

**Pflegebericht 2005**

**Pflegebericht des Medizinischen Dienstes  
2005**

**Alexander Wagner / Uwe Brucker**

**Januar 2007**

**Herausgeber:**

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)  
Lützowstraße 53  
45141 Essen  
Telefon: 0201 8327-155  
Fax: 0201 8327-100  
E-Mail: A.Wagner@mds-ev.de  
Internet: <http://www.mds-ev.org>

**Inhaltsverzeichnis:**

1. Einleitung .....	3
2. Das Begutachtungsgeschehen im Jahre 2005 .....	5
2.1 Durchgeführte Begutachtungen .....	5
2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen .....	7
2.3 Ergebnisse der Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen .....	9
2.4 Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen .....	11
2.5 Wer führt die Begutachtungen durch? .....	12
3. Pflegestufe I .....	14
3.1 Bestandsaufnahme .....	14
3.2 Modellrechnung zur zahlenmäßigen Entwicklung von Pflegebedürftigen.....	17
3.3 Diskussion .....	20
4. Lauf- und Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten in den Medizinischen Diensten.....	23
5. Literatur .....	34

## 1. Einleitung

Die Pflegeberichte des Medizinischen Dienstes informieren über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) für die Pflegeversicherung sowie über die medizinische, pflegerische und soziale Situation der Antragsteller und der Pflegebedürftigen. Grundlage hierfür ist die sogenannte Statistik-Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI. Darin wird der Informationstransfer des Auftrags- und Begutachtungsgeschehens aller MDK geregelt.

In Kapitel 1 wird das Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste beleuchtet. Es wird gezeigt, dass sich das jährliche Begutachtungsvolumen von rund 1,3 Millionen nach wie vor auf hohem Niveau bewegt.

Diese Zahl wird oftmals herangezogen, um die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung zu beschreiben. Das ist insofern korrekt, als die einzelfallbezogene Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit das Kerngeschäft der MDK in der Pflegeversicherung darstellt. Diese Aktivitäten decken freilich nicht das gesamte Spektrum ab. Neben diesen Begutachtungen wurden die MDK im Jahr 2005 in rund 170.000 Fällen mit weiteren gutachterlichen Stellungnahmen im Einzelfall beauftragt. Die beiden wichtigsten Fragestellungen betreffen die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (§ 40 Abs. 1 bis 3 SGB XI) und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (§ 40 Abs. 4 SGB XI).

In Kapitel 2 wird der Frage nachgegangen, weshalb im Bestand der Leistungsempfänger Pflegebedürftige der Pflegestufe I seit Jahren zunehmen. Die Antwort mag überraschend sein.

In den meisten Fällen erfolgt der Eintritt in die Pflegebedürftigkeit mit einem der Pflegestufe I entsprechenden Hilfebedarf. Da viele Pflegebedürftige an chronischen, stark progredient verlaufenden Krankheiten leiden, nimmt der Hilfebedarf im Zeitverlauf zu. In Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen wird deshalb oftmals eine im Vergleich zum Vorgutachten höhere Pflegestufe gutachterlicherseits festgestellt. Für diesen Prozess hat sich in der Zwischenzeit der Begriff der Pflegebiografie herauskristallisiert. Daneben gibt es jedoch auch Pflegebedürftige der Stufe I, deren Hilfebedarf im Zeitverlauf lange konstant bleibt. Diese Pflegebedürftige leiden bspw. an den Folgen eines Schlaganfalles mit vergleichsweise geringen Auswirkungen auf die Handlungskompetenz. Diese Versicherten verbleiben über einen längeren Zeitraum in der Pflegestufe I, was eine Kumulation im Leistungsempfängerbe-

stand nach sich zieht. „Neue“ Pflegebedürftige der Stufe I treffen dann jährlich auf einen wachsenden Bestand, was eine stetige Erhöhung der Leistungsempfänger der Pflegestufe I zur Folge hat.

