nach sechs Jahren unbedingt geboten.

Erfolgreich abgeschlossene Pflegegeldklagen ¹									
					ÖBAK				
Jahr	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Stattgebungen	6,86	6,35	6,79	5,70	5,96	5,95	5,85	5,73	5,21
Vergleiche	48,75	47,67	47,27	47,32	47,74	49,78	49,65	49,24	48,86
Positiver Verfahrensausgang Gesamt	55,61	54,02	54,06	53,02	53,70	55,73	55,50	54,97	54,07

¹ Quelle Zahlenmaterial: Pflegevorsorgebericht 2019 des BMSGPK
Tabelle Greifeneder

D.4.1 Unzureichende Befragung der tatsächlich Pflegenden als Ursache für Fehleinstufungen (Außenanamnese)

Die Befragung der tatsächlich Pflegenden ist ein zweifellos **besonders wichtiger, unverzichtbarer Faktor einer korrekten Einstufung**. Keine begutachtende Person, egal ob Arzt oder Pflegefachkraft, kann die hilfsbedürftige Person bei allen lebenswichtigen Verrichtungen im Laufe von 24 Stunden selbst beobachten. Die eigenen Auskünfte der Pflegebedürftigen, insbesondere älterer Menschen, erst recht wenn eine geistige oder psychische, oft demenzielle Erkrankung hinzutritt, ist häufig eine sehr eingeschränkte Erkenntnisquelle: Selbstversorgungsdefizite werden teils nicht mehr erkannt, teils aus Scham oft sich selbst nicht eingestanden bzw anderen gegenüber geleugnet, die Personen versuchen sich insgesamt sehr häufig in der Begutachtungssituation besonders gut zu präsentieren, was im Rahmen einer zeitlichen kurzen Begutachtung sehr häufig auch gut gelingt. **Eine umfassende – in der Praxis aber häufig zeitaufwendige – Außenanamnese** mit den tatsächlich Pflegenden ist daher der Schlüssel für eine korrekte Erfassung des gesamten Pflegebedarfs.

Tatsächlich findet eine derartige umfassende Außenanamnese insbesondere bei im häuslichen Bereich gepflegten Personen **nicht bzw sehr häufig unzureichend** statt.

Auch hier zeigt sich klar, dass die diesbezüglichen Verpflichtungen der begutachtenden Personen rechtlich bereits ausdrücklich geregelt wären, in der Praxis aber nicht (ausreichend) Anwendung finden:

- Bei der Begutachtung von Pflegebedürftigen in **stationären Einrichtungen** (Pflegeheim, Sanatorium) sind vom Pflegepersonal Informationen einzuholen, die vorhandenen Dokumentationen zu berücksichtigen und im Sachverständigengutachten anzuführen (§ 25a Abs 2 BPGG; 23 Abs 2 Richtlinien für die einheitliche Anwendung des Bundespflegegeldgesetzes 2012 [RPGG]³¹).
- Bei Pflegebedürftigen, die durch **ambulante Dienste** betreut werden, haben die Vertrauensärzte die Pflegedokumentationen dieser Dienste nachzufragen und zu berücksichtigen und im Sachverständigengutachten anzuführen (§ 25a Abs 3 BPGG; § 24 RPGG).
- Auf Wunsch des Pflegebedürftigen oder seines gesetzlichen Vertreters ist bei der Untersuchung die Anwesenheit und Anhörung von **Vertrauensperson** (zB Angehöriger) zu ermöglichen. Deren Angaben sind in angemessener Weise vom Sachverständigen im Sinne der Außenanamnese zu erheben und im Gutachten anzuführen (§ 25a Abs 1 BPGG; § 29 Z 3 RPGG).
- Bei von **24-Stunden-Betreuungskräften** betreuten pflegebedürftigen Personen, sind bei der Begutachtung von diesen Informationen zur Beurteilung der konkreten Pflegesituation einzuholen und zur Verfügung gestellte Betreuungsdokumentationen und Haushaltsbücher zu berücksichtigen (§ 25a Abs 4 BPGG).

Auch im **standardisierten Begutachtungsbogen** der Sozialversicherungsträger sind die Außenanamnese sowie der wesentliche Inhalt von Dokumentationen ausdrücklich abzuarbeiten.

