



**Medizinischer Dienst  
der Spitzenverbände  
der Krankenkassen e.V.  
45116 Essen**

**Pflegebericht des  
Medizinischen Dienstes  
Berichtszeitraum 1999/2000**

Autoren: Alexander Wagner / Dr. Lothar Lürken

MDS  
Lützowstraße 53  
45141 Essen  
Telefon: 0201 / 8327-0  
Fax: 0201 / 8327-3-100  
E-Mail: [office@mds-ev.de](mailto:office@mds-ev.de)  
[www.mdk.de](http://www.mdk.de)

<b>1</b>	<b>Vorwort.....</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Auftrags- und Erledigungsstatistik .....</b>	<b>6</b>
2.1	Auftragsstatistik .....	6
2.2	Durchgeführte Begutachtungen .....	13
2.3	Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe .....	17
2.4	Folgebegutachtungen .....	22
2.5	Widerspruchsbegutachtungen .....	26
2.6	Zusammenfassung .....	31
<b>3</b>	<b>Beantragte Leistungsart von Erstantragstellern .....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern.....</b>	<b>43</b>
4.1	Grundlagen .....	43
4.2	Ergebnisse .....	45
4.3	Regionale Verteilung .....	47
4.4	Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe .....	48
4.5	Pflegebegründende Diagnosen .....	50
4.6	Hilfebedarf.....	52
4.7	Gutachterliche Empfehlungen .....	54
4.8	Folgebegutachtungen .....	55
4.9	Widerspruchsbegutachtungen .....	56
4.10	Zusammenfassung .....	57

## 1 Vorwort

Der Pflegebericht 1999/2000 basiert auf den Daten der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung gemäß der Pflegestatistik-Richtlinie § 53 SGB XI. Die Zusammenfassung der beiden Berichtszeiträume 1999 und 2000 war aus zweierlei Gründen notwendig. Zum Einen erfolgte in diesen Jahren in einigen MDK die endgültige Umstellung auf das EDV-System ISmed-Neu, das u.a. die Auftragsbearbeitung und die Generierung der Statistiksätze organisiert. Im Laufe der Umstellung kam es in einigen MDK zu Datenverlusten, die erst nachträglich bereinigt werden konnten. Zum Zweiten zeigten sich verschiedentlich EDV-technische Probleme bei der Jahrtausendumstellung. In der Konsequenz lag deshalb entsprechendes komplettes Datenmaterial erst zu einem Zeitpunkt vor, an dem die Verbindung beider Berichtszeiträume angeraten erschien.

Der Pflegebericht 1998 befasste sich u.a. mit der „Berücksichtigung von demenziell Erkrankten in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ (Pflegebericht 1998, Kapitel 4). Essenz daraus war, dass dieser Personenkreis <sup>1</sup> einen spezifischen Hilfebedarf in Form von Beaufsichtigung und Unterstützung aufweist, der nach den gesetzlichen Vorgaben und den Begutachtungs-Richtlinien nicht berücksichtigt werden kann. „Diese fehlende Berücksichtigung dieses Pflegebedarfs im Gesetz stößt bei Betroffenen, Angehörigen und in der Fachöffentlichkeit zunehmend auf Unverständnis“. (Pflegebericht 1998, S.87).

Der MDS und die MDK-Gemeinschaft haben dieses Problem aufgegriffen. In Zusammenarbeit mit Betroffenenverbänden, Experten der Pflegewissenschaft, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Vertretern von Spitzenverbänden der Pflegekassen und der Politik wurde ein Screening- und Assessmentverfahren konzipiert, das diesen Personenkreis im Rahmen der Pflegebegutachtungen identifizieren soll. Die dort gewonnen Erkenntnisse fanden Eingang in die Formulierungen der entsprechenden Gesetzesinitiative der Bundesregierung. Dazu liegt der Regierungsentwurf „Gesetzes zur Ergänzung von Leistungen bei häuslicher Pflege von Pflegebedürftigen mit erheblichem allgemeinen Betreuungsbedarf“ (PflEG) vor (Bundesrat, Drucksache 941/01). Nach einer Vorstudie, in der die praktische Anwendung des Instruments überprüft wurde, laufen derzeit Studien, die dieses Verfahren wissenschaftlich fundie-

---

<sup>1</sup> In der Zwischenzeit hat sich für diesen Personenkreis in der Diskussion der Begriff „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) verfestigt. Damit soll auf den spezifischen Hilfebedarf hingewiesen werden, der sich nicht nur allein auf demenziell Erkrankte bezieht.

ren. In einer Reliabilitätsstudie wurde die Gutachterunabhängigkeit des Instruments getestet. Dazu wurden 100 Antragsteller auf Leistungen nach dem SGB XI zu unterschiedlichen Zeitpunkten von 2 verschiedenen Gutachtern besucht und mit dem Screening und Assessment befundet. Vorläufige Auswertungen zeigen eine hohe Übereinstimmungsrate. Dies gab Anlass, das Instrument mit wissenschaftlich anerkannten Verfahren zu vergleichen, es zu validieren. Dazu werden rund 150 Antragsteller im Zeitabstand mit Screening und Assessment begutachtet, dem sich die Befundung mittels 5 wissenschaftlich anerkannter Verfahren anschließt. Aus methodischen Gründen wird die Begutachtung mittels der wissenschaftlichen Skalen durch ein externes Institut durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Studien werden voraussichtlich Ende 2001 vorliegen.

Unter dem Vorbehalt eines positiven Ergebnisses können die Gutachter/innen der Medizinischen Dienste sofort nach Inkrafttreten des Gesetzes mittels eines wissenschaftlich getesteten Verfahrens den betroffenen Personenkreis in der Begutachtung identifizieren.

Auch in dem hier vorliegenden Bericht wird ein Thema aufgegriffen, das aus Sicht des Medizinischen Dienstes revisionsbedürftig ist, die Begutachtung von Kindern (Kapitel 4). Vergleichbar dem Komplex der demenziell Erkrankten haben auch hier Betroffenenverbände und pädiatrische Experten schon vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes Kritik geübt. Der individuelle Pflegebedarf der Kinder bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird in einem gegenüber dem Verfahren erwachsener Versicherter modifizierten Verfahren ermittelt. Dabei wird davon ausgegangen, dass je nach Alter ein bestimmter Hilfebedarf bei normal entwickelten, gesunden Kindern vorausgesetzt werden kann. Der für die Feststellung auf Pflegebedürftigkeit anrechenbare Hilfebedarf ermittelt sich nach den derzeitigen Vorschriften der Begutachtungs-Richtlinien aus der Subtraktion des bei der Begutachtung festgestellten Hilfebedarfs von demjenigen eines gesunden Kindes. In letzterem Falle werden dem Gutachter Zeitwerte vorgegeben. Sowohl dieses Verfahren, wie auch die Alters- und Zeitvorgaben der Begutachtungs-Richtlinien stehen dabei in der Kritik. Hier ist ein Verfahren anzustreben, das dem faktischen Hilfebedarf kranker Kinder besser gerecht wird.

Kapitel 2 schreibt die Statistiken des Auftrags- und Begutachtungsgeschehens der Medizinischen Dienste aus dem Pflegebericht 1998 fort. Die Daten belegen, dass eine von Einigen erhoffte „Entspannung“ der Auftragslage nicht eingetreten ist. Seit mehreren Jahren gehen jährlich über 1.4 Mio. Begutachtungsaufträge bei den Medizinischen Diensten ein. Dieses

hohe Auftragsniveau resultiert auch in den Jahren 1999 und 2000 immer noch aus der steigenden Anzahl von Folgeaufträgen, wenn auch der Anstieg im Vergleich zu den Jahren 1997/98 geringer ausfällt. Zusammen mit den im Jahre 2000 durchgeführten 3.630 Qualitätsprüfungen von ambulanten und stationären Einrichtungen belegen sie den hohen Stellenwert der Medizinischen Dienste in der sozialen Pflegeversicherung.

Ein besonderes Augenmerk wird im Kapitel 2 den Widersprüchen gewidmet. Hier wurde in der Vergangenheit Kritik laut, die sich hauptsächlich auf die angeblich hohe „Erfolgsquote“ in den Widerspruchsbegutachtungen bezog. Eine Untersuchung der MDK-Gemeinschaft, wie auch ein Vergleich der Ergebnisse von Widerspruchsbegutachtungen mit Folgebegutachtungen, zeigen, dass sich hinter Widersprüchen in vielen Fällen, sachlich betrachtet, Höherstufungsanträge verbergen. In den meisten Fällen lagen in den Widerspruchsbegutachtungen, in denen eine höhere Pflegestufe bzw. erstmalige „erhebliche Pflegebedürftigkeit“ empfohlen wurde, neue begutachtungsrelevante Sachverhalte vor, die gutachterlicherseits entsprechend gewürdigt wurden. Akute Krankheitsvorfälle werden hier an erster Stelle genannt, aber auch die starke Zunahme des individuellen Hilfebedarfs. Dies ist vor dem Hintergrund der teilweise nicht unerheblichen Zeitspanne zu betrachten, die zwischen Erstbegutachtung und Widerspruch liegen können.

Kapitel 3 widmet sich der zukünftigen finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung, die in hohem Maße von der demografischen Entwicklung der bundesrepublikanischen Bevölkerung abhängt. Die vom Statistischen Bundesamt vorgelegte Bevölkerungsprognose (9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung) lässt erwarten, dass der Anteil der im Leistungsempfängerbestand der Pflegekassen stark vertretenen Altersgruppe der über 80-Jährigen von derzeit rund 22 v.H. auf 34 v.H. im Jahre 2040 ansteigen wird. Dies wird auch mit einem Anstieg von Leistungsempfängern und damit mit erhöhten Leistungsausgaben verbunden sein. Im Pflegebericht wird dargelegt, dass sich neben der reinen Zunahme von Leistungsempfängern weitere Änderungen ergeben, die kostendämpfend wirken. Es wird dazu ausgeführt, dass sich in Zukunft der Anteil kostenintensiver Sachleistungsarten (Kombinationsleistungen, Sachleistungen, vollstationäre Leistungen) unter den derzeitigen Bedingungen verringern wird. Diese Leistungsarten werden vorwiegend von Kriegerwitwen in Anspruch genommen, denen in der häuslichen Pflege kein pflegender Ehepartner zur Seite steht. Die Analysen aus den Daten der Pflegestatistik ergeben jedoch, dass mit ihrem care-giver zusammenlebende Pflegebedürftige häufiger Geldleistungen in Anspruch nehmen. Mit dem

Herauswachsen dieser Generation aus der Bevölkerungspyramide wird man es in Zukunft mit mehr zusammenlebenden älteren Menschen zu tun haben. Der Einbezug professioneller Hilfe bzw. der Übertritt in die vollstationäre Pflege wird damit verschoben.

Der Begriff der Pflegebedürftigkeit bezieht sich im Pflegebericht, auch dort, wo nicht ausdrücklich darauf hingewiesen wird, immer auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI.

Die Nummerierung der Tabellen beginnt in jedem Kapitel von vorne.

## 2 Auftrags- und Erledigungsstatistik

### 2.1 Auftragsstatistik

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung prüfen im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung (Empfehlung) zu einer Pflegestufe. Die Notwendigkeit dieser Prüfung hat der Gesetzgeber in § 18 SGB XI festgeschrieben. Die Medizinischen Dienste sind damit an entscheidender Stelle an der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes beteiligt.

Versicherte können bei der Antragstellung u.a. zwischen drei Leistungsarten wählen: Leistungen für ambulante Pflege, Leistungen für vollstationäre Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Die Leistungsart „ambulant“ bezieht sich auf die Pflege im häuslichen Umfeld, wobei zwischen „Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen“, den sogenannten Geldleistungen, „Pflegesachleistungen“ und „Kombinationsleistungen“ unterschieden wird. Bei Geldleistungen erhalten die Versicherten monatlich einen Geldbetrag von der Pflegekasse, mit dem sie die Finanzierung von selbst beschafften Pflegehilfen organisieren. Bei Pflegesachleistungen erhalten die Versicherten Pflegeleistungen, in der Regel durch einen ambulanten Pflegedienst. Die Vergütung dieser Pflegeleistungen erfolgt zwischen Pflegekasse und Pflegedienst. Kombinationsleistungen werden dann beantragt, wenn eine Mischung der beiden vorgenannten Pflegeformen gewünscht wird. Stationäre Leistungen werden von Versicherten beantragt, die in einem Alten- oder Pflegeheim wohnen (wollen). Mit der Novellierung des SGB XI vom 14.06.1996 wurde eine neue Leistungsart eingeführt, die „Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe“ (§ 43 a SGB XI). Die Pflegekasse übernimmt in diesen Fällen anteilig Aufwendungen des vereinbarten Heimentgeltes für Pflegebedürftige, die sich in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe befinden und deren berufliche oder soziale Eingliederung im Vordergrund steht.

Tabelle 1 zeigt die bei den Medizinischen Diensten eingegangenen Begutachtungsaufträge der Pflegeversicherung, differenziert nach beantragter Leistungsart, für die Berichtszeiträume 1998 bis 2000. In diesen drei Jahren ist das gesamte Auftragsvolumen mit jährlich etwa 1,45 Mio. Begutachtungsaufträgen nahezu konstant geblieben.

**Tabelle 1**

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene  
Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung 1998-2000**

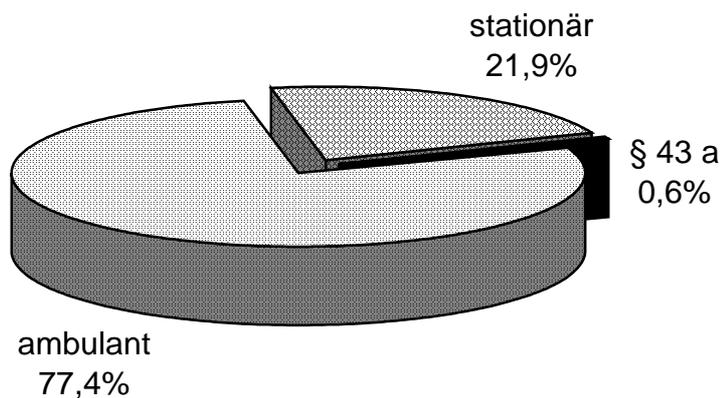
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>
<b>Gesamt</b>	<b>1.454.382</b>	<b>1.431.169</b>	<b>1.423.503</b>
davon nach beantragter Leistungsart:			
ambulant	1.133.291	1.124.883	1.102.027
stationär	303.114	296.116	312.341
§ 43 a	17.977	10.170	9.135

Auch die nach Leistungsart differenzierte Aufstellung zeigt nur geringfügige Veränderungen. Im ambulanten Bereich ging das Auftragsvolumen zwischen 1998 und 2000 geringfügig um 30.000 zurück, wogegen stationäre Aufträge um rd. 10.000 zunahmen.

Entsprechend der Prognose im Pflegebericht 1998, ging die Zahl der Begutachtungsaufträge für Antragsteller von Leistungen nach § 43 a SGB XI weiter zurück. Mit einem Auftragsvolumen von rd. 9.000 im Jahr 2000 spielen sie rein quantitativ eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 1 veranschaulicht noch einmal die Verteilung der Begutachtungsaufträge für das Jahr 2000.

**Abbildung 1**  
**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge**  
**in v.H. nach beantragter Leistungsart 2000**



Die Begutachtungsaufträge werden neben der Leistungsart auch nach Auftragsart unterschieden in:

- Erstaufträge,
- Folgeaufträge (auch Wiederholungsaufträge genannt) und
- Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen (Widersprüche).

Unter **Erstaufträgen** werden solche Begutachtungsaufträge verstanden, bei denen der Antragsteller bei der Antragstellung keine Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhält. Damit sind Mehrfach-Zählungen von Personen innerhalb eines Berichtszeitraumes möglich. Dabei handelt es sich um solche Versicherte, die nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“ und ggf. nach einem „erfolglosen“ Widerspruch erneut einen Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen. Die Anzahl solcher Antragsteller kann jedoch in der Statistik nicht ausgewiesen werden.

