

1/23

Anhang 2: Richtlinien zur Bemessung der massgebenden Hilflosigkeit bei Minderjährigen

Bei der Altersangabe in den folgenden Richtlinien handelt es sich um Orientierungswerte, die nicht in jedem Fall absolut anzuwenden sind. In den meisten Fällen kann es zu «normalen» bzw. nicht pathologisch (krankheits-)bedingten Abweichungen von den Zeitangaben sowohl nach oben als auch nach unten kommen. Diese sind bei der Bemessung der Hilfsbedürftigkeit nicht zu berücksichtigen. In diesem Sinne sind die Richtlinien flexibel zu handhaben.

Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.	Bemerkungen
1. An- und Auskleiden	
<p>Ab <i>3 Jahren</i> kann sich ein Kind unter Anleitung an- und ausziehen, wobei es für einzelne Handreichungen (z.B. Knöpfe öffnen und schliessen) auf Hilfe angewiesen ist; ausserdem muss kontrolliert werden, ob es angemessene Kleidung trägt und richtig angezogen ist.</p> <p>Ab <i>5 Jahren</i> zieht ein Kind die Schuhe am richtigen Fuss an, merkt sich die Vorder- und Rückseite der Kleider. Es kann sich mehrheitlich alleine an- und ausziehen.</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> kann es die Schuhe binden (massgebend</p>	<p>Ab Beginn des Mehraufwands:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen von Prothesen und Orthesen – Bei hochgradiger Spastizität (z.B. Zerebralparese) – Bei komplexen Hautproblemen (nur bei Epidermolysis bullosa, Neurodermitis, Schmetterlingskindern oder ähnlichen Beschwerden)

<p>Durchschnittliches Alter für die Berücksichtigung des invaliditätsbedingten erheblichen Mehraufwandes in den einzelnen Lebensverrichtungen – massgebend für den Beginn der Wartezeit.</p>	<p>Bemerkungen</p>
<p>bei Kindern, die behinderungsbedingt Schnürschuhe tragen müssen). Knöpfe bereiten keine Schwierigkeiten mehr.</p> <p>Ab <i>10 Jahren</i> braucht es keine Kontrolle mehr. Die Kleiderauswahl ist meistens adäquat.</p>	
<p>2. Aufstehen, Absitzen und Ab-liegen</p>	
<p>Ab <i>15 Monaten</i> steht es ohne Hilfe auf. Es kann alleine die Position wechseln (von Sitzen, Stehen, Liegen und umgekehrt)</p> <p>Ab <i>24 Monaten</i> setzt es sich allein auf einen Stuhl oder an den Tisch und kann alleine ins Bett und aus dem Bett steigen.</p>	<p>Die Ein-/Aussteighilfe für ins/aus dem Gitterbett ab 24 Monaten wird nur berücksichtigt, sofern der Einsatz des Gitterbettes aus gesundheitlichen Gründen notwendig ist.</p> <p>Mehraufwand <i>ab 4 Jahren</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Regelmässiges Aufstehen nachts, um das Kind zurück ins Bett zu bringen und zu beruhigen, so dass das Kind im Bett fixiert werden muss. <p>Mehraufwand <i>ab 8 Jahren</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Einschlafrituale, wenn diese gesundheitsbedingt notwendig sind und ein normales Mass übersteigen.

3. Essen	
<p>Ab <i>18 Monaten</i> kann das Kind zuverlässig mit dem Löffel umgehen und ebenso mit der Tasse, die es aufhebt und wieder hinstellt, wenn es daraus getrunken hat.</p> <p>Ab <i>3 Jahren</i> braucht es beim Essen von zerkleinerter Nahrung nur noch selten Hilfe. Es kann Löffel und Gabel benutzen.</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> kann es die meisten Speisen selber zerkleinern. Es benötigt im Einzelfall (z.B. Fleisch) punktuell noch Hilfe. Der Umgang mit dem Besteck bereitet keine Probleme mehr.</p> <p>Ab <i>8 Jahren</i> isst das Kind selbstständig und zerkleinert auch Fleisch selbst. Rz. 2037 ist aber für die Anerkennung der Hilflosigkeit zu berücksichtigen.</p>	<p>Ebenfalls als Mehraufwand zu berücksichtigen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pürierte Nahrung/Breinahrung, wenn nicht altersgemäss (ab 2 Jahren); – Sondenernährung (ab Beginn des Mehraufwands); – Überwachung wegen Erstickengefahr beim Essen (z.B. bei Epilepsie), Rz. 2019 (ab 13 Monaten); – häufigere Mahlzeiten (ab 5 Mahlzeiten pro Tag, z.B. bei Stoffwechsel- und Magen-darmkrankheiten) (ab Beginn des Mehraufwands); – bei autistischen / erethischen Kindern: mehrmaliges Zurückholen an den Tisch während des Essens (ab 6 Jahren).

