

---

Univ.Klinik für Innere Medizin I  
Währinger Gürtel 18-20  
1090 Wien  
T: +43 (1) 40400 DW 27520  
M: office@palliativ.at  
www.palliativ.at

Hauptstelle  
Friedrich Hillegeist-Straße 1  
1021 Wien  
T: +43 (0) 50303-28850  
M: pva@pensionsversicherung.at  
www.pensionsversicherung.at

---

## Leitfaden zur Handhabung des Palliativbeiblatts zum Pflegegeldantrag

---

Das Palliativbeiblatt wurde von der OPG in Kooperation mit der PVA entwickelt, um PalliativpatientInnen, die sich in einem schlechten Allgemeinzustand bzw. in der Finalphase ihres Lebens befinden, einen schnelleren Zugang zum Pflegegeld zu ermöglichen. Es sollte daher nur in berechtigten und dringenden Fällen ausgefüllt werden und nicht automatisch bei allen PatientInnen, die von einer Palliativeinheit betreut werden.

Da die PVA das Ausfüllen des Palliativbeiblattes erst ab Pflegestufe 4 für notwendig erachtet <sup>1)</sup>, ist es sinnvoll, sich grundsätzlich mit den möglichen Einstufungen des Pflegegeldes auseinanderzusetzen und sich Kenntnisse zu diesem Thema anzueignen <sup>2)</sup>.

---

ad 1) *In Ausnahmefällen kann es jedoch durchaus sinnvoll sein, bei einer niedrigeren Pflegegeldstufe das Beiblatt mitzuschicken. Gerade bei jüngeren PatientInnen, die anfänglich noch recht selbständig und mobil sind, bei denen allerdings mit einer rapiden AZ Verschlechterung zu rechnen ist, kann das Beiblatt durchaus gerechtfertigt sein. Dies ist individuell einzuschätzen und sollte jedenfalls gut begründet sein.*

ad 2) **Buchempfehlungen**

*Wehringer, Christina (2012): Das Gutachten zum Pflegegeld. Eine Wegbeschreibung zum Verfassen des perfekten Gutachtens. Manz Verlag Wien.*

*Martin Greifeneder, Gunther Liebhart (2013): Pflegegeld: Grundsätze, Einstufungen und Verfahren, Absicherung pflegender Angehöriger, Pflegeverträge. Manz Verlag Wien.*

---

---

Auch der Österreichische Krankenpflegeverband (ÖGKV) bietet unter anderem Kurse zu diesem Thema an.

Bei voraussichtlicher Pflegestufe 1-3 soll weiterhin die Begutachtung in herkömmlicher Weise stattfinden.

Sollte sich der Gesundheitszustand eines Patienten/einer Patientin akut verschlechtern, kann das Palliativbeiblatt jederzeit nachgereicht werden!

Durch das gewissenhafte, vollständige und schlüssige Ausfüllen des Palliativbeiblatts sollte eine ärztliche Begutachtung durch die PVA nicht mehr notwendig sein. Somit kann das Verfahren schneller abgewickelt werden. Bei widersprüchlich ausgefüllten Palliativbeiblättern, aber auch bei nicht ausgefüllten Punkten, wird mit Sicherheit eine ärztliche Begutachtung angeordnet [3\)](#).

In manchen Bundesländern werden bei Anträgen mit Palliativbeiblatt dennoch Begutachtungen vorgenommen, diese jedoch bei der Einteilung deutlich vorgezogen. Auch diese Vorgehensweise ist denkbar, wenn es jedenfalls zu einer raschen Begutachtung kommt (dies wird fallweise auch bei anderen Pensionsversicherungsanstalten – BVAEB, etc. so gehandhabt, daher sollte das Palliativbeiblatt hier ebenfalls mitgeschickt werden).

Bestrebungen, eine einheitliche und österreichweite Vorgehensweise zu erwirken, sind vorhanden.

---

Je genauer die Palliativbeiblätter ausgefüllt werden, umso eher werden diese künftig eine Begutachtung ersetzen können. Daher sollte dieses Instrumentarium zweckmäßig benutzt werden. Erst nachdem man sich einen persönlichen Eindruck von dem Patienten/der Patientin verschafft hat, sollten alle Punkte entsprechend der vorgefundenen Situation ausgefüllt werden!