**Folgeaufträge** oder auch Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen genannt, beziehen sich auf solche Antragsteller, die sich schon zum Zeitpunkt der Antragstellung im Leistungsbezug befinden. Eine wiederholte Begutachtung wird dann durchgeführt, wenn der Versicherte von sich aus einen Höherstufungsantrag stellt, da er eine Zunahme seines Hilfebedarfs empfindet, oder wenn die Pflegekasse eine neue Begutachtung beantragt. Die Pflegekasse wird sich im letzteren Fall in den meisten Fällen an dem im Vorgutachten genannten Zeitpunkt zur wiederholten Begutachtung orientieren. Wichtig ist, dass in beiden Fällen der Leistungsbezug nach dem Pflegeversicherungsgesetz Grundlage der begrifflichen Zuordnung ist. Die hier beschriebene Differenzierung der Auftragsart lässt sich in der Statistik nicht nachvollziehen.

Aufträge für **Widerspruchsbegutachtungen** sind Begutachtungsaufträge, die sich auf Widersprüche von Versicherten gegen den Leistungsbescheid ihrer Pflegekasse beziehen.

Bei gleichbleibender Anzahl der gesamten Begutachtungsaufträge in den letzten drei Jahren ist hinsichtlich der Auftragsarten eine Strukturveränderung zu beobachten.

Tabelle 2 stellt die Begutachtungsaufträge, differenziert nach den oben genannten Auftragsarten, dar. Die Anzahl der Erstaufträge ging von knapp 840.000 im Jahr 1998 um 54.000 bzw. 6,3 v.H. auf 786.000 Aufträge im Jahr 2000 zurück. Im Gegenzug erhöhte sich die Anzahl von Folgeaufträgen im gleichen Zeitraum um knapp 44.000 bzw. 8,7 v.H. auf annähernd 545.000 Aufträge. Die Anzahl der Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen sank um knapp 13.000 bzw. 13,3 v.H. auf 83.000 Aufträge im Jahr 2000. Dieser Rückgang kann als Indiz für die Qualität der Pflegebegutachtungen herangezogen werden.

**Tabelle 2****Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge  
für die Pflegeversicherung nach Auftragsart 1998-2000**

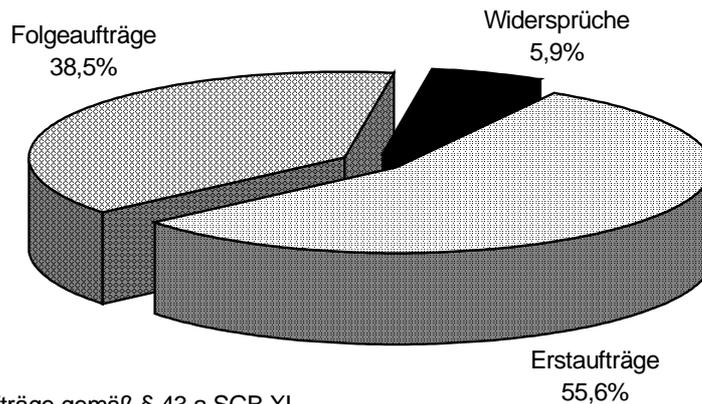
	1998	1999	2000	Veränderung in v.H. zu 1998
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
<b>Gesamt *</b>	<b>1.436.405</b>	<b>1.420.999</b>	<b>1.414.368</b>	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufträge	839.132	799.086	786.135	-6,3
Folgeaufträge	501.082	536.077	544.826	8,7
Widersprüche	96.191	85.836	83.407	-13,3

\* ohne Aufträge gemäß § 43 a SGB XI

Obwohl Erstaufträge immer noch zum Kerngeschäft der Medizinischen Dienste gehören, zeigt die Zunahme von Folgeaufträgen, dass sich die Arbeit des Medizinischen Dienstes nicht nur auf die Begutachtung von potentiellen „neuen“ Leistungsempfängern bezieht. Mit der seit 1997 zunehmenden Zahl von Folge- und Wiederholungsbegutachtungen unterzieht er das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einem ständigen Anpassungsprozess und sichert gleichzeitig den Versicherten die Angleichung ihres eventuell veränderten Hilfebedarfs an die entsprechenden Leistungen.

Trotz zunehmender Folgeaufträge bilden Erstaufträge mit über der Hälfte aller Begutachtungsaufträge nach wie vor das Gros (siehe Abbildung 2). Folgeaufträge sind anteilig mit fast 40 v.H. vertreten, wogegen Widersprüche mit knapp 6 v.H. eine vergleichsweise geringe Rolle im Auftragsaufkommen spielen.

**Abbildung 2**  
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge  
in v.H. nach Gutachtenart 2000 \*



\* ohne Aufträge gemäß § 43 a SGB XI

Die Verschiebungen zeigen sich im ambulanten und stationären Bereich in unterschiedlich starker Ausprägung. Tabelle 3 zeigt die Auftragsstrukturen im ambulanten und im stationären Bereich. Danach sank im ambulanten Bereich die Zahl der Erstaufträge zwischen 1998 und 2000 um gut 5 v.H.. Folgeaufträge nahmen im gleichen Zeitraum um rd. 4 v.H. zu. Im stationären Bereich sank die Zahl der Erstaufträge im Vergleichszeitraum um mehr als 10 v.H., die Anzahl der Folgeaufträge stieg in diesem Bereich um knapp 21 v.H.. Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen sanken im ambulanten Bereich um fast 12 v.H., im stationären Bereich um beinahe 25 v.H..

**Tabelle 3**

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge  
für die Pflegeversicherung nach Auftragsart und  
beantragter Leistung 1998-2000**

<b>ambulant</b>				
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>Veränderung 1998-2000 in v.H.</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	
<b>Gesamt</b>	<b>1.133.291</b>	<b>1.124.883</b>	<b>1.102.027</b>	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufräge	683.924	662.528	647.199	-5,4
Folgeaufträge	365.009	386.443	380.405	4,2
Widersprüche	84.358	75.912	74.423	-11,8

<b>stationär</b>				
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>Veränderung 1998-2000 in v.H.</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	
<b>Gesamt</b>	<b>303.114</b>	<b>296.116</b>	<b>312.341</b>	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufräge	155.208	136.558	138.936	-10,5
Folgeaufträge	136.073	149.634	164.421	20,8
Widersprüche	11.833	9.924	8.984	-24,1

Der vergleichsweise stärkere Rückgang von stationären Erstaufrägen kann auf eine restriktivere Praxis von Alten- und Pflegeheimen zurückzuführen sein, die verstärkt nur noch Versicherte mit Leistungsbescheid der Pflegekasse aufnehmen. Diese Interpretation wird auch durch den sinkenden Anteil von begutachteten Erstantragstellern mit der Begutachtungsempfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ im stationären Bereich untermauert (siehe auch Tabelle 10, Kapitel 2.3). Die deutlich stärkere Zunahme von Folgeaufträgen im stationären Bereich ist größtenteils mit dem höheren Durchschnittsalter von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen zu erklären, deren Hilfe- und Unterstützungsbedarf in der Regel schneller als bei jüngeren Versicherten zunimmt. Außerdem ist davon auszugehen, dass das geschulte Personal in den Heimen sensibler auf eine Änderung des Pflegebedarfs reagiert und deshalb vermehrt zu einem Antrag auf Folgebegutachtung rät.

## 2.2 Durchgeführte Begutachtungen

Das Begutachtungsgeschehen in den Medizinischen Diensten gibt das Auftragsgeschehen zeitversetzt wieder. Die Analyse der begutachteten Versicherten ist deshalb immer auch eine Analyse der Antragsteller. Ein Vergleich der Auftrags- und der Erledigungsstatistik zeigt eine Differenz, wobei die Zahl der Aufträge immer die Zahl der durchgeführten Begutachtungen (Erledigungen) übersteigt. Die Differenz basiert in erster Linie durch die MDK-interne Auftragsbearbeitung. Dabei ist festzuhalten, dass jeder Auftrag, der in einem Begutachtungs- und Beratungszentrum (BBZ) des Medizinischen Dienstes eingeht, dort statistisch als „Auftrag“ erfasst wird. Wenn ein solcher Auftrag MDK-intern an ein anderes BBZ weitergeleitet wird, wird er dort ebenfalls als „Auftrag“ statistisch erfasst. In diesen Fällen findet also oftmals eine Doppelzählung statt, mit der die Differenz zwischen Aufträgen und Erledigungen vergrößert wird. Aufträge werden insbesondere dann weitergeleitet, wenn deren sachgerechte Bearbeitung die Unterstützung von Spezialisten bedarf, die in dem BBZ nicht vorhanden sind. Weiterhin können Antragsteller, die sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung eines Krankenhauses befinden, in Form eines nicht-vollständigen Pflegegutachtens begutachtet werden. Die Daten dieser Krankenhausbegutachtungen werden nicht immer in vollständiger Form in die EDV-Systeme eingegeben, was zu einer Nichtberücksichtigung solcher Fälle in der Begutachtungsstatistik führen kann. Die Verfahrensweisen werden in den Medizinischen Diensten unterschiedlich gehandhabt.

Die Statistiken des Medizinischen Dienstes zählen keine „Köpfe“ (Versicherte), sondern durchgeführte Begutachtungen und Begutachtungsaufträge.

Tabelle 4 zeigt die Anzahl der Begutachtungen, getrennt nach beantragter Leistungsart für die Berichtszeiträume 1998 bis 2000. Im Jahr 2000 führten die Medizinischen Dienste insgesamt rd. 1,28 Mio. Begutachtungen durch, davon entfallen rund drei Viertel auf ambulante und ein Viertel auf stationäre Begutachtungen. Die Zahl aller Begutachtungen sank im Vergleich zu 1998 um 6,5 v.H.. Auch hier zeigen sich, wie im Auftragsgeschehen, Unterschiede zwischen den beantragten Leistungsarten. Ambulante Begutachtungen gingen um rd. 7 v.H. auf 980.000 zurück, wogegen stationäre Begutachtungen um knapp 2 v.H. auf nun 290.000 leicht zunahmen. Begutachtungen von Antragstellern auf Leistung nach § 43 a SGB XI haben sich in den drei Jahren mehr als gedrittelt. Wie im Auftragsgeschehen spielen sie im Begutachtungsgeschehen eine statistisch betrachtet untergeordnete Rolle.

**Tabelle 4****Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen 1998-2000**

	1998	1999	2000	Veränderung 1998-2000 in v.H.
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
<b>Gesamt</b>	<b>1.368.195</b>	<b>1.255.434</b>	<b>1.279.606</b>	<b>-6,5</b>
davon nach beantragter Leistungsart:				
ambulant	1.056.903	988.601	984.024	-6,9
stationär	282.846	259.834	287.556	1,7
§ 43 a	28.446	6.999	8.026	-71,8

Die Begutachtung wird üblicherweise am Wohn- bzw. Aufenthaltsort des Versicherten durchgeführt. Tabelle 5 zeigt, dass die Privatwohnung in 85 v.H. aller durchgeführten Begutachtungen der Untersuchungsort von Antragstellern auf ambulante Leistungen ist. In rd. 15 v.H. wird die Begutachtung in Form einer Aktenlage, ohne körperliche Untersuchung, durchgeführt.

**Tabelle 5****Untersuchungsort in v.H. durchgeführter Begutachtungen nach beantragter Leistung 2000**

durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
		<b>984.024</b>
davon in v.H.		
in Privatwohnung (ambulant)	84,5	-
in Pflegeeinrichtung (stationär)	-	64,3
nach Aktenlage	14,5	22,3
Sonstiges	0,9	13,0

Eine Begutachtung nach Aktenlage findet erstens immer dann statt, wenn der Antragsteller zwischenzeitlich verstorben ist. Zweitens kommt eine Begutachtung nach Aktenlage dann in Frage, wenn bei Folgeaufträgen bzw. Widerspruchsaufträgen eine körperliche Begutachtung entbehrlich ist, weil die zur Beurteilung des Falles erforderlichen Informationen bereits aus den Akten hervorgehen. Im stationären Bereich werden rd. 65 v.H. der Antragsteller im Alten- oder Pflegeheim begutachtet. Der vergleichsweise hohe Anteil von 22 v.H. Aktenlagen

im stationären Bereich resultiert aus dem dortigen höheren Anteil von Folgegutachten, bei denen wegen des guten Dokumentationsbestandes in Alten- und Pflegeheimen eine körperliche Begutachtung nicht immer notwendig ist. Der im stationären Bereich ebenfalls hohe Anteil von „sonstigen Untersuchungsorten“ verweist u.a. auf Krankenhausbegutachtungen von Antragstellern, die nach einem Krankenhausaufenthalt in ein Alten- bzw. Pflegeheim wechseln wollen.

Das Pflegeversicherungsgesetz sieht in § 18 Abs. 6 vor, dass die Begutachtungen des MDK durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen werden. Die Begutachtungs-Richtlinien konkretisieren diesen Auftrag u.a. dahingehend, dass Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam festlegen sollen, welcher Gutachter die Begutachtung vornimmt. Dies kann entweder der Arzt oder die Pflegefachkraft, oder in selteneren Fällen, beide Professionen gemeinsam sein. Laut Begutachtungs-Richtlinie wird eine Begutachtung immer dann von einem Arzt vorgenommen, „wenn keine oder nur ungenügende Informationen über rein ärztliche Sachverhalte (...) vorliegen“ (BRi, Seite 11). In der Praxis wird, bei grundsätzlicher Beachtung dieser Regelung, die endgültige Abfassung des Pflegegutachtens oftmals in Kooperation beider Berufsgruppen vorgenommen. Den vom Gesetzgeber gewünschten Einbezug der Kompetenzen beider Berufsgruppen wird damit Rechnung getragen.

Tabelle 6 zeigt, dass beide Professionen, Ärzte und Pflegefachkräfte, mit jeweils über 45 v.H. am Begutachtungsgeschehen in etwa gleich beteiligt sind. Pflegefachkräfte sind allerdings etwas stärker in das Begutachtungsgeschehen von stationären Antragstellern involviert, was aus dem im Vergleich zum ambulanten Bereich besseren Dokumentationsbestand in Alten- und Pflegeheimen resultiert.

**Tabelle 6**

**Durchgeführte Begutachtungen im Jahr 2000 nach  
Profession des Gutachters und beantragter Leistung in v.H.**

durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	984.024	287.556
davon in v.H.		
MDK Arzt	42,2	44,6
MDK Pflegefachkraft	44,2	48,5
MDK Arzt und MDK Pflegefachkraft	2,1	3,5
Externer Gutachter	11,5	3,4

Externe, nicht in den Medizinischen Diensten angestellte oder beamtete Gutachter, spielen nach wie vor eine nicht unbedeutende Rolle im Begutachtungsgeschehen. Im ambulanten Bereich werden über 10 v.H. aller Begutachtungen durch externe Gutachter durchgeführt.