Die aufgezeigten Mängel liegen daher im mangelhaften Vollzug dieser rechtlichen bereits bestehenden Vorgaben betreffend die Anamneseerhebung. Dringend zu verbessern ist daher die tatsächliche Erhebung des Pflegebedarfs vor Ort, sohin die eigentliche Begutachtungssituation. In der Ausbildung der Gutachter ist dem besonderes Augenmerk zu schenken.

D.4.2 Mangelnde für die Begutachtung aufgewendete Zeit – Honorierung der Gutachter/innen.

Egal ob im häuslichen oder stationären Bereich, übereinstimmend wird die geringe von der begutachtenden Person **aufgewendete Zeit als Hauptursache für eine mangelhafte Anamnese**, insbesondere Außenanamnese gesehen.

³¹ AVSV_2012_0084.pdfsig (bka.gv.at).

Eine qualitätsvolle Begutachtung erfordert gerade im Umgang mit alten Menschen, Personen mit Behinderung und deren meist ebenfalls nicht „rechtskundigen“ pflegenden Angehörigen ausreichend Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen. Der Faktor Zeit ist hier neben der ausreichenden Sachkunde der begutachtenden Person entscheidend. Die derzeitige Honorierung der für die Sozialversicherungsträger tätigen Gutachter/innen und Gutachter ist wesentliche Ursache dafür, dass die für eine umfassende und von Empathie getragene Begutachtung notwendige Zeit nicht aufgebracht wird bzw verlangt werden kann (Die aktuellen Tarife 2021: Gutachtenserstattung samt Hausbesuch: Arzt EUR 98,--; Pflegefachkraft EUR 78,--; Zuschlag Kinderbegutachtung EUR 35,--, je zzgl Fahrtkosten).

D.4.3 Mangelhafte Anamnese in Folge Überforderung Pflegebedürftiger und pflegender Angehöriger

Sowohl hinsichtlich des zu erwartenden Verfahrensablaufs als auch hinsichtlich der vorzubereitenden Informationen (was ist wichtig für die Einstufung, was kann bzw kann nicht berücksichtigt werden), wünschen sich viele Betroffene eine sprachlich als auch vom Zugang her **niederschwellige Information im Zusammenhang mit einer Antragstellung**.

Pflegebedürftige selbst wie pflegende Angehörige sind häufig in der Begutachtungssituation von Art und Inhalt der Befragung überrascht und insbesondere unter Zeitdruck überfordert. Mangels Kenntnis der entscheidungsrelevanten Faktoren können zudem bei unzureichender Befragung nicht von sich aus entscheidungsrelevante Hinweise gegeben werden.

Beispiel 1:

Knapp befragt durch den Gutachter, wie es mit der Zubereitung von Mahlzeiten aussehe, gibt ein älterer alleine lebender Mann an, „noch selbst zu kochen“. Ein Pflegebedarf wird nicht berücksichtigt.

Im Zuge einer neuerlichen Begutachtung richtig näher befragt, ob er sich noch selbst täglich eine warme ausgewogene Mahlzeit aus frischen Produkten (zB Fleisch, Zuspese, Salat, also eine ausgewogene Hausmannskost) zubereiten könne, verneint er dies für den Gutachter nachvollziehbar und erzählt, sich nur „kleine Speisen“ wie Würstel, Eierspeise oder Toast selbst zubereiten zu können, zumeist aber müsse er sich ohnedies nur mehr das aufwärmen, was seine Tochter vorgekocht hat und vorbeibringt. Bei der Erstbegutachtung hat der Betroffene dies als

„Zubereitung von Mahlzeiten“ verstanden. Richtig ist ein Pflegebedarf von 30 Stunden pro Monat ist zu berücksichtigen.

Beispiel 2:

Eine ältere Dame, die ihren schwer dementen Gatten zu Hause betreut, wird gefragt, wie es bei ihrem Gatten mit der Einnahme von Mahlzeiten aussehe. Ihre Antwort, „Essen tue er noch selbst“. Ein Pflegebedarf wird nicht berücksichtigt.