---

*ad 3) Wenn z.B. unter Punkt II oder Punkt VIII eine „Sturzgefahr aufgrund von...“ angeführt wird und bei den Punkten „Körperpflege“ und „Ernährung“ angegeben wird, dass der Patient/die Patientin dies noch teilweise selber macht, stünde dies im Widerspruch. Es muss dann unter „Hilfe bei Körperpflege (gesamt)“ JA angekreuzt sein und bei „Komplette Zubereitung einer warmen Hauptmahlzeit“ ebenfalls JA angekreuzt werden. (Selbst dann, wenn der Patient/die Patientin dies selber macht – aber Unterstützung dabei in Anspruch nehmen müsste).*

---

Das Palliativbeiblatt ist ausschließlich von PalliativärztInnen und von diplomierten Pflegefachkräften auszufüllen, die einer **Palliativ- oder Hospizeinrichtung angehören**, da sie über spezielle fachliche Kompetenzen verfügen, eine kontinuierliche Betreuung und Begleitung der PatientInnen im Krankheitsverlauf bieten und den Pflege- und Betreuungsbedarf umfassend einschätzen und angeben können!

Sollte das Palliativbeiblatt von PalliativärztInnen verwendet werden, die **nicht** in einer spezialisierten Palliativ- oder Hospizeinrichtung tätig sind, bringt dies den Pensions- und Sozialversicherungsanstalten zwar Informationen über die Patienten (ähnlich einem Arztbrief), führt aber **nicht** zu einer vorgezogenen Begutachtung.

---

### **Wichtige Neuerungen:**

- Das überarbeitete Palliativbeiblatt sieht nur noch 2 Wahlmöglichkeiten vor: JA oder NEIN
- FALLWEISE wurde gestrichen, da es für die Berechnung des Stundenausmaßes nicht relevant ist.
- In Zukunft muss also entschieden werden ob der Patient/die Patientin regelmäßig (also mindestens zu 50% oder mehr, somit JA) Hilfe benötigt, oder nur gelegentlich (weniger als 50%, somit NEIN).
- Bei allen auszufüllenden Punkten gilt allgemein, dass immer nur JA oder NEIN angekreuzt werden kann, besonders dann, wenn zwischen den einzelnen Fragen ODER steht. Denn dann schließen die beiden Fragestellungen einander aus und nur eine davon kann mit JA beantwortet werden und somit muss die andere mit NEIN beantwortet werden.
- Das Palliativbeiblatt muss immer so ausgefüllt werden, dass es für die Begutachtung, die anhand der Unterlagen stattfindet, eindeutig und nicht widersprüchlich ist.
- Besondere Umstände, individuelle Hilfsleistungen und Bedarfe können im Freitext jederzeit angegeben und ergänzt werden. Bitte darauf achten, dass diese nicht den angekreuzten Kategorien widersprechen. Sollte der Freitext zu wenig Platz bieten, einfach ein formloses Blatt dazugeben! Vor allem die Punkte VII bis XI sind relevant für höhere Pflegestufen. Je genauer die Pflegesituation beschrieben wird, umso gezielter kann die Einstufung erfolgen.

---

Zu den Punkten, die Widersprüchlichkeiten hervorrufen könnten:

**I. Aufgrund welcher Krankheiten besteht der Pflegebedarf?**

---

Dieser Punkt ist jedenfalls von einer Ärztin/einem Arzt auszufüllen. Hier werden die relevanten Diagnosen angeführt – bitte nicht auf beigelegte Arztbriefe verweisen! Die Diagnosen sollen ausgeschrieben und nicht abgekürzt werden.

**II. Welche Funktionseinschränkungen resultieren daraus?**

---

Dieser Punkt ist ebenfalls von einer Ärztin/einem Arzt auszufüllen. Hier sind alle Einschränkungen anzuführen, aus denen sich eine Hilfestellung für einen gelingenden Alltag ableiten lässt.

Beispiel: *Unterstützung in allen ATL`s* – ist zu wenig Information, es muss erklärt werden, warum diese Unterstützung notwendig ist.