**Tabelle 7**

**Durchgeführte Begutachtungen im Jahr 2000 nach MDK und  
Profession des Gutachters in v.H.**

MDK/Sonder- dienst	ambulant				stationär			
	MDK- Arzt	MDK Pfle- gefachkr.	MDK Arzt und Pfl.-fachkr.	externer Gutachter	MDK- Arzt	MDK Pfle- gefachkraft	MDK Arzt und Pfl.-fachkr.	externer Gutachter
Baden-Württ.	87,4	0,0	10,6	2,0	88,3	0,0	11,7	0,0
Bayern	1,0	86,9	3,3	0,2	7,0	84,3	8,7	0,0
Berlin-Brandbg.	65,2	28,5	0,6	5,7	53,6	44,6	0,8	1,0
Bremen	12,4	3,0	0,0	84,6	17,0	4,9	0,0	78,1
Hamburg	20,6	37,6	0,6	41,3	14,7	42,4	0,4	42,5
Hessen	28,6	10,7	2,2	58,6	48,0	37,5	8,9	5,6
Meckl.-Vorp.	69,3	29,3	0,1	1,2	78,8	20,5	0,1	0,7
Niedersachsen	35,1	60,0	0,1	4,8	33,8	65,7	0,0	0,6
Nordrhein	47,3	48,0	0,1	4,6	56,4	42,6	0,0	0,9
Rheinland-Pfalz	38,6	49,7	0,1	11,6	26,2	68,2	0,2	5,5
Saarland	36,7	63,3	0,0	0,0	39,2	60,8	0,0	0,0
Sachsen	23,2	76,0	0,2	0,6	10,7	89,0	0,3	0,0
Sachsen-Anhalt	27,8	53,5	0,1	18,6	20,3	69,4	0,1	10,3
Schleswig-Hol.	53,1	27,9	1,5	17,4	57,0	29,3	0,5	13,3
Thüringen	55,6	43,1	0,5	0,8	40,2	52,5	5,9	1,3
Westf.-Lippe	45,4	33,5	0,1	20,9	53,2	45,3	0,0	1,5
Bundesknapp.	74,2	18,0	1,2	6,6	81,9	16,7	1,2	0,2
Seekasse	87,2	7,8	5,1	0,0	87,0	9,4	3,6	0,0

Tabelle 7 zeigt die MDK-spezifische Verteilung der Begutachtungen nach Profession der Gutachter. Es wird deutlich, dass der Einsatz von externen Gutachtern in den Medizinischen Diensten unterschiedlich gehandhabt wird. Externe Gutachter werden besonders häufig in den MDK Bremen und in Hessen im ambulanten Bereich eingesetzt, wo sie über 50 v.H. aller Begutachtungen durchführen. Dagegen werden in den MDK in Bayern, Saarland, Sachsen und Thüringen (fast) keine externen Gutachter mit der Begutachtung ambulanter Antragsteller betraut. Im stationären Bereich ist der Anteil von externen Gutachtern durchgeführter Begutachtungen in den MDK Bremen und Hamburg besonders hoch, wogegen ihr Begutachtungsanteil mit Ausnahme der MDK in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein in den anderen MDK zu vernachlässigen ist. Auch die anteilig durch MDK-Arzt und MDK-Pflegefachkraft durchgeführten Begutachtungen zeigen erhebliche MDK-spezifische Ausprägungen. Am deutlichsten wird dies bei den benachbarten MDK Baden-Württemberg und MDK in Bayern. Während der MDK Baden-Württemberg über 80 v.H. seiner Begutachtungen durch MDK-Ärzte durchführen lässt, wird im MDK in Bayern in etwa der gleiche Anteil ausschließlich von MDK-Pflegefachkräften durchgeführt.

### **2.3 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe**

Eine wesentliche Aufgabe der Gutachter der Medizinischen Dienste ist es, zu prüfen, ob die Pflegebedürftigkeit i.S. des Pflegeversicherungsgesetzes besteht und – wenn gegeben – der Pflegekasse die Zuordnung zu einer Pflegestufe zu empfehlen. Die Pflegestufen werden in Abhängigkeit von dem zeitlichen Ausmaß der pflegerischen Hilfe differenziert in die:

- Pflegestufe I - „erheblich pflegebedürftig“
- Pflegestufe II - „schwer pflegebedürftig“ und
- Pflegestufe III - „schwerst pflegebedürftig“.

Darüber hinaus wird in besonders schwerwiegenden Fällen die Pflegestufe III und ein außergewöhnlich hoher Pflegeaufwand (Härtefall) festgestellt.

Tabelle 8 zeigt die Ergebnisse der Begutachtung von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen. Bei 66,9 v.H. dieser Begutachtungen kommen die Gutachter des Medizinischen Dienstes zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung vorliegen. In den anderen 33,1 v.H. dieser Begutachtungen ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit (noch) nicht ausreichend, um Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen zu können. In 43,9 v.H. der Fälle wird Pflegestufe I, in 18 v.H. der Fälle Pflegestufe II und in 5 v.H. aller Erstbegutachtungen Pflegestufe III empfohlen. Die vergleichbaren Ausprägungen des ungewichteten Mittelwerts<sup>2</sup> und des Medians<sup>3</sup> zeigen, dass es sich bei der Verteilung der gutachterlichen Empfehlungen zwischen den Medizinischen Diensten um Normalverteilungen, ohne extreme Ausprägungen handelt.

---

<sup>2</sup> Der ungewichtete Mittelwert mittelt nicht über die Gesamtzahl der Begutachtungen sondern über die Mittelwerte der 16 Medizinischen Dienste.

<sup>3</sup> Der Median ist derjenige Wert, oberhalb und unterhalb dessen sich jeweils 50 v.H. der Werte einer nach Größe sortierten Verteilung befinden. Im Gegensatz zum Mittelwert ist der Median gegen Extremwerte, sogenannte „statistische Ausreißer“ nach oben und unten unempfindlich. Er ist deshalb als statistische Kennzahl, insbesondere bei Verteilungen von wenigen Elementen, besonders geeignet.

**Tabelle 8**

**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H.  
bei ambulanten Erstbegutachtungen im Jahr 2000**

<b>MDK</b>	<b>nicht pfl.-bed.</b>	<b>Pflege- stufe I</b>	<b>Pflege- stufe II</b>	<b>Pflege- stufe III</b>
Baden-Württ.	29,7	44,2	20,9	5,1
Bayern	30,1	44,8	17,9	7,2
Berlin-Brandbg.	43,9	38,3	13,6	4,2
Bremen	30,8	45,6	17,6	6,0
Hamburg	35,7	44,6	16,6	3,1
Hessen	31,9	45,9	17,2	5,0
Meckl.-Vorp.	32,6	47,1	16,5	3,8
Niedersachsen	29,3	46,1	18,9	5,8
Nordrhein	33,8	44,5	17,4	4,3
Rheinland-Pfalz	31,0	41,2	22,9	4,9
Saarland	41,6	34,2	16,2	8,0
Sachsen	30,1	46,0	19,7	4,2
Sachsen-Anhalt	34,4	42,1	16,9	6,7
Schleswig-Hol.	31,7	48,9	16,4	2,9
Thüringen	28,6	43,4	19,4	8,6
Westf.-Lippe	38,3	42,3	17,2	2,1
<b>Gesamt</b>	<b>33,1</b>	<b>43,9</b>	<b>18,0</b>	<b>5,0</b>

<b>Statistik</b>				
Minimum	28,6	34,2	13,6	2,1
Maximum	43,9	48,9	22,9	8,6
Spannweite	15,3	14,7	9,2	6,4
Mittelwert *	33,4	43,7	17,8	5,1
Median	31,8	44,5	17,3	5,0

\*ungewichteter Mittelwert

Die Spannweite gibt die Differenz zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert einer Verteilung an. Sie ist am größten bei den Empfehlungen „nicht erheblich pflegebedürftig“ und „Pflegestufe I“. Den niedrigsten Anteil der Begutachtungsempfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ weist der MDK Thüringen mit 28,6 v.H. aus, wogegen dieser Anteil im MDK Berlin-Brandenburg mit 43,9 v.H. um 15 Prozentpunkte höher liegt. Die Begutachtungsempfehlung Pflegestufe I ist im MDK im Saarland mit 34,2 v.H. am niedrigsten, im MDK Schleswig-Holstein mit 48,9 v.H. am höchsten. Auch hier liegen zwischen beiden Extremwerten 15 Prozentpunkte. Die Begutachtungsempfehlung Pflegestufe II liegt mit über 20 v.H. in den MDK Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz am höchsten, wogegen die anderen MDK vergleichbare Anteile verzeichnen. Bezüglich Pflegestufe III weist der MDK Westfalen-Lippe mit 2,1 v.H. den niedrigsten, der MDK Thüringen mit 8,6 v.H. den höchsten Wert aus.

Tabelle 9 stellt die gutachterlichen Empfehlungen bei stationären Erstbegutachtungen dar. Bei über 80 v.H. aller Begutachtungen kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen für Pflegebedürftigkeit vorliegen. In 42,5 v.H. der Fälle wurde Pflegestufe I, in 32,6 v.H. der Fälle Pflegestufe II und in 7,9 v.H. der Fälle Pflegestufe III empfohlen. In 16,9 v.H. der Fälle wurde „nicht erheblich pflegebedürftig“ empfohlen. Der Vergleich der Begutachtungsergebnisse im ambulanten und im stationären Bereich zeigt, dass im stationären Bereich weit häufiger die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit vorliegen und dass auch der Grad der Pflegebedürftigkeit im stationären Bereich höher ist.

**Tabelle 9**

**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H.  
bei stationären Erstbegutachtungen im Jahr 2000**

<b>MDK</b>	<b>nicht pfl.-bed.</b>	<b>Pflege- stufe I</b>	<b>Pflege- stufe II</b>	<b>Pflege- stufe III</b>
Baden-Württ.	14,6	52,4	28,7	4,2
Bayern	19,2	41,8	26,9	12,1
Berlin-Brandbg.	23,7	33,0	33,8	9,5
Bremen	13,6	35,3	34,8	16,3
Hamburg	26,3	41,4	23,4	8,9
Hessen	13,0	45,7	30,2	11,1
Meckl.-Vorp.	13,6	42,8	37,2	6,4
Niedersachsen	15,0	45,9	31,6	7,5
Nordrhein	15,9	38,1	38,7	7,3
Rheinland-Pfalz	20,1	36,4	34,7	8,9
Saarland	26,3	33,6	29,8	10,4
Sachsen	11,2	38,8	40,8	9,2
Sachsen-Anhalt	18,9	40,1	30,1	10,9
Schleswig-Holstein	14,7	50,5	30,1	4,7
Thüringen	12,7	37,5	34,9	14,9
Westf.-Lippe	20,3	39,3	35,6	4,8
<b>Gesamt</b>	<b>16,9</b>	<b>42,5</b>	<b>32,6</b>	<b>7,9</b>

<b>Statistik</b>				
Minimum	11,2	33,0	23,4	4,2
Maximum	26,3	52,4	40,8	16,3
Spannweite	15,1	19,4	17,4	12,2
Mittelwert *	17,4	40,8	32,6	9,2
Median	15,5	39,7	32,7	9,1

\*ungewichteter Mittelwert

Dieser Umstand ist in zweierlei Hinsicht zu begründen. Zum Einen liegt das durchschnittliche Alter von stationären Erstantragstellern deutlich über dem von Antragstellern ambulanter Leistungen (siehe dazu Pflegebericht 1998, S.53 ff.). Zum Zweiten wird die Pflege in einer stationären Einrichtung in vielen Fällen dann notwendig, wenn entweder die Pflegeperson im häuslichen Umfeld nicht mehr zur Verfügung steht, oder wenn die Pflege für die Pflegeperson in physischer wie psychischer Hinsicht einen Umfang annimmt, der professionelle Hilfe in einem Alten- oder Pflegeheim erforderlich macht.

Über die Unterschiede in den Begutachtungsempfehlungen wurde schon im Pflegebericht 1998 berichtet (insbesondere Kapitel 2.4). Im Hinblick auf stationäre Erstbegutachtungen, bei denen die Unterschiede in den Begutachtungsempfehlungen – damals wie heute – stärker ausgeprägt sind, wurde ausgeführt, dass „vor dem Hintergrund der regional sehr stark differierenden Versorgungsstrukturen mit Alten- und Pflegeheimen, (...) die Gutachter der Medizinischen Dienste auf ein jeweils unterschiedliches Klientel (treffen). Allerdings (kann) die allein auf struktureller Ebene geführte Diskussion keinen stringenten Zusammenhang mit den Begutachtungsempfehlungen herleiten.“ (Pflegebericht 1998, S. 30) Der Befund der sehr stark differierenden Versorgungsstruktur mit Alten- und Pflegeheimen konnte damals nur auf Grundlage einer aus dem ersten Quartal 1997 stammenden Untersuchung zur stationären Versorgungssituation in verschiedenen Bundesländern (WIDO, 1998) diskutiert werden. Aussagekräftiges Datenmaterial, wie z.B. die Bewohnerstruktur von Alten- und Pflegeheimen, fehlte damals fast gänzlich. Zum Zeitpunkt der Abfassung dieses Berichtes lagen erste Daten aus der Einrichtungsstatistik gemäß § 109 Absatz 1 SGB XI vor. Es bleibt einer zukünftigen Regionalisierung dieser Ergebnisse vorbehalten, diesen Themenkomplex empirisch zugänglich zu machen.

Die Begutachtungsempfehlungen in den drei Berichtszeiträumen 1998 bis 2000 haben sich leicht verändert (siehe Tabelle 10). Im ambulanten Bereich ist eine leichte prozentuale Zunahme der Empfehlung Pflegestufe I festzustellen, wogegen die Pflegestufe II im gleichen Maße abnahm. Im stationären Bereich haben sich die Anteile der Empfehlungen „nicht erheblich pflegebedürftig“ und Pflegestufe III zwischen 1998 und 2000 um jeweils rd. 2 Prozentpunkte verringert. Hinter dem Rückgang des Anteils der Begutachtungsempfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ im stationären Sektor wird sich die schon oben genannte Praxis der Alten- und Pflegeheime ausdrücken, nur noch verstärkt solche Bewohner aufzunehmen, die in den Leistungsbezug nach dem Pflegeversicherungsgesetz kommen. Bei

Pflegeheimen, die eine Investitionsförderung nach Artikel 52 erhalten haben, ist dies sogar verpflichtend. Eine Zunahme verzeichnen im stationären Bereich Begutachtungsempfehlungen Pflegestufe I um 4 Prozentpunkte.

**Tabelle 10**

**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe bei ambulanten und stationären Erstbegutachtungen 1998-2000**

Empfehlung	ambulant			stationär		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
nicht pfl.-bed.	32,4	31,6	33,1	18,9	17,0	16,9
Stufe I	41,9	43,8	43,9	38,0	39,8	42,5
Stufe II	19,9	19,2	18,0	32,7	33,7	32,6
Stufe III	5,8	5,4	5,0	10,4	9,5	7,9

## 2.4 Folgebegutachtungen

Aus den obigen Ausführungen wird deutlich, dass Folgebegutachtungen, das heißt die erneute Begutachtung von Versicherten, die sich schon im Leistungsbezug befinden, neben den Erstbegutachtungen eine zentrale Aufgabe im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste einnehmen. Die Bedeutung dieser Begutachtungsart wird greifbar, wenn man die in einem Berichtszeitraum durchgeführten Folgebegutachtungen in Bezug zum Leistungsempfängerbestand des Vorjahres setzt. Man erhält dann in Form eines statistischen Kennwertes den Anteil derjenigen Leistungsempfänger, die wiederholt begutachtet wurden. Im Pflegebericht 1998 wurde für diesen Anteil der Begriff der „Wiederholungsbegutachtungsquote“ eingeführt, die jetzt „Folgebegutachtungsquote“ genannt wird.

In Tabelle 11 sind die Folgebegutachtungsquoten für die Jahre 1998 bis 2000 aufgeführt. Die Anzahl der im jeweiligen Jahr durchgeführten Folgebegutachtungen wird darin zur Anzahl der Leistungsempfänger des Vorjahres (zum Stichtag 31.12.) ins Verhältnis (in v.H.) gesetzt. Die Statistik weist aus, dass die Folgebegutachtungsquote trotz geringfügiger prozentualer Abnahme immer noch bei knapp 30 v.H. liegt. Nach dieser Rechnung wird somit annähernd ein Drittel der Leistungsempfänger jährlich einer wiederholten Begutachtung unterzogen.

Das Leistungsgeschehen der Pflegekassen und der sich ändernde Hilfebedarf der Pflegebedürftigen wird somit einem stetigen Anpassungsprozess unterzogen.

**Tabelle 11**

**Anteil in v.H der Folgebegutachtungen zu  
Leistungsempfängern 1998 - 2000  
"Folgebegutachtungsquote"**

	Gesamt		
	1998	1999	2000
Leistungsempfänger *	1.660.710	1.715.972	1.826.362
durchgeführte Folgebegutachtungen **	495.560	481.778	512.078
Folgebegutachtungsquote	29,8	28,1	28,0

\* zum 31.12. des Vorjahres

\*\* im Jahr

Die Berechnungsgrundlage der „Folgebegutachtungsquote“ beruht auf der Annahme, dass die Bestandszahl und die personelle Zusammensetzung von Leistungsempfängern zum Stichtag des Vorjahres bis zum Ende des Folgejahres konstant bleibt. Gegen diese Modellrechnung muss einschränkend auf zwei Sachverhalte hingewiesen werden. Zum Einen werden sich nicht alle Pflegebedürftigen, die zum Stichtag des Vorjahres ausgewiesen sind, auch noch am Jahresende des darauffolgenden Jahres in der Stichtagsstatistik befinden. Obwohl gesicherte empirische Ergebnisse über die Sterbequote bei den Leistungsempfängern bislang nicht vorliegen, muss dieser Tatbestand ins Kalkül gezogen werden. Er stützt jedoch die Annahme, dass die tatsächliche Folgebegutachtungsquote höher als die hier errechneten knapp 30 v.H. ausfällt. Weiterhin wird es eine (ebenfalls unbekannt) Anzahl von Folgebegutachtungen geben, bei denen Vorgutachten und Folgebegutachtung in den selben Berichtszeitraum fallen und der Begutachtete deshalb nicht von der stichtagsbezogenen Leistungsstatistik erfasst wird.