In Kapitel 3 werden die Anstrengungen der MDK-Gemeinschaft zur Verringerung der Laufzeiten nachgezeichnet. Unter Laufzeit wird der Zeitraum zwischen Auftragseingang und Auftragsausgang (Versand des Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse) beim MDK verstanden. Die Ausführungen zeigen, dass diese Zeitspanne in den letzten Jahren mittels verschiedener Instrumente erheblich verringert werden konnte.

## 2. Das Begutachtungsgeschehen im Jahre 2005

### 2.1 Durchgeführte Begutachtungen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit vorliegen. Im Verfahrensablauf stellt der Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei seiner Pflegekasse, die diesen an ein Beratungs- und Begutachtungszentrum in Wohnortnähe des Versicherten weiterleitet. Der zuständige Gutachter setzt sich daraufhin mit dem Versicherten zwecks Terminvereinbarung zur Begutachtung in Verbindung.

Im Jahre 2005 führten die MDK 1,3 Millionen Begutachtungen durch. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet dies eine Zunahme um 3,6 Prozent (siehe Tabelle 1). Dieser Zuwachs ist ausschließlich auf die Zunahme von Antragstellern auf ambulante Leistungen zurückzuführen, solche auf vollstationäre Leistungen nahmen geringfügig ab. Die Zahl von Antragstellern auf Leistungen der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) blieb im Vergleich zum Vorjahr fast konstant<sup>1</sup>.

**Tabelle 1**

**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen für die Pflegeversicherung 2004 und 2005**

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		ambulant	vollstationär	§ 43a SGB XI	ambulant	vollstationär	§ 43a SGB XI
2004	1.269.902	947.010	314.534	8.358	74,6	24,8	0,7
2005	1.315.099	996.234	310.419	8.446	75,8	23,6	0,6

Trotz dieser Veränderungen gilt nach wie vor die Faustformel, dass  $\frac{3}{4}$  aller Antragsteller ambulante und  $\frac{1}{4}$  vollstationäre Leistungen wünschen.

<sup>1</sup> Wegen des quantitativ geringen Aufkommens wird dieser Leistungszweig hier nicht weiter berücksichtigt.

Die Begutachtungen lassen sich hinsichtlich ihrer formal-rechtlichen Bedeutung in drei Arten unterscheiden:

1. Erstbegutachtungen
2. Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen und
3. Widerspruchsbegutachtungen.

Um eine **Erstbegutachtung** handelt es sich immer dann, wenn der antragstellende Versicherte noch keine Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz bezieht.

**Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen** (nachfolgend auch Folgebegutachtungen genannt) werden bei Versicherten durchgeführt, die schon als pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes anerkannt sind und deshalb schon Leistungen erhalten. Vermutet der Versicherte im Vergleich zu der vorangegangenen Begutachtung eine Zunahme seines Hilfebedarfs und stellt deshalb einen erneuten Antrag bei seiner Pflegekasse, handelt es sich um eine Höherstufungsbegutachtung. Wiederholungsbegutachtungen werden dagegen in der Regel ohne Antrag des Versicherten von der Pflegekasse beim MDK in Auftrag gegeben. Dabei wird sich die Pflegekasse in den meisten Fällen an der entsprechenden gutachterlichen Empfehlung im Vorgutachten orientieren.

Eine **Widerspruchsbegutachtung** liegt dann vor, wenn der Versicherte Widerspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse eingelegt hat.

Bei über 50 Prozent aller Begutachtungen handelt es sich um Erstbegutachtungen (siehe Tabelle 2). Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen folgen anteilig mit 40 Prozent. Knapp 7 Prozent sind Widerspruchsgutachten.

Zwischen den Leistungsbereichen ambulant und vollstationär finden sich deutliche Unterschiede. So liegt der Anteil von Erstantragstellern unter allen Begutachtungen im ambulanten Bereich mit 56 Prozent deutlich über dem im vollstationären Sektor mit 37 Prozent. Demgegenüber weist der vollstationäre Bereich einen Anteil von Folgebegutachtungen von über 50 Prozent auf.