Im Zuge einer neuerlichen Begutachtung antwortet sie in gleicher Weise. Der Gutachter hakt aber auf Grund der demenziellen Erkrankung nach, ob der Gatte selbständig esse, also alleine gelassen werden könnte, oder ob sie während des Essens anwesend sein müsse, um ihren Gatten zu beaufsichtigen bzw anzuleiten. Detailreich schildert sie hierauf, dass ihr Gatte da wohl verhungern würde, würde sie ihn nicht alle paar Bissen erinnern weiter zu essen, er gleite permanent ab, er würde aufstehen und weggehen, vergessen weiterzuessen usw. Ein Mindestpflegebedarf von 30 Stunden pro Monat ist zu berücksichtigen.

D.4.4 Mangelnde Qualitätssicherung in der Begutachtung

Viele Gutachter/innen bemängeln in Gesprächen das kaum vorhandene bis gänzlich fehlende Feedback von Seiten der Sozialversicherungsträger bzw deren chefärztlichen Dienste auf ihre Tätigkeit bzw allfällige Mängel. So gäbe es keine Information, ob gegen eine auf ihrem Gutachten basierende Einstufung Klage beim Sozialgericht erhoben wurde und inwieweit die/der gerichtlich bestellte Sachverständige zu einem abweichenden Ergebnis gelangt ist.

LÖSUNGSVORSCHLAG ZU DEN PUNKTEN D.4.1 BIS D.4.4:

- **Übermittlung eines detaillierten Fragebogens zu einstufigsrelevanten Faktoren vor der Begutachtung zu deren Vorbereitung.**

Dieser soll ohne „Stress“ von der pflegebedürftigen Person, unterstützt von tatsächlich Pflegenden (Angehörigen, professionell Pflegenden) – allenfalls beraten durch Senioren- und Behindertenverbände, Peers, etc – ausgefüllt werden können und der begutachtenden Person vor der Begutachtung als Vorinformation und „Orientierungshilfe“ zur Verfügung gestellt und verpflichtend zum Gutachten genommen werden.

Dieser Fragebogen ist **allgemeinverständlich** in einfacher, Missverständnisse möglichst vermeidender Sprache abzufassen (zB nicht „Kann der Pflegebedürf-

tige selber kochen?“, sondern „Kann der Pflegebedürftige sich täglich eine warme ausgewogene Mahlzeit (Hausmannskost) aus Frischprodukten zubereiten?“).

- **Erweiterung (Konkretisierung) des Begutachtungsformulars, das die Gutachter/innen bei der vollständigen Abarbeitung einstufigsrelevanter Faktoren leitet.**
- **Erstellung eines digitalen Begutachtungsbogens, hinterlegt mit kurzer rechtlicher Information für die begutachtende Person zu den einzelnen abzufragenden typischen Pflegeverrichtungen.**

Unter Bedachtnahme auf die große Anzahl von externen, nicht hauptberuflich tätigen Gutachtern/innen wäre die Zurverfügungstellung eines digitalen, mit Fachinformationen hinterlegten **Begutachtungsformulars** ein weiterer einfach realisierbarer, bisher ungenutzter Beitrag zur Wissensvermittlung und damit zu einer einheitlichen, qualitätvollen Begutachtung.

- **Konsequente Kontrolle der Einhaltung der rechtlichen Vorgaben betreffend Außenanamnese durch den chefärztlichen Dienst.**
- **Vermerk im Gutachten von Beginn und Ende der Begutachtung.**
- **Verbesserung der Ausbildung der Gutachter/innen. Der Vermittlung der rechtlichen Voraussetzungen der Einstufung (BPGG, EinstV, Konsensuspapier, wichtige Rechtsprechung) wird aktuell eine viel zu geringe Bedeutung beigemessen.**

Aber nur wer auch weiß, worauf es rechtlich bei der Einstufung im Detail ankommt, kann an Pflegebedürftige und Pflegenden die richtigen, Missverständnisse möglichst vermeidende Fragen stellen und im Gutachten die entscheidenden Antworten geben. Ein besonderer Schwerpunkt ist hierbei auf die in der Praxis immer wiederkehrenden Fehler bzw. Mängel zu legen, die in den sozialgerichtlichen Verfahren so häufig zu abweichenden Einstufungen führen.