Tabelle 12 zeigt die Folgebegutachtungsquote differenziert nach Leistungsart und Pflegestufe. Grundsätzlich kann ausgesagt werden, dass, mit Ausnahme des Jahres 1999, die Folgebegutachtungsquote im stationären Bereich leicht über der im ambulanten Bereich liegt. Der tatsächliche Unterschied wird faktisch noch höher ausfallen, da wegen des durchschnittlich höheren Alters von stationären Pflegebedürftigen von einer höherer Sterbequote ausge-

gangen werden muss, die die Wahrscheinlichkeit einer zum Erstgutachten zeitversetzten Wiederholungsbegutachtung erheblich vermindert.

**Tabelle 12**

**Folgegutachten 1998-2000 in v.H. zur Zahl der Leistungsempfänger des Vorjahres  
"Pflegestufenbezogene Folgebegutachtungsquote"**

<b>ambulant</b>			
<b>Pflegestufe bei Leistungsempfängern/Empfehlung im Vorgutachten bei Folgegutachten</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>
Pflegestufe I	38,5	35,7	34,0
Pflegestufe II	24,3	23,8	23,1
Pflegestufe III	10,9	9,9	9,8
<b>Gesamt</b>	<b>29,5</b>	<b>28,2</b>	<b>27,4</b>

<b>stationär</b>			
<b>Pflegestufe bei Leistungsempfängern/Empfehlung im Vorgutachten bei Folgegutachten</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>
Pflegestufe I	48,5	42,0	44,6
Pflegestufe II	31,0	27,0	28,2
Pflegestufe III	5,5	5,5	5,9
<b>Gesamt</b>	<b>30,8</b>	<b>27,8</b>	<b>29,6</b>

Die Ermittlung der Folgebegutachtungsquote für die einzelnen Pflegestufen zeigt den hohen Anteil von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I, die in einem Berichtszeitraum wiederholt begutachtet werden. Dagegen fällt die Folgebegutachtungsquote bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III wesentlich geringer aus. In letzterem Fall wird wieder die erwähnte Sterbequote ins Gewicht fallen, wie auch die Tatsache, dass denkbare Höherstufungsanträge von Pflegebedürftigen in Hinsicht auf „Pflegestufe III Härtefall“ statistisch keine Rolle spielen. Weiterhin werden auch viele Erstgutachter in vielen Fällen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe III auf die Empfehlung zu Folgebegutachtung verzichten, wenn aus sozialmedizinischer Sicht keine gravierenden Veränderungen in der Pflegesituation zu erwarten sind.

In Tabelle 13 wird die Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der der Folgebegutachtung verglichen. Generell kann festgestellt werden, dass der Anteil gleicher Pflegestufen-

empfehlungen im Vor- und Folgegutachten mit höherer Pflegestufe im Vorgutachten zunimmt. Im ambulanten Bereich bestätigen die Gutachter des Medizinischen Dienstes in 45 v.H. der Fälle, bei denen im Vorgutachten Pflegestufe I empfohlen worden ist, dieselbe Pflegestufe auch im Folgegutachten. Dieser Anteilswert steigt in den Pflegestufen II und III auf 53,6 bzw. 78,5 v.H..

**Tabelle 13**

**Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung der Folgebegutachtung 2000**

<b>ambulant</b>			
<b>Folgebegutachtungen</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Folgebegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>			
Pflegestufe I	45,3	8,0	46,7
Pflegestufe II	53,6	11,6	34,8
Pflegestufe III	78,5	21,5	-

<b>stationär</b>			
<b>Folgebegutachtungen</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Folgebegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>			
Pflegestufe I	30,3	1,9	67,8
Pflegestufe II	47,6	4,2	48,2
Pflegestufe III	76,2	23,8	-

Eine höhere Pflegestufenempfehlung wird in 46,7 v.H. der Fälle ehemaliger Pflegestufe I und in 34,8 v.H. ehemaliger Pflegestufe II empfohlen. Diese Zahlen belegen, dass Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen progredient verläuft. Eine durch die Folgebegutachtung festgestellte „nicht mehr erhebliche Pflegebedürftigkeit“ von Leistungsempfängern der Pflegestufe I ist demgegenüber die Ausnahme. Die erstmalige Feststellung auf Pflegebedürftigkeit ist – unter der Voraussetzung des Überlebens – biografisch in vielen Fällen mit einer Zunahme des Hilfebedarfs und dann mit einer höheren Leistungsstufe verbunden. Zunehmende Schweregrade von Pflegebedürftigkeit sind somit wesentliche Kennzeichen einer Pflegebiografie.

Dieser Sachverhalt trifft auch für den stationären Sektor zu, wobei hier die Progredienz noch in einem höheren Ausmaß festzustellen ist. Im Jahr 2000 wurde eine höhere Pflegestufe in 67,8 v.H. der Fälle mit vorausgegangener Empfehlung Pflegestufe I und in 48,2 v.H. der Fälle, mit vorausgegangener Empfehlung Pflegestufe II empfohlen.

Die Aussage einer zunehmenden Progredienz von Pflegebedürftigkeit trifft nicht auf Pflegebedürftige zu, bei denen in der vorangegangenen Begutachtung Pflegestufe III empfohlen wurde. Hier wurde in der Folgebegutachtung in jeweils über einem Fünftel der Fälle eine niedrigere als die bisherige Pflegestufe empfohlen. Auf diesen Umstand wurde auch schon im Pflegebericht 1998 hingewiesen. Nach der Zeitorientierung der Hilfebedarfsbewertung durch das SGB XI benötigt die vollständige Übernahme einer Verrichtung durch die Pflegeperson einen geringeren Zeitaufwand als die Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung der eigenständigen Durchführung durch den Pflegebedürftigen. Können vom Pflegebedürftigen wegen Selbstständigkeitsverlustes bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung oder Unterstützung nicht mehr eigenständig durchgeführt werden, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen, was in der logischen Konsequenz den Zeitaufwand, also die zeitliche und örtliche Bindung der Pflegeperson, aber meist verringert. In der Konsequenz führt dies zu einer Verringerung des Hilfebedarfs gemäß der Definition nach SGB XI.

## **2.5 Widerspruchsbegutachtungen**

Widerspruchsbegutachtungen werden dann durchgeführt, wenn der Versicherte Widerspruch gegen den Leistungsbescheid der Kasse eingelegt hat und die Pflegekasse dem Medizinischen Dienst den Widerspruch zur erneuten Bearbeitung vorlegt. Im Verfahren wird dem Gutachter der vorangegangenen Begutachtung das dem Widerspruch zugrunde liegende Pflegegutachten erneut zur Prüfung vorgelegt. Er wird dann prüfen, ob zwischenzeitlich neue Aspekte in der Pflegesituation eingetreten sind, die eine Revision der vorangegangenen Empfehlung begründen. Hausarztanfragen und Krankenhausberichte sind die am meisten dazu herangezogenen Informationsquellen. Liegen aus Sicht des Gutachters keine neuen Aspekte vor, die eine Änderung der Empfehlung des vorangegangenen Pflegegutachtens rechtfertigen, wird durch andere Gutachter, je nach Sachlage in Form einer körperlichen Untersuchung oder auf Grundlage einer Aktenbeurteilung, eine erneute Begutachtung durchgeführt.

Widersprüche können auf Grundlage von Erst- und Folgebegutachtungen erfolgen. Bezieht man in v.H. die Zahl der Widerspruchsgutachten auf die Zahl durchgeführter Erst- und Folgebegutachtungen, erhält man die „Widerspruchsbegutachtungsquote“. Sie gibt in Form einer statistischen Kennziffer den Anteil derjenigen Gutachten an, die auf Grundlage eines Widerspruchs seitens der Versicherten gegen den Leistungsbescheid der Pflegekassen neuerlich überprüft werden mussten. Auch hier sind, wie bei der „Folgebegutachtungsquote“ methodische Annahmen zu berücksichtigen. Das Modell der Widerspruchsbegutachtungsquote geht davon aus, dass Widerspruchsbegutachtung und die vorangegangene Erst- oder Folgebegutachtung in den gleichen Berichtszeitraum fallen. Nicht berücksichtigt werden demnach die Fallkonstellationen, in denen Widerspruchsbegutachtung und Vorbegutachtung in unterschiedliche Berichtszeiträume fallen. Es kann jedoch realistischerweise davon ausgegangen werden, dass sich die Überlappungen statistisch ausgleichen und zu keinen systematischen Verzerrungen führen.

In Tabelle 14 zeigt die Widerspruchsbegutachtungsquote der Jahre 1998 bis 2000 sowohl insgesamt als auch getrennt für den ambulanten und stationären Sektor.

Die Aufstellung zeigt eine Abnahme der Widerspruchsbegutachtungsquote von 7,5 v.H. im Jahre 1998 auf 6,7 v.H. im Jahr 2000. Im ambulanten Bereich fällt dieser Rückgang von 8,3 v.H. auf 7,7 v.H. etwas niedriger aus als im stationären Bereich, in dem ein Rückgang von 4,5 v.H. auf 3,3 v.H. dokumentiert wird. Der Befund der niedrigeren Widerspruchsbegutachtungsquote im stationären Sektor wird auf das schon an anderer Stelle verwiesene geschulte Pflegepersonal in Alten- und Pflegeheimen zurückzuführen sein, das die Wahrscheinlichkeit des „Erfolgs“ eines Widerspruchs eher abzuschätzen weiß.

**Tabelle 14**

**Anteil in v.H der Widerspruchsbegutachtungen  
zu Erst- und Folgebegutachtungen 1998-2000  
"Widerspruchsbegutachtungsquote"**

<b>Gesamt</b>			
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>
Durchgeführte Erst- und Folgebegutachtungen	1.246.205	1.171.965	1.191.466
Widerspruchsbegutachtungen	93.544	76.470	79.754
<b>Widerspruchsbegutachtungsquote in v.H.</b>	<b>7,5</b>	<b>6,5</b>	<b>6,7</b>

<b>ambulant</b>			
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>
Durchgeführte Erst- und Folgebegutachtungen	975.522	920.962	913.409
Widerspruchsbegutachtungen	81.382	67.639	70.615
<b>Widerspruchsbegutachtungsquote in v.H.</b>	<b>8,3</b>	<b>7,3</b>	<b>7,7</b>

<b>stationär</b>			
	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>
	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Anzahl</b>
Durchgeführte Erst- und Folgebegutachtungen	270.683	251.003	278.057
Widerspruchsbegutachtungen	12.162	8.831	9.139
<b>Widerspruchsbegutachtungsquote in v.H.</b>	<b>4,5</b>	<b>3,5</b>	<b>3,3</b>

Tabelle 15 zeigt das Ergebnis der Widerspruchsbegutachtung im Vergleich zur vorangegangenen Begutachtung. Im ambulanten Bereich kommen die Gutachter der Widerspruchsbegutachtung in jeweils über 60 v.H. der Fälle zur gleichen Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens. In jeweils rund 35 v.H. der Fälle wird eine höhere Pflegestufe bzw. erstmalige „erhebliche Pflegebedürftigkeit“ empfohlen.

Im stationären Bereich liegt der Anteil identischer Pflegestufenempfehlungen um rd. 10 Prozentpunkte niedriger, wogegen höhere Pflegestufenempfehlungen in der Widerspruchsbegutachtung (mit Ausnahme vorangegangener Pflegestufenempfehlung II) deutlich höher ausfallen.

**Tabelle 15****Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung der Widerspruchsbegutachtung**

<b>ambulant</b>			
<b>Widerspruchsbegutachtungen</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>			
nicht pflegebedürftig	64,5	-	35,5
Pflegestufe I	62,8	2,6	34,6
Pflegestufe II	62,6	3,1	34,2
Pflegestufe III	82,9	17,1	-

<b>stationär</b>			
<b>Widerspruchsbegutachtungen</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>			
nicht pflegebedürftig	50,3	-	49,7
Pflegestufe I	45,5	2,3	52,2
Pflegestufe II	58,1	2,1	39,8
Pflegestufe III	81,5	18,5	-

Die Häufigkeit der Änderungen von Pflegestufenempfehlungen des Vorgutachtens in Richtung höherer Pflegestufenempfehlung in den Widerspruchsbegutachtungen gab in letzter Zeit Anlass zur Kritik. Die MDK-Gemeinschaft hat dies zum Anlass genommen, Widersprüche einer näheren Untersuchung zu unterziehen. Im Ergebnis konnte an Hand einer Stichprobe festgestellt werden, dass in den Fällen, in denen in der Widerspruchsbegutachtung eine Revision der Empfehlung des Vorgutachtens erfolgte, meist ein akuter Vorfall oder eine faktische Zunahme des Hilfebedarfs in der Zeit zwischen Widerspruchsbegutachtung und Vorbegutachtung vorlag, der diese Änderung der Pflegestufenempfehlung begründet. Dieser zeitliche Abstand zwischen Widerspruchsbegutachtung und vorangegangener Begutachtung (Begutachtung, Leistungsbescheid der Pflegekasse, Widerspruch des Versicherten gegen diesen Leistungsbescheid, Beauftragung des Medizinischen Dienstes) kann gegebenenfalls mehrere Monate betragen.

Für diese Fallkonstellationen hat sich deshalb in der Zwischenzeit der Begriff des „verkappeten Höherstufungsantrag“ eingebürgert. Er kennzeichnet die faktische Diskrepanz zwischen der gutachterlich vorgefundenen Realität in der Widerspruchsbegutachtung und in der vorangegangenen Begutachtung. Obwohl die Pflegekasse auf Grundlage des Widerspruchs des Versicherten eine Widerspruchsbegutachtung beim Medizinischen Dienst in Auftrag gibt, handelt es sich in vielen Fällen inhaltlich (nicht im Verfahren!) um einen Höherstufungsantrag des Versicherten, da nach der vorangegangenen Begutachtung eine pflegestufenrelevante Zunahme des Hilfebedarfs eingetreten ist.

Insofern liegt es nahe, die Statistik der Widerspruchsbegutachtung mit der entsprechenden Statistik der Folgebegutachtung zu vergleichen. Im Kapitel 2.4 „Folgegutachten“ wird bspw. ausgeführt, dass im stationären Bereich im Vergleich zur häuslichen Pflege bei Versicherten in den Folgebegutachtungen deutlich häufiger eine höhere Pflegestufe der auftraggebenden Kasse empfohlen wird. Dieses Ergebnis wurde u.a. mit dem höherem Durchschnittsalter von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen begründet, bei denen die Progredienz von Pflegebedürftigkeit stärker ausgeprägt ist. Dieser Fakt zeigt sich auch bei den Widerspruchsgutachten. Die prozentualen Anteile derjenigen Widersprüche, bei denen im Vergleich zum Vorgutachten eine höhere Pflegestufe empfohlen wird, liegen auch im stationären Bereich deutlich höher als in der häuslichen Pflege. Weiterhin fällt der Anteil von fast 20 v.H. ehemaliger Pflegestufe III-Empfehlungen auf, bei denen im Widerspruchsverfahren eine niedrigere Pflegestufe gutachterlicherseits empfohlen wird. Auch dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden der Folgebegutachtungen. Die dortige Interpretation, nach der eine Zunahme der Schwere von Pflegebedürftigkeit im Sinne von Selbstständigkeitsverlust des Leistungsempfängers in der konsequenten Auslegung des Gesetzes und der Begutachtungs-Richtlinien mit einer „Abstufung“ einhergeht, deckt sich auf statistischer Ebene mit den dokumentierten Ergebnissen der Widerspruchsbegutachtung. Die Analogien in den Ergebnissen zwischen Vor- und Nachbefundung der Folgebegutachtungen und Widersprüche werden damit evident.