<p>4. Waschen, Kämmen, Baden/Duschen</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> lässt sich das Kind bei der Körperpflege nicht mehr gerne helfen. Kontrolle und Anleitung sind jedoch noch nötig.</p> <p>Ab <i>8 Jahren</i> sind selber Haarewaschen und Kämmen möglich, allerdings mit Kontrolle.</p> <p>Ab <i>10 Jahren</i> braucht es auch keine regelmässige Kontrolle mehr.</p>	<p>Mehraufwand:</p> <ul style="list-style-type: none"> – bei Kindern mit Schwerstbehinderung, die aus medizinischen Gründen zum Baden die Hilfe von 2 Personen benötigen (ab 4 Jahren).
<p>5. Verrichten der Notdurft</p> <p>Ab <i>3 Jahren</i> benötigt das Kind tagsüber mehrheitlich keine Windeln mehr.</p> <p>Ab <i>4 Jahren</i> sind nachts keine Windeln mehr erforderlich, da in der Regel nicht mehr genässt wird. Es kann die Notdurft alleine verrichten, benötigt aber noch Kontrolle (Reinigung, Kleider in Ordnung bringen).</p> <p>Ab <i>6 Jahren</i> kann sich das Kind selber reinigen und auch die Kleider alleine in Ordnung bringen.</p>	<p>Als Mehraufwand zu berücksichtigen sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> – manuelle Darmausräumung; – regelmässiges Katheterisieren; – überaus häufiges Wechseln der Windeln (mehr als sechsmal täglich) aus medizinischen Gründen, erschwertes Wickeln bedingt durch die hochgradige Spastizität ab Zeitpunkt des ausserordentlichen Ausmasses.

<p>6. Fortbewegen im oder außerhalb des Hauses, Pflege gesellschaftlicher Kontakte</p>	
<p>Ab <i>15 Monaten</i> kann ein Kind frei gehen.</p> <p>Ab <i>3 Jahren</i> kann es allein Treppenlaufen.</p> <p>Ab <i>5 Jahren</i> pflegt das Kind gesellschaftliche Kontakte in der näheren Umgebung. Seine Sprache ist auch für Fremde meist verständlich. Es legt den ungefährlichen Schulweg selber zurück. Es kennt die sozialen Regeln und kann eine Konversation führen.</p> <p>Ab <i>8 Jahren</i> ist sich das Kind der Verkehrsregeln bewusst und kann die Gefahren einschätzen.</p>	<p>Ab <i>4 Jahren</i> sollte zur Zurücklegung von normalen Wegstrecken kein Buggy mehr nötig sein. Dies ist bei Kindern mit Gehstörungen oder Herzerkrankungen usw. zu berücksichtigen.</p> <p>Ab <i>4 Jahren</i> bei Kindern mit Epilepsie, die aufgrund praktisch täglicher Anfälle mit Sturzgefahr persönliche Überwachung benötigen.</p>

Dauernde Pflege	
<p>Mit <i>15 Jahren</i> sollte die Medikamenteneinnahme selbstständig möglich sein.</p> <p>Ab Beginn der Pflegeleistung sind zu berücksichtigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Anlegen von medizinischen Behandlungsgeräten (z.B. Orthesen); – Umlagerungen, z.B. bei Dekubitus; – Durchbewegen der gelähmten Körperteile; – Inhalieren; – Anlegen von Bandagen; – Anziehen der Stützstrümpfe. 	
Persönliche Überwachung	
<p>Vor <i>6 Jahren</i> kann die persönliche Überwachung in der Regel nicht berücksichtigt werden.</p> <p>Bei Kindern mit frühkindlichem Autismus oder mit medikamentös nicht einstellbarer Epilepsie kann die Überwachung je nach Schweregrad und Situation schon ab <i>4 Jahren</i> anerkannt werden.</p> <p>Vor <i>8 Jahren</i> kann grundsätzlich keine besonders intensive Überwachung berücksichtigt werden.</p>	<p>Bei Erstickungsgefahr nach häufigem Erbrechen ist die Überwachung ab Beginn zu berücksichtigen.</p> <p>Bei Atemproblemen ist die Überwachung nicht zwingend gegeben (abhängig vom Schweregrad und von der Anwendbarkeit nicht personeller Massnahmen wie Monitoring usw.).</p>

Sonderfälle leichter Hilflosigkeit:	
<ul style="list-style-type: none"> – Heimdialyse; – Blinde Kinder sowie Kinder mit hochgradiger Sehschwäche oder schwerer Körperbehinderung ab <i>5 Jahren</i>; – Kinder mit schwerer Hörschädigung, bei denen es zur Förderung der Kommunikationsfähigkeit regelmässiger und erheblicher Unterstützung der Eltern oder Dritter bedarf ab Einleitung der pädagogisch-therapeutischen Massnahmen. 	<p>Minderjährige mit PEP-Maske bzw. Peritonealdialyse begründen den Anspruch höchstens <i>bis zum vollendeten 15. Altersjahr</i>.</p>
Sonderfall von schwerer Hilflosigkeit	
<ul style="list-style-type: none"> – Taubblinde Kinder und taube Kinder mit hochgradiger Sehschwäche ab <i>5 Jahren</i>. 	

Die Richtlinien wurden unter Berücksichtigung von verschiedenen Quellen erstellt. Die wichtigsten davon sind unten aufgelistet. In der Literatur werden meistens Zeitspannen angegeben. Das BSV hat entweder den Durchschnitt oder die obere Grenze übernommen. Dabei wurde darauf geachtet, dass möglichst wenige Altersstufen entstehen. Die Tabelle wurde der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie zur Vernehmlassung unterbreitet.

Brazelton, T. Berry (1994): *Points forts. Tome 1: De la naissance à 3 ans*. Paris: Librairie générale française.

Dixon, Suzanne D.; Stein; Martin T. (2006). *Encounters with children: pediatric behavior and development* (4th ed.). Philadelphia: Mosby Elsevier.