- **Verbesserung der Qualitätssicherung im Begutachtungswesen.** Gutachter/innen klagen häufig über ein **mangelndes bis nicht stattfindendes Feedback** betreffend ihre Tätigkeit. Bei rund 200.000 Pflegegeldverfahren pro Jahr ist ein derartiges individuelles Feedback nur in besonderen Einzelfällen möglich.

Umso wichtiger wäre es, Erkenntnisse der Oberbegutachtung über häufig wahrgenommenen Fehler bzw. Missverständnisse, sowie insbesondere auch

über die häufigsten Ursachen für oft massive Abweichungen zwischen Anstaltsgutachten und Gerichtsgutachten, sowie über neuere Rechtsprechung, bspw per Newsletter mehrmals jährlich zu informieren.

D.4.5 Nichtberücksichtigung des Überschreitens von Richt- und Mindestwerten

Die Einstufungsverordnung zum BPGG regelt nähere Details der Einstufung und legt für die wichtigsten Betreuungsleistungen Richt- oder Mindestwerte fest. Diese sind eine Orientierungshilfe für den Regelfall, sie können aber im Falle einer erheblichen Abweichung über- oder unterschritten werden.

Eine Überschreitung ist zu berücksichtigen, wenn der tatsächliche Aufwand den Richt- oder Mindestwert um annähernd die Hälfte überschreitet. Dieser Grundsatz **findet in der Praxis** – zum Unterschied zu Unterschreitungen – **de facto nicht statt**.

Im einheitlich von den Entscheidungsträgern verwendeten Gutachtensformular ist diese Möglichkeit des Über- oder Unterschreitens der Richt- und Mindestwerte ausdrücklich vorgesehen, die Möglichkeit von Überschreitungen – im Unterschied zu Unterschreitungen – wird **de facto** nicht genutzt bzw erfolgt eine Außenanamnese zu diesem Aspekt erst gar nicht.

Beispiel 1:

Die Eingabe aller Mahlzeiten und Getränke im Laufe eines Tages kann bspw bei einer dementen Person sehr zeitaufwendig sein. Mit dem vorgegebenen Mindestwert von einer Stunde pro Tag (30 Stunden/Monat) kann dabei oft nicht das Auslangen gefunden werden. Obwohl der tatsächliche Zeitaufwand um zumindest die Hälfte überschritten wird, wird diese Überschreitung nicht berücksichtigt, zumal die Pflegeperson in der Praxis **de facto** zum tatsächlichen Aufwand erst gar nicht befragt wird.

Beispiel 2:

Einer körperlich wie kognitiv beeinträchtigten, betagten Pflegebedürftigen müssen insgesamt 10 verschiedene Medikamente zu vier verschiedenen Tageszeiten eingegeben werden. Der Gutachter berücksichtigt den dafür vorgesehenen Richtwert von nur 6 Minuten pro Tag (3 Stunden/Monat). Obwohl dieser Wert nur ein Richtwert ist, also eine Orientierungshilfe, die bei erheblicher Abweichung überschritten werden könnte, erfragt der Gutachter nicht den tatsächlichen zeitlichen Aufwand. Im Zuge einer neuerlichen Begutachtung wird der konkrete Aufwand vom Pflegeperso-

nal erfragt, der Gutachter prüft die Nachvollziehbarkeit dieser Angaben, ein Zeitwert von 15 Minuten pro Tag (7,5 Stunden/Monat) wird berücksichtigt, weil der Richtwert erheblich (50 % oder mehr) überschritten wird.³²

LÖSUNGsvORSCHLAG:

- **Verbesserung der Ausbildung der Gutachter/innen durch Schwerpunktsetzung auf diese häufig auftretenden Fehler.**

D.5 NICHTBERÜCKSICHTIGUNG RESOURCENERHALTENDER ODER VERBESSERNDER BETREUUNG

Aktuell orientiert sich der berücksichtigbare Pflegebedarf vorwiegend am Unterstützungsbedarf, welcher aus einer mangelnden oder eingeschränkten Selbstbefähigung, einem Selbstversorgungsdefizit, resultiert (siehe C.5).