Auf der anderen Seite soll damit nicht der „echte“ Widerspruch verschwiegen werden. Der Rückgang der Widerspruchsquote in den letzten 3 Jahre zeigt jedoch auch, dass die Maßnahmen der MDK-Gemeinschaft, die u.a. auf den Ergebnissen der „Qualitätssicherung der Pflegebegutachtung“ und intensiver Schulungsmaßnahmen basieren, Erfolge gezeitigt haben.

## 2.6 Zusammenfassung

Die Inanspruchnahme der Medizinischen Dienste durch die Pflegekassen liegt weiterhin auf hohem Niveau. In den letzten 3 Jahren wurden jährlich rd. 1,4 Millionen Begutachtungsaufträge vorgelegt. Als Faustregel gilt, dass es sich dabei in gut  $\frac{3}{4}$  der Fälle um ambulante und in gut  $\frac{1}{5}$  der Fälle um stationäre Begutachtungsaufträge handelt. Aufträge von Versicherten nach Leistungen gemäß § 43a SGB XI sind in den Berichtszeiträumen 1998–2000 weiterhin sehr stark rückläufig und spielen statistisch eine untergeordnete Rolle.

Die Bedeutung von Aufträgen für Folgebegutachtungen haben auch in den Berichtszeiträumen weiterhin zugenommen. Sie machten im Jahr 2000 annähernd 40 v.H. des Auftragsvolumen aus. Im stationären Bereich sind Folgebegutachtungen die häufigste Auftragsart. Durch dieses Instrument werden jährlich 30 v.H. der Leistungsberechtigten wiederholt begutachtet, wobei diese Folgebegutachtungsquote angesichts der jährlichen Sterbequote erheblich über dem hier errechneten Wert liegen dürfte. Es ist deshalb anzunehmen, dass im Schnitt in einem Zeitraum von 2–3 Jahren bei den Leistungsempfängern der Pflegeversicherung eine wiederholte Begutachtung durchgeführt wird. Damit ermöglicht der Medizinische Dienst das Leistungsgeschehen der Kassen an die faktischen Gegebenheiten anzupassen und sichert den Versicherten eine Versorgungsleistung, die ihrem jeweils vorgefundenen Hilfebedarf entspricht.

Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen sind weiterhin rückläufig. Aus einer stichprobenartigen Untersuchung des Medizinischen Dienstes und auf Grundlage eines Vergleichs der Begutachtungsempfehlungen von Folge- und Widerspruchsbegutachtungen konnte folgender Sachverhalt aufgezeigt werden. Hinter vielen Aufträgen, die im Verfahren als Widersprüche kassenseitig beim MDK in Auftrag gegebenen werden, verbergen sich Fälle, bei denen ein akuter Vorfall oder eine stark progrediente Entwicklung der Schwere von Pflegebedürftigkeit zu einer im Vergleich zum Vorgutachten höheren Pflegestufenempfehlung geführt haben. Die Gutachter der Medizinischen Dienste treffen deshalb in der Widerspruchsbegutachtung in vielen Fällen auf eine veränderte Situation des Versicherten, die entsprechend zu würdigen ist.

Die Pflegestufenempfehlungen haben sich in den Berichtszeiträumen 1998 bis 2000 nur geringfügig verändert. In der häuslichen Pflege wird in 30 v.H. der Fälle keine erhebliche Pfl-

gebedürftigkeit empfohlen, in 40 v.H. Pflegestufe I, in 20 v.H. Pflegestufe II und 5 v.H. Pflegestufe III. Im stationären Bereich ist eine leichte Abnahme der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ zu dokumentieren, was auf veränderte Aufnahmebedingungen von Alten- und Pflegeheimen zurückzuführen sein wird. In knapp über 15 v.H. wird keine erhebliche Pflegebedürftigkeit gutachterlicherseits empfohlen, in 40 v.H. Pflegestufe I, in 30 v.H. Pflegestufe II und in 8 v.H. Pflegestufe III.

### 3 Beantragte Leistungsart von Erstantragstellern

Die zukünftige finanzielle Entwicklung der Pflegeversicherung wird wesentlich von der Entwicklung der Zahl von Leistungsempfängern und damit von den demografischen Veränderungen der bundesrepublikanischen Gesellschaft beeinflusst. Der MDS hat dazu im Rahmen der Anhörung der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel – Reformbedarf der Pflegeversicherung“ am 25. September 2000 eine Prognose vorgelegt. Danach wird die Zahl der Leistungsempfänger auf 2.07 Mio. im Jahre 2010, auf 2.41 Mio. im Jahre 2020, auf 2.66 Mio. im Jahre 2030 und auf 2.93 Mio. im Jahre 2040 anwachsen (siehe Tabelle 1).

**Tabelle 1**

**Hochrechnung der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung**

Alter in Jahren	Leistungsempfänger 1999 */***		Hochrechnung Leistungsempfänger auf Grundlage Prävalenz 1999 **			
	Anzahl	Prävalenz in v.Tsd.	2010 * Anzahl	2020 * Anzahl	2030 * Anzahl	2040 * Anzahl
bis unter 15	67.421	5,2	57.330	53.526	51.051	46.224
15 bis unter 20	23.562	5,1	21.799	19.381	18.399	17.605
20 bis unter 25	19.362	4,4	21.706	18.764	16.369	16.252
25 bis unter 30	20.540	3,9	18.999	18.103	16.184	15.414
30 bis unter 35	27.365	3,9	18.656	20.811	18.101	15.935
35 bis unter 40	30.520	4,3	21.843	21.777	20.741	18.650
40 bis unter 45	27.912	4,5	30.685	22.198	24.577	21.481
45 bis unter 50	29.066	5,1	36.936	26.414	26.320	25.084
50 bis unter 55	30.028	6,5	40.576	43.448	31.537	34.929
55 bis unter 60	50.260	9,3	50.469	63.893	45.816	45.769
60 bis unter 65	80.652	14,6	67.748	85.209	91.562	66.747
65 bis unter 70	101.689	25,3	110.138	124.275	158.455	114.290
70 bis unter 75	153.552	43,3	206.142	170.096	216.334	234.677
75 bis unter 80	249.573	87,7	272.240	288.062	333.901	432.877
80 bis unter 85	232.326	178,6	396.767	540.549	461.755	601.502
85 bis unter 90	372.821	326,5	416.391	474.826	518.050	641.244
90 und älter	259.714	534,9	283.099	420.535	610.313	591.047
<b>Gesamt</b>	<b>1.776.362</b>	<b>21,7</b>	<b>2.071.526</b>	<b>2.411.867</b>	<b>2.659.464</b>	<b>2.939.727</b>

\* zum 31.12.

\*\* eigene Berechnungen, Quelle: 9. koord. Bevölkerungsvorausberechnung des Stat. Bundesamtes

\*\*\* Quelle: BMG

Diese Hochrechnung basiert auf den altersbezogenen Prävalenzen (Leistungsempfänger in v. Tsd. zur Bevölkerung für jede Altersklasse) zum Jahresende 1999, die auf die prognosti-

zierten Bevölkerungszahlen der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes bezogen werden. Die prognostizierte Zunahme von Leistungsempfänger resultiert damit in diesem Hochrechnungsmodell aus der zu erwartenden Altersumschichtung der bundesrepublikanischen Gesellschaft, die unter dem Schlagwort „Überalterung“ öffentlich diskutiert wird. Ein Effekt dieser Modellrechnung ist der Anstieg des Anteils von älteren Leistungsempfängern über 75 Jahre von derzeit knapp 60 v.H. auf 80 v.H. im Jahre 2040.

Diese Hochrechnung lässt eine weitere Hochrechnung zu, die der Schätzung der Finanzentwicklung auf der Ausgabenseite. Im Jahre 1999 waren für 1.776.362 Leistungsempfänger Leistungsausgaben in Höhe von DM 30.41 Mrd. zu erbringen. Im Mittel sind damit für jeden Leistungsempfänger pro Jahr Ausgaben in Höhe von DM 17.119 zu leisten. Setzt man diese Größe in Bezug zur erwarteten Zahl der Leistungsempfänger der Jahre 2010 bis 2040, dann ergeben sich die nachfolgenden Steigerungsraten in v.H. zu 1999 (in Klammern Leistungsausgaben in Mrd. DM):

- 2010: 16,6 v.H. (35.5)
- 2020: 35,8 v.H. (41.3)
- 2030: 49,7 v.H. (45.5)
- 2040: 65,5 v.H. (50.3).

Im Jahre 2040 wären dieser Prognose zu Folge (die u.a. die rein theoretische Annahme voraussetzt, dass keine Dynamisierung der Leistungen erfolgt) Leistungsausgaben in Höhe von rd. DM 50 Mrd. zu erwarten, was einer Steigerungsrate von 65 v.H. gegenüber 1999 entspricht.

Neben dieser Status-Quo-Prognose sind für die künftige finanzielle Situation der Pflegeversicherung weitere Faktoren von Bedeutung. Dazu gehört auch das Antragsverhalten der Versicherten hinsichtlich der beantragten Leistung, da diese unterschiedlichen Leistungsarten mit deutlich unterschiedlichen Leistungsausgaben verbunden sind. Das Pflegeversicherungsgesetz differenziert auf der ersten Ebene Leistungen der häuslichen und vollstationären Pflege.<sup>4</sup> Bei der häuslichen Pflege wird weiterhin zwischen Geld-, Kombinations- und Sach-

---

<sup>4</sup> Leistungen nach § 43a SGB XI werden hier aus den eingangs genannten Gründen ausgeblendet.

leistungen unterschieden. Geldleistungen sind mit den niedrigsten Leistungsausgaben verbunden, gefolgt von den Kombinationsleistungen, Sachleistungen und Leistungen der vollstationären Pflege.<sup>5</sup> Pflegebedürftige mit beantragten Geldleistungen der Pflegestufe I erhalten hier monatlich DM 400, Pflegebedürftige der Pflegestufe II DM 800 und Pflegebedürftige der Pflegestufe III DM 1.300. Erheblich pflegebedürftig Versicherte mit Sachleistungen erhalten Leistungen, die in ihrem finanziellen Umfang in etwas das Doppelte der Geldleistungen umfassen. Pflegebedürftigen der Pflegestufe I werden hier monatlich Leistungen im Wert von bis zu DM 750, Pflegebedürftigen der Pflegestufe II von DM 1.800 und Pflegebedürftigen der Pflegestufe III von DM 2.800 zur Verfügung gestellt, die in der Regel durch einen ambulanten Pflegedienst erbracht werden. Die höchsten Leistungsausgaben sind für Pflegebedürftige in Alten- und Pflegeheimen zu veranschlagen, bei denen die Pflegekassen Aufwendungen in Höhe von DM 2.000 bei Pflegestufe I, DM 2.500 bei Pflegestufe II und DM 2.800 bei Pflegestufe III für pflegebedingte Leistungen übernehmen.

Die in Tabelle 2 wiedergegebene Statistik der Leistungsempfänger nach Leistungsart der Jahre 1998 und 2000 zeigt, dass die Zahl der pflegebedürftigen Versicherten in diesem Zeitraum zugenommen hat. Trotz dieser Zunahme um 80.000 verringerte sich die Zahl der Geldleistungsempfänger um 8.000. Ihr Anteil an allen Leistungsempfängern nahm damit von 55,9 v.H. im Jahre 1998 um 3 Prozentpunkte auf 53,0 v.H. im Jahre 2000 ab.

**Tabelle 2**

**Leistungsempfänger 1998 und 2000 nach Leistungsart**

Leistungsart	1998		2000		2000 in v.H. zu 1998
	Anzahl	in v.H.	Anzahl	in v.H.	
Geldleistung	962.669	55,9	954.684	53,0	99,2
Kombileistung	171.764	10,0	193.019	10,7	112,4
Sachleistung	133.895	7,8	159.693	8,9	119,3
Vollstationär	452.750	26,3	494.793	27,5	109,3
<b>Gesamt</b>	<b>1.721.078</b>	<b>100,0</b>	<b>1.802.189</b>	<b>100,0</b>	<b>104,7</b>

Quelle: BMG: kumulierte Leistungstagestatistik

\* ohne Kurzzeitpflege, Tages- und Nachtpflege, häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson und Leistungsempfänger gemäß § 43a SGB XI

<sup>5</sup> Diese Aussage trifft nicht für Pflegebedürftige der Stufe III zu, die Sachleistungen oder vollstationäre Pflege erhalten. In beiden Fällen betragen hier die Leistungsausgaben bis zu DM 2.800/Monat

Der Abnahme von Geldleistungsempfängern steht eine Zunahme von pflegebedürftigen Versicherten gegenüber, die verstärkt externe Pflegeleistungen in ihr Pflegearrangement einbeziehen bzw. es ausschließlich in Anspruch nehmen. Hier sind insbesondere die Sachleistungsempfänger zu nennen, deren Zahl zwischen 1998 und 2000 um fast 20 v.H. zunahm.

Aus dem Pflegebericht 1998 (Siehe Pflegebericht 1998, S.53 ff.) ist bekannt, dass Geldleistungen, also die in Eigenregie organisierte häusliche Pflege, insbesondere von jüngeren Erstantragstellern beantragt werden, bei denen der Pflegeprozess vorwiegend von den Eltern (bei pflegebedürftigen Kindern) oder vom Ehepartner bzw. der Tochter/Schwiegertochter durchgeführt wird. Mit steigendem Alter des pflegebedürftigen Versicherten (und damit mit höherem Alter des pflegenden Ehepartners) und/oder mit zunehmender Schwere der Pflege werden vermehrt Sachleistungen gewünscht; zuerst in Form von Kombinationsleistungen, später in Form von Sachleistungen. Steht keine Pflegeperson zur Verfügung, z.B. wegen Tod des pflegenden Ehepartners, oder übersteigt die notwendige Pflege die Kapazitäten der Pflegeperson, wird verstärkt die Pflege in einem Alten- oder Pflegeheim in Anspruch genommen. Damit stehen 3 Einflussfaktoren fest, die die Wahl der Leistungsart bzw. die in Anspruch genommene Leistungsart bestimmen:

- das Alter des Versicherten,
- das Vorhandensein einer Pflegeperson und
- die „Schwere“ der Pflege, die im häuslichen Umfeld erbracht wird.

Die Zunahme von Sachleistungsarten verweist also u.a. auf einen Alterseffekt, der sich dadurch auszeichnet, dass mit höherem Alter die selbstorganisierte häusliche Pflege durch professionelle Unterstützung ambulanter Pflegedienste und/oder vollstationäre Betreuung kompensiert oder gänzlich ersetzt wird. Auch für das Jahr 2000 lässt sich diese Altersabhängigkeit der beantragten Leistungsart nachweisen. Tabelle 3, in der die altersbezogenen Anteile der beantragten Leistungsart von erstbegutachteten Versicherten abgebildet sind, zeigt, dass Geldleistungen mit zunehmendem Alter an Gewicht verlieren. Der Einbezug von externen Leistungen ins häusliche Pflegearrangement in Form von Kombinationsleistungen und Sachleistungen nimmt im Altersverlauf annähernd linear (gleichmäßig) zu. Auch für vollstati-

onäre Leistungen ist eine gleichmäßige Zunahme festzustellen, wobei hier ab der Altersgruppe der 75–80-Jährigen größere Anteilszuwächse auffallen. <sup>6</sup>

**Table 3**

**Erstbegutachtungen mit Empfehlung "pflegebedürftig im Sinne des SGB XI" nach Altersgruppen in v.H. nach beantragter Leistungsart, 2000**

Altersgruppe	in v.H. nach beantragter Leistungsart			
	Geldleistung	Kombileistung	Sachleistung	vollstationär
bis unter 15	95,7	2,0	1,4	1,0
15 bis unter 20	93,1	2,8	1,3	2,8
20 bis unter 25	80,2	8,5	4,8	6,5
25 bis unter 30	75,1	9,3	6,6	8,9
30 bis unter 35	72,8	10,5	7,5	9,2
35 bis unter 40	68,9	9,1	11,4	10,6
40 bis unter 45	64,7	11,0	12,1	12,3
45 bis unter 50	62,4	12,9	12,5	12,3
50 bis unter 55	63,1	12,0	12,1	12,8
55 bis unter 60	62,1	13,0	12,9	12,1
60 bis unter 65	60,6	14,4	12,4	12,6
65 bis unter 70	59,3	15,8	13,3	11,5
70 bis unter 75	53,5	17,7	15,6	13,1
75 bis unter 80	47,0	18,4	17,8	16,7
80 bis unter 85	43,8	18,1	19,2	18,9
85 bis unter 90	41,6	17,3	19,2	21,9
90 und älter	39,1	15,9	19,5	25,5

Vor diesem Hintergrund überrascht die Zunahme von Pflegebedürftigen mit Sachleistungsarten (Kombinationsleistungen-, Sachleistungen und vollstationäre Pflege) in der Leistungsempfängerstatistik der Pflegekassen zwischen 1998 und 2000 nicht, da in diesem Zeitraum die stark besetzten Jahrgänge der über 70-Jährigen überproportional zugenommen haben. Bei einer Zunahme der Leistungsempfänger zwischen 1998 und 2000 von 6 v.H. verzeichnen die Hochbetagten über 90 Jahre sogar eine Zunahme von 15,0 v.H.. Sie stellten zum

<sup>6</sup> Dieser „Knick“ könnte mit dem durchschnittlichen Sterbealter in Verbindung gebracht werden, das bei Frauen 1999 bei 79,5 Jahren, bei Männern bei 70,7 Jahren lag. Unter der Voraussetzung, dass der pflegende Ehepartner die häusliche Pflege durchgeführt hat, wird nach dessen Tod in vielen Fällen der Heimübergang erfolgen; zumal wenn keine Tochter den Pflegeprozess übernehmen kann oder will.

