



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

**Pflegebericht des
Medizinischen Dienstes
Berichtszeitraum 2001/2002**

Autoren: Alexander Wagner, Uwe Brucker

MDS
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 / 83 27-0
Fax: 0201 / 83 27-3-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.de>

Inhaltsverzeichnis

1	Vorwort.....	3
1.1	Einleitung	3
1.2	Daten	6
2	Auftrags- und Erledigungsstatistik	8
2.1	Auftragsstatistik	8
2.2	Durchgeführte Begutachtungen	13
2.3	Untersuchungsort und Profession des Gutachters.....	14
2.4	Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und Empfehlung einer Pflegestufe.....	16
2.5	Wiederholungsbegutachtungen	18
2.6	Widerspruchsbegutachtungen	21
2.7	Zusammenfassung.....	23
3	Bestimmungsfaktoren von Pflegebedürftigkeit.....	25
3.1	Art und Ausmaß des Hilfebedarfs	26
3.2	Erste pflegebegründende Diagnose	31
3.3	Alter und Geschlecht von Pflegebedürftigen	36
3.4	Zusammenfassung.....	40
4	Qualitätsverbessernde Maßnahmen eines Medizinischen Dienstes zur Reduzierung der Erledigungsdauer von Pflegegutachten.....	43
4.1	MDK - Qualitätsziel „Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten“ ..	44
4.2	Analyse und Neugestaltung von Arbeitsprozessen	46
4.3	Identifikation und Bearbeitung von Problemfällen	47
4.4	Die Arbeitsphase nach dem Hausbesuch	48
4.5	Erfahrungen anderer Medizinischer Dienste	48
5	Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staaten).....	49
5.1	Grundlagen der Pflegebegutachtung im EWR-Ausland	52
5.2	Das sogenannte Partner-MDK-Modell	53
5.3	Die Organisation der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit.....	56
5.4	Anforderungsprofil für externe Gutachter.....	58
5.5	Erfahrungen nach drei Jahren Pflegebegutachtung in ausgewählten EWR-Staaten	59
5.6	Zahlen aus der Pflegebegutachtung im Ausland.....	65
6	Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	69
6.1	Anzahl und demografische Struktur von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	71
6.2	Merkmale, die zur Einschränkung der Alltagskompetenz führen.....	72
7	Literaturverzeichnis	76

1 Vorwort

1.1 Einleitung

Die Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes informieren über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) für die Pflegeversicherung. Grundlage bietet die Statistik-Richtlinie gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI, die einen regelmäßigen Informationstransfer des Auftrags- und Begutachtungsgeschehens aller MDK sicherstellt. Zudem werden Daten erhoben, die über die pflegerische, medizinische und soziale Situation der Antragsteller Auskunft geben. Beide Bereiche, Tätigkeitsstatistik der MDK und sozialmedizinisches Wissen über Versicherte, die einen Antrag auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz stellen, waren schon immer Inhalt der Berichterstattung.

Im Kapitel 2 „Auftrags- und Begutachtungsgeschehen“ wird die Inanspruchnahme der Medizinischen Dienste durch die Pflegekassen thematisiert. Dabei zeigt sich ein seit Jahren ungebrochen hohes Niveau des Auftragsvolumens. Trotz abnehmender Zahl von Antragstellern, die erstmalig begutachtet werden, gehen jährlich rund 1,4 Millionen Begutachtungsaufträge bei den MDK ein. Dafür ist die steigende Anzahl von Höherstufungs-/Wiederholungsaufträgen verantwortlich, die in der Zwischenzeit mehr als 40 v.H. des Auftragsvolumens stellen. In den Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen werden Versicherte begutachtet, die sich schon im Leistungsbezug befinden. In den meisten Fällen gehen diese Versicherten bei der Antragstellung davon aus, dass sich seit der Erstbegutachtung ihr Hilfebedarf pflegestufenrelevant erhöht hat. Wie die Ausführungen zeigen, trifft dies oft zu. Der Hilfebedarf nimmt bei vielen Pflegebedürftigen im Zeitablauf zu.

In den Medien wird verstärkt vom drohenden „Kollaps“ der Pflegeversicherung gesprochen. Neben der demografischen Entwicklung, die zukünftig zu immer mehr Pflegebedürftigen führt, wird auch der steigende Anteil von Leistungsempfängern die stationär gepflegt werden, als Argument eingeworfen. Die Pflegeversicherung erbringt im Bereich der stationären Pflege für Pflegebedürftige mit stationären Leistungen die höchsten monetären Leistungen. Dieses Argument ist insofern stimmig, als die Zahl und der Anteil von Pflegebedürftigen in stationärer Betreuung zunimmt. Die Begutachtungsstatistiken zeigen jedoch, dass dies nicht durch eine zunehmende Anzahl von „neuen“ Pflegebedürftigen ausgelöst wird, die bei ihrer erstmaligen Antragstellung auf diese Betreuungsform zurückgreifen wollen. Stationäre Erstaufträge haben zwischen den Jahren 2000 und 2002 sogar

um 7,4 v.H. abgenommen. Es wird dargelegt, dass die Zunahme im Leistungsempfängerbestand in der Hauptsache auf Pflegebiografien gründet, die sich im siebten Jahr nach Einführung stationärer Leistungen herauskristallisiert haben. Mit der erstmaligen Feststellung der Pflegebedürftigkeit beginnt die Pflegebiografie des Versicherten. Während deren Verlaufs nimmt bei vielen Pflegebedürftigen der Hilfebedarf zu. Dies kann dazu führen, dass der Umfang und das Ausmaß der Hilfe im häuslichen Umfeld des Versicherten von der Pflegeperson nicht mehr bewältigt werden kann. An diesem Punkt wird der Übergang in ein Alten-/Pflegeheim relevant. Der gleiche Sachverhalt wird dann eintreten, wenn die Pflegeperson nicht mehr zur Verfügung steht.

Auf die Thematik von Pflegebiografien wird auch im Kapitel 3 eingegangen. Unter dem Thema „Bestimmungsfaktoren von Pflegebedürftigkeit“ werden der Hilfebedarf und die Krankheitsbilder von Versicherten dargestellt, bei denen erstmalig Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Vasculäre, demenzielle und arthrotische Erkrankungen sowie Neubildungen sind die vier häufigsten krankheitsbedingten Ursachen von Pflegebedürftigkeit. Da es sich dabei oftmals um chronische Erkrankungen handelt, kommt der ambulanten geriatrischen Rehabilitation eine bedeutende Rolle zu, um die Folgen dieser Leiden zu mildern oder hinauszuzögern.

Neben diesen sozialmedizinischen Faktoren sind auch soziale Aspekte für die Antragstellung und damit für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu beachten. Die Ausführungen zeigen, dass alleinlebende Versicherte im Vergleich zu Zusammenlebenden häufiger und früher einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen, da Alleinlebende auf Grund ihrer Lebenssituation ihrer Hilfebedürftigkeit eine höhere Aufmerksamkeit beimessen. Das Zusammenleben substituiert dagegen in vielen Fällen Einschränkungen in der Alltagsbewältigung

In Kapitel 4 wird die Erledigungsdauer von Begutachtungsaufträgen, also die Zeitspanne zwischen Auftragseingang und Versand des Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse, thematisiert. Am Beispiel eines MDK wird erläutert, welche Maßnahmen getroffen werden können, um diesen Zeitraum zu verkürzen. Die Ausführungen belegen sowohl die Verantwortlichkeit eines jeden MDK, als auch die Notwendigkeit der engen Zusammenarbeit von Pflegekassen und MDK.

Im ersten Pflegebericht 1998 wurde auf die Problematik von Versicherten hingewiesen, die einen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf aufweisen, der jedoch auf Grund der Gesetzeslage nicht umfassend als Kriterium für die Feststellung auf Pflegebe-

dürftigkeit herangezogen werden kann. Dabei handelt es sich vorwiegend um Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Für diesen Personenkreis hat sich in der Zwischenzeit der Begriff der „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) eingebürgert. In Zusammenarbeit mit Betroffenenverbänden, Experten der Pflegewissenschaft, Geriatrie und Gerontopsychiatrie, Vertretern der Spitzenverbände der Pflegekassen und der Politik haben die Medizinischen Dienste ein Screening- und Assessmentverfahren entwickelt, das diesen Personenkreis im Rahmen der Pflegebegutachtungen identifizieren soll. Nach einer Vorstudie, die die Praktikabilität dieses Instruments überprüfte, wurde dieses Verfahren mittels wissenschaftlich anerkannter Verfahren getestet. Im Ergebnis konnte festgestellt werden, dass die Instrumente gutachterunabhängig sind; d.h., in fast allen Fällen gelangten zwei Gutachter bei der Begutachtung eines Versicherten unabhängig voneinander (verblindet) zum gleichen Ergebnis (Reliabilitätsstudie). In der sich daran anschließenden Validitätsstudie wurde das Verfahren mit anerkannten wissenschaftlichen Instrumenten verglichen. Hierbei stellte sich heraus, dass das Screening und Assessment alle Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz identifizierte. Allerdings wurden auch Versicherte bei den Begutachtungen herausgefiltert, bei denen leichte kognitive Funktionsstörungen nur zu vergleichsweise geringen Beeinträchtigungen führen. Das konzipierte Verfahren war in dieser Hinsicht also zu breit gefasst. In Zusammenarbeit mit den Experten wurde dies zum Anlass genommen, das Screening- und Assessmentverfahren enger zu fassen. Ziel war es, nur Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu identifizieren, bei denen ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung vorliegt.

Diese Vorarbeiten waren u.a. Grundlage des Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetzes, das am 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist. Über die Leistungen dieses Teils der sozialen Pflegeversicherung, das Verfahren zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz in den Pflegebegutachtungen und deren Ergebnisse wird in Kapitel 6 berichtet. Die Ergebnisse zeigen, dass in einem Jahr zwischen 80.000 und 90.000 Pflegebedürftige erstmals begutachtet werden, die einen Anspruch auf Leistungen aus dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz haben.

Seit dem sog. Molenaar-Urteil des Europäischen Gerichtshofs von 1998 haben pflegebedürftige Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung auch dann Anspruch auf Pflegegeld, wenn sie in einem Staat des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staat) leben. Obwohl pro Jahr „nur“ etwa 1.300 Begutachtungsaufträge zu bearbeiten sind (im Inland 1,3 Mio.), stellte dieses Urteil die Medizinischen Dienste vor nicht unerhebliche Herausforderungen. Es galt immerhin, die logistischen Voraussetzungen für Begutachtungen z.B. in Irland be-

reitzuhalten! In Kapitel 5 wird erstmals umfassend dargestellt, wie die MDK-Gemeinschaft diese logistische Herausforderung in eine praktikable, sachgerechte und wirtschaftliche Vorgehensweise umgesetzt hat. Natürlich wird auch über die Begutachtungsergebnisse berichtet.

In einem fast spannend zu nennenden Teil widmet sich der Artikel den länderspezifischen und antragstellerspezifischen Gegebenheiten, auf die die Gutachter bei den EWR-Begutachtungen stoßen. Den sachlichen Hintergrund bilden die unterschiedlichen Gesundheitssysteme in den EWR-Staaten und unterschiedliche Formen ihrer Inanspruchnahme.

1.2 Daten

Datengrundlage dieses Berichtes sind die Statistiksätze, die nach den Regularien der Pflegestatistik-Richtlinie gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI übermittelt werden. Im Bereich der Begutachtungsstatistik liegt das Zahlengerüst 2002 etwas über demjenigen der Quartalstatistiken. Der Grund liegt darin, dass in einem Sozialmedizinischen Dienst im Jahr 2002 die EDV mit der Folge umgestellt wurde, dass in nur eingeschränktem Umfang Statistiken zur Verfügung gestellt werden konnten.

Der umfangreiche Einzeldatensatz der Begutachtungsstatistik enthält nicht in jedem Fall alle vorgesehenen Angaben. Dies ist ein bekannter Sachverhalt bei der Führung von Massenstatistiken. Zudem können manche sozialmedizinische und pflegerische Informationen nur bei Begutachtungen mit einer körperlichen Untersuchung im Rahmen eines Haus- bzw. Einrichtungsbesuches erhoben werden. Die Daten beziehen sich insofern nur auf diese Begutachtungsart. Damit werden Aktenlagen nicht berücksichtigt, die jedoch quantitativ bei Erstbegutachtungen keine nennenswerten Rollen spielen. Aus diesem Grund können die Anteilswerte auf alle Begutachtungen übertragen werden.

In den Kapiteln 2 (teilweise), 3 und 6 wurde wegen der Lesbarkeit auf die Nennung der Häufigkeiten (Grundgesamtheiten) verzichtet. Die nachfolgende Tabelle führt die Grundgesamtheiten auf, auf die sich die prozentualen Verteilungen beziehen. In den darauffolgenden Zeilen sind die themenspezifischen Bereitstellungsgrade bzgl. Erstbegutachtungen ohne Aktenlagen genannt. Systematische Verzerrungen sind auch hier auf Grund der geringen Ausfallquoten nicht zu erwarten.

Tabelle 1

**Grundgesamtheiten und Bereitstellungsgrade der Tabellen im Pflegebericht
soweit nicht gesondert ausgewiesen**

Begutachtungsart	Beantragte Leistung		Gesamt
	ambulant	stationär	
Durchgeführte Begutachtungen	979.324	301.394	1.280.718
Durchgeführte Erstbegutachtungen	521.766	99.333	621.099

Bereitstellungsgrade in v.H. bei Erstbegutachtungen ohne Aktenlagen in Tabellen zu:	Beantragte Leistung	
	ambulant	stationär
Verrichtungen mit Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege	95,8	95,7
Hilfebedarf in Minuten in den Bereichen der Grundpflege	89,4	90,0
Erste pflegebegründende Diagnose (ICD)	90,7	92,4

Bereitstellungsgrad bei Erstbegutachtungen zur Identifikation von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz * (Tabelle 1, Kapitel 6)		
Bereitstellungsgrad	97,3	-

* ambulante Erstbegutachtungen mit Empfehlung einer Pflegestufe,
Begutachtungsort: häusliche Umgebung des Versicherten

Die Daten zu EWR-Begutachtungen wurden im Rahmen einer Abfrage unter den MDK erhoben.

2 Auftrags- und Erledigungsstatistik

2.1 Auftragsstatistik

Der Gesetzgeber hat den Medizinischen Dienst beauftragt, die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung (Empfehlung) zu einer Pflegestufe zu prüfen. Die Medizinischen Dienste sind damit an entscheidender Stelle an der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes beteiligt. Im Verfahrensablauf stellt der Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei seiner Pflegekasse, die diesen Antrag in Form eines Begutachtungsauftrags an ein Begutachtungs- und Beratungszentrum des Medizinischen Dienstes in Wohnortnähe des Antragstellers übergibt. Der zuständige Gutachter wird daraufhin mit dem Antragsteller einen Termin zur Begutachtung vereinbaren.

In Tabelle 1 ist das Auftragsvolumen der Jahre 2000 bis 2002 nach beantragter Leistungsart dokumentiert. Die Zahl der Begutachtungsaufträge liegt in den drei Berichtszeiträumen nahezu konstant bei knapp über 1,4 Mio. Begutachtungsaufträge von Antragstellern auf ambulante Leistungen sind zwischen 2000 und 2002 leicht rückläufig, wogegen Begutachtungsaufträge für stationäre Leistungen leicht zunahmen. Aufträge zur Begutachtung von Antragstellern auf Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI nahmen auch in den hier dokumentierten Berichtszeiträumen wiederum ab.

Tabelle 1

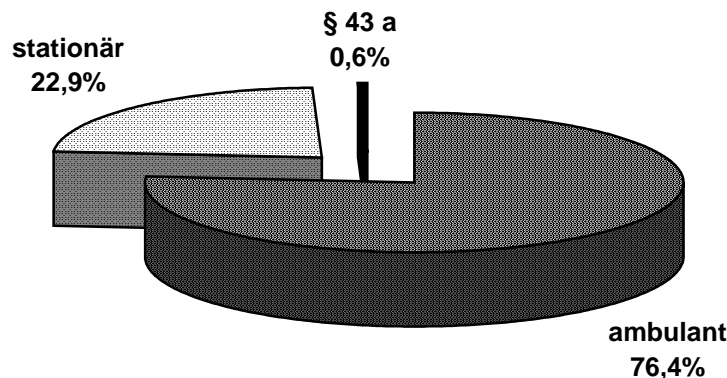
**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene
Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung 2000-2002**

	Anzahl		
	2000	2001	2002
Gesamt	1.423.503	1.419.865	1.414.561
davon nach beantragter Leistungsart:			
ambulant	1.102.027	1.102.486	1.081.196
stationär	312.341	308.536	324.594
§ 43 a	9.135	8.843	8.771

Der vom Gesetzgeber gewünschte Vorrang der häuslichen ambulanten Pflege hat nach wie vor Bestand. Wie Abbildung 1 zeigt, beziehen sich über drei Viertel der Begutach-

tungsaufträge auf Antragsteller von ambulanten Leistungen. Knapp ein Viertel der Aufträge beziehen sich auf Antragsteller von stationären Leistungen.

Abbildung 1
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge in v.H. nach beantragter Leistungsart 2002



Die Begutachtungsaufträge an den Medizinischen Dienst werden hinsichtlich der Antragstellung in drei Gruppen aufgeteilt:

- Erstaufträge,
- Höherstufungsaufträge/Wiederholungsaufträge und
- Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen (Widersprüche).

Erstaufträge sind Begutachtungsaufträge, bei denen der Antragsteller zum Zeitpunkt der Antragstellung noch keine Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhält. Diese Definition schließt die Möglichkeit der Mehrfach-Zählung von Personen ein, die innerhalb eines Berichtszeitraumes, nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“ einen erneuten Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen. Der Anteil solcher wiederholten Aufträge unter den Erstaufträgen kann in der Statistik nicht ausgewiesen werden. Die Pflegestatistik zählt ausschließlich Begutachtungsaufträge und durchgeführte Pflegebegutachtungen.

Höherstufungsaufträge/Wiederholungsaufträge beziehen sich auf Antragsteller, die zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Eine wiederholte Begutachtung wird dann durchgeführt, wenn der Versicherte selbst einen Höherstufungsantrag stellt, da er eine Zunahme seines Hilfebedarfs empfindet (Höherstufungsauftrag), oder wenn der Pflegekasse Anhaltspunkte für einen sich veränderten Hilfebedarf vorliegen (Wiederholungsauftrag). Die Pflegekasse wird sich im letzteren Fall

an dem im Vorgutachten genannten Zeitpunkt zur wiederholten Begutachtung orientieren. Obwohl in der Auftragsstatistik der Medizinischen Dienste keine Unterscheidung zwischen diesen beiden Auftragsarten vorgenommen wird, liegen Anhaltspunkte vor, die darauf hin deuten, dass das Gros dieser Aufträge auf Veranlassung der Versicherten beruhen. In beiden Fällen ist der bereits bestehende Leistungsbezug nach dem Pflegeversicherungsgesetz Grundlage der begrifflichen Zuordnung. Der Einfachheit halber werden – soweit nicht deutlich gekennzeichnet – in den weiteren Ausführungen beide Auftragsarten unter dem Begriff der Wiederholungsbegutachtungen subsummiert.

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

In Tabelle 2 sind die bei den Medizinischen Diensten eingegangenen Begutachtungsaufträge nach der Auftragsart für die Berichtszeiträume 2000 bis 2002 ausgewiesen. Die Statistik zeigt, dass Erstaufträge zwischen 2000 und 2002 rückläufig sind, wogegen Wiederholungsaufträge um 7 v.H. zunahmen. Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen sind weiterhin leicht rückläufig. Dies kann als Indiz für die hohe Qualität und die Akzeptanz der Pflegegutachten herangezogen werden.

Tabelle 2

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge
für die Pflegeversicherung nach Auftragsart 2000-2002**

	Anzahl			Veränderung in v.H. zu 2000
	2000	2001	2002	
Gesamt	1.414.368	1.411.022	1.405.790	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufträge	786.135	748.664	742.104	-5,6
Wiederholungsaufträge	544.826	579.544	581.898	6,8
Widersprüche	83.407	82.814	81.788	-1,9

ohne Aufträge gemäß §43 a SGB XI

Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen entwickeln sich immer mehr zu einem Kerngeschäft des Medizinischen Dienstes im Bereich Pflegeversicherung. Ihr Anteil am Auftragsvolumen ist von 31,4 v.H. im Jahr 1997 auf 41,4 v.H. im Berichtszeitraum 2002 angestiegen (siehe auch Abbildung 2).

Abbildung 2
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge in v.H. nach Gutachtenart 2002

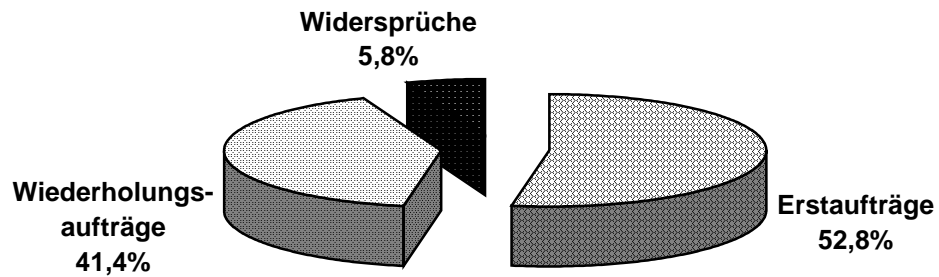


Tabelle 3 zeigt die Veränderungsdaten der eingegangenen Begutachtungsaufträge, differenziert nach Leistungs- und Auftragsart in den Berichtszeiträumen 2001 bis 2002. Im ambulanten wie im stationären Bereich nahm die Anzahl der Erstaufträge in etwa der gleichen Größenordnung ab. Wiederholungsaufträge nahmen im stationären Bereich im Vergleich zum ambulanten überdurchschnittlich zu. Das Auftragsvolumen von Widersprüchen nahm im ambulanten Bereich leicht ab, während es im stationären Bereich um 9 v.H. anstieg. Über alle Aufträge hinweg war der Anteil von Widerspruchsaufträgen zwischen 2000 und 2002 allerdings mit 1,9 v.H. rückläufig.