Nicht berücksichtigbar ist die Unterstützung zur **Erhaltung, Verbesserung oder Wiederherstellung von Fähigkeiten**, die letztlich die Selbständigkeit erhalten, verbessern oder wiederherstellen. Im Gegenteil, die dadurch erzielte Verbesserung im Sinne einer Verringerung des Selbstversorgungsdefizits und damit des Pflegebedarfs (zB durch Wiedererlangung der Mobilität) kann zu einer Herabstufung des Pflegegeldes führen (§ 9 Abs 4 BPGG).

Nicht berücksichtigbar ist/sind aktuell beispielsweise

- die Unterstützung bei täglichen Übungen zur Wiedererlangung bzw Besserung der Mobilität (Gehfähigkeit, Treppentraining, Transferübungen etc),
- die Unterstützung durch Angehörige bei der Absolvierung von therapeutischen Übungen in Folge neurologischer Erkrankungen, die therapeutischer oder ärztlicherseits angeordnet wurden (zB Bobath-Therapie),
- physiotherapeutische Übungen bei körperlichen Gebrechen,

³² Diese Vorgangsweise hat der OGH erst jüngst in der Entscheidung 10 ObS 67/17a nachdrücklich eingemahnt, ÖZPR 2018/29, 47 (Greifeneder).

- Gedächtnistraining etc.

LÖSUNGsvORSCHLAG:

- **Aufnahme von therapeutischer Unterstützung, die typischerweise – allenfalls nach entsprechender Einschulung – von nichtmedizinisch geschultem Personal erbracht werden kann, in den Katalog des berücksichtigbaren Pflegebedarfs der Einstufungsverordnung sowie der Kinder-Einstufungsverordnung.**

D.6 VERSTÄRKTER EINSATZ VON GESUNDHEITS- UND KRANKENPFLEGEPERSONEN ALS SACHVERSTÄNDIGE

Seit 1.1. 2012 kann der Neubemessung des Pflegegeldes (also bei allen Erhöhungsanträgen) auch ein Sachverständigengutachten von **Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege** zugrunde gelegt werden (§ 8 EinstV).³³

Entsprechend der Erlasslage des BMSGPK soll dies auch bei Erhöhungsanträgen ab der Stufe 1 tatsächlich durch die Entscheidungsträger umgesetzt werden. Ausgenommen von der Begutachtung durch diplomierte Pflegefachkräfte sind nur diagnosebezogene Mindesteinstufungen und Begutachtungen von Kindern und Jugendlichen.

Im **sozialgerichtlichen Verfahren bestehen keinerlei Einschränkungen** betreffend den Einsatz von diplomierten Pflegefachkräften als Gutachter/innen.

Die Praxis zeigt, dass sich – dort wo er tatsächlich umgesetzt wird – der Einsatz von diplomierten Pflegefachkräften als Gutachter/innen, evaluiert durch das BMSGPK, bewährt hat. Insbesondere bei der Beurteilung und Erhebung des Pflegebedarfs von Menschen mit geistigen und/oder psychischen Erkrankungen, bspw bei demenziell Erkrankten, bewährt sich in der Praxis die eigene berufliche Erfahrung in Umgang und Alltag mit diesen Menschen in besonderem Maße.

³³ BGBl 2011/453.

Tatsächlich scheint diese Möglichkeit der Einstufungsverordnung und Vorgabe seitens des BMSGPK von den einzelnen Entscheidungsträgern nur sehr zögerlich und regional sehr verschieden umgesetzt zu werden.

LÖSUNGSVORSCHLAG:

Nachdem die Entscheidungsträger im übertragenen Wirkungsbereich nach Weisungen des BMSGPK tätig sind (§ 34 BPGG), sollte die tatsächliche, österreichweit lückenlose Umsetzung der diesbezüglich bestehenden Erlasse des BMSGPK einer **Evaluierung unterzogen werden**. Dies ist an Hand der bestehenden Pflegegelddatenbank jederzeit möglich.

D.7 VERBESSERTER INFORMATION ÜBER DIE KLAGSMÖGLICHKEIT – ÜBERWINDUNG VOR ÄNGSTEN

Pflegefachkräfte, Interessensvertretungen Betroffener, Peers berichten, dass viele Menschen sich scheuen, eine Klage beim Sozialgericht einzubringen, obwohl sie mit der Einstufung nicht zufrieden sind bzw diese als zu niedrig empfinden.