Jahresende 2000 einen Anteil von 15,2 v.H. aller Leistungsempfänger.<sup>7</sup> Als Ursache des Trends hin zu Sachleistungsarten kann deshalb die Korrelation zwischen beantragter Leistung und Alter der Pflegebedürftigen geltend gemacht werden.

Aus den Ergebnissen der Erstbegutachtungen des Medizinischen Dienste lassen sich analoge Ergebnisse belegen. In Tabelle 4 sind alle Erstbegutachtungen mit der Empfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ der Jahre 1998 und 2000 in v.H. nach beantragter Leistungsart dokumentiert. Es handelt sich dabei also um die Inzidenz, da dieser Personenkreis nach dem Leistungsbescheid der Pflegekasse in den Leistungsempfängerbestand rückt. Wie in der nach Leistungsbereichen differenzierten Statistik der Pflegekassen nahm im Zeitraum 1998 – 2000 auch bei den Begutachtungen der Anteil von Erstantragstellern auf Geldleistungen ab. Gleichzeitig nahmen Sachleistungsarten zu.

**Tabelle 4**

**Beantragte Leistungsart in v.H. von  
Erstantragstellern 1998 und 2000 mit  
Empfehlung "pflegebedürftig im Sinne des SGB XI"  
- Inzidenz -**

Leistungsart	1998	2000
	in v.H.	in v.H.
Geldleistung	49,0	46,3
Kombileistung	15,4	16,7
Sachleistung	16,0	17,0
Vollstationär	19,6	20,0

\* ohne Antragsteller auf Leistungen  
gemäß § 43 a SGB XI

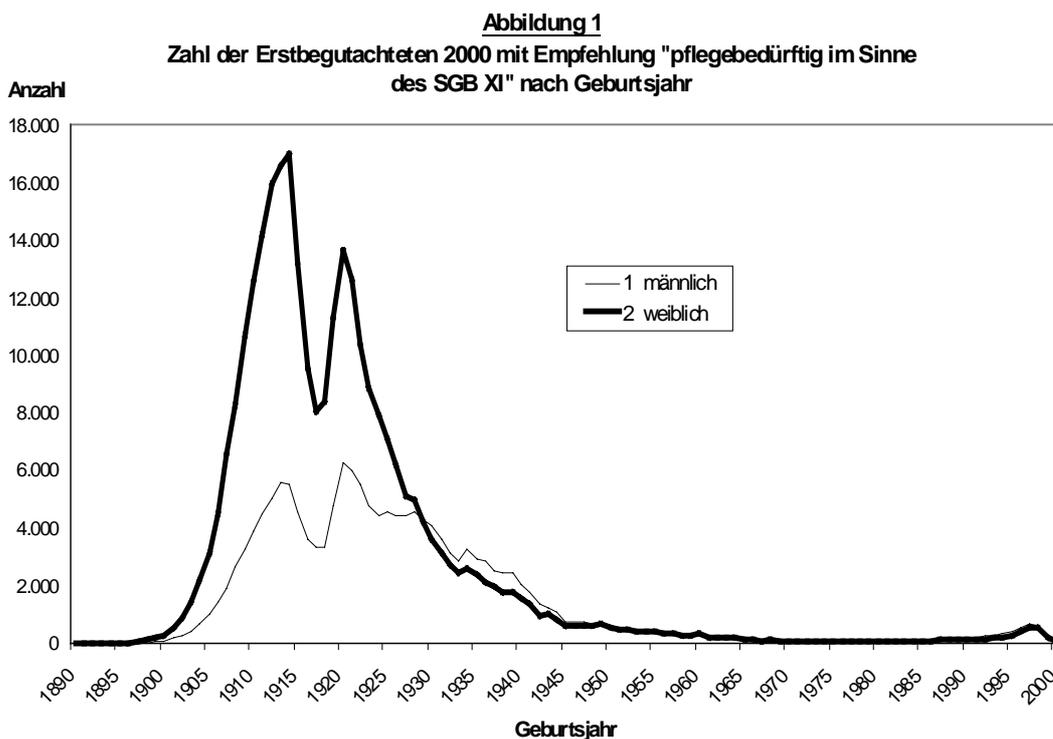
Im Gegensatz zur Leistungsstatistik bewegt sich der Anteil von vollstationären Erstantragstellern 2000 allerdings auf gleichem Niveau wie 1998.<sup>8</sup> Der Trend der Antragsteller geht hin zur professionellen Unterstützung und Betreuung.

Die Verschiebungen im Leistungsempfängerbestand der Pflegekassen hinsichtlich der Leistungsarten 1998–2000, finden demnach ihr Pendant in den Begutachtungen der Medizinischen Dienste. Generell belegen beide Statistiken eine leichte Abnahme von Geldleistungs-

<sup>7</sup> Eigene Berechnungen, Quelle: BMG

empfängern und eine Zunahme von Pflegebedürftigen, die Sachleistungsarten beantragen oder erhalten.

Der für die Wahl der Leistungsart mitbestimmende Einflussfaktor „Alter“ ist – für sich allein genommen – hinsichtlich der finanziellen Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung bedeutsam. Neben dem zahlenmäßigen Anstieg der Leistungsempfänger und den daraus resultierenden Mehrausgaben wären noch die Mehrausgaben zu kalkulieren, die durch den größer werdenden Anteil von Sachleistungsarten verursacht werden. Die vom Statistischen Bundesamt prognostizierte Bevölkerungsentwicklung impliziert jedoch neben der Zunahme der alten und sehr alten Bevölkerung noch weitere, für die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung relevante Effekte. Hier ist das Geschlechterverhältnis, insbesondere in den für die Pflegeversicherung bedeutsamen hohen Altersgruppen, zu nennen.



In Abbildung 1 sind die Häufigkeiten von Erstantragstellern mit Empfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ geschlechtsspezifisch nach Geburtsjahrgängen grafisch dargestellt.

<sup>8</sup> Dies ist darauf zurückzuführen, dass sich der Übergang in die vollstationäre Pflege im Sinne der oben beschriebenen idealtypischen Pflegebiographie in vielen Fällen aus dem häuslichen Bereich heraus vollzieht, ohne dass der Medizinische Dienst damit befasst wird.

Die Abbildung veranschaulicht, dass die Inzidenz, also der Zugang zum Leistungsempfängerbestand, zum überwiegenden Teil von Frauen der Jahrgänge 1905 bis 1930, also der Altersgruppe der über 70-Jährigen gebildet wird. Männer dieser Jahrgänge sind deutlich unterrepräsentiert. Dieser Sachverhalt lässt sich vor dem Hintergrund der Gefallenen des 2. Weltkrieges erklären. Die vom Statistischen Bundesamt prognostizierte Zunahme von Älteren in der bundesrepublikanischen Bevölkerung lässt sich u.a. darauf zurückführen, dass die Generation des 2. Weltkrieges allmählich herauswächst, und deshalb zukünftig mit mehr älteren Männern zu rechnen ist.

**Tabelle 5**

**Bevölkerungsentwicklung von älteren und hochbetagten Personen über 70 Jahre, sowie das Verhältnis Frauen/Männer**

	1999	2010	2020	2030	2040
	in Tausend				
Männer	3.186,2	4.753,2	5.081,0	5.798,6	6.969,9
Frauen	6.138,9	7.143,7	7.404,0	8.324,4	9.829,9
	Zuwachs in v.H. zu 1999 (1999=100)				
Männer	100	149,2	159,5	182,0	218,8
Frauen	100	116,4	120,6	135,6	160,1
Verhältnis Männer/ Frauen	1,93	1,50	1,46	1,44	1,41

Eigene Berechnungen, Quelle: 9. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung

Tabelle 5, in der diese Prognose in absoluten Häufigkeiten und in v.H. zu 1999 abgebildet ist, verdeutlicht diesen Prozess. Während die Zahl der über 70-jährigen Frauen zwischen 1999 und 2040 um mehr als die Hälfte zunehmen wird, wird sich die Zahl der gleichaltrigen Männer mehr als verdoppeln. Sozusagen als Nebeneffekt, der allerdings für den Bereich der Pflegeversicherung von immenser Bedeutung sein wird, verändert sich deshalb in dieser Altersgruppe auch das Verhältnis Frauen/Männer. Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, betrug diese Verhältniszahl 1999 1,93, d.h. auf einen Mann kamen statistisch zwei Frauen. Schon im Jahre 2010 wird sich diese Relation auf 1,5 verringern.

In der Konsequenz werden durch diesen Prozess der Bevölkerungsentwicklung nicht nur die Männer der Soldatengeneration aus der Bevölkerung herauswachsen, sondern auch deren

Witwen. Zukünftig wird damit von einer zunehmenden Zahl älterer Bevölkerung auszugehen sein, die mit ihrem Ehepartner in Lebensgemeinschaft lebt. Idealtypischerweise handelt es sich dann bei Witwen nur noch um solche Frauen, die den Ehemann wegen der bei Frauen durchschnittlich höheren Lebenserwartung oder wegen des Altersabstandes überlebt haben. Den älteren Pflegebedürftigen wird damit in höherem Umfang ein Ehepartner zur Seite stehen, der den Pflegeprozess in Eigenregie, oder unter Hinzuziehung externer Leistungen in Form von Kombinationsleistungen durchführen bzw. den Übergang zu Sachleistungen oder vollstationärer Pflege zeitlich verzögern kann.

Dieser Zusammenhang zwischen beantragter Leistung und dem Vorhandensein einer in der Wohnung des Antragstellers lebenden Pflegeperson (pflegerrelevante Wohnform) wird in Tabelle 6 dokumentiert. Diese Statistik bezieht sich nur auf Erstantragsteller über 75 Jahre .

**Tabelle 6**

**Beantragte Leistungsart in v.H. der pflegerlevanten Wohnform  
von Erstantragstellern über 75 Jahre mit Empfehlung  
"pflegebedürftig im Sinne des SGB XI" 2000**

Pflegerrelevante Wohnform	in v.H.			
	Geld- leistung	Kombi- leistung	Sach- leistung	voll- stationär
alleinlebend	43,9	22,2	33,9	-
alleinlebend + Leistungsart vollstationär	24,3	12,3	18,8	44,7
zusammenlebend	63,8	20,8	15,4	-

Alleinlebende pflegebedürftige Erstantragsteller über 75 Jahre beantragen in 44 v.H. der Fälle Geldleistungen, bei denen mit ihrer Pflegeperson zusammenlebenden Erstantragsteller sind es 20 Prozentpunkte, das sind 64 v.H., mehr. Der Anteil der Sachleistungen liegt demgegenüber bei Alleinlebenden doppelt so hoch wie bei denen mit der pflegerlevanten Wohnform zusammenlebend.

Aus dieser Sicht sind allerdings Versicherte ausgeblendet, die vollstationäre Leistungen beantragen, da in diesen Fällen pflegerrelevante Wohnform und Leistungsart identisch sind. Da in vielen Fällen der Übertritt in vollstationäre Pflege erst dann vollzogen wird, wenn die Pflegeperson – z.B. wegen Tod – nicht mehr zur Verfügung steht, ist es plausibel, der vollstationären Leistungsart der pflegerlevanten Wohnform „alleinlebend“ zuzuordnen. In der Zeile

„alleinlebend + Leistungsart vollstationär“ sind alle Personen über 75 Jahre mit Begutachtungsempfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ mit beantragter Leistungsart „vollstationär“ und ambulante Erstantragsteller mit pflegerelevanter Wohnform „alleinlebend“ zusammengefasst. Unter dieser Annahme werden, wie Tabelle 6 ausweist, vollstationäre Leistungen von fast der Hälfte der alleinlebenden Pflegebedürftigen über 75 Jahre gewählt.

Die Zukunft der Pflegeversicherung wird prioritär von der Zunahme von leistungsberechtigten Versicherten geprägt sein. Diese Entwicklung ergibt sich aus der Zunahme der älteren und hochbetagten Bevölkerung, die den Großteil der Leistungsempfänger stellen. Im Gefolge dieser Entwicklung werden sich allerdings die Verwerfungen in der Geschlechterrelation, die durch den 2. Weltkrieg ausgelöst wurden, glätten. Die Generation der Kriegerwitwen wird verstärkt ab 2010 aus der Bevölkerung herauswachsen, parallel dazu werden vermehrt ältere Männer in den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes und im Leistungsbezug der Pflegekassen in den Vordergrund treten.

Aus den Analysen der Erstbegutachteten mit Empfehlung einer Pflegestufe des Jahres 2000 ging hervor, dass die mit hohen Ausgaben verbundenen Leistungsarten Sachleistung und vollstationäre Pflege vorwiegend von älteren Versicherten beantragt werden, denen im häuslichen Umfeld keine Pflegeperson zur Verfügung steht. Dabei handelt es sich überwiegend um die Kriegerwitwengeneration des 2. Weltkriegs. Mit deren Herauswachsen wird ein neuer Typus des älteren Versicherten in den Blickwinkel treten. In Zukunft ist mit mehr älteren Antragstellern zu rechnen, die auch noch im höheren Alter mit ihrem Ehepartner zusammen leben. Da Versicherte in dieser pflegerelevanten Wohnform deutlich weniger Sachleistungen und vollstationäre Pflege wünschen, könnte sich hier in finanzieller Hinsicht ein entspannender Einfluss abzeichnen.

Eine Quantifizierung dieses Effektes ist allerdings auf Grundlage der bislang vorliegenden Informationen (noch) nicht möglich. Das Vorhandensein einer Pflegeperson, das, wie eingangs ausgeführt, neben dem Alter des Versicherten und der „Schwere“ des Pflegeprozesses aus Sicht der Pflegeperson, zu den Determinanten bei der Wahl der beantragten Leistung zählt, kann nicht allein auf den pflegenden Ehepartner reduziert werden. Hier muss auch die (künftige) Bereitschaft der Kindergeneration berücksichtigt werden, den ebenso alten pflegenden Ehepartner in der Pflege zu unterstützen.

## **4 Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern**

### **4.1 Grundlagen**

Die Leistungen der Pflegeversicherung können auch Kinder in Anspruch nehmen, wenn sie im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes wenigstens „erheblich pflegebedürftig“ sind. Der individuelle Pflegebedarf von Kindern wird dabei in einem gegenüber dem Verfahren der Begutachtung von erwachsenen Antragstellern modifizierten Verfahren ermittelt.