Der vergleichsweise hohe Anteil von Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen bei stationär versorgten Pflegebedürftigen ist vor allem in ihrem durchschnittlich höheren Alter und ihrer spezifischen Pflegesituation begründet. Viele dieser Menschen sind hochbetagt und leiden an chronischen Krankheiten, bei denen der Hilfebedarf im Zeitverlauf sehr schnell zunimmt. Nicht vergessen werden darf dabei aber auch, dass das gut ausgebildete Personal

in Alten- und Pflegeheimen eher eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs erkennt, als die (Laien-) Pflegeperson(en) zu Hause. Vor diesem Hintergrund ist es bemerkenswert, dass die Widerspruchsquote im stationären Umfeld halb so hoch wie im ambulanten Bereich liegt. Dies spricht für die Qualität und die Akzeptanz der gutachterlichen Tätigkeit der Medizinischen Dienste.

**Tabelle 2**

**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen nach Gutachtenart 2004 und 2005**

<b>Antragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen</b>				
<b>Jahr</b>	<b>Durchgeführte Begutachtungen</b>	<b>davon in v.H.</b>		
		<b>Erstbegutachtungen</b>	<b>Höherstufungs-/Wiederholungs-begutachtungen</b>	<b>Wider-sprüche</b>
		2004	1.261.544	51,6
2005	1.306.653	51,6	41,6	6,8

<b>Antragsteller auf ambulante Leistungen</b>				
<b>Jahr</b>	<b>Durchgeführte Begutachtungen</b>	<b>davon in v.H.</b>		
		<b>Erstbegutachtungen</b>	<b>Höherstufungs-/Wiederholungs-begutachtungen</b>	<b>Wider-sprüche</b>
		2004	947.010	55,9
2005	996.234	56,1	36,2	7,7

<b>Antragsteller auf vollstationäre Leistungen</b>				
<b>Jahr</b>	<b>Durchgeführte Begutachtungen</b>	<b>davon in v.H.</b>		
		<b>Erstbegutachtungen</b>	<b>Höherstufungs-/Wiederholungs-begutachtungen</b>	<b>Wider-sprüche</b>
		2004	314.534	38,8
2005	310.419	37,0	58,9	4,1

## **2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen**

Eine der Hauptaufgaben der gutachterlichen Tätigkeit liegt in der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung einer der drei Pflegestufen. Diese sogenannte Einstufung wird über die Art und das Ausmaß des Hilfebedarfs in den in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen in den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) und in der hauswirtschaftlichen Versorgung ermittelt. Liegt aus sozialmedizinischer Sicht Pflegebedürftigkeit vor, empfiehlt der Gutachter:

Pflegestufe I, „erheblich pflegebedürftig“  
 Pflegestufe II, „schwer pflegebedürftig“ oder  
 Pflegestufe III, „schwerst pflegebedürftig“.

Die Statistik der Pflegestufenempfehlung bei Erstantragstellern in Tabelle 3 informiert über die Inzidenz, d.h., wie viele Pflegebedürftige kommen innerhalb eines Jahres neu zum Bestand der Leistungsempfänger hinzu.

In knapp einem Drittel der Fälle lag aus sozialmedizinischer Sicht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor. In 47 Prozent empfahlen die Gutachter Pflegestufe I, in 19 Prozent Pflegestufe II und in 4,5 Prozent Pflegestufe III. Im Vergleich zum Vorjahr sind keine nennenswerten Veränderungen festzustellen.