Ungeachtet der hohen Erfolgsaussichten (siehe D.4) und des sehr einfach, niederschwellig gestalteten Verfahrens (formlose Klage, kein Vertretungszwang, amtswegige Verfahrensführung, gerichtliche Anleitungspflicht, keine Gefahr der Verschlechterung der Einstufung, neue Begutachtung durch unabhängige Sachverständige, keinerlei Verfahrenskosten, Vertretungsmöglichkeiten durch Interessensvertretungen) bestehen häufig unbegründete, ja irrationale Ängste. Dies ist meist zurückzuführen auf mangelnde Informationen, was die Betroffenen oder deren vertretende Angehörige in einem solchen Verfahren erwartet. Auch über Vertretungsmöglichkeiten durch Interessensvertretungen wissen sie oftmals wenig Bescheid. Trotz zweifellos bestehender Informationsangebote sind Betroffene oder Angehörige oft nicht in der Lage, diese entsprechend zu nutzen. Häufig haben sie dazu auch nicht mehr die Kraft, sich Informationen zu beschaffen, sie resignieren.

LÖSUNGSVORSCHLAG:

Jedem Bescheid ist aktuell eine juristisch exakte Rechtsmittelbelehrung in einfacher Sprache angeschlossen. **Zusätzlich sollte einem solchen Bescheid ein Informationsschreiben angeschlossen werden**, mit dem den Betroffenen in einfacher Sprache die Möglichkeit der Klagsführung erklärt wird, vor allem, wie ein solches Verfahren abläuft, wie eine Klage eingebracht werden kann, was auf die Betroffene

nem in diesem Verfahren vom Ablauf her zukommt, dass ungeachtet der Klage das im Bescheid zugesprochene Pflegegeld bereits zur Auszahlung gelangt (keine Verzögerung im Leistungsbezug), dass jedenfalls die im Bescheid zuerkannte Pflegegeldstufe auch im gerichtlichen Verfahren wieder zuerkannt wird (Verschlechterungsverbot), dass eine neuerliche Begutachtung durch einen unabhängigen Gutachter erfolgt, damit keinerlei Kosten verbunden sind, etc.

Ein solches Schreiben sollte unter **Einbeziehung von Peers** erstellt werden, weil sie am besten einschätzen können, welche Ängste von der Klagsführung abhalten und welche Informationen geeignet sein können, diese Ängste zu überwinden.

D.8 EINSTUFUNG VON KINDERN UND JUGENDLICHEN BIS ZUM VOLLENDETEN 15. LEBENSJAHR

D.8.1 System

Mit der BPGG-Novelle 2001³⁴ wurde die bis dahin bestehende Mindestaltersgrenze von 3 Jahren beseitigt.³⁵ Bei Erfüllung der sonstigen Anspruchsvoraussetzungen kann daher Pflegegeld funktionsbezogen ab der Geburt bezogen werden. Es gelten auch dieselben allgemeinen Grundsätze wie für Personen ab dem vollenden 15 Lebensjahr.

Bei der Einstufung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ist nur der Pflegemehrbedarf für die Einstufung maßgeblich, der über jenen eines gesunden Kindes im gleichen Alter hinausgeht → Differenzbedarf (§ 4 Abs 3 BPGG).³⁶

³⁴ BGBl I 2001/69.

³⁵ Nachdem bereits mit der Nov BGBl 1996/201 dies durch eine Härteklausele gelockert wurde.

³⁶ Näher *Greifeneder/Liebhart*, BPGG⁴ Rz 7.15 ff, 7.37 ff.

Seit 1. 9. 2016 regelt zudem erstmals eine eigene **Kinder-Einstufungsverordnung** (Kinder-EinstV)³⁷ die Einstufung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr.

D.8.2 Probleme im Vollzug, insbesondere der Begutachtungspraxis

D.8.2.1 Nichtberücksichtigung des Überschreitens von Differenz-Richt- und Mindestwerten

Mit der Kindereinstufungsverordnung 2016 wurden **(Differenz-)Mindest- und Richtwerte** für die gängigsten Pflegeleistungen festgelegt. Aufgrund der Verschiedenartigkeit der Beeinträchtigungen variiert aber der von den Eltern tatsächlich zu leistende Mehraufwand jedoch stark und überschreitet die festgelegten Richt- und Mindestwerte oft um das Vielfache.