Tabelle 3

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge
für die Pflegeversicherung nach Auftragsart und
beantragter Leistung 2000-2002**

ambulant				
	2000	2001	2002	Veränderung in v.H. zu 2000
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	1.102.027	1.102.486	1.081.196	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufträge	647.199	622.519	613.516	-5,2
Folgeaufträge	380.405	406.202	395.688	4,0
Widersprüche	74.423	73.765	71.992	-3,3
stationär				
	2000	2001	2002	Veränderung in v.H. zu 2000
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	312.341	308.536	324.594	
davon nach Auftragsart:				
Erstaufträge	138.936	126.145	128.588	-7,4
Folgeaufträge	164.421	173.342	186.210	13,3
Widersprüche	8.984	9.049	9.796	9,0

Im Rahmen der derzeit laufenden Diskussion um die Finanzierbarkeit der Sozialversicherungssysteme steht auch die soziale Pflegeversicherung im Brennpunkt des Interesses. In den Medien und von manchen Experten wird dabei behauptet, dass diese Form der sozialen Absicherung in der Zukunft wegen „Unbezahlbarkeit“ keinen Bestand mehr haben könne. Neben dem demografischen Wandel, der in der Tat zu einer steigenden Zahl von Pflegebedürftigen führt, wird auf eine Zunahme von Versicherten hingewiesen, die mit (den teuren) stationären Leistungen ihre Pflegebiografie beginnen. Letztendlich würde damit das gesetzgeberische Primat der häuslichen Pflege gekippt. Grundlage dieser Aussage sind die Statistiken der Leistungsempfänger, die zwischen 1998 und 2002 einen Anstieg von 90.000 Pflegebedürftigen ausweisen, die in stationären Einrichtungen betreut werden¹. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass der Anteil von Pflegebedürftigen mit stationären Leistungen in diesem Zeitraum von 27,9 v.H. auf 31,8 v.H. anstieg. Der Verlauf von Erstaufträgen stationärer Antragsteller in Tabelle 3 zeigt jedoch, dass diese Entwicklung nicht durch ein verändertes Antragstellerverhalten ausgelöst wird. Die Anzahl von Erstantragstellern mit stationären Leistungen ging zwischen 2000 und 2002 sogar um 7,4 v.H. zurück. Hintergrund der Zunahme von stationären Leistungsempfängern sind vielmehr Ereignisse und Prozesse, die ein Pflegebedürftiger im Rahmen seiner Pflegebiografie durchläuft. Pflegebedürftigkeit ist in vielen Fällen im Zeitverlauf durch die Zunahme des Hilfebedarfs gekennzeichnet. Ist das soziale Netzwerk der Unterstützung mit der Durchführung der Pflege überfordert, oder steht keine Pflegeperson mehr zur Verfügung, wird der

¹ Quelle: BMGS

Übergang in ein Alten- und/oder Pflegeheim notwendig werden. Im siebten Jahr nach Einführung des stationären Zweigs der sozialen Pflegeversicherung haben sich diese Pflegebiografien erst vollständig herausgebildet².

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Auftragsvolumen mit 1,4 Mio. weiterhin auf sehr hohem Niveau ist. Der leichte Rückgang von Erstaufträgen wird fast vollständig durch die Zunahme von Folgeaufträgen kompensiert. Widerspruchsbegutachtungen sind zwischen 2000 und 2002 weiterhin rückläufig.

2.2 Durchgeführte Begutachtungen

Die Begutachtungsstatistik zählt ausschließlich durchgeführte Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Wie Tabelle 4 zeigt, liegt die Anzahl durchgeführter Begutachtungen unter der Zahl der Begutachtungsaufträge. Die Differenz erklärt sich erstens dadurch, dass in die Auftragsstatistik auch solche Aufträge einfließen, bei denen es nicht um die Feststellung von Pflegebedürftigkeit geht, sondern bei denen die Pflegekasse andere Sachverhalte sozialmedizinisch abklären lassen will. Dabei handelt es sich z.B. um Fragen zur Hilfsmittelversorgung, zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und zur tagesklinischen Versorgung. Da solche Aufträge nicht in der Empfehlung bzw. Nicht-Empfehlung von Pflegebedürftigkeit münden, werden sie von der Begutachtungsstatistik nicht erfasst. Zweitens gehen in die Auftragsstatistik Fälle ein, bei denen der Auftrag von einem Begutachtungszentrum an ein anderes weitergeleitet wurde, das ebenfalls den Auftrag als Eingang in der Statistik führt. Der Grund für diese Weiterleitung ist u.a. in speziellen Anforderungen zu suchen, die die sachgerechte Durchführung bestimmter Begutachtungsaufträge erfordert. So kann der beauftragte Gutachter in manchen Fällen beispielsweise feststellen, dass die Begutachtung des Antragstellers einen Gutachter mit speziellen Kenntnissen erfordert, der in einem anderen BBZ tätig ist. In diesen Fällen wird der zwischen den Begutachtungszentren weitergeleitete Begutachtungsauftrag in der Statistik doppelt ausgewiesen.

Tabelle 4 zeigt, dass die Zahl der durchgeführten Begutachtungen zwischen den Berichtszeiträumen 2000 und 2002 mit knapp 1,3 Mio. nahezu konstant geblieben ist. Antragsteller auf ambulante Leistungen nahmen geringfügig ab, wogegen Antragsteller auf stationäre Leistungen leicht zunahmen.

² Siehe dazu: Wagner A (2002): Einfluss von Pflegebiografie und demographischem Wandel auf die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung.

Tabelle 4**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen 2000-2002**

	2000	2001	2002	Veränderung in v.H. zu 2000
	Anzahl	Anzahl	Anzahl *	
Gesamt	1.279.606	1.267.989	1.280.718	
davon nach beantragter Leistungsart:				
ambulant	984.024	975.996	979.324	-0,5
stationär	287.556	291.993	301.394	4,8

* einschl. Begutachtungen des SMD des Bundeseisenbahnvermögens 2001
ohne Begutachtungen gemäß §43 a SGB XI

2.3 Untersuchungsort und Profession des Gutachters

Die Begutachtung erfolgt grundsätzlich in Form einer körperlichen Untersuchung der Antragsteller in ihrem Wohnumfeld. Antragsteller auf ambulante Leistungen werden in ihrer häuslichen Umgebung (Privatwohnung) untersucht, Antragsteller auf stationäre Leistungen in einem Alten-/Pflegeheim. Eine Begutachtung nach Aktenlage ohne körperliche Untersuchung ist nur in den Fällen geeignet, in denen die medizinische und pflegerische Situation und somit der Umfang geeigneter therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen eindeutig feststeht und die Voraussetzung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit, sowie die Empfehlung einer Pflegestufe auch ohne körperliche Untersuchung aus den vorliegenden Akten festgestellt werden können. Bei Erstantragstellern ist die Begutachtung nach Aktenlage die Ausnahme und findet überwiegend nur dann statt, wenn der Versicherte im Zeitraum zwischen Antragstellung und Begutachtungstermin verstorben ist.

Tabelle 5**Durchgeführte Begutachtungen nach beantragter
Leistung und Untersuchungsort in v.H. 2002**

durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	979.324	301.394
davon in v.H.:		
in Privatwohnung (ambulant)	86,1	-
in Pflegeeinrichtung (stationär)	-	66,0
nach Aktenlage	12,0	22,0
Sonstiges	1,9	12,0

Tabelle 5 zeigt, dass bei 86 v.H. der ambulanten und bei 66 v.H. der stationären Antragsteller die Begutachtung im jeweiligen Wohnumfeld stattfand. Begutachtungen auf Grundlage einer Aktenlage lassen sich zum überwiegenden Teil auf Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen zurückführen, bei denen die vorliegenden Unterlagen aus-

reichen, um zu einer sozialmedizinisch begründeten Empfehlung zu gelangen. Die vergleichsweise starke Besetzung der Kategorie „sonstiger Untersuchungsort“ bei Antragstellern auf stationäre Leistungen beruht auf körperlichen Untersuchungen im häuslichen Umfeld und auf Begutachtungen im Krankenhaus, jeweils vor Inanspruchnahme stationärer Leistungen.

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des MDK durch Ärzte in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Begutachtungs-Richtlinien konkretisieren diesen Auftrag u.a. dahingehend, dass Arzt und Pflegekraft gemeinsam festlegen sollen, welcher Gutachter die Begutachtung vornimmt. Dies kann entweder ein Arzt oder eine Pflegefachkraft oder beide gemeinsam sein. Darüber hinaus wird festgelegt, ob die Begutachtung durch MDK-Mitarbeiter oder externe Gutachter, also durch nicht bei den MDK angestellte Gutachter, erfolgen soll. Eine Begutachtung wird immer dann von einem Arzt vorgenommen, wenn keine oder ungenügende Informationen über rein ärztliche Sachverhalte, wie z.B. Vorerkrankungen oder aktuelle Diagnosen vorliegen. In allen anderen Fällen kann die Begutachtung sowohl von einer Pflegefachkraft als auch von einem Arzt durchgeführt werden. Tabelle 6 zeigt, dass Pflegefachkräfte das Gros der Begutachtungen durchführen. Im ambulanten Bereich sind es 55 v.H. im stationären Bereich 61 v.H. aller durchgeführten Begutachtungen.

Tabelle 6

**Durchgeführter Begutachtungen nach Profession
des Gutachters und beantragter Leistung in v.H. 2002**

durchgeführte Begutachtungen durch	ambulant	stationär
	979.324	301.394
davon in v.H.:		
MDK Arzt	31,0	35,1
MDK Pflegefachkraft	54,3	60,6
MDK Arzt und MDK Pflegefachkraft	0,3	0,3
Externer Gutachter	14,4	4,0

Externe Gutachter spielten in der Anfangszeit der Begutachtung für die Pflegeversicherung eine bedeutende Rolle. Nur mit ihrer Hilfe konnte die Bearbeitung des anfänglichen Auftragsberges sichergestellt werden. Auch im Berichtszeitraum 2002 spielt der Anteil von Pflegegutachten, die von externen Gutachtern erbracht worden sind, immer noch eine nicht unerhebliche Rolle. Ihr Einsatz ist allerdings MDK-spezifisch verschieden, was in unterschiedlichen logistischen Strukturen der Auftragsbearbeitung in den einzelnen MDK begründet ist.

2.4 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und Empfehlung einer Pflegestufe

Eine der Hauptaufgaben des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung liegt in der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit. Liegen die gesetzlich definierten Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit vor, empfiehlt der Gutachter der auftraggebenden Pflegekasse eine der drei Pflegestufen:

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

Diese Pflegestufen werden im wesentlichen über die Art und das Ausmaß des Hilfebedarfs ermittelt.

Tabelle 7 enthält die Begutachtungsergebnisse bei ambulanten Erstantragstellern im Jahr 2002 nach MDK und insgesamt. Bundesweit waren danach gut zwei Drittel der Erstbegutachteten pflegebedürftig. In knapp einem Drittel der Fälle kamen die Gutachter zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit nicht vorliegen. In 47 v.H. empfahlen die Gutachter Pflegestufe I, in 16,9 v.H. Pflegestufe II und in 3,9 v.H. Pflegestufe III. Im Vergleich zu ambulanten Erstbegutachteten häufiger Pflegebedürftigkeit (in fast 84 v.H.) festgestellt (siehe Tabelle 8). Darüber hinaus ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit im stationären Bereich schwerer. Dort ist der Anteil der höheren Pflegestufen II und III jeweils fast doppelt so hoch wie in der ambulanten Pflege. In 16,5 v.H. der Fälle stellen die Gutachter „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI fest, in 45,3 v.H. Pflegestufe I, in 31,4 v.H. Pflegestufe II und in 6,8 v.H. Pflegestufe III.

Tabelle 7

**Gutachterliche Empfehlung
bei ambulanten Erstbegutachtungen in v.H. 2002**

MDK/Sonderdienste	nicht pfl.-bed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württemberg	30,5	46,8	18,9	3,8
Bayern	34,3	50,0	12,9	2,8
Berlin-Brandenburg	31,0	49,1	15,3	4,6
Bremen	29,5	49,6	16,2	4,6
Hamburg	33,1	48,1	16,0	2,7
Hessen	31,6	50,1	15,3	3,0
Mecklenburg-Vorpommern	31,3	49,9	15,7	3,1
Niedersachsen	27,5	49,4	18,1	5,0
Nordrhein	30,9	47,7	17,5	3,9
Rheinland-Pfalz	34,1	40,9	22,0	2,9
Saarland	34,0	40,5	18,2	7,3
Sachsen	32,0	46,1	17,7	4,1
Sachsen-Anhalt	31,5	45,7	16,3	6,5
Schleswig-Holstein	30,7	45,9	18,6	4,8
Thüringen	27,9	44,9	19,3	7,8
Westfalen-Lippe	40,8	41,9	15,7	1,5
Gesamt	32,2	47,0	16,9	3,9

Dieses Ergebnis, dass Erstantragsteller auf stationäre Leistungen in höherem Masse pflegebedürftig sind, kann auf zwei Faktoren zurückgeführt werden. Erstens wird die Pflege in einer vollstationären Einrichtung u.a. dann in Anspruch genommen, wenn Pflegepersonen im häuslichen Umfeld des Versicherten nicht zur Verfügung stehen oder wenn der erforderliche Pflegeaufwand von ihnen nicht mehr erbracht werden kann. Zweitens ist die Aufnahmepraxis von Alten- und Pflegeheimen zu berücksichtigen, die verstärkt nur noch solche Bewohner aufnehmen, die im Sinne des SGB XI pflegebedürftig sind.

Tabelle 8

**Gutachterliche Empfehlung
bei stationären Erstbegutachtungen in v.H. 2002**

MDK	nicht pfl.-bed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württemberg	14,8	57,1	24,8	3,4
Bayern	26,2	46,2	21,3	6,4
Berlin-Brandenburg	9,6	42,8	36,2	11,4
Bremen	11,9	38,8	33,0	16,3
Hamburg	22,4	45,5	23,9	8,2
Hessen	19,4	55,8	19,9	4,9
Mecklenburg-Vorpommern	9,9	44,2	38,8	7,1
Niedersachsen	14,8	50,6	28,0	6,6
Nordrhein	15,2	39,1	37,9	7,8
Rheinland-Pfalz	21,5	39,4	33,7	5,5
Saarland	24,8	32,1	29,3	13,8
Sachsen	10,9	40,0	39,6	9,5
Sachsen-Anhalt	17,1	38,5	33,9	10,4
Schleswig-Holstein	15,5	46,2	31,9	6,5
Thüringen	12,4	35,5	36,8	15,3
Westfalen-Lippe	19,4	42,7	34,5	3,4
Gesamt	16,5	45,3	31,4	6,8

2.5 Wiederholungsbegutachtungen

Wiederholungsbegutachtungen haben sich in den letzten Jahren neben den Erstbegutachtungen zum Kerngeschäft der Medizinischen Dienste für die soziale Pflegeversicherung herauskristallisiert. In Erstgutachten wird geprüft, ob der Antragsteller im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig ist und wenn ja, welche Pflegestufe vorliegt. Aus diesen Ergebnissen kann, epidemiologisch ausgedrückt, die Inzidenz, also der Neuzugang in die Pflegebedürftigkeit, ermittelt werden. Mit Wiederholungsbegutachtungen wird bei Pflegebedürftigen u.a. überprüft, ob die im vorangegangenen Gutachten empfohlene Pflegestufe noch aktuell ist oder ob zwischenzeitlich eine wesentliche Änderung des Hilfebedarfes mit Auswirkungen auf die Pflegestufe eingetreten ist. Wiederholungsbegutachtungen werden dementsprechend nur bei Versicherten durchgeführt, die schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Die Leistungen der Pflegeversicherung werden damit an den sich ändernden Hilfebedarf der Pflegebedürftigen angepasst.

Die Bedeutung dieser Wiederholungsbegutachtungen wird deutlich, wenn man die in einem Jahr durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen in Relation zum Leistungsempfängerbestand des Vorjahres setzt. Man erhält dann den Anteil von Leistungsempfängern,

die wiederholt begutachtet worden sind ³. Tabelle 9 zeigt, dass diese „Wiederholungsbegutachtungsquote“ in den Jahren 2000 und 2002 konstant bei 28 v.H. liegt. Über ein Viertel der Leistungsempfänger werden danach innerhalb eines Jahres ein weiteres Mal begutachtet.

Tabelle 9

**Wiederholungsbegutachtungen in Relation zu
Leistungsempfängern in v.H. 2000 und 2002
"Wiederholungsbegutachtungsquote"**

	2000	2002
Leistungsempfänger *	1.826.362	1.839.602
durchgeführte Wiederholungsbegutachtungen **	512.078	512.800
Wiederholungsbegutachtungsquote in v.H.	28,0	27,9

* zum 31.12 des Vorjahres. Quelle: BMGS

** im Jahr

Der Großteil von Wiederholungsbegutachtungen ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegebedürftigen eine leistungsrechtlich relevante Zunahme ihres Hilfebedarfs vermuten. Dementsprechend beziehen sich fast 97 v.H. aller Wiederholungsbegutachtungen auf Leistungsempfänger der Pflegestufen I und II. Wiederholungsbegutachtungen von Schwerst-Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mit theoretisch denkbarer Höherstufung in die „Pflegestufe III Härtefall“ sind die Ausnahme.

Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse von Wiederholungsbegutachtungen im Vergleich zur Begutachtungsempfehlung im vorangegangenen Gutachten. In vielen Fällen haben die Gutachter in der Wiederholungsbegutachtung eine deutliche und damit pflegestufenrelevante Erhöhung des Hilfebedarfs festgestellt. Dies gilt insbesondere für Pflegebedürftige der Pflegestufe I. Bei fast der Hälfte der Wiederholungsbegutachtungen von ambulant Pflegebedürftigen der Stufe I hatte sich der Hilfebedarf im Zeitablauf so stark erhöht, dass die Gutachter Pflegestufe II empfahlen. Im stationären Bereich liegt dieser Anteil sogar bei fast 70 v.H..

³ Es handelt sich hierbei um ein statistisches Modell, das von der Annahme ausgeht, dass sich alle Leistungsempfänger zum Jahresende auch noch in der Leistungsempfängerstatistik des darauffolgenden Jahres befinden. Außerdem bleiben Fälle unberücksichtigt, die innerhalb eines Jahres „neu“ pflegebedürftig und in demselben Jahr wiederholt begutachtet wurden.

Tabelle 10

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtes mit der Pflegestufenempfehlung der Wiederholungsbegutachtung, 2002

ambulant			
Wiederholungsbegutachtungen	Pflegestufenempfehlung in der Wiederholungsbegutachtung in v.H.		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung	Pflegestufenempfehlung	Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	46,3	7,7	46,0
Pflegestufe II	54,2	10,4	35,4
Pflegestufe III	82,7	17,3	-

stationär			
Wiederholungsbegutachtungen	Pflegestufenempfehlung in der Wiederholungsbegutachtung in v.H.		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung	Pflegestufenempfehlung	Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	30,4	2,2	67,4
Pflegestufe II	43,9	4,4	51,8
Pflegestufe III	77,6	22,4	-

Bei ambulanten Leistungsempfängern der Stufe II wird in der Wiederholungsbegutachtung in einem Drittel der Fälle, im stationären Bereich in über der Hälfte der Fälle Stufe III empfohlen. Ein wesentliches Kennzeichen einer Pflegebiografie ist damit der progrediente Verlauf des Hilfebedarfs.

Diese Aussage trifft nicht auf Pflegebedürftige der Stufe III zu. Hier wird sogar in knapp 20 v.H. der Fälle die Herabstufung auf Pflegestufe II empfohlen⁴. Dieser Umstand ist in der Konzeption der Hilfebedarfsbewertung durch das SGB XI nach Zeitorientierungswerten begründet. Danach benötigt die Pflegeperson für die vollständige Übernahme einer Verrichtung einen geringeren Zeitaufwand als für die Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der eigenständigen Durchführung. Können vom Pflegebedürftigen bestimmte Verrichtungen wegen Selbstständigkeitsverlustes auch mit Anleitung und Unterstützung nicht mehr eigenständig durchgeführt werden, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen, was in der Konsequenz den Zeitaufwand für die Hilfeleistung aber meist verringert und zur Empfehlung einer niedrigeren Pflegestufe führt.

⁴ Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass Pflegebedürftige der Pflegestufe III vergleichsweise selten wiederholt begutachtet werden.

2.6 Widerspruchsbegutachtungen

Widerspruchsbegutachtungen werden dann durchgeführt, wenn der Antragsteller Widerspruch gegen den Leistungsbescheid der Pflegekasse eingelegt hat. Die Pflegekasse legt dem Medizinischen Dienst den Widerspruch zur erneuten Bearbeitung vor.

Der Gutachter prüft das dem Widerspruch zugrunde liegende Pflegegutachten unter dem Aspekt, ob zwischenzeitlich neue Aspekte in der Pflegesituation eingetreten sind, die eine Revision der vorangegangenen Empfehlung nahe legen. Dazu wird er in der Regel beim Hausarzt des Antragstellers aktuelle Informationen, z.B. über zwischenzeitliche Krankenhausaufenthalte, einholen.

Widersprüche können sowohl gegen den Leistungsbescheid bei Erst- als auch bei Folgebegutachtungen eingelegt werden. Die in Tabelle 11 ausgewiesene Widerspruchsbegutachtungsquote gibt an, in welchem Verhältnis die Zahl der Widerspruchsbegutachtungen zur Zahl der im gleichen Zeitraum durchgeführten Erst- und Folgebegutachtungen steht. Die Anzahl der Widerspruchsbegutachtungen wird hier in v.H. zur Anzahl aller Erst- und Folgebegutachtungen gesetzt ⁵.

Die Widerspruchsbegutachtungsquote lag im Jahr 2002 bei 6,2 v.H. und damit um 0,5 Prozentpunkte niedriger als im Jahr 2000. Die Pflegegutachten und die darin getroffenen sozialmedizinischen Ausführungen und Empfehlungen stoßen bei den Versicherten auf eine hohe Akzeptanz.

Tabelle 11

**Relation von Widerspruchsbegutachtungen zu
zu Erst- und Wiederholungsbegutachtungen in v.H. 2000 und 2002
"Widerspruchsbegutachtungsquote"**

	2000	2002
Durchgeführte Erst- und Wiederholungsbegutachtungen	1.191.466	1.212.019
Widerspruchsbegutachtungen	79.757	75.569
Widerspruchsbegutachtungsquote in v.H.	6,7	6,2

Wer legt Widerspruch ein? Es sind vor allem Erstantragsteller, bei denen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt wurde und Kinder (bzw. deren Eltern) die Widerspruch gegen den Leistungsbescheid der Pflegekasse einlegen. So kommen mehr als

⁵ Auch handelt es sich hierbei, wie bei der Wiederholungsbegutachtungsquote, um ein statistisches Modell. Das Modell geht von der Annahme aus, dass die Erst-, Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtung in einen Berichtszeitraum fallen.

die Hälfte der Widersprüche von solchen Erstantragstellern, bei denen die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht anerkannt wurde. Die relativ häufigen Widersprüche gegen das Begutachtungsergebnis bei Kindern stehen im Zusammenhang mit den Besonderheiten der Kinderbegutachtung. Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zählt für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nicht der gesamte Hilfebedarf des Kindes, sondern nur der Hilfebedarf, der über den für alle Kinder seiner Altersgruppe typischen Hilfebedarf hinausgeht. Diese Besonderheit bzw. die Auffassung, wie hoch ein alterstypischer Hilfebedarf ist, stößt bei vielen Eltern auf Unverständnis und führt zu vielen Widersprüchen.