**Tabelle 3**

**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen in v.H. nach Begutachtungsempfehlung 2004 und 2005**

Erstantragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2004	651.485	29,6	46,7	19,5	4,3
2005	674.101	29,3	47,1	19,1	4,5

Erstantragsteller auf ambulante Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2004	529.490	32,7	46,8	16,8	3,7
2005	559.307	32,2	47,4	16,4	4,0

Erstantragsteller auf vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2004	121.995	16,1	46,1	31,3	6,5
2005	114.794	15,3	45,3	32,2	7,2

Der Anteil von antragstellenden Personen, die „nicht pflegebedürftig“ im Sinne des Gesetzes sind, liegt im ambulanten Bereich mit 32 Prozent doppelt so hoch wie im vollstationären. Dafür sind mehrere Gründe anzuführen. Zur stationären Pflege in ein Alten- und Pflegeheim werden in der Regel nur noch solche Versicherten aufgenommen, die im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig sind. Zumeist erfolgt die Aufnahme nach vorherigem Krankenhausaufenthalt. Der Übergang erfolgt auf Grundlage von landesspezifischen Verträgen und Rah-



menempfehlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf der einen Seite und den zuständigen Landeskrankengesellschaften gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V. Bei diesem Personenkreis handelt es sich in der Mehrzahl um Versicherte, denen keine Pflegeperson zur Betreuung im häuslichen Umfeld zur Seite steht, oder dessen Pflegebedarf die Kapazitäten im häuslichen Umfeld übersteigt. In der Konsequenz liegt der Anteil von pflegebedürftigen Versicherten im stationären Bereich deutlich über dem in der häuslichen Pflege. Zudem ist ihr Hilfebedarf durchschnittlich höher, was sich in den höheren Anteilen der Pflegestufen II und III zeigt.

### **2.3 Ergebnisse der Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen**

In Erstbegutachtungen wird geprüft, ob der Antragsteller im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig ist und wenn ja, welche Pflegestufe vorliegt. Aus den Ergebnissen in der Begutachtungsstatistik kann damit der Neuzugang zum Bestand an pflegebedürftigen Menschen ermittelt werden. In Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen werden pflegebedürftige Menschen begutachtet, die schon Leistungen des Pflegeversicherungsgesetzes erhalten. Hier wird geprüft, ob die derzeitige Pflegestufe noch aktuell ist oder ob zwischenzeitlich eine wesentliche und leistungsrelevante Änderung des Hilfebedarfs eingetreten ist. Diese Begutachtungsart erfüllt damit zwei Funktionen. Zum einen werden die Leistungen der Pflegeversicherung an den veränderten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen angepasst. Zum Zweiten unterziehen die Pflegekassen das Leistungsgeschehen einer stetigen Überprüfung.

Wie in Kap 2.1. ausgeführt wurde, gehören Folgegutachten neben den Erstgutachten zum Kerngeschäft gutachterlicher Tätigkeit für die Pflegeversicherung. Rund ein Drittel aller Pflegebedürftigen werden innerhalb eines Jahres erneut begutachtet.

Die Ergebnisse der Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen in Tabelle 4 zeigen, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist. Der Hilfebedarf nimmt im Zeitverlauf in vielen Fällen in einem Maße zu, die eine leistungsrelevante Veränderung im Vergleich zum Vorgutachten notwendig macht. Bei Pflegebedürftigen, die zu Hause versorgt werden, haben die Gutachter in 47 bzw. in 37 Prozent bei ehemaliger Pflegestufe I bzw. Pflegestufe II die Empfehlung einer höheren Leistungsstufe abgegeben. Im stationären Bereich liegen diese Höherstufungsquoten noch höher. Dies verweist auf den schon oben genannten Sachverhalt, dass viele stationär versorgte Menschen hochbetagt sind und an chronischen und schnell voranschreitenden Krankheiten leiden, was eine raschere Zunahme der Hilfebedarfs zur Folge hat.