Wie bei Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr schreibt daher auch die Kinder-EinstV ausdrücklich vor, dass diese Zeitwerte zu **überschreiten** sind, wenn der tatsächliche Mehraufwand **um annähernd die Hälfte höher** ist. Gerade bei schwerstbeeinträchtigten Kindern ist dies häufig der Fall.

Ungeachtet dieser ausdrücklichen rechtlichen Anordnung **findet dies de facto in der Einstufungspraxis nicht statt**. Fehleinstufungen von mehreren Stufen sind nicht selten der Fall. Dies ist umso mehr zu kritisieren, weil eben konkret diese gesetzwidrige Praxis 2016 – damals zum Teil beruhend auf einer gesetzwidrigen Vorgabe seitens des BMASK³⁸ – der Anlass für die Schaffung einer eigenen Kinder-EinstV mit entsprechenden Klarstellungen war.³⁹

Siehe zur gleichen Problematik des (Nicht-)Überschreitens von Richt- und Mindestwerten bei älteren Personen bereits oben D.4.5.

³⁷ BGBl II 2016/236.

³⁸ OLG Linz 11 Rs 109/15a, *Greifeneder*, Pflegegeldeinstufung von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr, ÖZPR 2012/56.

³⁹ OLG Linz 11 Rs 109/15a, daran anknüpfend *Rudda*, Ermittlung des Pflegebedarfs von Kindern (Differenzrechnung), ÖZPR 2016/8; *Greifeneder*, Pflegegeldeinstufung-NEU für Kinder und Jugendliche, ÖZPR 2016/85.

D.8.3 Nichtberücksichtigung des Erschwerniszuschlags.

Auch für die Gruppe von Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 15. Lebensjahr mit schwerster Behinderung wurde ab 1.1.2009 mit dem pauschalen **Erschwerniszuschlag** eine neue zusätzliche **übergreifende Pflegeleistung** geschaffen, die erhebliche Pflegeerschwernisse abgilt, welche durch eine Schwerstbehinderung iSd § 4 Abs 4 BPGG bedingt sind und bis dahin bei der rein funktionsbezogenen Einstufung noch nicht berücksichtigt werden konnten.

Mit der Novelle zur EinstV 2008 wurden in § 1 Abs 5 EinstV auf einen Monat bezogene fixe Zeitwerte als Erschwerniszuschlag festgelegt und diese in § 8 Kinder-EinstV übernommen. Dieser betragen bis zum vollendeten 7. Lebensjahr 50 Stunden und ab dem vollendeten 7. Lebensjahr bis zum vollendeten 15. Lebensjahr 75 Stunden.

In der Praxis wird der **Erschwerniszuschlag**, insbesondere durch die Sozialversicherungsträger, häufig zu Unrecht nicht berücksichtigt. Die Ursache liegt – wie bei den über 15-jährigen einerseits in einer großen **Verunsicherung in der Auslegung der Anspruchsvoraussetzungen**, insbesondere des Begriffs „zwei voneinander unabhängige schwere Funktionsstörungen“, andererseits in der **mangelhaften Begutachtungspraxis**. Siehe dazu auch bereits D.2.2.2; D.4 ff.

LÖSUNGsvORSCHLAG:

- **Konkretisierung der Anspruchsvoraussetzungen für die Berücksichtigung des Erschwerniszuschlags**
- **Schaffung eines eigenen Ausbildungsmoduls betreffend die Einstufung bzw Begutachtung von Kindern und Jugendlichen!**
- **Schulungs- und Informationsoffensive für bereits tätige Gutachter/innen unter Einbeziehung der chefärztlichen Dienste der Entscheidungsträger.**
- **Verbesserung der Gutachtensqualität durch konsequente Umsetzung bereits bestehender (!) Vorschriften, insbesondere einer gründlichen, im Gutachten dokumentierten Außenanamnese zum tatsächlich zeitlich gegebenen Mehraufwand.**

Dr. Martin Greifeneder