Im ambulanten Bereich bestätigen die Gutachter in jeweils fast 60 Prozent der Widerspruchsbegutachtungen die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens, in knapp 40 v.H. wird eine höhere Pflegestufe empfohlen. Bei Antragstellern auf stationäre Leistungen kommen die Gutachter vergleichsweise häufiger zu einer Änderung (Erhöhung) der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung. Dieses Ergebnis ähnelt dem bei Wiederholungsbegutachtungen. Auch dort wird im stationären Bereich häufiger eine im Vergleich zum Vorgutachten höhere Pflegestufe empfohlen.

Bei der Beurteilung dieser Sachverhalte muss berücksichtigt werden, dass zwischen Begutachtung, Leistungsbescheid und Widerspruch mehrere Wochen vergehen können, in denen ein akuter Vorfall oder eine schnell chronisch verlaufende Erkrankung eine Revision von Teilen des Pflegegutachtens, aufgrund des geänderten Hilfebedarfes, nahe legt. Neben „echten“ Widersprüchen werden unter den Widerspruchsbegutachtungen deshalb auch sog. „verkappte Folgebegutachtungen“ erfasst. Die Analogie der Ergebnisse von Widerspruchs- und Folgegutachten legt dies nahe.

Tabelle 12

**Veränderung der Pflegestufenempfehlung
in der Widerspruchsbegutachtung**

ambulant			
Widerspruchsbegutachtungen	Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung in v.H.		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung			
nicht pflegebedürftig	60,9	-	39,1
Pflegestufe I	58,8	2,3	38,8
Pflegestufe II	59,1	3,2	37,8

stationär			
Widerspruchsbegutachtungen	Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung in v.H.		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung			
nicht pflegebedürftig	46,6	-	53,4
Pflegestufe I	41,9	1,8	56,3
Pflegestufe II	53,9	2,6	43,5

2.7 Zusammenfassung

Die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes durch die Pflegekassen liegt mit rd. 1,4 Mio. Aufträgen jährlich weiterhin auf hohem Niveau. Drei Viertel der Aufträge beziehen sich auf Antragsteller von ambulanten Leistungen, ein Viertel auf Antragsteller von stationären Leistungen. Aufträge zur Begutachtung von Versicherten, die vollstationäre Leistungen der Hilfe für behinderte Menschen beantragt haben, sind weiterhin rückläufig und spielen, rein statistisch betrachtet, eine untergeordnete Rolle im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste.

Zugenommen haben im Berichtszeitraum Aufträge der Pflegekassen, bei denen nicht die Feststellung von Pflegebedürftigkeit Gegenstand der Fragstellung ist. Hierbei handelt es sich z.B. um Aufträge mit Fragen zur Hilfsmittelversorgung, zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen oder zur Versorgung von Pflegebedürftigen in Tagespflegeeinrichtungen. Ihr Anteil am gesamten Auftragsvolumen beträgt schätzungsweise 10 v.H..

Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen, also für die Begutachtung von Versicherten, die schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, nehmen weiterhin zu. Betrug ihr Aufkommen 1997 noch anteilig 31,4 v.H., so stellten sie im Berichtszeitraum 2002 41,4 v.H. aller eingegangenen Aufträge. Durch Wiederholungsbegutachtungen werden pro Jahr 30 v.H. aller Pflegebedürftigen erneut begutachtet. Damit unterstützt der Medizinische

Dienst die Pflegekassen darin, das Leistungsgeschehen an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen.

Begutachtungen aufgrund eines Widerspruchs der Antragsteller waren auch in diesen Berichtszeiträumen rückläufig, was für höhere Akzeptanz und Qualität der Pflegebegutachtung spricht.

Bei der Begutachtung von ambulanten Erstantragstellern empfahlen die Medizinischen Dienste 2002 in 47,0 v.H. Pflegestufe I, in 16,9 v.H. Pflegestufe II und in 3,9 v.H. Pflegestufe III. In 32,2, v.H. der Fälle lag keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor. Bei stationären Erstantragstellern wurde vergleichsweise häufiger Pflegebedürftigkeit empfohlen. Zudem sind die Anteile der höheren Pflegestufen II und III größer. Im Einzelnen wurde in 45,3 v.H. Pflegestufe I, in 31,4 v.H. Pflegestufe II und in 6,8 v.H. Pflegestufe III empfohlen. Bei 16,5 v.H. der Antragsteller lagen die sozialmedizinischen Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht vor.

3 Bestimmungsfaktoren von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit wird oftmals nur als statischer Zustand begriffen. Dagegen steht das Wissen, dass Pflegebedürftige meistens an chronisch-degenerativen Erkrankungen leiden⁶, die progredient verlaufen und in den meisten Fällen zu irreversiblen Schädigungen und Beeinträchtigungen in der Alltagsbewältigung führen. Das Wissen um idealtypische Verläufe von Pflegebiografien kann in interventive Konzepte münden, die Pflegebedürftigkeit in ihren Folgen zumindest abmildert. Hier ist insbesondere die geriatrische Rehabilitation gefragt, deren erklärtes Ziel es ist, ein möglichst hohes Maß an selbstständiger Lebensführung zurückzugewinnen, indem die für die Alltagsbewältigung notwendigen Funktionen gefördert werden.

Auch für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen sind nähere Aufschlüsse über die Verläufe von Pflegebiografien wichtig. Im Gefolge des demografischen und sozialen Wandels ist schon in naher Zukunft nicht nur mit mehr Pflegebedürftigen zu rechnen, sondern auch mit einem höheren Anteil dieser Versicherten, die in Alten- und Pflegeheimen versorgt werden. Die Pflegeversicherung steht hier unter doppeltem Druck. Das Primat der häuslichen Pflege wird nur dann zu halten sein, wenn entsprechende Versorgungsstrukturen vorhanden sind, die einen frühzeitigen Übergang in vollstationäre Pflege verhindern, bzw. diesen Zeitpunkt hinauszögern. Dazu ist es bspw. notwendig, die Bedingungen zu kennen, unter denen ein solcher Wechsel stattfindet.

Mit der erstmaligen Feststellung von Pflegebedürftigkeit⁷ beginnt die Pflegebiografie, bzw. die Pflegekarriere des Versicherten. Sie endet in den meisten Fällen mit dem Tod. Bei nur 20.000 Versicherten, das sind 1,1 v.H. aller Pflegebedürftigen zum Jahresende 2002, stellte der Medizinische Dienst im Rahmen von Wiederholungsbegutachtungen fest, dass die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht mehr vorliegen und somit die entsprechenden Leistungen aus sozialmedizinischer Sicht nicht mehr gerechtfertigt sind. Die beiden Punkte, Einstieg in und Ausgang aus dem Leistungsgeschehen, markieren damit zeitlich den Anfang und das Ende eines Prozesses, der hier mit den Begriffen Pflegebiografie bzw. Pflegekarriere benannt wird.

⁶ Leistner, Lürken, Wagner (2000): Pflegebedürftigkeit chronisch Kranker.

⁷ Mit dem Begriff Pflegebedürftige sind in diesem Kapitel, wenn nicht anders hervorgehoben, Erstantragsteller mit Begutachtungsempfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ gemeint.

In dieser Abhandlung wird der Eintritt in die Pflegebiografie diskutiert. Es wird untersucht, welche sozialmedizinischen, demografischen und sozialen Faktoren diesen Beginn einleiten.

3.1 Art und Ausmaß des Hilfebedarfs

Das Pflegeversicherungsgesetz definiert Pflegebedürftigkeit über den Hilfebedarf bei 13 einzelnen Verrichtungen des täglichen Lebens aus den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Bereiche der Grundpflege) und über einen zusätzlichen Hilfebedarf bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist neben der hauswirtschaftlichen Versorgung⁸ der Hilfebedarf in der Grundpflege nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Umfang bei den einzelnen Verrichtungen zu bemessen. Im Bereich der **Körperpflege** sind dies: Waschen, Duschen/Baden, Zähneputzen, Kämmen/Rasieren und Blasen-/Darmentleerung. Die Verrichtungen bei der **Ernährung** sind mundgerechte Zubereitung der Nahrung und Aufnahme der Nahrung. Zu den Verrichtungen im Bereich **Mobilität** zählen: Aufstehen/Zu-Bett-Gehen, An-/Auskleiden, Stehen, Gehen, Treppensteigen und Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung. Hilfebedarf beim „Treppensteigen“ kann nur von Pflegebedürftigen, die zu Hause gepflegt werden, geltend gemacht werden, da im stationären Bereich eine „durchschnittliche häusliche Wohnsituation“ zugrunde gelegt wird. Als solche gilt eine ebenerdige Wohnung, in der „Treppen steigen“ nicht erforderlich ist.

Pflegebedürftige der Stufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal am Tag der Hilfe bedürfen. Der grundpflegerische Gesamtaufwand muss im Tagesdurchschnitt mehr als 45 Minuten erfordern. Pflegebedürftige der Stufe II (Schwerpflegebedürftige) bedürfen mindestens dreimal täglich Hilfe zu verschiedenen Tageszeiten aus den Bereichen der Grundpflege. Der Zeitaufwand hierfür muss mindestens 120 Minuten betragen. Bei Pflegebedürftigen der Stufe III (Schwerstpflegebedürftige) muss der Hilfebedarf aus den Bereichen der Grundpflege rund um die Uhr, also auch nachts, anfallen. Der grundpflegerische Zeitaufwand muss in diesem Fall mindestens 240 Minuten betragen.

⁸ Auf eine Darstellung dieses Hilfebedarfs wird hier verzichtet.

Die erstmalige Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist zu zwei Dritteln mit einem Hilfebedarf, der Pflegestufe I entspricht, und gewählten ambulanten Leistungen verbunden (siehe Abbildung 1). Eine idealtypisch verlaufende Pflegekarriere beginnt mit der Pflegestufe I in der häuslichen Umgebung des Versicherten.

Trotz dieser generalisierenden Aussage wählen über 25 v.H. der erstmaligen Pflegebedürftigen stationäre Leistungen. Ihr Anteil nimmt mit höherer Pflegestufe zu. In Pflegestufe I beträgt der Anteil stationärer Leistungen 23 v.H. und steigt dann auf 36 v.H. in den Pflegestufen II und III. Das Fehlen einer Pflegeperson und/oder die Überforderung der Pflegeperson macht hier in vielen Fällen den Eintritt in stationäre Betreuung notwendig.

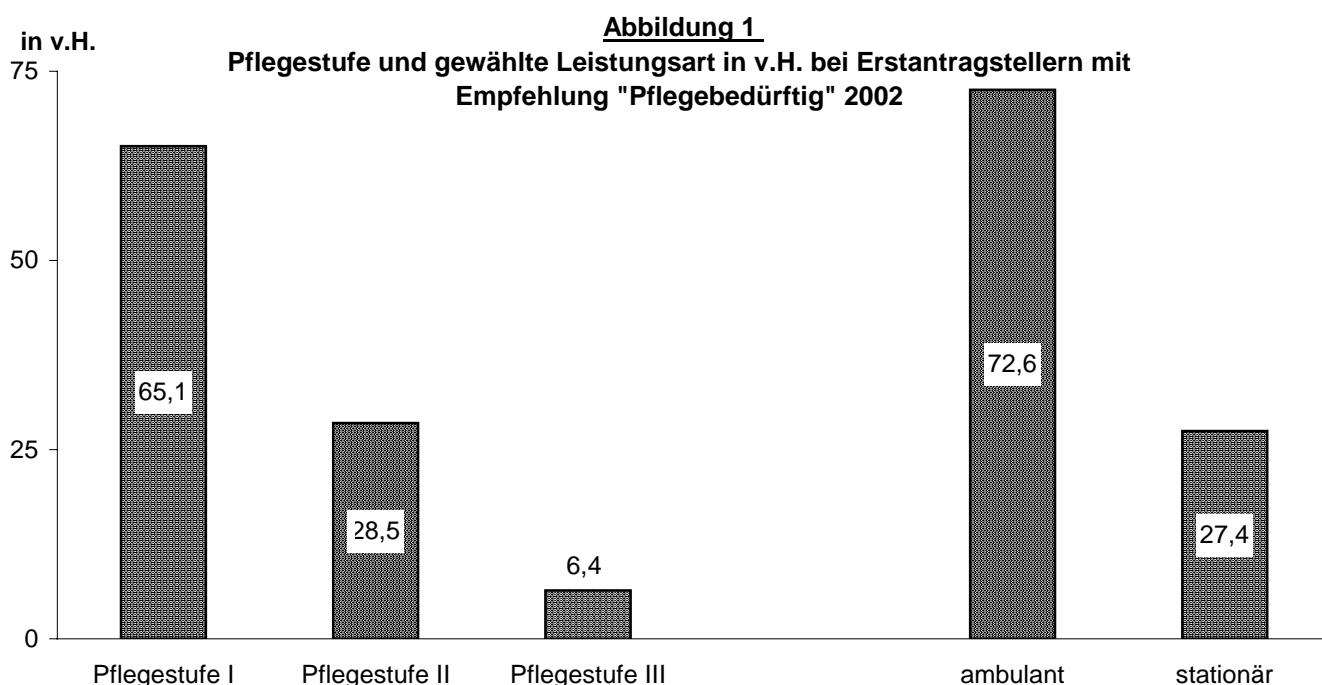


Tabelle 1 zeigt den grundpflegerischen Hilfebedarf von pflegebedürftigen Erstantragstellern, differenziert nach Pflegestufe. Die Werte geben an, wie viel Prozent der pflegebedürftigen Erstantragsteller einen Hilfebedarf bei den einzelnen Verrichtungen der Grundpflege hatten. Betrachtet man zunächst den Hilfebedarf bei allen Pflegebedürftigen, so ist festzustellen, dass der häufigste Hilfebedarf beim An- und Auskleiden und beim Waschen besteht. Fast 90 v.H. aller Pflegebedürftigen haben hier einen Hilfebedarf. Jeweils 70 v.H. der Pflegebedürftigen brauchen Hilfe bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung, beim Kämmen/Rasieren und bei der Zahnpflege. Bei 65 v.H. der Pflegebedürftigen kommt weiterer Hilfebedarf bei der Darm-/Blasenentleerung und beim Duschen/Baden hinzu sowie bei 60 v.H. Hilfebedarf beim Aufstehen/Zu-Bett-Gehen. 40 v.H. der Pflegebedürftigen brauchen Hilfe beim Gehen und beim Stehen, 35 v.H. bei der Nahrungsaufnahme.

Die Betrachtung des Hilfebedarfs in den einzelnen Pflegestufen gibt erste Informationen über den Verlauf von Pflegebedürftigkeit: Zwischen 60 und fast 90 v.H. der Pflegebedürftigen in Pflegestufe I haben Hilfebedarf bei der Körperpflege und hier insbesondere beim Waschen, sowie Hilfebedarf beim An- und Auskleiden und bei der Nahrungszubereitung. Diesen Verrichtungen ist auf den ersten Blick gemein, dass für ihre Durchführung die Beweglichkeit der Arme und Hände maßgeblich ist. Im Vergleich zur Pflegestufe I ist erhöht sich in Pflegestufe II der Anteil von Pflegebedürftigen mit Hilfebedarf bei der Körperpflege (mit Ausnahme Duschen/Baden). Daneben nimmt in Stufe II auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme und im Bereich der Mobilität deutlich zu. Anders ausgedrückt: Pflegebedürftige der Pflegestufe II benötigen neben der Hilfe bei Verrichtungen, die maßgeblich mit den Händen/Armen ausgeführt werden, häufig zusätzlich Hilfe bei Verrichtungen, für die die Beweglichkeit der Beine/Füße wichtig ist.

Aus diesen Aussagen kann allerdings noch nicht darauf geschlossen werden, ob der Hilfebedarf tatsächlich aus der mangelnden Bewegungsfähigkeit der oberen und unteren Extremitäten rührt (körperliche Defizite) oder ob kognitive Fähigkeitsstörungen, also die fehlende Einsicht in die Notwendigkeit einer Verrichtung, die Ursache für einen Hilfebedarf sind.

Tabelle 1

**Verrichtungen mit Hilfebedarf in den drei Bereichen der
Grundpflege in v.H. 2002**

Verrichtungen mit Hilfebedarf	Erstbegutachtete mit Empfehlung ... in v.H.			
	Pflege- bedürftig	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Körperpflege				
Waschen	88,0	86,8	91,0	91,6
Duschen/Baden	65,2	71,2	53,4	31,6
Zahnpflege	70,7	63,1	89,3	91,5
Kämmen/Rasieren	71,8	67,2	83,2	83,2
Darm-/Blasenentleerung	66,3	61,2	80,0	73,4
Ernährung				
Mundgerechte Zubereitung	73,2	68,2	86,1	81,6
Aufnahme der Nahrung	35,4	24,6	58,5	86,2
Mobilität				
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	60,2	51,9	80,9	80,7
An-/Auskleiden	88,3	88,2	88,8	86,1
Gehen	43,3	34,8	67,7	45,8
Stehen	46,9	41,7	61,3	51,3
Treppensteigen	7,6	8,4	6,4	2,7
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	6,9	7,8	4,9	2,7

Im Bereich der Mobilität nimmt bei Pflegedürftigen der Stufe II und III der Hilfebedarf beim „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ zu. Auch in diesem Falle wird nicht immer der Hilfebedarf durch motorische Fähigkeitsstörungen begründet. Die fehlende eigenständige Entscheidung, das Bett aufzusuchen bzw. zu verlassen, wird besonders bei Personen mit Demenzen, organischen und endogenen Psychosen und geistigen Behinderungen einen entsprechenden Hilfebedarf nach sich ziehen.

Der Anteil von Pflegebedürftigen mit Hilfebedarf beim „Duschen/Baden“ nimmt mit höherer Pflegestufe ab. Dies erklärt sich dadurch, dass es sich bei vielen Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen der Pflegestufen II und III um bettlägerige oder teilweise immobile Personen handelt, bei denen die Körperpflege nicht mehr unter der Dusche oder Badewanne durchgeführt werden kann. In diesen Fällen entfällt ein diesbezüglicher Hilfebedarf. Die Körperwäsche wird dann im Bett oder in einem Stuhl vorgenommen und unter dem Hilfebedarf „Waschen“ dokumentiert.

Die vorigen Ausführungen behandelten die Art des Hilfebedarfs bei Pflegebedürftigen, d.h. die Frage, bei welchen Verrichtungen der Grundpflege Hilfebedarf besteht. Neben diesen Verrichtungen spielt der Zeitaufwand für die Hilfeleistung bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen eine zentrale Rolle (siehe oben). Den einzelnen Verrichtungen⁹ werden in den Begutachtungs-Richtlinien Zeitorientierungswerte bzw. Zeitkorridore zugeordnet, die den Zeitbedarf angeben, der von einer Laienpflegekraft zur Ausführung der Verrichtung mit Hilfebedarf benötigt wird. Dabei wird von einer vollständigen Übernahme der Verrichtung ausgegangen. Für das Duschen wird z.B. eine Zeit von 15 bis 20 Minuten, für das Baden von 20 bis 25 Minuten und für die Aufnahme der Nahrung von 15 bis 20 Minuten veranschlagt. Wie der Name schon sagt, handelt es sich um Orientierungswerte, d.h. die Gutachter sollen sich an ihnen orientieren, können aber hiervon abweichen, wenn im Einzelfall erleichternde oder erschwerende Faktoren vorliegen.

Tabelle 2 zeigt im oberen Teil den durchschnittlichen zeitlichen Hilfebedarf in der Grundpflege in Minuten. Im unteren Teil ist der Anteil der einzelnen Bereiche der Grundpflege am gesamten zeitlichen Hilfebedarf angegeben.

⁹ Die o.g. Verrichtungen werden in der Begutachtungs-Richtlinie noch in sog. Unterverrichtungen aufgeteilt, die nicht Gegenstand dieser Abhandlung sind. Siehe dazu Begutachtungs-Richtlinien S.73 ff.

Tabelle 2

**Durchschnittlicher grundpflegerischer Hilfebedarf in Minuten
und Anteil der Bereiche der Grundpflege
am gesamten Hilfebedarf in v.H.2002**

Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege	Pflege- bedürftig	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in Minuten	in Minuten	in Minuten	in Minuten
Körperpflege	51,9	37,7	81,8	122,5
Ernährung	15,2	8,0	26,3	75,3
Mobilität	26,2	19,6	40,3	57,6
Gesamt	93,3	65,2	148,4	255,4

Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege	Pflege- bedürftig	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Körperpflege	55,7	57,8	55,1	48,0
Ernährung	16,3	12,2	17,7	29,5
Mobilität	28,1	30,0	27,2	22,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0

Alle Pflegebedürftigen benötigen täglich im Durchschnitt 52 Minuten Hilfe bei der Körperpflege, 15 Minuten bei der Ernährung und 26 Minuten bei der Mobilität. Dies ergibt einen durchschnittlichen täglichen Hilfebedarf in der Grundpflege von etwas mehr als 1,5 Stunden. Über die Hälfte des Zeitbedarfs entfällt auf die Körperpflege. Betrachtet man den durchschnittlichen Hilfebedarf in den einzelnen Pflegestufen so liegt er in Pflegestufe I bei gut einer Stunde täglich, steigt in Stufe II auf 2 ¼ Std. an und liegt in Pflegestufe III bei durchschnittlich 4 ¼ Std. pro Tag.

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit verschieben sich auch die Anteile der einzelnen Bereiche am gesamten zeitlichen Hilfebedarf in der Grundpflege. Der Bereich Körperpflege ist in allen Pflegestufen der Bereich, auf den die meiste Pflegezeit entfällt. Jedoch sinkt der Anteil von 58 v.H. in Stufe I bis auf 48 v.H. in Stufe III. Ebenso sinkt der Anteil der Zeit, die für Hilfeleistungen bei der Mobilität benötigt wird von 30 v.H. in Pflegestufe I auf 22 v.H. in Pflegestufe III. Im Gegenzug erhöht sich der Anteil der Pflegezeit im Bereich der Ernährung. In Stufe I werden im Durchschnitt 12 v.H. der täglichen Pflegezeit für die Nahrungszubereitung und Nahrungsaufnahme verwendet. In Stufe II steigt der Anteil auf fast 18 v.H. und nimmt in Stufe III fast ein Drittel der gesamten täglichen Pflegezeit ein.

3.2 Erste pflegebegründende Diagnose

Das Pflegeversicherungsgesetz verknüpft Pflegebedürftigkeit mit Krankheiten oder Behinderungen, die ursächlich für die Pflegebedürftigkeit sind. Dem entsprechend müssen die Gutachter im Pflegegutachten die pflegebegründende Hauptdiagnose und gegebenenfalls weitere wichtige Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD) angeben. Dabei sollen solche Krankheiten genannt werden, die ursächlich für die Funktionsdefizite geltend gemacht werden können.