Diese Ausführungen treffen nicht für Wiederholungsbegutachtungen bei Pflegebedürftigen zu, die Leistungen der Pflegestufe III erhalten <sup>2</sup>. In 16 Prozent der Fälle im ambulanten und in 23 Prozent im stationären Bereich dokumentieren die Gutachter einen Hilfebedarf, der leistungrechtlich nicht mehr den Kriterien der Pflegestufe III entspricht. Dieses Ergebnis ruft oftmals Unverständnis hervor.

**Tabelle 4**

**Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung 2005**

<b>ambulant</b>			
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
Pflegestufe I	45,2	7,9	46,9
Pflegestufe II	52,9	10,2	36,9
Pflegestufe III	84,2	15,8	-

<b>vollstationär</b>			
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
Pflegestufe I	28,2	1,9	69,9
Pflegestufe II	40,2	4,1	55,7
Pflegestufe III	77,2	22,8	-

Der Sachverhalt ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass eine Pflegeperson für die vollständige Übernahme einer Verrichtung einen geringeren Zeitaufwand benötigt als für die Anleitung und Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen bei der eigenständigen Durchführung. Kann der Pflegebedürftige bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung und Unterstützung durch die Pflegeperson nicht mehr eigenständig durchführen, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen teilweise oder vollständig übernehmen. Dies führt häufig dazu, dass sich der Zeitaufwand für die Hilfeleistung verringert und deshalb in manchen Fällen eine niedrigere Pflegestufe empfohlen wird.

<sup>2</sup> Höherstufungsanträge von Pflegebedürftigen der Pflegestufe III sind die Ausnahme.

## 2.4 Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

Eine Widerspruchsbegutachtung wird in den Fällen durchgeführt, in denen der Antragsteller Widerspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse eingelegt hat. Die Pflegekasse legt in diesen Fällen dem Medizinischen Dienst den Widerspruch zur erneuten Bearbeitung vor.

Der Gutachter überprüft zunächst die seinerzeitigen Feststellungen dahingehend, ob alle Aspekte in dem ersten Gutachten berücksichtigt und richtig beurteilt worden sind. Im Weiteren wird die zwischenzeitliche Änderung der Pflegesituation geprüft und evtl. Änderungen werden dokumentiert. Dies führt gegebenenfalls zu einer Änderung der vorangegangene Empfehlung.

**Tabelle 5**

**Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung 2005**

<b>ambulant</b>			
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
Nicht pflegebedürftig	64,0	-	36,0
Pflegestufe I	60,9	2,4	36,7
Pflegestufe II	60,0	2,9	37,1

<b>vollstationär</b>			
<b>Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung</b>	<b>in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung</b>		
	<b>gleiche Pflegestufenempfehlung</b>	<b>niedrigere Pflegestufenempfehlung</b>	<b>höhere Pflegestufenempfehlung</b>
Nicht pflegebedürftig	45,0	-	55,0
Pflegestufe I	43,5	1,4	55,1
Pflegestufe II	52,7	2,5	44,8

Bei Widersprüchen mit beantragten ambulanten Leistungen bestätigen die MDK-Gutachter zu über 60 Prozent die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens. In 36 Prozent der Fälle wird eine leistungsrechtlich höhere Pflegestufe empfohlen. Im stationären Bereich liegt diese Anerkennungsquote um 10 bis 20 Prozentpunkte höher.

Dieses Ergebnis ähnelt dem der Höherstufungs- / Wiederholungsgutachten. Auch dort wird im stationären Bereich häufiger eine im Vergleich zum Vorgutachten höhere Pflegestufe empfohlen.

Diese Analogie macht auf einen Sachverhalt aufmerksam, vor dem die Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen interpretiert werden müssen. Zwischen Begutachtung des MDK, Leistungsbescheid der Pflegekasse, eingelegtem Widerspruch und Widerspruchsbegutachtung vergehen üblicherweise mehrere Wochen. In den Fällen in denen eine progredient verlaufende Krankheit oder ein akuter Krankheitsvorfall vorliegt, muss die vorangegangene Begutachtungsempfehlung aus rein sachlich sozialmedizinischen Gründen revidiert werden. Neben „echten Widersprüchen“ werden unter der Rubrik „Widerspruchsbegutachtungen“ damit auch solche Fallkonstellationen subsumiert, die eher der Sachlage einer Höherstufungsbegutachtung entsprechen.