**III. Besteht bei der/dem Pflegebedürftigen hochgradige Sehbehinderung, Blindheit und/oder Taubheit?**

---

Dieser Punkt ist jedenfalls von einer/m ÄrztIn auszufüllen. Bei JA muss dies durch einen aktuellen Befund mit einer entsprechenden Diagnose belegt sein, idealerweise Visus und Gesichtsfeld, nicht älter als 6 Monate. Dies ist besonders dann wichtig, wenn sonst kaum andere Pflegebedarfspunkte vorliegen, aber aufgrund einer hochgradigen Sehbehinderung eine automatische, diagnosebezogene Mindesteinstufung erfolgen kann. 4)

---

ad 4) *Beispiele für diagnosebezogene Mindesteinstufungen:*

- *Stufe 3*
  - a) *für hochgradig Sehbehinderte*
  - b) *für RollstuhlfahrerInnen, sofern selbständiger Transfer möglich ist und außerdem eine der folgenden Diagnosen besteht: Querschnittslähmung, beidseitige Beinamputation, genetische Muskeldystrophie, Enzephalitis Disseminata oder infantile Zerebralparese.*

- *Stufe 4*
  - a) *für Blinde*
  - b) *für RollstuhlfahrerInnen mit einer der genannten Diagnosen, wenn sie zusätzlich zur Abhängigkeit vom Rollstuhl auch an einer Blasen- oder Mastdarmlähmung leiden*
  
- *Stufe 5*
  - a) *für Taubblinde*
  - b) *für RollstuhlfahrerInnen mit einer der genannten Diagnosen mit deutlichem Ausfall von Funktionen der oberen Extremität (en) = wenn zum Transfer in und aus dem (technisch adaptierten) Rollstuhl aufgrund der Behinderung im Bereich der oberen Extremität (en) die Hilfe einer anderen Person notwendig ist.*

#### **IV. Ist die/der Pflegebedürftige im Wohnbereich eingeschränkt mobil?**

---

- 3.) Ist sie/er – gegebenenfalls trotz Verwendung von Hilfsmitteln – nur mehr mit Personenunterstützung gehfähig?

Wird hier JA angekreuzt, muss die Frage „**Benötigt sie/er Personenunterstützung bei vereinzelt Lagewechseln? (Aufstehen aus liegender Position, Treppensteigen)**“ mit NEIN angekreuzt werden, da dies im Stundenausmaß von oben bereits beinhaltet ist. Würde bei beiden JA angekreuzt werden, wäre es widersprüchlich.

#### **V. Benötigt die/der Pflegebedürftige Betreuung im persönlichen Lebensbereich?**

---

1. Körperpflege:

- a) **Hilfe bei täglicher Körperpflege (gesamt):** Wird hier JA angekreuzt, muss bei b) und c) NEIN angekreuzt werden, weil a) die nachfolgenden Fragen b) und c) beinhaltet. Würden alle drei mit JA angekreuzt werden, wäre es widersprüchlich.

2. Ernährung:

- a) **Komplette Zubereitung einer warmen Hauptmahlzeit:**

Hier wird davon ausgegangen, dass der Patient/die Patientin körperlich und kognitiv in der Lage oder nicht in der Lage ist, zu kochen. Nur weil man nie gekocht hat und es nicht kann, darf hier nicht JA angekreuzt werden. Wird hier JA angekreuzt, muss bei b) NEIN angekreuzt werden, weil b) in

a) beinhaltet ist (wenn schon die komplette Zubereitung bestätigt ist, kann nicht nur die Hilfestellung benötigt werden). Würde man beide mit JA ankreuzen, wäre es widersprüchlich (Speisen kleinschneiden oder pürieren zählt zu den Vorbereitungen für das Essen und nicht zum Annehmen von mundgerecht vorbereiteten Speisen).

3. Ausscheidung:

Beim Punkt Ausscheidung darf nur einer der drei Punkte von a) bis c) mit JA angekreuzt werden, die anderen sind entsprechend mit NEIN anzukreuzen. Wobei für den Punkt a) am wenigsten Hilfe benötigt wird und für den Punkt c) am meisten. Dementsprechend ist auch das Stundenausmaß zugeteilt.

c) **Hilfe bei der Verrichtung (Aufsuchen der Toilette, An-, Auskleiden) und/oder Reinigung:** Bei diesem Punkt sind auch die bettlägerigen PatientInnen anzukreuzen.