Die Tabellen 3-1 bis 3-4 zeigen für alle Pflegebedürftigen, differenziert nach Pflegestufen, die jeweils 5 häufigsten Krankheitsgruppen. Danach haben fast 80 v.H. aller Pflegebedürftigen eine pflegebegründende Hauptdiagnose aus den Krankheitsgruppen (in Klammern die Kapitelnummer nach ICD 10):

- Krankheiten des Kreislaufsystems (Kapitel 9),
- Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel 5),
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (Kapitel 18),
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (Kapitel 13),
- Neubildungen (Kapitel 2).

Bei jeweils fast einem Fünftel aller Pflegebedürftigen sind es Krankheiten des Kreislaufsystems sowie psychische und Verhaltensstörungen, die die Pflegebedürftigkeit begründen. Daneben sind Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind, mit 15,5 v.H., Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes mit 12,5 v.H. sowie Neubildungen mit 12,3 v.H. die häufigsten Gruppen, aus denen die pflegebegründenden Diagnosen stammen.

Der Blick auf die einzelnen Pflegestufen zeigt, wie sich dieses Bild im Einzelnen zusammensetzt: Pflegebedürftige mit Krankheiten des Kreislaufsystems oder mit psychischen und Verhaltensstörungen haben in jeder Pflegestufe einen Anteil von zusammen 36 bis 42 v.H. Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes sind bei Pflegebedürftigen der Stufe I relativ häufig anzutreffen. Ihr Anteil nimmt in den Pflegestufen II und III so stark ab, dass sie dort im 5-er Ranking nicht mehr vertreten sind. Demgegenüber gibt es in Pflegestufe I relativ selten (8,6 v.H.) Pflegebedürftige mit Neubildungen. In Pflegestufe II steigt ihr Anteil auf fast ein Fünftel. In Pflegestufe III steht die Pflegebedürftigkeit bei jedem Dritten in Zusammenhang mit einer Neubildung. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei den Krankheiten des Nervensystems. Während Sie in Pflegestufe I noch nicht zu den 5

häufigsten Krankheitsgruppen gehören, gewinnen Sie in Stufe II und III zunehmend an Bedeutung. Mit höherer Pflegestufe findet eine immer stärkere Konzentration auf einzelne Krankheitsgruppen statt.

Tabelle 3-1

**Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen 2002
- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -**

Kapitel-Nr.	Bezeichnung	in v.H.
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	19,4
5	Psychische und Verhaltensstörungen	18,6
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	15,5
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	12,5
2	Neubildungen	12,3
Gesamt		78,3

Tabelle 3-2

**Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe I 2002
- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -**

Kapitel-Nr.	Bezeichnung	in v.H.
5	Psychische und Verhaltensstörungen	18,6
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	17,7
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	17,1
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	15,5
2	Neubildungen	8,6
Gesamt		77,5

Tabelle 3-3

**Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe II 2002
- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -**

Kapitel-Nr.	Bezeichnung	in v.H.
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	23,2
2	Neubildungen	19,7
5	Psychische und Verhaltensstörungen	19,3
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	12,2
6	Krankheiten des Nervensystems	9,7
Gesamt		84,1

Tabelle 3-4

**Erste pflegebegründende Diagnose bei Pflegebedürftigen Stufe III 2002
- die fünf häufigsten Krankheitsgruppen -**

Kapitel-Nr.	Bezeichnung	in v.H.
2	Neubildungen	34,1
9	Krankheiten des Kreislaufsystems	25,5
5	Psychische und Verhaltensstörungen	13,4
6	Krankheiten des Nervensystems	11,0
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	7,5
Gesamt		91,5

Welche Krankheitsbilder im Einzelnen waren für die Pflegebedürftigkeit ausschlaggebend? In der Diagnoseverschlüsselung nach ICD-10 werden in den sog. Kapiteln mehrere einzelne Krankheiten (Einzeldiagnosen) ordnungssystematisch zu Krankheitsgruppen zusammengefasst. In Tabelle 4 sind die häufigsten Einzeldiagnosen aus den 6 häufigsten Krankheitsgruppen nach ICD-10 dokumentiert. Die Übersicht zeigt, dass sich die pflegebegründenden Diagnosen auf vergleichsweise wenige Krankheitsbilder konzentrieren.

Tabelle 4

Die häufigsten pflegebegründenden Einzeldiagnosen aus den Kapiteln des ICD-10 bei Pflegebedürftigen 2002

	in v.H.
Kapitel 2, Neubildungen	
davon in v.H.	
Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge	14,3
Bösartige Neubildung der Brustdrüse	9,7
Bösartige Neubildung des Dickdarms	8,4
Bösartige Neubildung der Prostata	6,7
Gesamt	39,1
Kapitel 5, Psychische und Verhaltensstörungen	
davon in v.H.	
Nicht näher bezeichnete Demenz	52,0
Vaskuläre Demenz	13,4
Gesamt	65,4
Kapitel 6, Krankheiten des Nervensystems	
davon in v.H.	
Parkinson-Syndrom	31,7
Alzheimer Krankheit	16,5
Hemiplegie	9,5
Gesamt	57,7
Kapitel 9, Krankheiten des Kreislaufsystems	
davon in v.H.	
Schlaganfall	21,8
Herzinsuffizienz	16,5
Sonstige zerebrovaskulären Krankheiten	15,8
Folgen einer zerebrovaskulären Krankheiten	12,5
Hirnfarkt	11,5
Gesamt	78,1
Kapitel 13, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
davon in v.H.	
Polyarthrose	36,0
Osteoporose ohne pathologische Struktur	8,0
Gesamt	44,0
Kapitel 18, Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	
davon in v.H.	
Senilität	75,8
Gesamt	75,8

Bei den Krankheiten des Kreislaufsystems ist mit gut 20 v.H. der Schlaganfall die Ursache von Pflegebedürftigkeit, gefolgt von der Herzinsuffizienz mit 16,5 v.H. Bei den Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes überwiegen die Polyarthrosen mit einem Anteil von 36 v.H. In der Gruppe der „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ spielt die (altersbedingte) Senilität mit 75 v.H. die dominante Rolle. In der Gruppe der „Psychischen und Verhaltensstörungen“ begründet die „nicht näher bezeichnete Demenz“ in über 50 v.H. die Pflegebedürftigkeit. Bei jeder 3. pflegebegründenden Krankheit des Nervensystems handelt es sich um das Parkinson-Syndrom, gefolgt von der Alzheimer Krankheit mit 16,5 v.H. und der Hemiplegie mit 9,5 v.H.

Bei den Neubildungen ist die Konzentration auf wenige Krankheitsbilder nicht so stark ausgeprägt wie in den anderen Krankheitsgruppen. Am häufigsten pflegebegründend sind hier bösartige Neubildungen der Bronchien/der Lunge, der Brustdrüse, des Dickdarms und der Prostata mit einem Anteil von insgesamt 39 v.H. aller Neubildungen. Diese Streubreite ist unter anderem darin begründet, dass Krankheiten dieses Formenkreises oftmals eine geschlechtsspezifische Ausprägung besitzen.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist die Befunderhebung, als die Möglichkeiten der Diagnostik in der Begutachtungssituation, zu berücksichtigen. Oftmals ist eine abgesicherte klinische Diagnostik nicht möglich. Der Gutachter kann sich zwar in vielen Fällen auf Krankenhaus- und/oder Arztberichte beziehen. Ist dies nicht möglich, muss er mit den ihm in der Begutachtungssituation zur Verfügung stehenden Mitteln die Befunderhebung vornehmen. Dies kann dazu führen, dass die Angaben zur ersten pflegebegründenden Diagnose teilweise sehr genau angegeben werden können, teilweise kann eine exakte Diagnostik, auch unter ätiologischen Gesichtspunkten, jedoch nicht erfolgen. So werden sich unter den Pflegebedürftigen mit einer „Nicht näher bezeichneten Demenz“ bei den „Psychischen und Verhaltensstörungen“ sicherlich auch Personen befinden, die an der Alzheimer-Krankheit leiden, also eigentlich einer anderen Diagnose zugeordnet werden müssten. Hemiplegie als Erkrankung bei den „Krankheiten des Nervensystems“ kann eine Folgeerscheinung einer zerebrovaskulären Vorerkrankung sein, die ihrerseits unter „Krankheiten des Nervensystems“ codiert wird. Weiterhin ist zu bedenken, dass es sich bei vielen Pflegebedürftigen um alte und hochbetagte Personen mit Multimorbidität handelt, bei denen in der Pflegebegutachtung eine abgesicherte Diagnostik nicht möglich ist. Für die Ermittlung des zeitlichen Hilfebedarfs und der Empfehlung einer Pflegestufe ist die gesicherte exakte Diagnosestellung nicht entscheidend. Insofern entstehen den Pflegebedürftigen keine Nachteile.

Vor diesem Hintergrund bilden vier Krankheitsformen die hauptsächlichen Ursachen von Pflegebedürftigkeit:

- vasculäre Erkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen wie z.B. Schlaganfall und Herzinsuffizienz,
- demenzielle Erkrankungen und altersbedingte Senilität,
- arthrotische Erkrankungen (Verschleißerkrankungen)
- bösartige Neubildungen bei Schwerstpflegebedürftigen der Stufe III.

Angesichts des hohen Anteils von alten und hochbetagten Menschen unter den Pflegebedürftigen kommt der geriatrischen ambulanten rehabilitativen Versorgung in Zukunft ein hoher Stellenwert zu. Deren Hauptaufgabe muss u.a. sein, die Folgen einer chronischen Erkrankung in ihren Auswirkungen zu vermeiden, zu beseitigen, zu vermindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten. Dieses Ergebnis ergibt sich sachlogisch aus dem hohen Anteil von vaskulären und arthrotischen Erkrankungen, die in den meisten Fällen einen chronischen Verlauf mit starker Progredienz aufweisen. Notwendig und dringlich ist deshalb der Aufbau eines Versorgungssystems der geriatrischen Rehabilitation im ambulanten Sektor, das nach den Prinzipien der evidenz-basierten Medizin arbeitet. Evidenzbasierte Leitlinien müssen entwickelt und unter Berücksichtigung der Patientenpräferenzen (Aspekte der Lebensqualität) umgesetzt werden. Ein erster Schritt zur Erreichung dieses Zieles ist mit der „Begutachtungshilfe geriatrische Rehabilitation“ der Medizinischen Dienste getan.

Die hohe Anzahl von Pflegebedürftigen, die an demenziellen Erkrankungen und/oder psychischen und Verhaltensstörungen leiden, machen weiteren Handlungsbedarf deutlich. Zwar werden diese Personengruppen hinsichtlich des gesetzlich vorgesehenen Hilfebedarfs im Grundpflegerischen Bereich in den Begutachtungen entsprechend berücksichtigt. Ihr ganz spezifischer Hilfebedarf, der allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf, kann nach derzeit gültiger Gesetzeslage allerdings noch nicht als Kriterium für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit herangezogen werden. Das seit dem 1.1.2002 geltende Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz sieht lediglich vor, dass Versicherte, die im Sinne der Verrichtungen nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind und die eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, Zusatzleistungen in Form von Sachleistungen erhalten können.

3.3 Alter und Geschlecht von Pflegebedürftigen

Das mittlere Alter von Versicherten, die im Jahr 2002 erstmals pflegebedürftig wurden, lag im Jahr 2002 bei 76,4 Jahren. Dieses vergleichsweise hohe Durchschnittsalter resultiert aus dem hohen Anteil von alten und hochbetagten Menschen. Annähernd 80 v.H. sind 70 Jahre und älter, der Anteil der über 90-Jährigen liegt bei 12 v.H.

Tabelle 5

**Erstbegutachtete Versicherte mit Empfehlung
"Pflegebedürftig" nach Alter und Geschlecht, 2002**

Altersgruppen in Jahren	in v.H.		
	Gesamt	Männer	Frauen
bis 19	2,0	3,3	1,2
20-29	0,2	0,4	0,2
30-39	0,6	0,8	0,5
40-49	1,7	2,4	1,3
50-59	4,1	6,1	3,0
60-69	12,6	19,2	8,7
70-79	28,4	31,8	26,4
80-89	38,4	28,2	44,2
90 und älter	12,1	7,8	14,5
Gesamt			
Altersmittelwert in Jahren	76,4	72,2	78,8

Das Durchschnittsalter pflegebedürftiger Frauen liegt mit 78,8 Jahren um mehr als 6 Jahre über dem pflegebedürftiger Männer. Diese Differenz ist hauptsächlich auf den hohen Anteil von hochbetagten Frauen zurückzuführen. Fast 60 v.H. der pflegebedürftigen Frauen sind 80 Jahre und älter, der entsprechende Anteil unter den Männern liegt bei nur 36 v.H. Dagegen liegt der Anteil von Männern in den jüngeren Altersgruppen deutlich über dem der Frauen.

Eine Interpretation dieser Sachverhalte ist ohne Rückgriff auf die demografische Struktur, in diesem Falle die alters- und geschlechtsspezifische Aufteilung der Bevölkerung in Deutschland nicht möglich. Dazu steht aus der Epidemiologie die Inzidenz zur Verfügung. Diese statistische Kennziffer informiert über den Anteil von erstmalig pflegebedürftigen Versicherten in Bezug zur nicht-pflegebedürftigen Bevölkerung. Dazu werden alters- und geschlechtsspezifisch von der Bevölkerung am 31.12.2001 die Pflegebedürftigen des gleichen Stichtages abgezogen. Die „neuen“ Pflegebedürftigen des Jahres 2002 werden dann auf diese Grundgesamtheit in v. Tsd. bezogen. Umgangssprachlich ausgedrückt, gibt die Inzidenz die Wahrscheinlichkeit wieder, als Nicht-Pflegebedürftiger in einem Jahr erstmalig pflegebedürftig zu werden.

Tabelle 6

**Inzidenz der Pflegebedürftigkeit
in v.Tsd. nach Alter und Geschlecht, 2002**

Altersgruppen in Jahren	Inzidenz/Eintrittswahrscheinlichkeit in die Pflegebedürftigkeit 2002		
	Gesamt	Männer	Frauen
	in v.Tsd.	in v.Tsd.	in v.Tsd.
bis 19	0,5	0,6	0,4
20-29	0,1	0,1	0,1
30-39	0,2	0,2	0,2
40-49	0,6	0,6	0,6
50-59	1,9	2,0	1,7
60-69	5,5	6,4	4,7
70-79	20,5	21,0	20,2
80-89	81,2	72,4	85,0
90 und älter	201,9	154,2	223,4
Gesamt	5,4	4,0	6,8

Eigene Berechnungen. Quellen: Statistisches Bundesamt,
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Tabelle 6 zeigt, dass 5,4 v. Tsd. der nicht-pflegebedürftigen Bevölkerung im Jahre 2002 erstmalig pflegebedürftig wurden. Die altersspezifische Inzidenz liegt bei den unter 50-Jährigen deutlich unter 1 v. Tsd. und nimmt dann mit höherem Alter zu. Jeder fünfte Hochbetagte über 89 Jahre wurde im Laufe des Jahres 2002 erstmalig pflegebedürftig.

Bedeutsame geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich ab der Altersgruppe der über 80-Jährigen. Der Anteil von Frauen, die erstmalig pflegebedürftig werden, liegt in diesen Altersgruppen deutlich über dem der Männer. Alte und hochbetagte Frauen werden im Vergleich zu gleichaltrigen Männern häufiger pflegebedürftig.

Diese Aussage lässt sich auch durch die Prävalenz bestätigen. Die Prävalenz berechnet den Anteil von Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung. Tabelle 7 zeigt, dass zum Jahresende 2001 22 v. Tsd. der bundesrepublikanischen Bevölkerung pflegebedürftig waren. Auch die Prävalenz nimmt mit steigendem Alter erheblich zu. Über ein Fünftel der 80-89-Jährigen und über die Hälfte der hochbetagten Bevölkerung von 90 und mehr Jahren waren am Jahresende 2001 pflegebedürftig. Die altersspezifische Differenzierung zeigt auch hier, dass die Prävalenz von Frauen in den höheren Altersgruppen deutlich über derjenigen der Männer liegt. Ältere Frauen sind im Vergleich zu gleichaltrigen Männern häufiger pflegebedürftig.

Tabelle 7

**Prävalenz von Pflegebedürftigkeit
in v.Tsd. nach Alter und Geschlecht, 2001**

Altersgruppen in Jahren	Prävalenz von Pflegebedürftigkeit 2001		
	Gesamt	Männer	Frauen
	in v.Tsd.	in v.Tsd.	in v.Tsd.
bis 19	5,2	5,8	4,6
20-29	4,1	4,6	3,6
30-39	4,2	4,5	3,8
40-49	5,1	5,2	4,9
50-59	8,1	8,3	7,9
60-69	18,9	20,2	17,6
70-79	62,6	55,6	67,3
80-89	232,7	166,5	258,2
90 und älter	525,0	340,4	578,1
Gesamt	22,3	14,6	29,7

Eigene Berechnungen. Quellen: Statistisches Bundesamt,
Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung

Diese Geschlechtsspezifität zeigt sich auch in anderen Bereichen. So liegt der Anteil der Erstantragsteller mit Begutachtungsempfehlung „nicht pflegebedürftig“ bei älteren Frauen über dem der gleichaltrigen Männer. Bei älteren und hochbetagten Erstantragstellern mit Begutachtungsempfehlung „pflegebedürftig“ fällt weiterhin auf, dass Männer vergleichsweise häufiger mit einem hohen Hilfebedarf der Pflegestufen II oder III in die Pflegekarriere einsteigen, wogegen bei Frauen Pflegestufe I überwiegt.

Im Ergebnis lassen sich folgende Sachverhalte zusammenfassen:

- Frauen über 90 Jahre werden und sind im Vergleich zu gleichaltrigen Männern häufiger pflegebedürftig (Inzidenz und Prävalenz höher).
- Die Aufmerksamkeit gegenüber der subjektiv empfundenen Hilfebedürftigkeit ist bei älteren und hochbetagten Frauen stärker ausgeprägt als bei den gleichaltrigen Männern (höherer Anteil „nicht pflegebedürftig“ und „Pflegestufe I“).
- Ältere und hochbetagte Männer beginnen ihre Pflegekarriere häufiger mit einem Pflegebedarf, der den gesetzlichen Kriterien der Pflegestufen II und III entspricht.

Die höhere Inzidenz und Prävalenz bei den älteren Frauen ist auch auf die aus der Epidemiologie bekannte höhere Morbiditätsquote von Frauen zurückzuführen. Die höhere Aufmerksamkeit, die ältere und hochbetagte Frauen ihrem Hilfebedarf im Vergleich zu gleichaltrigen Männern entgegenbringen, kann allerdings nicht allein auf eine epidemiologische Beweisführung reduziert werden. Hier spielen auch demografische und soziale Faktoren eine Rolle.

Abbildung 2
Alleinlebende in nach Alter und Geschlecht in v.H. 2001

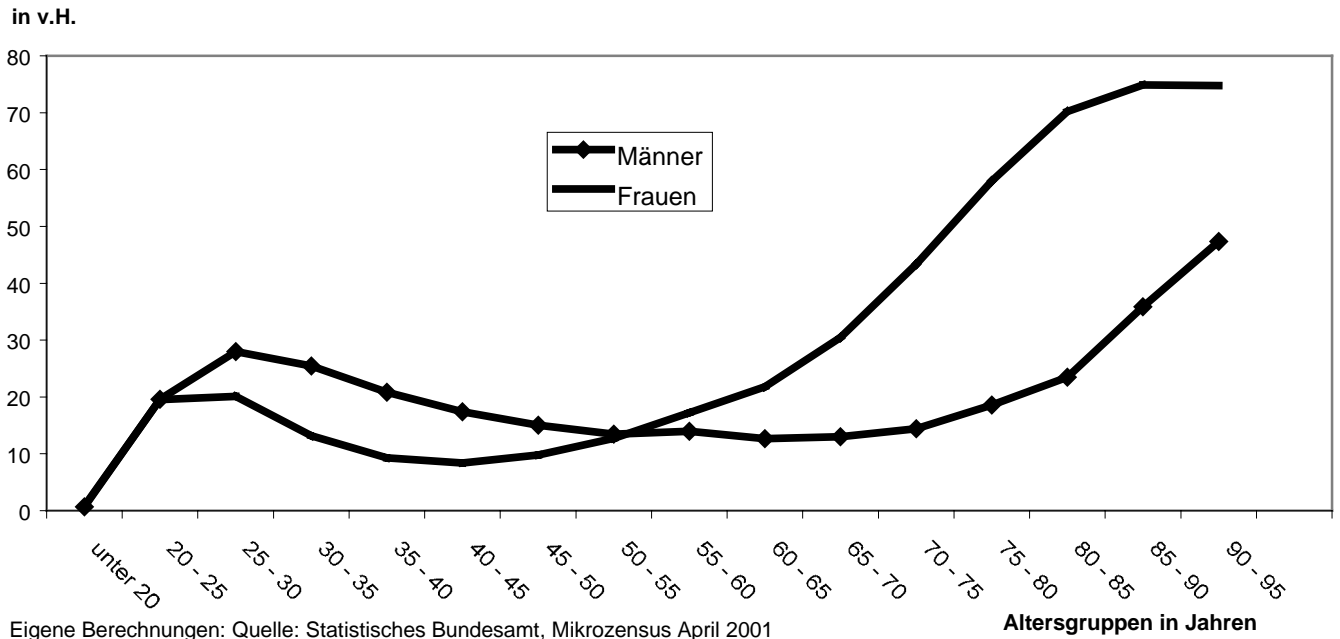


Abbildung 2 zeigt die alters- und geschlechtsspezifischen Anteile der alleinlebenden Bevölkerung. Ab dem 65. Lebensjahr liegt der Anteil alleinlebender Frauen deutlich über dem der Männer. In der Gruppe der 80-85 Jährigen beträgt der Anteil alleinlebender Männer 23,5 v.H., der der Frauen liegt bei 70,2 v.H. Ältere und hochbetagte Frauen leben überwiegend alleine, wogegen gleichaltrige Männer häufiger zusammen (mit ihrer Ehefrau) leben.

Zwei Faktoren sind u.a. für diese Unterschiede ausschlaggebend. Zum einen macht sich hier die höhere Lebenserwartung von Frauen bemerkbar. Zum Zweiten gibt es insgesamt weniger alte und hochbetagte Männer als Frauen. Hier sind die Gefallenen des 2. Weltkrieges zu berücksichtigen¹⁰. Dies führt dazu, dass Männer in den höheren Altersgruppen häufiger mit ihrem Ehepartner zusammenleben, wogegen bei gleichaltrigen Frauen der Witwenstand überwiegt¹¹.