## **2.5 Wer führt die Begutachtungen durch?**

Der Gesetzgeber sieht Ärzte und Pflegefachkräfte für die Begutachtungen von Antragstellern vor (§ 18 Abs. 6 SGB XI). Dies hat zu Beginn der Begutachtungstätigkeit 1994/1995 die Zahl und das Gefüge der Berufsgruppen von gutachterlich tätigen Mitarbeiter in den Medizinischen Diensten erheblich verändert. Vor der Pflegeversicherung waren nur wenige Pflegefachkräfte in den MDK beschäftigt. Zum Jahresende 2005 weist die Personalstatistik 1.273 Angehörige dieser Berufsgruppe aus, die fast ausschließlich Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung übernehmen<sup>3</sup>.

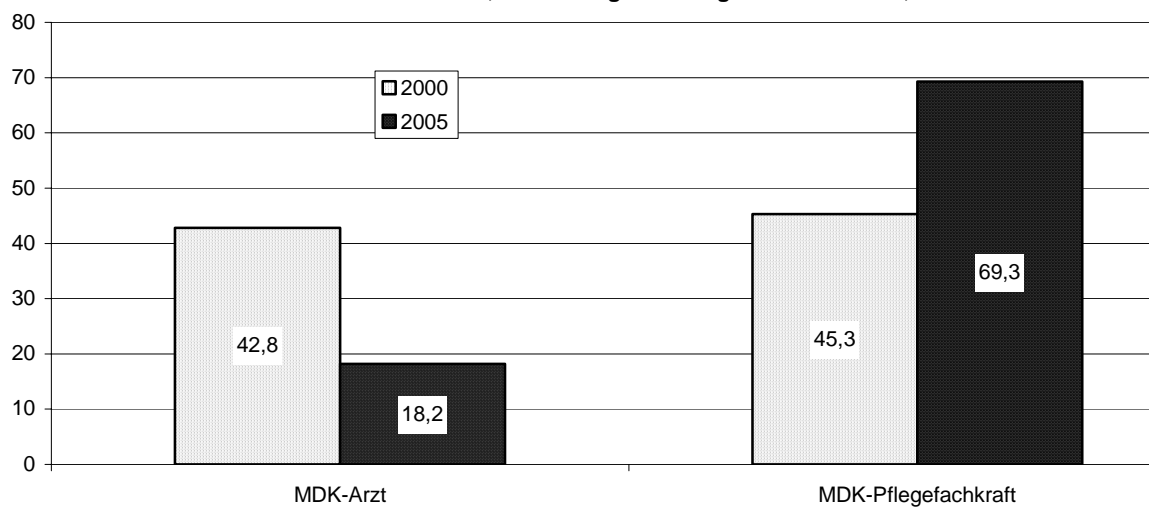
Anfangs führten mehrheitlich Ärzte die Begutachtung durch. Noch im Jahre 2000 betrug ihr Anteil an allen Einzelfallbegutachtungen 42,8 Prozent (siehe Abbildung 1<sup>4</sup>). 5 Jahre später hat sich dieses Verhältnis gewandelt. Mit fast 70 Prozent führten im Jahre 2005 mehrheitlich Pflegefachkräfte die Begutachtungen durch.

---

<sup>3</sup> Neben den Einzelfallbegutachtungen führen Pflegefachkräfte auch die Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen durch.

<sup>4</sup> Die prozentualen Anteile addieren sich in der Abbildung 1 nicht auf 100 Prozent, da externe Gutachter (ebenfalls Ärzte und Pflegefachkräfte) nicht berücksichtigt sind.