Bei erwachsenen Antragstellern wird gemäß den Begutachtungs-Richtlinien der gesamte individuelle Hilfebedarf des Betroffenen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 SGB XI zur Einschätzung des Pflegebedarfs nach dem Pflegeversicherungsgesetz herangezogen. Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr wird dagegen nur der „über den natürlichen altersbedingten Pflegeaufwand hinausgehende“ Bedarf bei der Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bewertet. Begründet wird dies mit der bei Kindern noch nicht abgeschlossenen Selbstständigkeitsentwicklung. Bei Erwachsenen wird die Fähigkeit zur selbstständigen Durchführung der Verrichtungen des täglichen Lebens als gegeben vorausgesetzt. Für ein Kind kann dies so nicht gelten. Je nach Alter wird vielmehr ein bestimmter Hilfebedarf als alterstypisch auch für gesunde, normal entwickelte Kinder vorausgesetzt. Ein Dreijähriger benötigt zum Beispiel typischerweise wenigstens Anleitung, Beaufsichtigung und/oder Unterstützung bei der Ganzkörperwaschung, kann jedoch sehr wohl ein Waschen der Hände bereits selbstständig durchführen.

Für die Einschätzung des Pflegebedarfs ist nach den Vorgaben des SGB XI nur der individuelle „krankheits- oder behinderungsbedingte“ Bedarf zu werten. Deshalb muss der Gutachter im Rahmen der Pflegebegutachtung bei einem Kind dessen Gesamtpflegebedarf zu dem eines alterstypisch entwickelten gesunden Kindes in Relation setzen. Das Verfahren hierzu ist in den Begutachtungs-Richtlinien (S. 43–45) festgelegt. Der Gutachter soll an Hand einer Tabelle, die für die einzelnen Verrichtungen nach § 14 SGB XI das Alter angibt, ab dem „erfahrungsgemäß fast alle der altersentsprechend entwickelten und gesunden Kinder diese Verrichtungen beherrschen“ und einer Tabelle, die den „Höchstbedarf an Hilfe gesunder und

altersentsprechend entwickelter Kinder verschiedener Alterstufen in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität“ angibt, den Hilfebedarf des pflegebedürftigen Kindes durch Subtraktion des „alterstypischen Hilfebedarfs“ vom Gesamthilfebedarf des Kindes ermitteln (siehe die nachfolgenden Übersichten).

**Alter in Jahren, ab dem erfahrungsgemäß fast alle  
der altersentsprechend entwickelten und gesunden  
Kinder diese Verrichtungen beherrschen**

Verrichtung nach § 14 SGB XI	Alter in Jahren
Waschen	7
Duschen	10
Baden	10
Zähneputzen	7
Kämmen	7
Blasen- und Darmentleerung	6
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	7
Aufnahme der Nahrung	3
Aufstehen/Zubettgehen	12
An- und Auskleiden	6
Stehen	1,5
Gehen	1,75
Treppensteigen	3,5
Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung	6,5

Quelle: Begutachtungs-Richtlinien, S.44

**Bei der Bemessung des Zeitaufwandes bei Kinderbegutachtungen  
abzuziehende Zeiten**

Alter in Jahren	0 - 1	1 - 2	2 - 3	3 - 6	6 - 12	
Körperpflege	1,25	1	1-0,75	0,75	0,75-0,0	Stunden/Tag
Ernährung	2-1	1	0,75	0,75-0,5	0,5-0,0	Stunden/Tag
Mobilität	2	2	1	1-0,5	0,5-0,0	Stunden/Tag

Quelle: Begutachtungs-Richtlinien, S.45

Dieses Verfahren stand von Anfang an im Kreuzfeuer der Kritik. Vor allem die Annahme eines pauschalierbaren „alterstypischen“ Hilfebedarfs für gesunde, normal entwickelte Kinder gab und gibt immer wieder Anlass zur Kritik aus Reihen der Gutachter, der Betroffenen und der Fachöffentlichkeit. Im Genehmigungsbescheid des BMA zu den Begutachtungs-Richtlinien im Mai 1997 wurden die Spitzenverbände der Pflegekassen deshalb dazu aufgefordert, „in Zusammenarbeit mit den zuständigen Fachverbänden“ die Aussagen der Begu-

tachtungs-Richtlinien diesbezüglich zu überprüfen und notwendigenfalls zu überarbeiten. Die MDK-Gemeinschaft hat, diesem Auftrag folgend, ein neues Begutachtungskonzept zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit bei Kindern entwickelt, und den Entscheidungsträgern bei Pflegekassen und Politik vorgestellt.

Die im Folgenden vorgestellten und diskutierten Ergebnisse beruhen auf dem bisher zur Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs von Kindern im Sinne des SGB XI bundeseinheitlich verbindlichen vorgeschriebenen und oben dargestellten Subtraktionsverfahren.

## 4.2 Ergebnisse

Tabelle 1 zeigt, dass 1999 unter den 700.000 Erstgutachten 2 v.H., das sind 15.000 Kinderbegutachtungen durchzuführen waren. Fast für alle Kinder werden ambulante Leistungen beantragt. Die Pflege wird damit fast durchgängig im häuslichen Umfeld und dort durch die Eltern geleistet. Stationäre Leistungen und solche nach § 43a SGB XI sind statistisch ohne Relevanz.

**Tabelle 1**

**Anteil von Kinderbegutachtungen in v.H.  
aller Erstbegutachtungen 1999**

beantragte Leistung	Erstbegutachtungen		
	Anzahl	davon Kinder	
		Anzahl	in v.H.
ambulant	580.707	14.241	2,5
vollstationär	109.480	117	0,1
§ 43a	6.999	422	6,0
<b>Gesamt</b>	<b>697.186</b>	<b>14.780</b>	<b>2,1</b>

Sowohl Folgegutachten als auch Widerspruchsgutachten liegen anteilig über denen der Gesamtpopulation der Begutachteten 1999. Tabelle 2 dokumentiert, dass Folgegutachten mit 50 v.H. den Grossteil aller Kinderbegutachtungen ausmachen, bei allen Antragstellern der häuslichen Pflege beträgt deren Anteil lediglich 35 v.H. Der Anteil an Widerspruchsbegutachtungen fällt bei Kindern mit 12,5 v.H. sogar doppelt so hoch aus wie in der Gesamtpopulation.

**Tabelle 2****Kinderbegutachtungen in v.H.  
nach Gutachtenart 1999**

<b>Gutachtenart</b>	<b>Anzahl</b>	<b>in v.H.</b>
Erstgutachten	14.780	38,0
Follegutachten	19.218	49,5
Widerspruchsgutachten	4.866	12,5
<b>Gesamt</b>	<b>38.864</b>	<b>100,0</b>

Der hohe Anteil von Folgebegutachtungen ist u.a. auf die Regularien der Begutachtung zurückzuführen, nach denen der anrechenbare Hilfebedarf alterspezifisch ermittelt werden muss. Je nach Altersstufe sind deshalb bei Kindern andere Graduierungsstufen anzulegen. Außerdem ist von einem hohen Anteil von Höherstufungsanträgen unter den Folgebegutachtungen auszugehen, die in der (eventuell vorhandenen) Veränderung des individuellen Hilfebedarfs, der jeweils individuellen Entwicklung des Kindes und der (möglicherweise) fortschreitende Erkrankung begründet sind.

Der überdurchschnittlich hohe Anteil von Widerspruchsgutachten findet seine Begründung vor allem in der Spezifität der Kinderbegutachtung, wie sie in den Begutachtungs-Richtlinien festgeschrieben ist. Die dort vorgeschriebene Subtraktion des alterstypischen Hilfebedarfs vom gesamten erhobenen Pflegebedarf wird in vielen Fällen von den Eltern in Frage gestellt.

Tabelle 3 zeigt, dass die einzelnen Altersjahrgänge nicht gleichmäßig streuen. Über 50 v.H. aller Kindererstbegutachtungen werden bei Kleinkindern unter 5 Jahren durchgeführt. Das heißt, mehr als die Hälfte der erstbegutachteten Kinder sind nach der Einführung der Pflegeversicherung geboren.

Im Gegensatz zu den erwachsenen Antragstellern, bei denen im ambulanten Bereich 2 mal mehr Frauen als Männer und im stationären Bereich fast 3 mal so viele Frauen begutachtet werden, überwiegen bei den Antragstellern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr die „Männer“ mit 60 v.H. gegenüber 40 v.H. „Frauen“. Das Übergewicht der männlichen Antragsteller zieht sich dabei durch alle Altersstufen. Erkrankungen, die ab dem Kindergartenalter vor allem Jungen betreffen (z.B. die „Muskeldystrophie Duchenne“), sind dafür eine mögliche Erklärung.

**Tabelle 3**

**Kindererstbegutachtungen in v.H.  
nach Alter und Geschlecht 1999**

Alter in Jahren	Kindererst- begutachtungen in v.H.	davon in v.H.	
		männlich	weiblich
1	18,3	56,3	43,7
2	14,2	54,4	45,6
3	10,1	57,3	42,7
4	7,7	58,1	41,9
5	6,5	62,5	37,5
6	6,1	58,6	41,4
7	5,9	63,3	36,7
8	5,5	63,8	36,2
9	5,2	61,2	38,8
10	4,9	62,0	38,0
11	4,5	59,5	40,5
12	4,0	57,8	42,2
13	3,8	55,2	44,8
14	3,3	57,0	43,0
<b>Gesamt</b>	<b>100,0</b>	<b>58,2</b>	<b>41,8</b>

### 4.3 Regionale Verteilung

In Tabelle 4 wird der Anteil der Kinderbegutachtungen an allen Erstbegutachtungen und das Durchschnittsalter der Kinder ausgewiesen. In den sogenannten alten Bundesländern einschließlich Berlin sind 2,3 v.H. der Erstantragsteller 14 Jahre oder jünger, in den neuen Bundesländern sind es nur 1,8 v.H.. In Westdeutschland differiert der Anteil von Kindern an Erstantragstellern geringfügig (in Nordrhein-Westfalen – MDK Westfalen-Lippe und MDK Nordrhein – , addiert 2,5 v.H., in Berlin 1,0 v.H.). In den neuen Bundesländern ist die Verteilung des Anteils von Erstbegutachtungen bei Kindern sehr homogen (um 1,9 v.H.).

Interessant ist dabei das Alter der Kinder, in dem eine Erstbegutachtung auf Pflegebedürftigkeit nach SGB XI beantragt wird. Die entsprechenden Altersmittelwerte werden ebenfalls in Tabelle 4 dokumentiert. Während das Durchschnittsalter in den alten Bundesländern bei 5 Jahren (Baden-Württemberg 4,6 / Berlin 5,4) liegt, sind die Kinder in den neuen Bundesländern bei Erstantragstellung durchschnittlich fast zwei Jahre älter (Mecklenburg-Vorpommern 7,0 / Brandenburg 6,5). Hier ist jedoch die Definition der Erstbegutachtung bei der Interpreta-

tion zu berücksichtigen. Als Erstbegutachtung werden statistisch auch die Begutachtungen gewertet, bei denen bereits eine Begutachtung zu früherer Gelegenheit stattgefunden hat, diese jedoch zu keiner Pflegeeinstufung und damit zu keinem Leistungsbezug geführt hat.

**Tabelle 4**

**Anteil von Kindererstbegutachtungen in v.H.  
aller Erstbegutachtungen und  
Durchschnittsalter, 1999**

	<b>Anteil in v.H. Kindererstbegutachtungen an allen Erstbegutachtungen</b>	<b>Durchschnitts- alter in Jahren</b>
<b>Gesamt</b>	<b>2,1</b>	<b>5,5</b>
Alte Bundesländer *	2,3	5,0
Neue Bundesländer	1,8	6,8

\* einschl. Berlin

#### **4.4 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe**

Tabelle 5 zeigt, dass bei 57 v.H. aller Kindererstbegutachtungen ein Pflegebedarf im Sinne des SGB XI anerkannt wurde. Der überwiegende Teil dieser Kinder ist „erheblich pflegebedürftig“, d.h. der Gutachter empfiehlt die Pflegestufe I. Fast 11 v.H. der Kinder haben einen Pflegebedarf der Pflegestufe II und 2,5 v.H. sind „schwerstpflegebedürftig“ im Sinne des Gesetzes, also der Pflegestufe III zuzuordnen. Der Anteil von 42 v.H. unter den Kindern, bei denen die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI ausgesprochen wurde, liegt damit um 10 Prozentpunkte höher als bei allen Erstantragstellern in der häuslichen Pflege, der bei 32 v.H. liegt.

Es sei deshalb nochmals auf die durch die Begutachtungs-Richtlinien vorgegebene besondere Art der Bewertung des individuellen „über das altersübliche hinausgehenden“ Hilfebedarfs hingewiesen. Bei pflegebedürftigen Kindern werden häufig Maßnahmen der Behandlungspflege von den Eltern durchgeführt. Dies und der vom eigentlichen Pflegebedarf nur sehr schwer zu differenzierende allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf sowie die ebenfalls notwendigen Maßnahmen der Entwicklungsförderung und der Erziehung bedingen,

dass der tatsächliche Zeitaufwand der Eltern immer höher sein wird, als die Zeit, die durch die Vorgaben des SGB XI zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gewertet werden kann.

Außer in Brandenburg (63 v.H.) sind in den neuen Bundesländern durchschnittlich weniger als 50 v.H. (Sachsen-Anhalt 42 v.H.) erstbegutachtete Kinder pflegebedürftig im Sinne des SGB XI. In den alten Bundesländern differieren diese Zahlen zwischen 75 v.H. in Baden-Württemberg und 44 v.H. in Berlin (siehe Tabelle 5).

**Tabelle 5**

**Begutachtungsempfehlungen in v.H. bei  
Kindererstbegutachtungen, 1999**

	davon in v.H.			
	nicht- pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
<b>Gesamt</b>	<b>42,6</b>	<b>44,4</b>	<b>10,6</b>	<b>2,4</b>

In Tabelle 6 sind die Begutachtungsempfehlungen altersdifferenziert ausgewiesen. Der Anteil der Pflegebedürftigen der Pflegestufen I – III nimmt danach mit zunehmendem Alter kontinuierlich ab.

Im ersten Lebensjahr sind nur 37 v.H. der Erstbegutachteten nicht wenigstens „erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI. Bei den 14-jährigen steigt dieser Anteil auf 53 v.H.. Ob die geringen Kontinuitätsschwankungen in den Altersbereichen 3–4 Jahre, 8–9 Jahre und 11–12 Jahre in einem (naheliegenden) Zusammenhang mit der Altersabstufung der Tabellen in den Begutachtungs-Richtlinien stehen, die den abzuziehenden altersüblichen Hilfebedarf benennen, muss einer Prüfung im Einzelfall überlassen bleiben.

**Tabelle 6****Begutachtungsempfehlungen in v.H. Kinder-  
erstbegutachtungen nach Alter 1999**

Alter in Jahren	in v.H.			
	nicht- pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	37,2	43,3	15,1	4,4
2	34,5	50,0	13,3	2,2
3	33,5	51,6	14,1	0,8
4	39,3	48,5	10,7	1,4
5	43,8	46,6	7,7	1,9
6	42,2	44,0	11,6	2,2
7	46,6	43,4	7,9	2,0
8	49,3	41,6	6,4	2,7
9	49,1	41,8	6,8	2,2
10	56,5	36,1	5,9	1,5
11	52,7	37,0	6,5	3,8
12	49,4	41,6	7,1	1,9
13	60,3	32,2	5,1	2,4
14	52,7	37,6	7,0	2,7
<b>Gesamt</b>	<b>42,6</b>	<b>44,4</b>	<b>10,6</b>	<b>2,4</b>

Der Anteil der Kinder, die „schwerstpflegebedürftig“ im Sinne der Pflegestufe III sind, ist im ersten Lebensjahr mit über 4 v.H. am höchsten. Dies überrascht, da in der öffentlichen Diskussion gerade dieses von den Betroffenenverbänden immer wieder vehement bestritten wird.