Zusammenlebende Menschen teilen sich in der Regel die Aufgaben des Alltags. Gegenseitige Unterstützung ist Kennzeichen dieser Lebensform. Diese Möglichkeit haben Alleinlebende meist gar nicht oder nur gelegentlich. Insofern werden schon relativ geringe

¹⁰ Siehe dazu: Wagner, Lürken: Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 1998, S.42 ff.

¹¹ Neben dieser Argumentationslinie, die die (pflegerische) Wohnsituation sehr stark auf die Ehe bezieht, ist aus der pflegewissenschaftlichen Forschung bekannt, dass Männer häufiger als Frauen von der eigenen Tochter gepflegt werden. Die Tochterpflege ist aus soziokulturellen Gründen sehr stark männerorientiert.

Einschränkungen bei der Bewältigung des Alltags bei Alleinstehenden häufiger zum Gefühl von Hilflosigkeit bzw. Hilfebedürftigkeit führen. In vielen Fällen ist deshalb für Alleinlebende schon ein erhöhter hauswirtschaftlicher Hilfebedarf der Grund für die Beantragung von Pflegeleistungen. Liegt darüber hinaus kein bzw. kein ausreichender grundpflegerischer Hilfebedarf vor, wird die Begutachtung zu der Empfehlung „nicht pflegebedürftig“ führen. Dies begründet die höhere Ablehnungsquote „nicht pflegebedürftig“ bei älteren und hochbetagten Frauen.

Die Unterstützung, die Zusammenlebende von ihrem Partner erfahren, kann dazu führen, dass sie erst bei einem relativ hohen Hilfebedarf einen Antrag auf Pflegeleistungen stellen. Im Ergebnis führt dies dazu, dass bei Zusammenlebenden (älteren und hochbetagten Männern) in der Erstbegutachtung häufiger die hohen Pflegestufen II oder III empfohlen werden. Die entscheidende Schwelle, die zur Antragstellung führt, ist in diesen Fällen meist dann erreicht, wenn zusätzlich zum Hilfebedarf bei der Körperpflege auch Hilfebedarf bei Verrichtungen aus dem Bereich der Ernährung und beim „Aufstehen/Zu-Bett-Gehen“ eintritt. Wie aus den Ausführungen oben deutlich wurde, sind dies die Verrichtungen mit Hilfebedarf, die den Übergang von der Pflegestufe I in die Pflegestufe II markieren.

Pflegebedürftigkeit ist nicht monokausal auf medizinische Faktoren zurückzuführen. Da das Verfahren zum Zugang zu Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz per Antragstellung eingeleitet wird, ist die sozial begründete Motivationslage der Antragstellung der sozialmedizinischen Prüfung zeitlich vorangestellt. Pointiert ausgedrückt, überprüft der Medizinische Dienst mittels gesetzlicher Kriterien auch den subjektiv empfundenen Tatbestand der Hilfebedürftigkeit.

3.4 Zusammenfassung

Die Wahrscheinlichkeit, als nicht Pflegebedürftiger innerhalb eines Jahres pflegebedürftig zu werden, liegt bei 5,5 v. Tsd.. Dieses Risiko nimmt mit höherem Alter erheblich zu. Im Jahre 2002 wurde annähernd ein Zehntel der 80-89-Jährigen und über ein Fünftel der hochbetagten Bevölkerung von 90 Jahren und älter erstmalig pflegebedürftig. Aufgrund dieser starken Altersabhängigkeit von erstmalig Pflegebedürftigen liegt das durchschnittliche Eintrittsalter bei 76,4 Jahren. Eine idealtypisch verlaufende Pflegekarriere beginnt in diesem Alter mit Leistungen häuslicher Pflege der Pflegestufe I.

Die dem Hilfebedarf zugrundeliegenden Krankheiten sind überwiegend demenzielle, vaskuläre und arthrotische Erkrankungen. Bösartige Neubildungen führen in den meisten

Fällen bei erstmaliger Feststellung auf Pflegebedürftigkeit zu den Pflegestufen II und III. Diese Erkrankungen führen in vielen Fällen zu einem Hilfebedarf bei den Verrichtungen der Körperpflege. Wird auch Hilfebedarf bei den Verrichtungen im Bereich Ernährung und im Bereich der Mobilität befundet, findet der Einstieg in die Pflegekarriere mit Pflegestufe II oder III statt.

Die Folgen chronischer Erkrankungen liegen in vielen Fällen erstmaliger Pflegebedürftigkeit ursächlich zu Grunde. In diesen Fällen ist die ambulante geriatrische Rehabilitation gefragt, um die Folgeerscheinungen dieser Erkrankungen zeitlich hinauszuzögern oder abzumildern. Ein noch stärkeres Zusammenwirken von Krankenversicherung und Pflegeversicherung und ein Ausbau einer entsprechenden Infrastruktur ist hier notwendig.

Ältere und hochbetagte Frauen sind und werden häufiger pflegebedürftig als gleichaltrige Männer. Dieser Sachverhalt liegt u.a. in deren höherer Morbiditätsquote begründet. Die Analysen haben jedoch auch gezeigt, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI in erheblichem Umfang auch soziale Bestimmungsgründe hat. So liegt der Anteil alleinlebender Frauen erheblich über dem der Männer. Dies ist eine der Ursachen für ihre höhere Antragstellerinzidenz und ihren höheren Anteil an den Begutachtungsempfehlungen „nicht pflegebedürftig“ und Pflegestufe I. Alleinlebende ältere Menschen verspüren schon bei vergleichsweise geringem Hilfebedarf Pflegebedürftigkeit, der jedoch (noch) nicht den Kriterien der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI entspricht. Einschränkungen in der Handlungskompetenz werden von ihnen frühzeitiger als Verlust ihrer Selbstständigkeit erfahren. Auf der anderen Seite belegt dies die Wichtigkeit der Partnerschaft. Zusammenlebende Menschen bringen der Hilfebedürftigkeit eine niedrigere Aufmerksamkeitsschwelle entgegen, sie wird bis zu einem gewissen Grad durch das Zusammenleben kompensiert. Im sozialen Netz der Unterstützung spielt neben der Tochterpflege und der verwandtschaftlichen und nachbarschaftlichen Hilfe die Ehe und Partnerschaft in der häuslichen Pflege eine dominierende Rolle. Der vom Gesetzgeber gewünschte Vorrang der ambulanten Pflege wird aber nur zu halten sein, wenn sie, auch in leistungsrechtlicher Hinsicht, aufgewertet wird. Angesichts der Änderungen im Gefolge des demographischen Wandels werden in Zukunft mehr ältere Menschen in Deutschland leben, die mit ihrem (Ehe-) Partner zusammen leben. Dieses soziale Pflegepotential sollte mit flankierenden Maßnahmen mit dem Ziel unterstützt werden, die Notwendigkeit der stationären Pflege zeitlich hinauszuschieben, bzw. sie ganz überflüssig zu machen. Dazu gehören u.a. die Aufwertung der Kombinations- und Sachleistungen, sowie der Ausbau einer Einrichtungsinfrastruktur, die die zeitweilige Pflege in einer stationären Einrichtung ermöglicht. Leistungsrecht und Angebotsstruktur müssen angepasst werden. Dies erfordert aber auch den Ausbau der Bera-

tung von Versicherten und pflegenden Angehörigen. Die Erfahrungen aus Japan zeigen, dass ein care-management die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zusammenfassend beurteilen kann, was zu einem „Maßanzug“ des Pflegearrangements für Pflegebedürftige und Pflegende führt.

4 Qualitätsverbessernde Maßnahmen eines Medizinischen Dienstes zur Reduzierung der Erledigungsdauer von Pflegegutachten

Um die wirksame Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste zu fördern, haben die Spitzenverbände der Pflegekassen am 08.12.1997 Richtlinien nach § 53 a SGB XI beschlossen, die unter anderem auch die Auftrags-, Erledigungs- und Begutachtungsstatistik regeln.

In der Erledigungsstatistik sind die bis Ende des Vorquartals noch unerledigten Aufträge, die im Quartal eingegangen und erledigten Aufträge sowie die am Ende des Quartals unerledigten Aufträge in den Bereichen ambulante Pflege, vollstationäre Pflege und Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI ausgewiesen. Statistisch werden die Daten nach Gutachtenart, beantragter Leistung und Art der Erledigung erfasst.

Seit Beginn dieser Statistikführung stellt die Erledigungsdauer von Begutachtungsaufträgen für die Pflegeversicherung für einzelne Medizinische Dienste ein Problem dar. In diesem Beitrag wird exemplarisch aufgezeigt, mit welchen internen Qualitätssicherungsmaßnahmen ein MDK sich dieser Problematik angenommen hat und die Bearbeitungsdauer von Begutachtungsaufträgen für die Pflegeversicherung deutlich reduzieren konnte.

Unter der Bearbeitungsdauer von Pflegegutachten im Medizinischen Dienst wird der Zeitraum in Kalendertagen verstanden, der zwischen Eingang des Auftrags beim MDK und dem Statistik- bzw. Freigabedatum vergeht. Das Statistik- bzw. Freigabedatum ist das Datum, an dem das Pflegegutachten vom Gutachter freigegeben, an die auftraggebende Kasse verschickt und aus der Auftragsdatenbank ausgetragen wird (Postlauf).

Die Statistiken der MDK dokumentieren die Zahl der Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung mit einer Bearbeitungsdauer von:

- bis unter 4 Wochen,
- 4 bis unter 8 Wochen,
- 8 bis unter 12 Wochen,
- 12 Wochen und mehr und
- die durchschnittliche Bearbeitungsdauer aller Begutachtungsaufträge in Kalendertagen.

Damit berichten die MDK an den MDS und dieser an die Spitzenverbände der Pflegekassen regelmäßig über den Zeitraum zwischen Auftragseingang beim MDK und Versand des Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse.

4.1 MDK - Qualitätsziel „Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten“

Die bereits zu Beginn der Pflegeversicherung laut gewordenen Klagen über „lange Laufzeiten“ von Pflegebegutachtungsaufträgen in den Medizinischen Diensten haben mit der Einrichtung dieser Statistik ein empirisches Fundament erhalten. Die Kritik war angesichts der nun empirisch belegten mittleren Bearbeitungsdauer von teilweise annähernd 80 Tagen verständlich. 1999 lag über alle MDK die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten im ambulanten Bereich bei 60 Tagen, im stationären Bereich bei 46 Tagen. Noch längere Laufzeiten betrafen Antragsteller in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen nach § 43 a SGB XI, die mit einer mittleren Erledigungsdauer von 70 Tagen zu rechnen hatten.

Ohne hier auf die statistischen Details eingehen zu wollen, geht es in diesem Beitrag darum, darzustellen, wie ein MDK durch flächendeckende, also alle Beratungszentren erfassende interne Qualitätssicherungsmaßnahmen, die Laufzeiten der Pflegegutachten von über 90 Tagen im Jahr 1999 auf weniger als 40 Tage im Jahr 2002 reduzieren konnte.

Das Vorgehen des MDK erfolgte systematisch und schrittweise. Im ersten Schritt wurden für die einzelnen Beratungszentren (BBZ), die in einem bestimmten zurückliegenden Zeitraum durchgeführten Begutachtungen aufgelistet und mit den in der Statistikrichtlinie angegebenen Wochenkorridoren versehen. Im zweiten Schritt wurde die Bearbeitungszeit der Gutachten in die einzelnen Tätigkeitssegmente unterteilt. Ziel war es herauszufinden, in welchem Tätigkeitsbereich welches BBZ seine Laufzeitstärken und Laufzeitschwächen aufweist. Zu jedem Pflegegutachten wurden die Zeiträume der folgenden Tätigkeitssegmente erhoben und über alle Pflegegutachten zusammengeführt abgebildet:

- Eingangsdatum des Gutachtens beim MDK bis zum Postversand an die Kasse
- Eingangsdatum des Gutachtens bis zum Termin der Begutachtung
- Termin der Begutachtung bis zum Termin Versand des Pflegegutachtens an die Kasse
- Termin der Begutachtung bis zum Zeitpunkt der Abgabe an das Sekretariat (Schreibbüro)
- Eingang des Pflegegutachtens im Sekretariat (Schreibbüro) bis zum Schreibdatum des Gutachtens

- Schreibdatum des Gutachtens bis zur Rückgabe des Gutachtens an den Gutachter
- Rückgabe an den Gutachter bis zum Zeitpunkt der Speicherung des fertigen Gutachtens in der Statistik.

Für jedes dieser Tätigkeitssegmente wurde ein Bearbeitungszeitkorridor definiert, der MDK-intern als noch akzeptable Laufzeit anerkannt wird.

Man konnte bereits zu diesem frühen Zeitpunkt jedem Segment der Zeitschiene, die das Gutachten durchläuft, die zugehörigen Arbeitsprozesse hinterlegen.

Es hat sich dabei gezeigt, dass es typisierbare Gruppen von sog. „Langliegern“ von Pflegebegutachtungsaufträgen gab, die besonders lange Bearbeitungszeiten beim MDK produzierten. Wenn z.B. der Antragsteller nicht zu Hause angetroffen wurde, weil zwischenzeitlich seine stationäre Einweisung in ein Krankenhaus erfolgt war und niemand wusste, wann die Begutachtung im häuslichen Bereich möglich sein würde, blieb dieser Gutachtenauftrag beim MDK liegen.

Für diese teilweise schon lange aufbewahrten Begutachtungsaufträge wurden die Beratungszentren (BBZ) verpflichtet, der Hauptverwaltung wöchentlich den Bearbeitungsstand mit einem Abarbeitungsnachweis zu melden.

Parallel dazu wurde für alle BBZ verpflichtend eine monatlich zu erstellende Laufzeitanalyse eingeführt, um in der Beratungsstelle selbst wie auch auf Landesebene einen regelmäßig aktualisierten Überblick über den Bearbeitungstand und die Wirksamkeit der eingeführten Maßnahmen zu erhalten.

Innerhalb des Medizinischen Dienstes wurden diese Ergebnisse den Mitarbeitern gegenüber öffentlich gemacht. Dadurch entstand ein Benchmarking, mit dem nicht nur eine größere Transparenz im Dienst geschaffen wurde, sondern mit dem es auch gelang, bei den Mitarbeitern ein eigenes Problembewusstsein zu schärfen und einen Ansporn zu setzen, im jeweils eigenen Verantwortungsbereich zu Verbesserungen zu gelangen.

Die interne Diskussion der einzelnen Arbeitsprozesse in den jeweiligen Zeitabschnitten führte letztendlich auch zur Hinterfragung tradierter Arbeitsstrukturen und Bearbeitungsprozesse.

Die einzelnen Bearbeitungsschritte wurden erfahrungsbasiert mit notwendigen Bearbeitungszeiten hinterlegt und das für die Bearbeitung erforderliche Personal berechnet.

Eine sehr wichtige Entscheidung fiel im nächsten Schritt, als eine klare und definitive Zuordnung von Mitarbeitern zu den jeweiligen Arbeitssegmenten des MDK erfolgte. Damit war es nicht mehr möglich, ärztliche Pflegegutachter kurzfristig aus der Pflegebegutachtung herauszunehmen und - weil es dort Arbeitsengpässe gab – z.B. in die Aufgabenerledigung für die Krankenversicherung einzubinden. Das MDK-Aufgabenfeld „Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI“ erhielt eine verbindliche Personalausstattung, die sich nicht mehr an historischen Personaleventualitäten orientieren musste, sondern sich am tatsächlichen Bedarf ausrichtete. Darüber hinaus hat der MDK Regelungen eingeführt, die den Ausgleich von längerfristigen Arbeitsausfällen im Bereich der Pflegebegutachtung durch einen dafür extra eingerichteten Pool externer Gutachter sicherstellen. Kombiniert wurde dies mit einer neuen flexiblen Arbeitszeitregelung auf der Basis zu vereinbarenden Leistungseinheiten. Ergebnis war ein System, das für alle Mitarbeiter und Führungskräfte bei transparenten Leistungsdaten eine ausreichende Personalkapazität in der Pflegebegutachtung sicherstellte.

4.2 Analyse und Neugestaltung von Arbeitsprozessen

Am Anfang der Optimierung der Arbeitsprozesse stand eine umfassende Prozessanalyse, die in eine gemeinsame und verbindliche Festlegung der Kernprozesse in Verfahrensbeschreibungen (VB) mündete. Damit war die Basis für eine Prozesssteuerung gelegt. Dies war notwendig, weil erst auf dieser Basis gemeinsame und überprüfbare Verbesserungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden konnten.

Zusätzlich zu den Verfahrensbeschreibungen wurden einzelne wesentliche Teilbereiche lokalisiert und in Tätigkeitsbeschreibungen (TB) formuliert. Dazu gehörte z.B. die Definition von Eilfällen und deren besonderem Bearbeitungsweg.

Eilfälle haben Priorität und müssen vorrangig bearbeitet werden. Sie werden danach unterschieden, ob regelhaft bei einer bestimmten Konstellation ein Eilfall (automatischer Eilfall) gegeben ist oder ob ein Eilfall nur dann vorliegt, wenn eine entsprechende Benachrichtigung z. B. durch die Pflege- und/oder Krankenkasse erfolgt.

Ein automatischer Eilfall wird dann als gegeben angesehen, wenn:

- der Auftragseingang beim MDK länger als zwei Monate zurückliegt,
- der Begutachtungsauftrag zur Sicherung der Pflegequalität dient (§ 37 Abs. 3 SGB XI)

- der Versicherte sich in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung aufhält und bei ihm bislang keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde und/oder die häusliche Pflege nicht sichergestellt ist.

Ein Eilfall bei Benachrichtigung durch die Pflegekasse u. a. liegt dann vor, wenn:

- der Versicherte sich im Endstadium einer Krebserkrankung befindet (oder andere präfinale Erkrankungsstadien),
- der Versicherte in stationärer Behandlung ist (z. B. bei geplante Heimaufnahme, Sicherstellung der ambulanten Pflege, die Versorgung mit Hilfsmitteln, Anpassung des Wohnumfeldes als Voraussetzung für die Entlassung in die eigene Häuslichkeit).

4.3 Identifikation und Bearbeitung von Problemfällen

Der Versicherte wird bei der Begutachtung nicht angetroffen

Eine weitere zentrale Ursache für lange Bearbeitungszeiten im MDK lag darin, dass der Gutachter den Versicherten zum vereinbarten Termin nicht zu Hause antraf. Für diese Fälle hat der MDK ein standardisiertes Vorgehen entwickelt, um zu einer zeitnahen Begutachtung zu kommen. Folgendes Standardverfahren hat der MDK festgelegt:

1. Der Gutachter hält telefonisch Rücksprache mit dem Versicherten und/oder der Pflegekasse oder aber es wird vor Ort erkennbar, dass eine Begutachtung innerhalb von maximal 14 Tagen nach dem vereinbarten Termin möglich ist. In diesen Fällen wird innerhalb von max. 14 Tagen ein neuer Termin vergeben und der Begutachtungsauftrag verbleibt beim MDK.
2. Sofern durch das Verfahren unter 1. eine Begutachtung innerhalb von max. 14 Tagen nach dem ursprünglich vereinbarten Termin nicht möglich ist, informiert der MDK telefonisch die Pflegekasse, gibt den Begutachtungsauftrag an die Pflegekasse zurück und löscht den Auftrag aus der Auftragsdatenbank.
3. Eine Abklärung der Gründe (entweder telefonisch oder vor Ort) für das Nichtantreffen des Versicherten gelingt nicht oder der Versicherte wird erneut nicht angetroffen: Auch hier informiert der MDK die Pflegekasse telefonisch, gibt den Begutachtungsauftrag an die Pflegekasse zurück und löscht den Auftrag aus der Auftragsdatenbank.

Absage der Begutachtung durch den Versicherten, nachdem die Begutachtung bereits in eine Route eingeplant wurde

Auch diese Fallkonstellation erfordert ein kurzfristiges Umdisponieren im BBZ bzw. durch den Gutachter:

1. Ist bei der Absage erkennbar, dass eine Begutachtung innerhalb von maximal 14 Tagen nach dem vereinbarten Termin möglich ist, vergibt der MDK erneut einen entsprechenden Termin und belässt den Begutachtungsauftrag beim MDK.
2. Ist bei der Absage nicht erkennbar, dass eine Begutachtung innerhalb von maximal 14 Tagen nach dem vereinbarten Termin möglich ist (z.B. wegen eines Kranken-

hausaufenthaltes von unbestimmter Dauer, einer Reha-Maßnahme von 4 Wochen Dauer oder einem längeren Aufenthalt des Versicherten an einem anderen Ort etc.), informiert der MDK telefonisch oder schriftlich die Pflegekasse, gibt den Auftrag an die Pflegekasse zurück und trägt den Auftrag aus der Auftragsdatenbank aus.

3. Sagt der Versicherte einen Termin nochmalig (wiederholt) ohne substantielle Gründe ab, informiert der MDK telefonisch oder schriftlich die Pflegekasse, gibt den Auftrag an die Pflegekasse zurück und löscht den Auftrag aus der Auftragsdatenbank.

4.4 Die Arbeitsphase nach dem Hausbesuch

Verzögerungen in der Bearbeitung können weiterhin nach der Begutachtung auftreten. Dann sind die Gutachten zwar diktiert, aber noch nicht geschrieben oder diktiert und geschrieben, aber noch nicht Korrektur gelesen und unterschrieben. Es war daher sinnvoll, für diese bis dato unregelmäßigen Arbeitsprozesse ebenfalls eine verbindliche Regelung zu schaffen.

Die Dienstplangestaltung bzw. das zwischenzeitliche Anfahren der Dienststelle durch die Gutachter wurden so gestaltet, dass die Gutachten zeitnah d. h. innerhalb von maximal einer Woche nach Schreiben vom Gutachter Korrektur gelesen und unterzeichnet werden konnten. Bei länger dauernden Krankheiten und Urlaub von MDK-Gutachtern ist einem Vertretungsplan zu entnehmen, wer die Gutachten „in Vertretung“ unterzeichnet.

4.5 Erfahrungen anderer Medizinischer Dienste

In anderen Medizinischen Diensten sind vergleichbare Qualitätssicherungsmaßnahmen ergriffen worden und waren erfolgreich. So wurde z. B. in einem MDK eine zentrale Auftragskoordinierungsstelle installiert, die mit Hilfe einer speziellen Software die Aufträge individuell den Gutachtern zuordnet einschließlich einer dazu gehörigen Tourenplanung für diese. Denkbar wäre auch, dass in den Fällen, in denen der Versicherte nicht begutachtet werden kann, mit der Pflegekasse eine Vereinbarung getroffen wird, dass z. B. die Unterlagen beim MDK verbleiben, diese bei Wegfall der Begutachtungsverhinderung durch den Versicherten von der Kasse einen neuen Auftrag erhält; für die Zwischenzeit wird die statistische Bearbeitungszeit des Gutachtens in Verantwortung des MDK jedoch unterbrochen.