4. An- und Auskleiden:

a) **Nur minimale Teilhilfe z.B. beim Anziehen von Schuhen u. Strümpfen oder Überkopziehen von Kleidungsstücken trotz zumutbarer Hilfsmittel wie Strumpfanzieher, langer Schuhlöffel, etc.:** Wird hier JA angekreuzt, kann bei b) und c) nur mehr NEIN angekreuzt werden. Wenn ein Patient/eine Patientin nur minimale Teilhilfe benötigt, darf nicht angekreuzt werden, dass sie/er auch beim An- und Auskleiden der Körperhälften Hilfe braucht. Sollte aber beim An- und Auskleiden bei einer oder bei beiden Körperhälften Hilfe benötigt werden, muss bei a) NEIN angekreuzt werden und dann bei b) und/oder c) – JA. Wird bei a) JA angekreuzt und bei b) und/oder c) auch, wäre es widersprüchlich.

**VI. Benötigt die/der Pflegebedürftige fremde Hilfe im sachlichen Lebensbereich?**

---

4.) Beheizung einschließlich Besorgung von Heizmaterial

Hier kann nur bei einer Heizung, die mittels Handarbeit zu bedienen ist und bei der z.B. Holze oder Kohle nachgelegt werden muss, mit JA angekreuzt werden. Bei Fernwärme oder Zentralheizungen in einer Wohnanlage, bei denen man sich nicht um die Beschaffung/Befüllung/Bestückung des Heizträgers kümmern, sondern nur einen Knopf für die Inbetriebnahme drücken muss, ist diese Frage mit NEIN anzukreuzen. Wird JA angekreuzt

---

---

und als Art der Heizung Fernwärme angegeben, ist es widersprüchlich ausgefüllt.

## **VII. Sind nächtliche Pflegeleistungen erforderlich?**

---

Die nächtlichen Pflegeleistungen sind gerade für die höheren Pflegegeldstufen (5-7) von Bedeutung und sollten entsprechend genau angeführt sein. Besonders wichtig ist die Häufigkeit. Wie oft, möglichst genau (am besten mit Uhrzeit) muss eine nächtliche Pflegeleistung bzw. Nachschau (Kontrolle) erfolgen.

Beispiel: *Decubitusprophylaxe – Lagerung aufgrund Immobilität, Querschnittsymptomatik, ... alle 4 Stunden notwendig, 22:00 – 2:00 – 6:00*

Die Dokumentation einer Versorgung mit einer Schutzhose wäre zu wenig.

## **VIII. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung bei Abwesenheit einer Pflegeperson?**

---

Bloße Sturzgefahr aufgrund von körperlicher Schwäche reicht in den meisten Fällen für eine Eigengefährdung nicht aus. Sollten jedoch schon Stürze passiert sein (rezidivierende Stürze, womöglich mit Spitalseinweisung), sollen diese angeführt werden.

Desorientierung ist nur anzuführen, wenn der Patient/die Patientin z.B. bettflüchtig oder zimmerflüchtig wäre bzw. Sturzgefahr bei Verwirrtheit bzw. Desorientierung gegeben ist. Wenn sich Desorientierung z.B. ausschließlich in einer verwirrten Sprache zeigt, ist dies für eine Eigengefährdung zu wenig.

## **IX. Sind zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen über 24 Stunden erforderlich?**

---

Hier sind Maßnahmen gemeint, die sich nicht planen lassen und die auch erfordern, dass der Patient/die Patientin nicht alleine gelassen werden kann (z.B. Absaugen bei PatientInnen mit Schluckstörungen oder beatmeten PatientInnen, häufige Atemnotsymptomatik mit Sauerstoffbedarf, rezidivierendes Erbrechen mit

---

Aspirationsgefahr).

**X. Sonstige Gegebenheiten, die den Betreuungsbedarf erhöhen?**

---

Hier können alle Hilfeleistungen, Unterstützungen, Assistenzmaßnahmen angeführt werden, die noch nicht angegeben wurden wie z.B. verweigert die Pflege; ist aggressiv; ist auf eine Betreuungsperson fixiert; muss zum Toilettengang, Essen usw. motiviert werden; bedarf aufwändiger Bäder; spezieller Einreibungen; außergewöhnlich aufwändiger Verbandswechsel; Angst- und Panikzustände; Komorbidität etc.