#### **4.5 Pflegebegründende Diagnosen**

Erwartungsgemäß weichen die pflegebegründenden Diagnosen bei Kindern von denen bei erwachsenen Antragstellern deutlich ab (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7

1. Pflegebegründende Diagnose  
bei Kindererstbegutachtungen, 1999

ICD-9 Hauptgruppen			
nicht pflegebedürftig		pflegebedürftig	
ICD-Hauptgruppen	in v.H.	ICD-Hauptgruppen	in v.H.
Psychiatrische Krh.	23,5	Psychiatrische Krh.	25,1
Krh. des Nervensystems/ Sinnesorgane	17,5	Krh. des Nervensystems/ Sinnesorgane	21,1
Kongenitale Anomalien	17,3	Kongenitale Anomalien	16,9
Endokrinopathien	10,6	Neubildungen	9,6
99*	8,3	99*	6,5
<b>Gesamt</b>	<b>77,2</b>	<b>Gesamt</b>	<b>79,2</b>

ICD-9 Subgruppen (3-stellige ICD-Ziffern)			
nicht pflegebedürftig		pflegebedürftig	
3-stell. ICD-9 Nr.	in v.H.	3-stell. ICD-9 Nr.	in v.H.
Kongenitale Anomalien	17,3	Kongenitale Anomalien	16,9
Oligophrenien	13,7	Oligophrenien	12,4
Neurosen	9,5	Neurosen	12,1
99*	8,3	Sonstige Krh. Nervensystem	10,8
Sonstige Krh. Nervensystem	7,8	99*	6,5
<b>Gesamt</b>	<b>56,6</b>	<b>Gesamt</b>	<b>58,7</b>

\* keine Angabe

Nicht die Kreislauf- und Gefäßerkrankungen, die Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und die Carcinome sind die führenden Diagnosen, sondern Krankheiten der ICD-Hauptgruppen 5 und 6 (Psychiatrische Krankheiten/Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane), 14 (Kongenitale Anomalien- angeborene Missbildungen) und 2 (Neubildungen) sind Ursache der Pflegebedürftigkeit bei Kindern. Wichtig ist, dass die Hauptgruppe 3 (Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie Störungen im Immunsystem) zwar bei den „nicht erheblich“ pflegebedürftigen Kindern bei 11 v.H. eine gewisse Rolle spielt, aber nicht bei den Pflegebedürftigen nach SGB XI. Dies erklärt sich unter anderem aus der vom Bundessozialgericht in mehreren Urteilen bestätigten Vorgabe der Begutachtungs-Richtlinien, dass die Zubereitung einer Diät ebensowenig zu den Verrichtungen der Grundpflege (sondern zum Hauswirtschaftsbereich „Kochen“) gehört, wie die Injektion von Insulin (Behandlungspflege).

## 4.6 Hilfebedarf

Der Hilfebedarf von im Sinne des SGB XI pflegebedürftigen Kindern wird hier erstmals detailliert dargestellt. Wie bei den erwachsenen Pflegebedürftigen ist auch bei den Kindern der Hilfebedarfe bei bestimmten Verrichtungen entscheidend für die Schwere der Pflegebedürftigkeit. Die Ergebnisse der Verrichtungen mit Hilfebedarf in der Grundpflege bei Kindererstbegutachtungen sind in Tabelle 8 abgebildet.

Beim „Waschen“ benötigen jeweils etwa 80 v.H. der pflegebedürftigen Kinder in jeder der drei Pflegestufen Hilfen, die über das altersentsprechende Maß hinausgehen, bei den „nicht erheblich Pflegebedürftigen“ sind dies 64 v.H..

Ähnlich deutliche Unterschiede im Hilfebedarf zwischen nach SGB XI pflegebedürftigen Kindern und solchen, die die gesetzlichen Kriterien nicht erfüllen, finden sich bei den Verrichtungen „Darm-/Blasenentleerung“ (56 / 74 v.H.), „An-/ Auskleiden“ (69 v.H. / 82 v.H.) und beim „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ (53 v.H. / 68-93 v.H.).

Beim „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ dokumentieren die Gutachter bei fast allen Kindern der Pflegestufe III einen über das alterstypische hinausgehenden Hilfebedarf. Vor allem die Belastung der Eltern der durch nächtliche Unruhezustände betroffenen Kinder, die häufig mehrmals in der Nacht beruhigt und wieder zum Schlafen gebracht werden müssen, wird so berücksichtigt. Dieser Hilfebedarf ist bei Kindern offensichtlich der für die Empfehlung der Pflegestufe III entscheidende Moment.

Hilfen bei der Mobilität sind für die übrigen Pflegestufen durchaus als Selektionskriterien zu interpretieren. Während die Anteile der notwendigen Hilfen in den übrigen Verrichtungen zwischen den einzelnen Pflegestufen nur in geringem Maße schwanken, steigen sie bei den Verrichtungen „Gehen“, „Stehen“ und „Treppensteigen“ kontinuierlich mit der empfohlenen Pflegestufe an.

**Tabelle 8****Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege  
bei Kindererstbegutachtungen, 1999**

	<b>Gesamt</b>	<b>nicht</b>	<b>pfl.</b>	<b>Pflege-</b>	<b>Pflege-</b>	<b>Pflege-</b>
	<b>in v.H.</b>	<b>pfl.-bed.</b>	<b>bedürftig</b>	<b>stufe I</b>	<b>stufe II</b>	<b>stufe III</b>
		<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>	<b>in v.H.</b>
Waschen	72,4	63,5	79,0	78,8	79,4	81,4
Duschen/Baden	70,3	66,7	72,9	74,4	68,9	63,9
Zahnpflege	63,4	56,2	68,8	69,2	66,7	71,1
Kämmen/Rasieren	55,3	50,7	58,7	58,1	59,6	67,5
Darm-/Blasenentleerung	66,6	56,3	74,3	74,1	74,1	78,9
Mundgerechte Zubereitung	66,1	56,5	73,1	71,5	78,0	81,4
Aufnahme der Nahrung	60,7	45,2	72,3	70,0	79,1	84,5
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	63,2	53,2	70,6	67,7	77,8	92,8
An-/Auskleiden	76,5	69,1	82,1	82,1	82,1	82,0
Gehen	28,5	20,5	34,4	31,3	43,7	51,0
Stehen	29,1	18,1	37,2	33,8	47,2	56,2
Treppensteigen	15,2	8,0	20,6	19,2	24,4	30,9
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	59,1	53,0	63,7	64,6	62,2	52,6

Darüber hinaus sind einige weitere Ergebnisse bemerkenswert. So sinkt der Anteil der Kinder, die beim „Duschen/Baden“ einen Hilfebedarf im Sinne des SGB XI haben, mit zunehmender Pflegebedürftigkeit (-stufe). Diese auf den ersten Blick verwirrende Feststellung ist nur über die Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien zu erklären, nach der Verrichtungen, die krankheits- oder behinderungsbedingt überhaupt nicht mehr durchgeführt werden können, keinen Hilfebedarf im Sinne des SGB XI verursachen. In diesem Sinne erklärt sich auch die Abnahme des Hilfebedarfs beim „Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung“ mit steigender Pflegestufe. Ein völlig immobiles Kind wird die Wohnung nur noch in Ausnahmefällen verlassen und hat somit keinen regelmäßigen Hilfebedarf bei dieser Verrichtung des täglichen Lebens im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes.<sup>9</sup>

Auffällig sind auch die geringen Anteilzahlen für notwendige Hilfen im gesamten Bereich der Mobilität gegenüber den erwachsenen Antragstellern. Dies erklärt sich vor allem durch die auch bei altersgleichen gesunden Kindern häufig noch notwendigen Hilfen beim „Gehen“,

<sup>9</sup> Das regelmäßige Verlassen und wieder Aufsuchen der Wohnung auf Grund des Besuchs von Schul- oder Fördereinrichtungen für Behinderte wie Schulen, Kindergärten oder beschützten Werkstätten, kann im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes nicht als individueller Hilfebedarf anerkannt werden und wird dementsprechend statistisch nicht erfasst.

„Stehen“ und „Treppensteigen“. Ein krankheits- oder behinderungsbedingter Mehraufwand ist hierbei nur in Einzelfällen zu begründen.

#### 4.7 Gutachterliche Empfehlungen

Das Pflegeversicherungsgesetz sieht ausdrücklich vor, dass die Gutachter bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit auch die Notwendigkeit, Durchführbarkeit und Zumutbarkeit von Präventions- und Rehabilitationsleistungen für die Antragsteller überprüfen. Dies soll dazu dienen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, ihre Schwere zu mildern oder ihr Fortschreiten zu verlangsamen.

Bei Kindern treffen solche Maßnahmen häufig mit bereits eingeleiteten, durchgeführten oder gerade beendeten Maßnahmen der Entwicklungsförderung zusammen. Diese werden durch die Gutachter der MDK zwar erfasst und bei Vorliegen der notwendigen Indikationen auch befürwortet, aber in den Gutachten nur dann im Detail dokumentiert, wenn Änderungen der laufenden Maßnahmen medizinisch notwendig erscheinen. Dies ist beim hohen Standard der pädiatrischen und neuropädiatrischen Diagnostik und Therapie in Deutschland relativ selten.

Trotzdem empfehlen die Gutachter der MDK, wie die Tabelle 9 belegt, noch bei 18 v.H. der als „nicht erheblich“ pflegebedürftigen Kinder „präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit“.

**Tabelle 9**

**Gutachterliche Empfehlungen bei Kindererstbegutachtungen, 1999**

	nicht pfl.-bed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Präventive Maßnahmen zur Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit	17,8	-	-	-
Krankengymnastik erforderlich	-	30,1	33,7	41,8
Ergotherapie erforderlich	-	13,8	15,4	12,9
Logopädie erforderlich	-	13,8	14,1	15,5
Sonstige Maßnahmen erforderlich	-	22,3	26,3	26,3

Bei 42 v.H. der „schwerstpflegebedürftigen“ Kinder ist nach Einschätzung der Gutachter weiterhin oder zusätzlich zur bisherigen Therapie „Krankengymnastik erforderlich“. „Ergotherapie“ und „Logopädie“ sind über die Pflegestufen verteilt in etwa 14 v.H. als Empfehlungen dokumentiert. Zu beachten ist bei der Interpretation der Zahlen, dass für einen kindlichen Antragsteller mehrere Maßnahmen gleichzeitig als notwendig dokumentiert werden können. Bei den Anteilswerten handelt es sich deshalb um Mehrfachantworten.

Unter den Begriff sonstige Maßnahmen subsumieren sich alle weiteren denkbaren, durch die gesetzliche Kranken- oder Pflegeversicherung zu leistenden Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf den individuellen Pflegebedarf des Antragstellers haben können.

#### 4.8 Folgebegutachtungen

Folgebegutachtungen bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr sind mit annähernd 50 v.H. die häufigste Auftragsart, die kassenseitig dem MDK zur Begutachtung übergeben wird (siehe Tabelle 2). Folgebegutachtungen werden bei Versicherten durchgeführt, die bereits im Leistungsbezug der Pflegekasse sind, d.h. die bei einer früheren Begutachtung wenigstens „erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI waren.

Bei Kindern, die zum Zeitpunkt der Folgebegutachtung Leistungen der Pflegestufen I oder II bezogen, wird, wie Tabelle 10 belegt, in ca. 60 v.H. die jeweilige Pflegestufe bestätigt.

**Tabelle 10**

**Begutachtungsempfehlung in v.H. der Folgebegutachtungen  
nach Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens  
bei Kinderbegutachtungen, 1999**

Bisher vorhandene Pflegestufe	in v.H. Empfehlung in der Folgebegutachtung			
	nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Pflegestufe I	20,0	59,6	19,3	1,1
Pflegestufe II	4,1	21,2	60,2	14,5
Pflegestufe III	0,8	3,5	16,3	79,5

Für 20 v.H. Leistungsbezieher der Pflegestufe I wird bei der Folgebegutachtung ein pflegestufenrelevant höherer und bei einem ebenso großen Anteil ein entsprechend niedrigerer Pflegebedarf festgestellt. Pflegebedürftige Kinder der Pflegestufe III haben zu 80 v.H. bei der Folgebegutachtung einen gleichbleibend hohen Pflegebedarf.

#### 4.9 Widerspruchsbegutachtungen

Ein Widerspruch gegen die Leistungsentscheidung der Pflegekasse kann verschiedene Gründe haben. Ist der Antragsteller bzw. sein gesetzlicher Vormund mit der gutachterlichen Empfehlung, die der Entscheidung der Kasse zugrunde liegt, nicht einverstanden, so kommt es zu einer erneuten Begutachtung. Diese wird üblicherweise mittels Hausbesuch durchgeführt, wobei nicht derselbe Gutachter zum Einsatz kommt, der das dem Widerspruch zugrunde liegende Vorgutachten erstellt hat. Bei der Widerspruchsbegutachtung ist besonders darauf zu achten, ob sich in der Zeit zwischen Erst- und Widerspruchsbegutachtung der Pflegebedarf geändert, meist erhöht hat. In solchen Fällen handelt es sich nicht mehr um ein Widerspruchsgutachten im eigentlichen Sinne, sondern um einen Höherstufungsantrag. Über diesen Sachverhalt wurde schon eingehend im Kapitel 2 berichtet. Die Statistik ist derzeit nicht in der Lage, diese Begutachtungsfälle von tatsächlichen Pflegestufenänderungen aufgrund einer Korrektur des Erstgutachtens zu differenzieren, d.h. beide Sachverhalte werden als „erfolgreicher Widerspruch“ statistisch erfasst. Dies führt in der Konsequenz zu einer falsch dokumentierten, zu hohen, „Erfolgsrate“ bei Widersprüchen. Dieser Sachverhalt ist bei der Interpretation der folgenden Daten zu berücksichtigen.

**Tabelle 11**

**Begutachtungsempfehlung in v.H. der Widerspruchsbegutachtung  
nach Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens bei  
Kinderbegutachtungen, 1999 \***

Bisher vorhandene Pflegestufe	in v.H. Empfehlung in der Widerspruchsbegutachtung			
	nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
nicht pfl.-bed.	69,8	26,1	3,5	0,6
Pflegestufe I	5,8	66,7	26,5	1,0
Pflegestufe II	1,0	8,5	65,8	24,7

\* ohne Empfehlung Pflegestufe III im Vorgutachten

In Tabelle 11 sind die Begutachtungsempfehlungen der Widerspruchsbegutachtungen in v.H. nach der Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung ausgewiesen. In 70 v.H. – 66 v.H. der Widerspruchsgutachten bei Antragstellern im Alter von 14 Jahren oder jünger wird die Pflegestufenempfehlung „nicht erheblich“, „erheblich“ oder „schwer“ pflegebedürftig“ des Vorgutachtens bestätigt. In rund 25 v.H. wird von den Gutachtern eine um eine höhere Pflegestufe empfohlen bzw. es wird erstmals eine „erhebliche Pflegebedürftigkeit“ im Sinne des SGB XI festgestellt. Abweichungen um mehr als eine Stufe sind die Seltenheit; ebenso ist eine niedrigere Pflegestufenempfehlung im Widerspruchsgutachten selten.

Für Kinder, die zum Zeitpunkt des Erstgutachtens bereits „schwerstpflegebedürftig“ (Pflegestufe III) waren sind nur sehr geringe Widersprüche dokumentiert. Statistisch relevante Aussagen sind auf der Basis so geringer Zahlen nicht zu treffen.

#### **4.10 Zusammenfassung**

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Diese allgemeingültige Aussage trifft auf die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI im Besonderen zu. Durch die modifizierte, von der Begutachtung erwachsener Antragsteller abweichenden Art der Ermittlung des individuellen Pflegebedarfs, versuchen die BRi diesem Tatbestand gerecht zu werden. Durch die Subtraktion des alterstypischen vom gesamten erhobenen Pflegebedarf wird zwar ein krankheits- oder behinderungsspezifischer Pflegebedarf dokumentiert, ob dieser ermittelte Mehrbedarf aber den tatsächlichen Pflegebedarf eines chronisch kranken Kindes objektiv abbildet, wird nicht nur von pädiatrischen Experten, sondern vor allem von den Betroffenen und ihren Eltern in Frage gestellt.

Die Ergebnisse der Pflegebegutachtung von Kindern im Jahr 1999 zeigen, dass die Gutachter des Medizinischen Dienstes diesen Umständen bei ihrer Tätigkeit Rechnung tragen. Gleichzeitig arbeiten Experten der MDK-Gemeinschaft gemeinsam mit Vertretern der pädiatrischen Fachgesellschaften und der Spitzenverbände der Pflegekassen an einer Verbesserung des Verfahrens zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern. Ein erster Entwurf wurde den politisch Verantwortlichen als Grundlage der weiteren Diskussion bereits vorgelegt.