5 Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes (EWR-Staaten)

Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem EWR-Staat haben, haben Anspruch auf das Pflegegeld nach § 37 SGB XI.

Diese Entscheidung hat der Europäische Gerichtshof (EuGH) mit seinem Urteil vom 05. März 1998¹² getroffen (sog. Molenaar-Urteil). Voraussetzung für die Gewährung der Geldleistungen aus der sozialen Pflegeversicherung ist das Vorliegen von zumindest erheblicher Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 14 SGB XI sowie die Erfüllung der Vorversicherungszeit in der Pflegeversicherung. Die Feststellung des Ausmaßes der Pflegebedürftigkeit bei Versicherten im europäischen Ausland, erfolgt nach den selben Kriterien wie im Inland, also in Anwendung des SGB XI und der Begutachtungs-Richtlinien. Die Logistik der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in den unterschiedlichen Staaten des EWR¹³ erfolgt vom MDS seit dem Jahre 1999. In diesem Beitrag werden Erfahrungen und Zahlen aus den ersten Jahren der Begutachtungspraxis im europäischen Ausland dargestellt und reflektiert.

Dem Molenaar-Urteil des EuGH liegt folgender Sachverhalt zugrunde. Das in Frankreich wohnende Ehepaar Molenaar (er ist Niederländer und sie Deutsche) sind beide in Deutschland sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Das Ehepaar hat sich gegen die Mitteilung der AOK gewandt, dass zwar Versicherungs- und Beitragspflicht in der deutschen Pflegeversicherung bestehe, der Anspruch auf Pflegeleistungen jedoch nach § 34 SGB XI solange ruhe, wie sich das Ehepaar im Ausland aufhalte. Dagegen hat sich das Ehepaar an das Sozialgericht Karlsruhe gewandt und geltend gemacht, dass § 34 Abs.1 Nr.1 Satz 1 SGB XI gegen Art. 6 und Art. 48 EG-Vertrag (EGV) verstoße. Der EuGH hat geprüft, ob das Pflegegeld nach § 37 SGB XI als Exportgut der EWG-Verordnung (EWG-VO) 1408/71 anzusehen ist. Dabei hat das Europäische Gericht die Frage u.a. in zwei Prüfungsschritten beantwortet:

- Ist die EWG-Verordnung 1408/71 anzuwenden?
- Ist das Pflegegeld eine Geldleistung?

¹² EuGH AZ C160/96

¹³ Es handelt sich um die Länder: Belgien, Deutschland, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Liechtenstein, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Norwegen, Schweden, Griechenland, Italien, Spanien, Portugal, Schweiz.

Ob für die deutsche Pflegeversicherung die EWG-VO 1408/71 überhaupt einschlägig ist, hängt mit der Frage nach deren Anwendungsbereich zusammen. Der sachliche Anwendungsbereich der VO 1408/71 wird in Artikel 4 EVG für alle Rechtsnormen über Zweige der sozialen Sicherheit beschrieben, die eine der in einem Leistungskatalog aufgezählten Leistungsarten umfassen, z. B. Leistungen bei Krankheit, Invalidität, Alter, Unfall, Arbeitslosigkeit und Familienleistungen. Leistungen bei Pflegebedürftigkeit sind *expressis verbis* nicht genannt. Die grundsätzliche Anwendbarkeit der Verordnung auf Leistungen des SGB XI wird jedoch allgemein nicht bezweifelt¹⁴. Der EuGH hat entschieden, dass die Pflegeversicherung unter das Kapitel „Leistungen bei Krankheit“ fällt; eine Meinung, die seit Anbeginn von den Deutschen Krankenkassen vertreten wurde¹⁵. Der EuGH hat in seinem Molenaar-Urteil deutlich gemacht, dass es gegen den Artikel 19 Abs. 1, 25 Abs. 1 und 28 Abs. 1 der Verordnung 1408/71 verstoße, den Anspruch auf eine Leistung wie das Pflegegeld davon abhängig zu machen, dass der Versicherte in dem Staat wohnt, in dem er sozialversicherungspflichtig ist.

Die Qualifizierung einer materiell rechtlichen Norm des innerstaatlichen Rechts für die Anwendung der Koordinationsvorschriften der VO 1408/71 hängt nach ständiger Rechtsprechung des EuGH¹⁶ nicht vom nationalen Verständnis und den daraus abgeleiteten Zuordnungskriterien ab, sondern es sind die grundlegenden Merkmale einer Leistung, die Zielsetzung und die Voraussetzung ihrer Gewährung maßgeblich. Daher soll es auch keine Rolle spielen, dass der Gesetzgeber das Pflegegeld nach § 37 SGB XI als Sachleistungssurrogat verstanden wissen wollte und deshalb eine Exportpflichtigkeit ausschließt¹⁷.

Es ist auch zu unterscheiden zwischen einer reinen Geldleistung und einem Auslagenersatz für ärztliche Behandlung, Heilmittel und Pflege, die im Wege der Kostenerstattung auch vom EuGH als Sachleistungen eingestuft wurden. Das in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung weitgehend zurückgedrängte Kostenerstattungsprinzip rechtfertigt die Qualifizierung der in Geld erbrachten Leistungen für die Auslagen des Versicherten, für die Krankenbehandlung als Sachleistung in der Form eines Sachleistungssurrogats. Die gesetzliche Ausgestaltung und der Leistungszweck des in § 37 SGB XI vorgesehenen Pflegegeldes folgt indes dem Kostenerstattungsprinzip gerade nicht¹⁸. Nachdem das Pfl-

¹⁴ So auch BT Drucksache 12/5262, S 82.

¹⁵ Vgl. Neumann-Duesberg R: Defizite, Problem und Perspektiven bei der Umsetzung des Europäischen koordinierten Sozialrechts – Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72, Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit.

¹⁶ EuGH: E1992, S 3462 (Paletta) m. w. N.

¹⁷ Vgl. Bundestagsdrucksache 12/5262, S 82.

¹⁸ Vgl. Peters-Lange S: Export des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in andere Mitgliedstaaten der EU?

gegeld nur etwa die Hälfte des für die jeweilige Pflegestufe als Höchstbetrag angesetzten Wertes einer entsprechenden Sachleistung ausmacht, könnte man ohnehin nur von einem partiellen Sachleistungssurrogat sprechen¹⁹. Das Pflegegeld wird zudem unabhängig davon geleistet, ob dem Pflegebedürftigen durch die von ihm organisierte Pflege überhaupt Kosten entstehen. Eine konkrete Mittelaufwandsabgeltung sollte das Pflegegeld nicht darstellen, sondern eher einen Anreiz dafür bieten, dass Angehörige oder Nachbarn die Pflege im häuslichen Bereich übernehmen. Das Pflegegeld stellt einen von der konkreten Mittelverwendung losgelösten Einkommenszuwachs dar, mit dem der Versicherte in die Lage versetzt wird, einen zusätzlichen Bedarf zu decken²⁰.

Demnach handelt es sich beim Pflegegeld nach dem EuGH um eine Geldleistung die auch an in der deutschen Pflegeversicherung versicherte Personen, die ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einem EWR-Staat haben, auszubezahlen sind. Dazu zählen insbesondere folgende Personenkreise:

- Grenzgänger, die in Deutschland in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis stehen. Diese unterliegen, wenn die Beschäftigung ausschließlich in Deutschland ausgeübt wird, den deutschen Rechtsvorschriften (Art. 13 Abs. 2 Buchst. a) EWG VO 1408/71). Wird das Beschäftigungsverhältnis zum Teil auch im Wohnstaat ausgeübt, unterliegt der Arbeitnehmer grundsätzlich den Bestimmungen des Wohnstaates (Art. 14 Ziffer 2 Buchst. b) (VO 1408/71).
- Rentner mit Wohnort bzw. gewöhnlichem Aufenthalt in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz. Voraussetzung ist, dass die Bedingungen des § 5 Abs. 1 Nr. 11 SGB V erfüllt werden und im Wohnstaat ein anderweitiger Krankenversicherungsschutz, aufgrund der Ausübung einer versicherungspflichtigen Beschäftigung bzw. einer selbstständigen Erwerbstätigkeit oder eines Rentenbezugs, nicht besteht (Art. 28 Abs. 1, Art. 28 a und Art. 34 Abs. 2 VO 1408/71).
- Angehörige, die mit oder ohne den Versicherten in einem anderen EWR-Staat oder der Schweiz leben und zu Lasten der deutschen Krankenkassen im Rahmen der Sachleistungsaushilfe vom Träger des Wohnorts betreut werden, wenn im Wohnstaat keine Vorrangversicherung besteht.

Folglich haben die in der deutschen sozialen Pflegeversicherung Versicherten Anspruch auf Geldleistungen, wenn sie ihren Wohnort oder gewöhnlichen Aufenthalt in einem Land des Europäischen Wirtschaftsraumes haben. Aus Gründen der Leistungsgerechtigkeit bestehen dieselben Leistungsvoraussetzungen für diesen Personenkreis wie für die im Inland wohnenden Antragsteller. Ansprüche auf den Export von Sachleistungen nach dem SGB XI bestehen nach wie vor nicht.

¹⁹ Vgl. Schulin B: Die soziale Pflegeversicherung (SGB XI).

²⁰ Peters-Lange S, a.a.O., S 626 ff.

5.1 Grundlagen der Pflegebegutachtung im EWR-Ausland

Leistungen aus der Pflegeversicherung kann beziehen, wer die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllt und pflegebedürftig im Sinne des SGB XI ist. Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Durchführung der Begutachtung im Ausland finden die gleichen Grundsätze und Maßstäbe wie im Inland Anwendung. Damit sollen eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien sowie eine hohe Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten gewährleistet werden.

Soweit eine Pflegestufe nicht bereits vor dem Aufenthalt in einem anderem EWR-Staat in Deutschland festgestellt wurde, ist die Pflegebedürftigkeit im jeweiligen Aufenthaltsstaat durch den Medizinischen Dienst festzustellen. Es findet eine Begutachtung im häuslichen Bereich des Antragstellers statt (§ 18 Abs. 2 SGB XI). Maßstab für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe ist der individuelle Hilfebedarf des Antragstellers bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI abschließend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens.²¹ Sozio-kulturelle Unterschiede können die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit beeinflussen²².

Die Begutachtung führt der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Auftrag der Pflegekassen durch. Die Kriterien der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit finden sich in den Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen, die unter dem Gesichtspunkt der Einheitlichkeit auch bei der Begutachtung in einem EWR-Land Anwendung finden. Der Arbeitskreis I der Spitzenverbände der Krankenkassen hat am 01. Juli 1998 beschlossen, die Begutachtung von Antragstellern in einem EWR-Land durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchführen zu lassen. Der MDS wurde in Abstimmung mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen und dem MDK mit der Schaffung der organisatorischen Voraussetzungen zur Durchführung der Begutachtung im EWR-Ausland beauftragt. Dabei standen für die Bereitstellung der Logistik und die Festlegung der Verfahrensabläufe insbesondere zwei Gesichtspunkte im Vordergrund:

1. Die Begutachtung in den Staaten des EWR erfolgt nach einheitlichen Kriterien und muss einer hohen Gutachtenqualität entsprechen.
2. Die Organisation und Durchführung der Begutachtung im EWR-Ausland müssen den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entsprechen, d. h. der Personal- und Verwaltungskostenaufwand soll möglichst gering gehalten werden.

²¹ Vgl. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien) vom 21.03.1997 in der Fassung vom 22.08.2001, S 31.

²² a. A.: Spiethoff J: Die Exportpflicht des Pflegegeldes.

Dementsprechend erfolgt die Begutachtung in Ländern mit gemeinsamer Grenze zur Bundesrepublik durch MDK-Gutachter (Dänemark, Belgien, Niederlande, Luxemburg, Frankreich, Schweiz und Österreich). Ein Grossteil der Versicherten in diesen Ländern sind (ehemalige) Grenzgänger und wohnen meist grenznah, so dass bei der Durchführung der Hausbesuche durch die Gutachter keine nennenswerten Mehrkosten für die Reisezeit anfallen. Versicherte, die in weiter entfernten Gegenden von Frankreich und Österreich wohnen, werden inzwischen auch von ortsansässigen Ärzten oder Pflegefachkräften begutachtet, die der MDK entsprechend qualifiziert hat und fortlaufend schult. Wegen der erwarteten und durch die Antragsentwicklung auch bestätigten sehr niedrigen Antragszahlen, übernehmen aus Wirtschaftlichkeitsgründen ebenfalls MDK-Gutachter, die über die erforderlichen Sprachkenntnisse verfügen, die Begutachtungen in den Skandinavischen Ländern sowie in Großbritannien, Irland und Island.

In den Ländern ohne gemeinsame Grenze zur Bundesrepublik, mit vergleichsweise hoher Antragsdichte, wie Spanien, Portugal, Italien und Griechenland, erfolgt der Hausbesuch beim Versicherten durch dort ansässige externe Vertragspartner der Medizinischen Dienste. Es handelt sich dabei um Ärzte, die regelmäßig vor Ort praktizieren und Pflegefachkräfte mit Erfahrungen des örtlichen Pflegesystems. Der MDS hat diese Kooperationspartner für die Begutachtung gewonnen und hat sie vor ihrem Einsatz in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI qualifiziert.

Alle im Ausland erstellten Gutachten gehen in die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen der Medizinischen Dienste ein. Für sie gelten die gleichen Prüfkriterien wie für Inlandsgutachten. In allen MDK, die mit externen Gutachtern arbeiten, wurde ein für die Auslandsfragen Verantwortlicher benannt, der sowohl gegenüber den Pflegekassen als auch gegenüber dem MDS die auslandsspezifischen Begutachtungsfragen koordiniert. Alle Anträge auf Pflegegeld, die bei den jeweiligen Pflegekassen aus dem Ausland eingehen und alle damit in Zusammenhang stehenden Sachfragen, werden im jeweils zuständigen MDK zentral beim „Kordinator Ausland“ bearbeitet. Von dort aus werden auch die externen Pflegefachkräfte und Ärzte in Qualitätsfragen beraten und bei Bedarf gecoacht. Die Gesamtkoordination für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Europa liegt beim MDS .

5.2 Das sogenannte Partner-MDK-Modell

Die Auftragsbearbeitung für das jeweilige Land liegt bei einem bestimmten, dafür zuständigen MDK; die Zuständigkeitsregelung erfolgte in Absprache zwischen den MDK und dem

MDS. Bis Ende des Jahres 1999 wurde die Auftragsbearbeitung für die Länder Griechenland, Italien, Portugal und Spanien zentral über den MDS organisiert.

Um die unterschiedlichen Gegebenheiten der EWR-Staaten in der Organisation der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit jeweils angemessen berücksichtigen zu können, hat der Vorstand des MDS beschlossen, ab dem 01.07.2000 für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Staaten des EWR das sogenannte Partner-MDK-Modell einzuführen.

Verantwortung und Durchführung der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit ist an jeweils einen sogenannten Partner-MDK übertragen. Folgende MDK sind für die nachfolgend aufgeführten Länder zuständig. Für die Länder Belgien, Frankreich und Niederlande bestehen innerhalb einiger MDK Absprachen hinsichtlich der regionalen Aufgabenwahrnehmungen.

Abbildung 1:
Zuständigkeiten nach dem MDK-Partner-Modell

MDK	EWR-Staat
in Bayern	Italien Österreich Liechtenstein
Baden-Württemberg	Frankreich bis PLZ 56 999 (mit Ausnahme PLZ 57 000 – 57 999) Griechenland
MDS/ab 2002 MDK in Hessen	Spanien Portugal
Nordrhein	Großbritannien – Süd- und Mittelengland bis zu einer geographischen Grenze unterhalb der Städte Preston und Grimsby – Wales Island Belgien: ➤ alle PLZ außer PLZ 5000 – 5999 (Provinz Namur) und außer PLZ 6600 – 6999 (Provinz Libramont) Niederlande: ➤ regionale Absprachen mit MDK Westfalen-Lippe und Niedersachsen
Rheinland-Pfalz	Luxemburg Belgien: ➤ Provinz Namur – PLZ 5000 – 5999 und ➤ Provinz Libramont – PLZ 6600 – 6999
Saarland	Frankreich PLZ 57 000 bis 57 999
Berlin-Brandenburg	Norwegen Schweden
Schleswig-Holstein	Dänemark
Westfalen-Lippe	Großbritannien – Mittel- und Nordengland bis oberhalb der geographischen Grenze der Städte Preston und Grimsby – Schottland – Irland Niederlande ➤ regionale Absprachen mit MDK Niedersachsen und Nordrhein
Niedersachsen	Finnland Niederlande ➤ regionale Absprachen mit MDK Westfalen-Lippe und Nordrhein

Der Partner-MDK erstellt das abschließende Gutachten im Sinne des § 18 SGB XI und versendet es an die auftraggebende Pflegekasse; der auftraggebende MDK erhält eine Erledigungsmeldung, um bei Rückfragen der Versicherten oder Pflegekassen Auskunft über den Stand des Verfahrens geben zu können.

5.3 Die Organisation der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

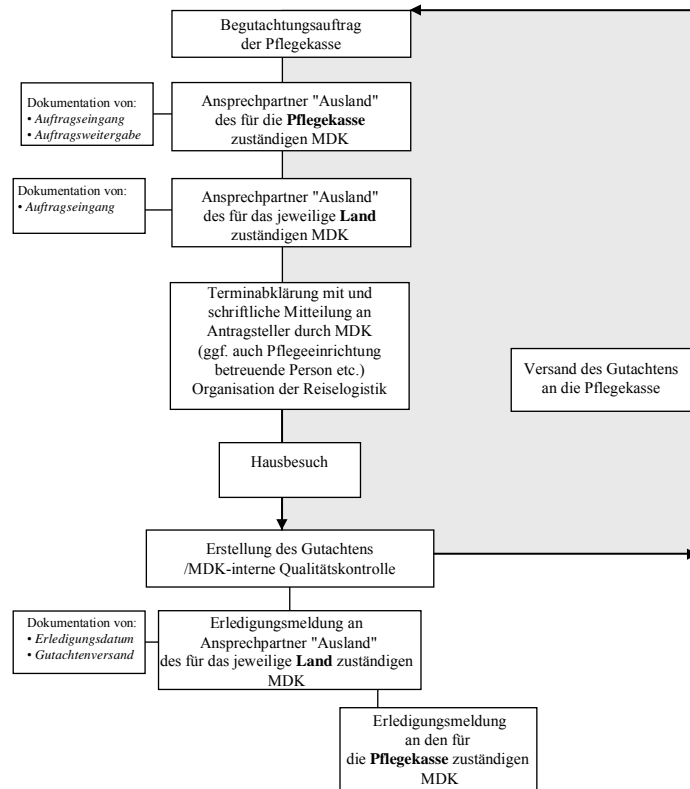
In Ländern mit gemeinsamer Grenze zur Bundesrepublik und niedriger Antragsdichte und Ländern ohne gemeinsame Grenze zur Bundesrepublik Deutschland (Belgien, Dänemark, Frankreich, Luxemburg, Niederlande, Österreich, Liechtenstein, Finnland, Großbritannien, Irland, Island, Norwegen, Schweden und seit Juli 2002 auch die Schweiz).

Der Begutachtungsauftrag wird von der Pflegekasse an den Ansprechpartner „Ausland“ des für die Pflegekasse zuständigen Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung geschickt. Dort wird der Auftragseingang dokumentiert und an den für die Durchführung der Begutachtung zuständigen Partner-MDK weitergeleitet. Der für das jeweilige Land zuständige Partner-MDK wählt den die Begutachtung durchführenden Gutachter aus und verschickt den Auftrag an dessen Dienststelle. Dort wird der Termin für den Hausbesuch mit dem Antragsteller vereinbart sowie schriftlich bestätigt. Ggf. werden auch Pflegeeinrichtungen bzw. betreuende Personen von dem bevorstehenden Hausbesuch benachrichtigt. Denn das Pflegegeld wird auch an Pflegebedürftige, die in einer stationären Einrichtung in einem der EWR-Staaten wohnen, geleitet, weil davon ausgegangen wird, dass in einer stationären Pflegeeinrichtung die häusliche Pflege des Versicherten sichergestellt ist. Dem Partner-MDK obliegt auch die Verantwortung für die Organisation der Reiselogistik.

Nach durchgeführtem Hausbesuch wird das Pflegegutachten erstellt und an die interne Qualitätssicherung übergeben. Das fertige Pflegegutachten wird danach direkt an die auftraggebende Pflegekasse zurückgeschickt. Gleichzeitig erhält der Ansprechpartner „Ausland“ des auftraggebenden MDK eine Erledigungsmeldung.

Wohnt der Antragsteller im Zuständigkeitsgebiet des beauftragten MDK, führt dieser die Begutachtung durch, erstellt das Gutachten und schickt es an die auftraggebende Pflegekasse.

Abbildung 2:
Logistik der Pflegebegutachtung im EWR-Ausland.
Grenznahe Länder und niedrige Antragsdichte



Begutachtung in Ländern ohne gemeinsame Grenze zur Bundesrepublik und hoher Antragsdichte (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien)

Die Ablauforganisation für diese Länder sieht vor, dass der Begutachtungsauftrag von der Pflegekasse an den Ansprechpartner "Ausland" des für die Pflegekasse zuständigen MDK verschickt wird. Von dort aus, wird der Begutachtungsauftrag an den jeweils zuständigen Partner - MDK verschickt. Von diesem MDK werden die Begutachtungsaufträge an die jeweiligen Vertragspartner in den Mittelmeerländern bzw. Portugal vergeben. Diese Gutachter vor Ort klären mit dem Antragsteller schriftlich den Termin des Hausbesuches ab (ggf. auch mit einer Pflegeeinrichtung bzw. mit einer betreuenden Person). Die Organisation der Reiselogistik erfolgt durch den im Land ansässigen Gutachter. Ein Tourenplanungssystem gibt dem Partner-MDK Auskunft darüber, ob in jedem Fall die Tourengestaltung mit den Grundsätzen der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit übereingestimmt hat. Nach dem Hausbesuch beim Antragsteller erstellt der Gutachter einen Gutachtenbericht auf Basis des Gutachtenformulars der Begutachtungs-Richtlinien, den er an den zuständigen Partner-MDK verschickt. Dort werden die Begutachtungsberichte auf ihre Qualität geprüft und zum Pflegegutachten nach SGB XI umgeschrieben. Von dort aus werden die Gutachten

an die auftraggebende Pflegekasse verschickt; der auftraggebende MDK erhält eine Erledigungsmeldung.

5.4 Anforderungsprofil für externe Gutachter

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in den Ländern Griechenland, Italien, Portugal und Spanien kann durchführen, wer

- a.) die formale Qualifikation dafür mitbringt (Arzt oder Pflegefachkraft).
- b.) die materielle Qualifikation bereits hat oder bereit ist, diese zu erwerben (er weist nach, dass er Begutachtungserfahrung im Rahmen der Begutachtungs-Richtlinien hat bzw. er nimmt an Lehrgängen der Medizinischen Dienste teil).
- c.) einen Dienstvertrag mit dem MDS bzw. dem zuständigen MDK zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im entsprechenden Land hat. Dieser Vertrag wird neben dem Vorliegen der Voraussetzungen zu a) und b) von einem Bedarf nach zusätzlichen Gutachtern im jeweiligen Land bzw. der jeweiligen Region abhängig gemacht.

Zudem wird erwartet, dass der Gutachter in der Lage ist, die Begutachtung zweisprachig durchzuführen. Oftmals sind Rücksprachen mit nicht immer kooperationswilligen Ärzten und Kliniken notwendig; diese Diskussionen sollten in der jeweiligen Amtssprache vor Ort "gestanden" werden können. Die Kenntnis der Sprache ist auch deshalb unbedingt notwendig, weil viele in ihre Heimat zurückgekehrte Arbeitsmigranten aus Deutschland im hohen Alter ihre ohnehin geringen Deutschkenntnisse völlig verlieren und weder mit ihnen selbst noch mit den pflegenden Angehörigen kommunikativer sprachlicher Austausch auf Deutsch möglich ist; dies trifft insbesondere zu für die Länder Griechenland, Italien, Portugal und Spanien. Die weitere Voraussetzung "ortsansässig" erwartet, dass der Gutachter seinen regelmäßigen Aufenthalt im jeweiligen Land hat und er auch über die landesübliche Tätigkeitserlaubnis als Arzt bzw. Pflegefachkraft verfügt z. B. als Arzt für Spanien eine sog. "Homologacion" des Ministerio de Educacion, Cultura y Deporte vorgelegt werden kann.

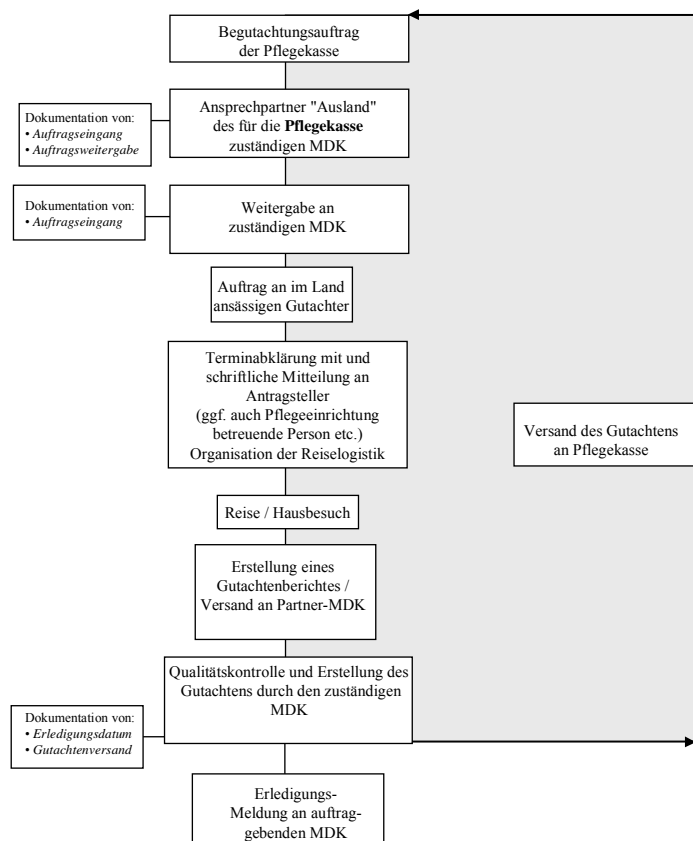
Weiterhin verpflichtet sich der Auftragnehmer:

1. in der Zeit von Montag bis Freitag deutschsprachig telefonisch sowie unter einer eigenen Fax-Nummer und einer eigenen e-Mail Adresse erreichbar zu sein.
2. im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit zur Erstellung sozialmedizinischer Gutachtenberichte zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von §§ 14ff SGB XI zur Verfügung zu stehen.
3. ein Bankkonto bei einem deutschen Kreditinstitut zu führen.
4. anhand des vom Auftraggeber vorgegebenen Formulars einen schriftlichen Gutachtenbericht über die Pflegebedürftigkeit des Versicherten zu erstellen. Hierzu führt er eine Untersuchung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnbereich durch.

5. die bei ihm eingehenden Gutachtenaufträge in der Reihenfolge des Eingangs und nach einem vorgegebenen Ablaufschema zu bearbeiten, es sei denn, der auftraggebende MDK möchte im Einzelfall eine davon abweichende Verfahrensweise.
6. eine Kopie des Gutachtenberichtes bis zur erfolgten Bezahlung der Rechnung für den betreffenden Gutachtenbericht zu archivieren,
7. auf die Behebung ihm vom MDK gemeldeter Qualitätsmängel hinzuwirken.

Der auftragnehmende Gutachter unterliegt einem Vermittlungsverbot, d. h. die Annahme von Pflegebegutachtungsaufträgen und deren Weitergabe (Vermittlung) an Mitarbeiter des Auftragnehmers oder an Dritte gegen Entgelt oder zur Erlangung geldwerter Vorteile ist ihm vertraglich untersagt.

Abbildung 3:
Logistik der Pflegebegutachtung im EWR-Ausland.
Länder ohne Grenze zur Bundesrepublik und hohe Antragsdichte



5.5 Erfahrungen nach drei Jahren Pflegebegutachtung in ausgewählten EWR-Staaten

Die Medien, sowohl in Deutschland als auch die deutschsprachigen in Spanien, haben vor allem in den „Siedlungsgebieten“ der Deutschen in Spanien intensiv über das Thema in-

formiert, so dass von einer großen Zahl von Antragstellern ausgegangen wurde. Doch das Antragsaufkommen im Jahr 1999 war geringer als erwartet. Die geografische Verteilung der Antragsteller auf die verschiedenen EWR-Länder und die pflegerisch-medizinische Versorgungsstruktur ist erwartungsgemäß nicht einheitlich und für alle Länder in gleicher Weise zutreffend zu beschreiben.

Die Fragen, die im Jahr 1998 auftauchten, waren nur in Ansätzen präzise zu beantworten: das Antragsaufkommen verteilt auf die einzelnen EWR-Länder, die jeweilige geografische Verteilung der Antragsteller in den EWR-Ländern und die pflegerisch-medizinische Versorgungsstruktur waren zu Anfang „Black Boxes“ für alle an der Planung der Begutachtung Beteiligten. Erwartungsgemäß sind diese Fragen auch nicht einheitlich und für alle Länder in gleicher Weise zutreffend zu beschreiben.

Niemand konnte zu Beginn der Begutachtung auch nur annähernd genau beziffern, wie groß die Zahl der in den jeweiligen Ländern anspruchsberechtigten Versicherten sein würde. Es lagen auch keine Zahlen zur regionalen Verteilung Deutscher, z. B. in Spanien, vor.

Die Erfahrungen, die in diesen südlichen Küstenanrainerstaaten in den ersten Jahren gewonnen wurden, zeichnen sich dadurch aus, dass der MDS den unterschiedlichen, sozialpolitisch bedingten Gegebenheiten durch Modifikationen in der Organisation der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in diesen Ländern Rechnung getragen hat.

In **Italien** hat der MDS von Anfang an in enger Kooperation mit der Deutschen Botschaft in Rom zusammengearbeitet. Um ein Höchstmass an Seriosität und Zuverlässigkeit zu gewährleisten, hat der MDS für die Koordination der Italien-Begutachtungen eine Vertrauensärztin der Deutschen Botschaft in Rom gewonnen. In die Begutachtung selbst ist u. a. eine weitere Vertrauensärztin der Botschaft eingebunden. Die Organisation der Begutachtung, insbesondere die Kontrolle der Abrechnungen der Gutachter vor Ort, erfolgt durch die Koordinatorin in Rom, die auch selbst Gutachtenberichte erstellt. Zu Beginn der Begutachtung in Italien bestanden erhebliche Schwierigkeiten im Norden Italiens und insbesondere im deutschsprachigen Teil, geeignete Gutachter zu gewinnen. Die Gründe dafür dürften in der spezifischen Arbeitssituation der in Italien tätigen Ärzte liegen. Regelmäßig versieht ein deutscher Arzt, der in Italien arbeitet, seine Arbeit innerhalb des italienischen Gesundheitssystems. Es handelt sich bei keinem der für die MDK-Gemeinschaft in Italien begutachtenden Ärzte und Pflegefachkräfte um sogenannte „Aussteiger“ aus dem Deutschen Gesundheitssystem, die im Ausland vorwiegend deutsche Privatzahler behandeln, sondern sie sind voll in das italienische Gesundheitsversorgungssystem integriert. Alle

angefragten Ärzte, die dem MDS von den deutschen Konsulaten, großen deutschen Firmen und einschlägigen Gesundheitsdienstleistern zur Verfügung gestellt wurden, arbeiten in Teilzeit an einer Klinik und betreiben in der verbleibenden Zeit eine Privatpraxis. Der Hausbesuch fordert vom Gutachter einen teilweise erheblichen Zeitaufwand; vor allem, wenn er den Antragsteller an nicht leicht zugänglichen Orten, wie z.B. den Gebirgsregionen Norditaliens, aufsuchen soll. Für diesen erheblichen Ressourceneinsatz stellt das Honorar, das dem MDS dafür zur Verfügung steht, keine attraktive Alternative für die bereits anders beschäftigten Ärzte in Norditalien dar. Um die Antragsteller im Norden Italiens unter den Gesichtspunkten der Zeitnähe und der Wirtschaftlichkeit begutachten zu können, hat es sich im Einzelfall als sinnvoller erwiesen, MDK-Gutachter aus Oberbayern an Stelle externer Gutachter aus Rom oder aus Bologna zu beauftragen. Inzwischen konnten auch geeignete Gutachter für die nördlichen Regionen Italiens (Alto Adige, Trentino) gewonnen werden.

Die zu begutachtenden Personen in Italien wohnen in den meisten Fällen in entlegenen kleinen Ortschaften oder auf dem Land. Sie sind zum Teil schlecht auffindbar und erreichbar. Oft handelt es sich um arme Auswandererfamilien, die sich im Alter in finanziellen Schwierigkeiten befinden. Durch die oft jahrzehntelange Abwesenheit aus dem Ursprungsland sind die Patienten und ihre Familienangehörigen oft nicht in der Lage italienisch zu sprechen, sondern kommunizieren in ihrem strengen Dialekt, der mitunter auch für Italiener schwer verständlich ist. Diese Antragsteller – im Alter nach Italien zurückgekehrte Arbeitsmigranten – sprechen in vielen Fällen auch sehr schlecht deutsch.

Die einzigen Pflegestrukturen, die es in Italien gibt, sind private Pflegeheime. Häusliche Pflege muss allein von der Familie getragen werden, d. h., das entweder Familienangehörige (Ehepartner, Kinder) die Pflege übernehmen, oder es muss privat eine Pflegeperson angestellt werden, die in der Regel nicht professionell ausgebildet ist (Hausangestellte). Die Familie trägt auch die Kosten für teure Medikamente, Pflegeartikel und Hilfsmittel. In den meisten Fällen ist der Hausarzt zu Hausbesuchen bereit.

Die Antragsteller sind in den meisten Fällen, egal ob es sich um Italiener handelt oder um Deutsche, die nach Italien zurückgegangen sind oder die ihren Ehepartner begleitet haben, psychisch und physisch demoralisiert. Sie haben oft enorme Schwierigkeiten, sich dem geänderten sozialen Umfeld anzupassen, insbesondere in der akuten Situation der eingetretenen Pflegebedürftigkeit oder einer Krankheit. Oft leiden sie an Depressionen. Die aus Deutschland gekannte soziale Sicherheit wird vermisst. Die Begutachtungssituation wird von den Gutachtern durchweg als sehr freundlich und zuvorkommend beschrie-

ben. Die Begutachtung macht generell keine Probleme. Es kommt öfters vor, dass einige Antragsteller die persönlichen Beschwerden übertreiben, sich dann aber in den meisten Fällen bei der Demonstration der Handlungsabläufe bei den Verrichtungen des täglichen Lebens „verraten“. Die Erwartungen an die Leistungen des SGB XI sind vielfach unrealistisch, weil die Leistungsvoraussetzungen der Pflegeversicherung nicht bekannt sind. Die Patienten erwarten oft eine Art Rente, die dem Grad einer Invalidität entspricht. Deshalb wird sehr häufig jede noch so kleine Krankheit aufgeführt, um möglichst invalide zu erscheinen, auch wenn diese Krankheiten keinen Pflegebedarf zur Folge haben. Es ist u. a. eine Aufgabe des Gutachters, diese Erwartungen mit den Zielsetzungen der Pflegeversicherung zu verknüpfen und beim Hausbesuch zu erklären, was die Pflegeversicherung leisten kann und was nicht.

Da die Pflege in der Regel von der Familie sicherzustellen ist, hängt die qualitative Ausführung der Pflege sehr vom Familienumfeld ab, ist aber in den meisten Fällen gut. In vielen Familien herrscht noch eine Großfamilienatmosphäre, so dass der zu Pflegenden von Nachbarn und Familienangehörigen besucht wird und er somit die wichtige kommunikative Anbindung an sein soziales Umfeld hat.

In **Griechenland** wird die Koordination von einer griechischen Ärztin wahrgenommen, die als ehemalige Mitarbeiterin des Medizinischen Dienstes nicht nur die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit kennt, sondern auch die Verwaltungsabläufe in der MDK-Gemeinschaft und bei Pflegekassen. Die Erfahrungen nach drei Jahren Begutachtung von Pflegebedürftigkeit in Griechenland zeigen, dass es in Griechenland, wie sonst in keinem anderen Land unerlässlich ist, dass sowohl Gutachter wie auch Koordinator fließend die Landessprache sprechen, um die Versorgungsabläufe vor Ort eruieren zu können. Er muss die Mentalität kennen, um die vielfältigen Unwägbarkeiten von logistischen Eventualitäten mit Landes- und Sprachkenntnissen sowie Durchsetzungsvermögen in den Griff zu bekommen. Die überwiegende Mehrzahl der Antragsteller in Griechenland sind griechische Staatsangehörige, die über wenig, manchmal über gar keine, deutschen Sprachkenntnisse (mehr) verfügen. Da im Pflegegutachten eine Vielzahl von Informationen vom Antragsteller bzw. den Angehörigen abgefragt werden, sind die entsprechenden Sprachkenntnisse unumgänglich. Die Infrastruktur, vor allem in ländlichen Bereichen und auf den kleineren Inseln, ist weniger entwickelt als in der Stadt, mit der Folge, dass bereits eine unvollständige Adresse oder eine nicht vorhandene Telefonnummer für das Auffinden des Antragstellers ein fast unüberwindliches Hindernis darstellt. Die Verteilung der Antragsteller in Griechenland ist breit gestreut. In allen Landesteilen, auch auf kleinsten Inseln, wurden bisher Hausbesuche durchgeführt. Die Antragsteller sind über die Leistungsvoraussetzungen und die

Leistungsinhalte der Pflegeversicherung kaum informiert. Die Anträge kommen oft von den in Deutschland wohnenden Kindern. Andere begeben sich in die Hand von privaten Beratern, die teilweise gegen hohe Gebühren oder Tantiemen Beratungen erbringen und als Bevollmächtigte Pflegeanträge stellen.

Die Pflege wird meist von der Familie (den Frauen) erbracht; professionelle Unterstützung ist auf die Großstädte beschränkt.

Die Begutachtungsaufträge für **Portugal** sind in den ersten 1 ½ Jahren von einem deutschen Arzt von Südportugal aus bearbeitet worden. Seit 2001 wird er von einer in Portugal ansässigen deutschen Pflegefachkraft unterstützt. Über nahezu zwei Jahre (bis Ende 2000) erfolgte die Koordination aller Begutachtungsaufträge aus **Portugal und Spanien** über ein Ärztehaus in Palma de Mallorca. Inzwischen hat es sich herausgestellt, dass die Auftragserteilung und Steuerung der Begutachtung von Deutschland aus wirtschaftlicher erledigt werden kann. Im Jahr 1999 hat das Ärztehaus in Palma im Einvernehmen mit dem MDS in Spanien ansässige, deutsche Ärzte für diese Tätigkeit geworben, um das von der Verbindungsstelle Ausland der Krankenkassen, vor allem in Urlaubsgebieten von Deutschen erwartete hohe Auftragsaufkommen, orts- und zeitnah bearbeiten lassen zu können.

Bereits nach wenigen Wochen war zu erkennen, dass es zwar ein relativ hohes Antragsvolumen von Deutschen in diesen Touristenzentren gibt, jedoch auch eine nicht unerhebliche Anzahl spanischer Antragsteller, die in den ersten Anwerbegebieten spanischer Arbeitsmigranten begutachtet werden mussten. Für diese Regionen (Galizien und Großraum Madrid) waren im Jahr 1999 keine externen Gutachter qualifiziert worden. Die Begutachtung dieser Pflegeversicherten durch Ärzte aus Mallorca hat sich als zu aufwändig erwiesen. Aus diesem Grund hat der MDS ab dem Jahr 2000 für diese Regionen spanische und deutsche Ärzte als Pflegegutachter qualifiziert und in das Begutachtungsgeschehen in Spanien mit einbezogen. Die Erfahrung nach knapp drei Jahren Begutachtung von Pflegebedürftigkeit zeigt, dass die Organisation der Tätigkeit für Spanien aus einer Hand zu einer effizienteren und effektiveren Gestaltung der Abläufe bei der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit führt, so dass Ende des Jahres 2000 die Koordinierung von Mallorca aus aufgegeben wurde und die Organisation für Spanien und Portugal seitdem erfolgreich von Deutschland aus erfolgt.

Ein ausschließlich für die ausländischen Gutachter im entsprechenden Partner-MDK zuständiges Team aus Ärzten und Pflegefachkräften bei dem jeweiligen Partner-MDK, das zeigt die 1-jährige Erfahrung, hat die Begutachtung insgesamt qualitativ verbessert. Bei

Qualitätsmängeln einzelner Begutachtungsberichte kann vom Partner-MDK direkt, in Form eines persönlichen intervenierenden Coachings, auf den Pflegegutachter vor Ort qualitätsverbessernd eingewirkt werden. Ein Controlling für den Erfolg der Intervention ist unmittelbar beim Partner-MDK möglich, da immer dieselben Personen interagieren. Mittelfristig ist über dieses Verfahren eine Beschleunigung der Antragsbearbeitung zu erwarten. Eine Routinisierung in der Zusammenarbeit wird letztlich zu einer deutlichen Qualitätsverbesserung der Pflegegutachten und zu einer größeren Rechtssicherheit für die Antragsteller wie für die Pflegekassen führen. Durch die Leistungserbringung aus einer Hand, eines zuständigen Partner-MDK, ergeben sich Synergieeffekte. Es werden nicht nur Verwaltungsschritte bei den MDK, sondern auch bei den Pflegekassen reduziert.

So werden durch die Fokussierung auf feste Ansprechpartner bei einem MDK:

- fixe Verantwortungsketten festgelegt,
- Planung und Durchführung der Hausbesuche optimiert und
- Qualitätssicherung der Gutachten zeitnah möglich.

Dieses Management in einer Hand führt mittelfristig zu:

- kürzeren Laufzeiten der Gutachten,
- kürzeren Bearbeitungszeiten und
- besserer Qualität der Gutachten.

Die deutschen Antragsteller sind wenig informiert über die Voraussetzungen des Pflegegeldanspruches. Sie wissen sehr wenig oder nichts über die Leistungen der Pflegeversicherung und kennen sich auch im spanischen Sozialsystems nicht aus. Daher erfolgt die Antragstellung vielfach nicht bereits bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt. Die in Spanien niedergelassenen deutschen Ärzte werden im Alter offenbar weniger häufig frequentiert als in Deutschland, weil die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland mit diesen Ärzten keine vertragliche Bindung haben und auf dem Erstattungswege kaum ärztliche Leistungen bezahlt werden. Zudem scheinen diese Ärzte über die Leistungen der sozialen Pflegeversicherung wenig informiert zu sein, so dass die deutschen Patienten in Spanien auch von dort keine angemessene Pflegeberatung erwarten können. Deutsche Patienten, die über den Vordruck E 121 Leistungen des spanischen Gesundheitssystems in Anspruch nehmen, werden von spanischen Ärzten behandelt, die jedoch das deutsche Pflegeversicherungssystem überhaupt nicht kennen und daher auch ihre deutschen Patienten nicht beraten können. Sehr gut beraten sind offenbar nach Spanien zurückgekehrte ehemalige Arbeitsmigranten mit Anspruch auf Leistungen aus der deutschen Pflegeversicherung, sofern sie Mitglieder in der Rückkehreror-

ganisation sind. Zudem werden die spanischen Pflegeversicherten und deren Angehörige von den spanischen Konsulaten in Deutschland kompetent in Pflegeversicherungsfragen beraten.

Von den Gutachtern, denen die Vergleichssituation aus Deutschland bekannt ist, wird die Begutachtungssituation in Spanien als unvergleichlich viel freundlicher und offener geschildert. Sowohl in der häuslichen Pflege, als auch in den Pflegeheimen, werden die Gutachter und ihre Informationen mit Interesse und Dankbarkeit aufgenommen.

Die pflegerische Versorgung im häuslichen Bereich erfolgt in der Regel durch Familienangehörige. Sind keine Angehörigen zur Pflege bereit oder verfügbar, so wird mit dem Pflegegeld aus Deutschland in zunehmendem Maße auch die pflegerische Dienstleistung von ambulanten Diensten hinzugekauft. In den Touristenzentren der Inseln und auf dem Festland bieten ambulante Pflegedienste aus Deutschland und den Niederlanden Pflege und hauswirtschaftliche Unterstützung an. Versorgungsverträge zwischen diesen Diensten und einer deutschen Pflegekasse gibt es nicht; ebenso wenig wie es einen Versorgungsvertrag mit einem der in Spanien unter deutscher Trägerschaft stehenden stationären Pflegeeinrichtungen gibt.²³

Die Aufgaben der Gutachter in den Ländern Griechenland, Italien, Portugal und Spanien sind im SGB XI und in den Begutachtungsrichtlinien vorgezeichnet. Darüber hinaus werden die Gutachter aus den dargestellten Gründen in vielfältiger Weise von den Antragstellern und deren Angehörigen um Rat und Auskunft gefragt. Viele Deutschen, die bereits vor Jahren nach Spanien gezogen sind, haben ein großes Wissensdefizit über die Leistungen des deutschen Gesundheitssystems. Die Kenntnis des spanischen Sozialsystems und dessen Leistungen bei Krankheit, Alter, Pflegebedürftigkeit und Armut ist meist nicht ausgeprägter. Verbindliche Antworten zu den Fragen der Pflege- und Krankenversicherung, v.a. nach der zu erwartenden Pflegestufe kann und darf der Gutachter beim Hausbesuch nicht erteilen. Für diese Fragen ist die Pflegekasse des Versicherten die einzig richtige Anlaufstelle.

5.6 Zahlen aus der Pflegebegutachtung im Ausland

Seit Beginn der Auslandsbegutachtungen bis zum 31.12.2002 sind insgesamt 5.010 Pflegebegutachtungen von Antragstellern in EWR-Staaten durchgeführt worden (s. Tabelle 1)

²³ Stand Juli 2003

Allein 40 Prozent der Antragsteller leben in Spanien, ein Ergebnis dass angesichts der Beliebtheit Mallorcas als Alterssitz vieler Deutscher und als Herkunftsland vieler Arbeitsmigranten nicht verwundert. Neben Pflegebegutachtungen in Spanien werden vor allem Pflegebegutachtungen bei Antragstellern durchgeführt, die ihren Wohnsitz in Österreich (einschl. Liechtenstein) haben (16.v.H.). Darüber hinaus spielen noch Frankreich, Griechenland, Italien, Belgien und die Niederlande eine statistisch gesehen relevante Rolle mit Anteilen zwischen 5 und 9 v.H. aller Auslandsbegutachtungen. Es handelt sich bei diesen Ländern entweder um Länder mit gemeinsamer Grenze zu Deutschland (hoher Pendleranteil) oder um Länder, aus denen viele Arbeitsmigranten nach Deutschland kamen, die später wieder in ihre Heimat zurückgekehrt sind.

Tabelle 1

Durchgeführte Begutachtungen im EWR-Ausland 1999-2002

EWR-Länder	1999	2000	2001	2002	Gesamt	
					Anzahl	in v.H.
Spanien	543	411	567	507	2.028	40,5
Österreich/Liechtenstein	171	130	197	306	804	16,0
Frankreich	145	87	81	132	445	8,9
Griechenland	56	108	143	128	435	8,7
Italien	115	102	110	96	423	8,4
Belgien	180	68	46	47	341	6,8
Niederlande	102	50	47	52	251	5,0
Portugal	34	32	39	44	149	3,0
Großbritannien	10	10	17	4	41	0,8
Schweden	10	0	12	3	25	0,5
Luxemburg	9	4	3	6	22	0,4
Irland	9	8	3	1	21	0,4
Dänemark	4	0	5	7	16	0,3
Schweiz	-	-	-	4	4	0,1
Finnland	1	1	1	0	3	0,1
Island	0	0	1	0	1	0,0
Norwegen	0	0	1	0	1	0,0
Gesamt	1.389	1.011	1.273	1.337	5.010	100,0

Bei diesen Begutachtungen handelt es sich überwiegend um Erstbegutachtungen, erst ab dem Jahr 2001 sind in nennenswerter Größenordnung Höherstufungs-/Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen zu verzeichnen. Die Mehrzahl der Antragsteller sind Deutsche, die ihren Wohnsitz bzw. dauerhaften Aufenthalt in eines dieser Länder verlegt haben. Allerdings sind unter den Versicherten auch ehemalige Arbeitsmigranten (vorwiegend in Griechenland, Italien, Portugal und Spanien), die wieder in ihre Heimatländer zurückgekehrt sind und einen Anspruch auf Pflegegeldleistungen aus dem deutschen Pfl-

geversicherungs-Gesetz erworben haben. Aus der Statistik geht die Staatsangehörigkeit der Antragsteller nicht hervor.

Die Struktur der durchgeführten Pflegebegutachtungen nach der Begutachtungsart hat sich mittlerweile auf dem gleichen Niveau eingependelt wie die von Inlandsbegutachtungen. Tabelle 2 zeigt diese Verteilung der Begutachtungsarten. Nach einem Begutachtungszeitraum von etwa 4 Jahren liegt der Anteil der Erstbegutachtungen im Jahr 2002 bei rund 60 v.H., der Anteil der Wiederholungsbegutachtungen bei etwa 34 v. H. und der Anteil von Widerspruchsbegutachtungen bei knapp 6 v. H. Im Vergleich mit den Inlandsbegutachtungen fällt auf, dass der Anteil von Erstgutachten im europäischen Ausland um 9 v.H. höher liegt als im Inland. Der Grund dafür ist die kurze Zeit der Begutachtungstätigkeit und Leistungsgewährung in diesen Ländern, so dass der Zeitraum von 4 Jahren noch nicht ausreicht um in vergleichbarem Umfang zum Inland Wiederholungsgutachten zu erstellen.

Durchgeführte Begutachtungen nach Begutachtungsart in v.H. 2002

	durchgeführte Begutachtungen Anzahl	davon in v.H.		
		Erstbe- gutachtung	Höherstufungs-/Wieder- holungsbegutachtungen	Wider- sprüche
EWR-Begutachtungen	1.337	60,5	33,7	5,8
MDK-Begutachtungen gesamt	1.280.718	51,6	42,6	5,7

Den rund 1.300 Pflegegutachten im Ausland stehen im Jahr 2002 fast 1,3 Millionen Pflegegutachten des MDK im Inland gegenüber. Die Zahl der Pflegebedürftigen im Ausland werden sich in den nächsten Jahren wahrscheinlich deutlich erhöhen, da viele Deutschen ihren (Vor-)Ruhestand im Ausland verbringen wollen und dort die Phase der Hochaltrigkeit und damit die der Pflegebedürftigkeit durchleben werden. Dies trifft insbesondere für Spanien zu.

Nach einer Schätzung der Deutschen Botschaft in Madrid aus dem Jahr 2000, die auf einer Befragung der deutschen Konsulate in Spanien beruht, ist davon auszugehen, dass ca. 620.000 Deutsche in Spanien leben (siehe Tabelle 3). Davon befinden sich zwei Drittel bereits im Rentenalter. Allerdings sind diese Rentner erst zu einem sehr geringen Anteil pflegebedürftig. Geht man von den Erfahrungszahlen im Inland aus, wonach bei zwischen 5 und 8 v. H. der über 65-Jährigen mit Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist, dann würde das für

Tabelle 3:
Deutsche Einwohner in Spanien 2000

Region	Deutsche Einwohner
Mallorca	60.000
Gran Canaria	60.000
Teneriffa	60.000
Region Barcelona	130.000
Region Andalusien	100.000
Region Alicante	160 bis 200.000

Quelle: Deutsche Botschaft, Madrid

Spanien bedeuten, dass in den nächsten Jahren unter den in Spanien lebenden Deutschen ungefähr 30.000 Pflegebedürftige zu erwarten sind. Dabei sind diejenigen nicht berücksichtigt, die im Falle eintretender Pflegebedürftigkeit wieder nach Deutschland zurückkehren wollen. Auf Grund von Beobachtungen der Gutachter, sind ein Teil von schätzungsweise 5-10 v.H. der Pflegebedürftigen bereits in Deutschland pflegebedürftig gewesen und sind von den in Spanien lebenden Kindern in die südliche Sonne geholt worden.

Tabelle 4 zeigt die Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen im Ausland 2002 und stellt sie den entsprechenden Ergebnissen von Inlandsbegutachtungen gegenüber.

Tabelle 4
Begutachtungsempfehlungen bei
Erstbegutachtungen im Inland und EWR-Ausland in v.H. 2002

Pflegestufenempfehlung	EWR-Ausland	Alle MDK-Erstbegutachtungen
Nicht pflegebedürftig	29,5	27,1
Pflegestufe I	46,8	40,2
Pflegestufe II	19,4	23,3
Pflegestufe III	4,3	9,4

Bei einem knappen Drittel der Auslandsbegutachteten wurde keine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Fast jeder zweite Antragsteller erhielt die Empfehlung Pflegestufe I. Ein weiteres Fünftel die Empfehlung Pflegestufe II und in gut 4 v.H. der Fälle haben die Gutachter Pflegestufe III empfohlen. Damit wird im Ausland etwas weniger häufig Pflegebedürftigkeit festgestellt. Darüber hinaus ist das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit unter den Auslandsbegutachtungen weniger schwer als im Vergleich zu allen Erstbegutachteten. Insbesondere der Anteil von Pflegebedürftigen mit Empfehlung Pflegestufe III liegt mit 4,3 v.H. um mehr als die Hälfte niedriger als bei allen Erstbegutachteten.

6 Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Der Pflegebericht 1998 des Medizinischen Dienstes widmete sich im Schwerpunktthema "Die Berücksichtigung von demenziell Erkrankten in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit" der eingehenden Untersuchung eines Bereiches der Pflegeversicherung, der von Beginn an in der Diskussion stand. Anlass der Analyse war die schon bei der Anhörung zum Pflegeversicherungs-Gesetz geäußerte Kritik von Fachgesellschaften wie auch von Betroffenen, dass ein wesentlicher Bereich des Hilfebedarfs von demenziell Erkrankten im Hilfebedarfsspektrum des SGB XI nicht (ausreichend) berücksichtigt wurde. Die Kritik bezog sich dabei auf den Pflegebedürftigkeitsbegriff des Pflegeversicherungs-Gesetzes, der den für demenziell Erkrankte typischen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf nicht berücksichtigt. Über den Personenkreis der „Dementen“ hinaus weisen auch Menschen mit geistigen Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen diesen allgemeinen Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf auf, der über die in § 14 SGB XI abschließend genannten Verrichtungen mit Hilfebedarf hinausgeht. Beide Gruppen wurden im Pflegebericht 1998 unter dem Begriff „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ zusammengefasst (im folgenden PEA genannt).

Mit dieser Untersuchung leistete der Medizinische Dienst einen wesentlichen Beitrag in der Diskussion um die Weiterentwicklung des Pflegeversicherungs-Gesetzes, die letztlich im Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz mündete. Seit dem 1. Januar 2002 können Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden und deren Alltagskompetenz erheblich eingeschränkt ist, zusätzliche Betreuungsleistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen. Die Pflegekassen erstatten diesen Pflegebedürftigen Aufwendungen bis zu 460 € je Kalenderjahr, wenn sie eine der folgenden Leistungen in Anspruch genommen haben:

- Tages- oder Nachtpflege,
- Kurzzeitpflege,
- Leistungen von zugelassenen Pflegediensten, sofern es sich um besondere Angebote der allgemeinen Anleitung und Betreuung und nicht um Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung handelt, oder
- nach Landesrecht anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote, die nach § 45c SGB XI gefördert oder förderungsfähig sind.

Weiterhin sieht das Gesetz den Ausbau der Versorgungsstruktur und die Weiterentwicklung von Versorgungskonzepten insbesondere für demenzkranke Pflegebedürftige vor.

Der Medizinische Dienst prüft in der Pflegebegutachtung, ob eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vorliegt. In Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen hat der Medizinische Dienst ein Verfahren entwickelt, das den Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz innerhalb der Begutachtung nach SGB XI identifiziert. Dieses Begutachtungsverfahren umfasst zwei Teile:

- das Screening (Filter) und
- das Assessment (Feststellung).

Das Screening hat eine Filterfunktion inne. Anhand von Auffälligkeiten bei den Items:

- Orientierung,
- Antrieb/Beschäftigung,
- Stimmung,
- Gedächtnis,
- Tag-Nacht-Rhythmus,
- Wahrnehmung und Denken,
- Kommunikation,
- Sprache,
- situatives Anpassen,
- soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen,

soll herausgefunden werden, ob daraus ein regelmäßiger und auf Dauer angelegter allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert. Diese Item-Liste ist nur dann anzuwenden, wenn es sich bei dem begutachteten Versicherten um eine Person handelt, die an einer demenzbedingten Fähigkeitsstörung, an einer geistigen Behinderung oder an einer psychischen Erkrankung leidet. Bei positivem Screening, d.h. wenn Auffälligkeiten vorliegen, wird anschließend das Assessment durchgeführt. Mit dem Assessment wird festgestellt, ob dieser allgemeine Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf so hoch ist, dass damit eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz verbunden ist. Dazu werden u.a. krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen sowie Störungen des Affekts und des Verhaltens beurteilt. Im Einzelnen wird erhoben, ob folgende Merkmale vorliegen:

1. unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs (Weglauftendenz),
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen,
3. unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen,
4. tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation,
5. im situativen Kontext inadäquates Verhalten,

6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen,
7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung,
8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigung des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben,
9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus,
10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren,
11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen,
12. ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten,
13. zeitlich überwiegende Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression.

Diese einzelnen Items werden vom Gutachter dann mit „ja“ dokumentiert, wenn daraus

- ein allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf,
- auf Dauer (voraussichtlich mindestens sechs Monate) und
- regelmäßig besteht.

Die gutachterliche Empfehlung „die Alltagskompetenz ist erheblich eingeschränkt“ wird in den Fällen ausgesprochen, in denen bei wenigstens zwei Items, davon mindestens einmal bei einem der Items 1 bis 9, dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen festgestellt werden.

6.1 Anzahl und demografische Struktur von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Im Rahmen einer freiwilligen Berichterstattung führten die MDK schon unterjährig 2002 eine Datenerhebung über die Zahl der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zusammen. Seit dem IV. Quartal 2002 erfolgt die Berichterstattung im Rahmen der Pflegestatistik-Richtlinie. Danach handelt es sich bei 27,5 v.H. aller erstbegutachteten Antragsteller auf ambulante Leistungen mit der Empfehlung „pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ um Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Dabei nimmt mit zunehmender Pflegestufe auch der Anteil der Pflegebedürftigen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu. In Pflegestufe I beträgt die PEA-Quote 23,7 v.H., in Pflegestufe II 37,8 v.H. und in Pflegestufe III 52,3 v.H. Hochgerechnet auf ein Berichtsjahr werden jährlich zwischen 80.000 und 90.000 Versicherte erstmals begutachtet, die pflegebedürftig im

Sinne des SGB XI sind und die zusätzlich Anspruch auf Leistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz haben²⁴.

Bei Erstantragstellern, die nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, wird in der Regel kein Assessment durchgeführt. Insofern liegen keine Daten darüber vor, wie hoch die PEA-Quote unter den Nicht-Pflegebedürftigen nach SGB XI ist. Aus den Erfahrungen der Gutachter scheint sich dieser Anteil in einer Größenordnung von etwa 5 v.H. zu bewegen. Demnach liegt bei etwa 10.000 Versicherten pro Jahr aus sozialmedizinischer Sicht eine erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz vor. Dieser Personenkreis kann allerdings leistungsrechtlich nicht berücksichtigt werden, da keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt.

Aus der Epidemiologie ist bekannt, dass die Prävalenz der Demenz mit höherem Alter stark ansteigt²⁵. So liegt der Anteil der Dementen in der Altersgruppe der 70 bis 74-Jährigen bei „nur“ unter 5 v.H. und steigt bis auf etwa 25 v.H. in der Altersgruppe der 85 bis 89-Jährigen an. Diese Altersabhängigkeit trifft auch für Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz zu, allerdings tritt sie nicht erst signifikant in den höheren Altersjahrgängen auf. So liegt der Anteil von PEA bei den unter 70-Jährigen bei etwa 20 v.H. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Definition von PEA nicht ausschließlich auf demenzielle Personen ausgerichtet ist, sondern auch auf solche, bei denen aufgrund einer geistigen Behinderung und/oder einer psychischen Erkrankung ein erheblicher allgemeiner Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf besteht.

6.2 Merkmale, die zur Einschränkung der Alltagskompetenz führen

In Tabelle 1 sind die Merkmale verzeichnet, bei denen dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen zur Einschränkung der Alltagskompetenz führen und die im PEA-Assessment erhoben werden.

Danach können, unabhängig von der Pflegestufe, fast alle Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (etwa 90 v.H.) ihren Tagesablauf nicht mehr eigenständig planen und strukturieren und haben darüber hinaus Probleme bei der Bewältigung von

²⁴ Im Rahmen einer Übergangslösung wurde in Zusammenarbeit mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen ein Verfahren für die ersten 3 Quartale des Jahres 2002 entwickelt, das Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im Bestand von Leistungsempfängern identifiziert. Zusammen mit den oben beschriebenen Ergebnissen bei Erstbegutachtungen wurden im Jahr 2002 220.000 PEA begutachtet.

²⁵ Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland, S 210.

sozialen Alltagsleistungen auf Grund einer Störung der höheren Hirnfunktionen.

Zudem sind viele Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz nicht mehr in der Lage, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen. Ihr Anteil steigt mit zunehmender Pflegestufe von knapp 40 v.H. in Stufe I auf knapp 70 v.H. in Pflegestufe III.

Die anderen 10 Erhebungsmerkmale des Assessments treten in Pflegestufe I jeweils bei 8 bis 30 v.H. der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf. Ihr Anteil entwickelt sich mit zunehmender Pflegestufe unterschiedlich: Manche Merkmale treten mit zunehmender Pflegestufe häufiger auf als in Stufe I, andere dagegen kommen mit zunehmender Pflegestufe weniger häufig vor, wieder andere sind in den Pflegestufen mit gleichbleibenden Anteilen vertreten. Es steigt insbesondere der Anteil der Personen, die einen gestörten Tag-/Nacht-Rhythmus haben von gut einem Fünftel in Pflegestufe I auf gut die Hälfte in Pflegestufe III. Es sinkt der Anteil derer, die den Wohnbereich unkontrolliert verlassen, die unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen etc. umgehen und/oder die gefährdende Situationen verkennen oder verursachen. Gerade die sinkende Anteile einiger Merkmale erscheinen erklärungsbedürftig, da nicht davon auszugehen ist, dass diese Entwicklung auf einer „Verbesserung“ beruht. Es ist vielmehr so, dass mit zunehmender Pflegebedürftigkeit häufig auch eine zunehmende Immobilität der Pflegebedürftigen einhergeht, die z.B. das unkontrollierte Verlassen der Wohnung unmöglich macht oder die den Pflegebedürftigen nicht oder kaum noch mit gefährlichen Gegenständen in Berührung kommen lässt oder in gefährdende Situationen bringt.

Tabelle 1

Dauerhafte und regelmäßige Schädigungen und Fähigkeitsstörungen
in v.H. der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz

Erhebungsmerkmale im PEA-Assessment	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches	15,4	14,8	6,7
Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen	29,9	29,4	20,5
Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen	30,1	23,5	14,0
Tätlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation	16,3	17,5	16,7
Im situativen Kontext inadäquates Verhalten	24,2	28,9	30,5
Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen	37,7	52,5	67,1
Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung	8,5	10,4	13,6

Erhebungsmerkmale im PEA-Assessment	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Störungen der höheren Hirnfunktionen, die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben	88,5	89,9	89,4
Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus	22,8	35,1	52,6
Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren	86,8	90,4	92,6
Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen	28,0	30,7	28,9
Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten	10,2	11,8	12,6
Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzögertheit, Hilflosigkeit oder Hoffungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression	8,2	8,8	9,4

Mehrfachangaben

In der Einzelbetrachtung des Vorkommens der 13 Items des Assessments, verteilt auf die Pflegestufen I, II und III, fallen folgende Sachverhalte auf.

Weniger als die Hälfte der in Pflegestufe I und II dokumentierten Pflegebedürftigen sind in der Pflegestufe III noch mit dem Symptom „Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereichs“ zu registrieren. Diese Verteilung der Auffälligkeiten korrespondiert mit dem Verlauf der

demenziellen Erkrankung. Der Pflegebedürftige ist in den Pflegestufen 0 bis 2 noch mobil und agitiert. Mit der Dauer der Krankheit kommt es zu Einschränkungen in der Mobilität dieser Betroffenen. Das erklärt auch die statistische Abnahme der bei zunehmender Pflegestufe im Item „Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen“ und der „unsachgemäße Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potentiell gefährdenden Substanzen“: der Pflegebedürftige kommt mit dem Fortschreiten seiner Krankheit weniger in Kontakt mit diesen Situationen. In den niedrigeren Pflegestufen ist daher eine höhere Verteilung dieser Items dokumentiert als in Pflegestufe III.

Die „Unfähigkeit die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle und Bedürfnisse wahrzunehmen.“ Mit Zunahme der Pflegestufe nimmt auch die Symptomatik dieses Items zu. Am meisten ausgeprägt ist die Symptomatik der Störung der höheren Hirnfunktion die zu Problemen bei der Bewältigung der sozialen Alltagsleistung geführt haben sowie die Unfähigkeit eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren. Diesen Symptomen liegen hirnorganische Schädigungen zugrunde, die es dem Betroffenen bereits in einem frühen Stadium seiner Erkrankung in hohem Ausmaß und mit zunehmender Pflegestufe auch immer mehr unmöglich machen, Tätigkeiten, die abstrakteres und planerisches Denken voraussetzen im Alltag umzusetzen.

Die deutliche Zunahme in Pflegestufe III beim Item „Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus“ bedeutet keinen Widerspruch zur Verteilung in Item 1, weil das „Sun-Downing“ im Verlauf der Erkrankung zunimmt und auch bei nahezu immobilen Patienten auftritt.

7 Literaturverzeichnis

BMGS: PGS

Deutscher Bundestag; BT Drucksache 12/5262

EuGH AZ C160/96

EuGH: E1992, S 3462 (Paletta)

Leistner K, Lürken L, Wagner A (1999) Pflegebedürftigkeit chronisch Kranker. In: Arnold, Litsch, Schwartz (Hrsg.): Krankenhaus-Report 1999

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS): Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 1998, S 42ff

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002) (Hrsg.) Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches

Neumann-Duesberg R (1999) Defizite, Problem und Perspektiven bei der Umsetzung des Europäischen koordinierten Sozialrechts-Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72, Leistungen bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit. In: Bernd Schulte, Klaus Barwick (Hrsg.): Freizügigkeit und soziales Sicherheit, Baden-Baden, S 89–100

Peters-Lange S (1996) Export des Pflegegeldes nach § 37 SGB XI in andere Mitgliedstaaten der EU? In: ZfSH/SGB, S 624–626

Schulin B (1995) Die soziale Pflegeversicherung (SGB XI). In: Schriftenreihe des Deutschen Anwaltsinstituts (DAI) zum Sozialrecht, S 73–97

Spiethoff J (1999) Die Exportpflicht des Pflegegeldes. In: Die BKK 3/99, S 136ff

Statistisches Bundesamt (1998) Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden

Wagner A (2002) Einfluss von Pflegebiographie und demographischem Wandel auf die Entwicklung der sozialen Pflegeversicherung. In: Die Krankenversicherung, 54. Jg., S 332–336

Zuleeg M (2000) Europarechtliche Probleme der gesetzlichen Pflegeversicherung. In: I. Ibsen (Hrsg.): Europarechtliche Gestaltungsvorgaben für das deutsche Sozialrecht. Baden-Baden 2000, S 103–118