**Abbildung 1**  
**Profession der Gutachter, die die Begutachtungen durchführten, 2000 und 2005**

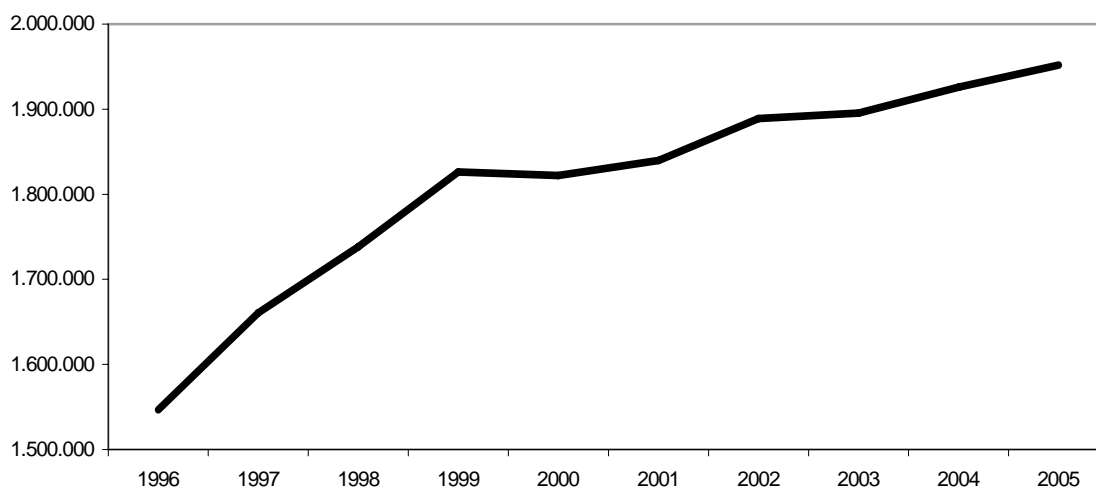


### 3. Pflegestufe I

#### 3.1 Bestandsaufnahme

Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben Pflegebedürftige, die zu Hause gepflegt werden, seit dem 01.04.1995. Pflegebedürftige in Alten- und Pflegeheimen haben diesen Anspruch seit dem 01.07.1996<sup>5</sup>. Am Jahresende 1996 standen 1,55 Millionen Versicherte im Leistungsbezug<sup>6</sup>. 10 Jahre später, am Jahresende 2005 war diese Zahl um 26 Prozent auf nunmehr 1,95 Millionen angewachsen (siehe Abbildung 1). Die jährlichen Steigerungen lassen dabei zwei Entwicklungsabschnitte erkennen. Bis zum Jahr 1999 zeigen sich überdurchschnittlich hohe Zuwachsraten, danach flachen die Steigerungsquoten ab<sup>7</sup>.

**Abbildung 1**  
Zahl der Pflegebedürftigen 1996- 2006



Diese Entwicklung entspricht in zweierlei Hinsicht den Erwartungen. Zum einen befindet sich die bundesrepublikanische Gesellschaft schon seit Jahren mitten im demographischen Wandel. Dessen wichtigster Faktor, die Zunahme der älteren Bevölkerung, hat direkten Einfluss

<sup>5</sup> Der Leistungsbereich „Pflegebedürftige in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen gemäß § 43 a SGB XI wird wegen des vergleichbar geringen Aufkommens hier ausgeklammert.

<sup>6</sup> Quellen: Alle statistische Angaben der Leistungsempfänger: Bundesministerium für Gesundheit: [http://www.bmg.bund.de/cln\\_040/nn\\_600126/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Pflege/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html\\_nnn=true](http://www.bmg.bund.de/cln_040/nn_600126/DE/Datenbanken-Statistiken/Statistiken-Pflege/In-Zahlen/in-zahlen-node,param=.html_nnn=true). Stand 30.10.2006.

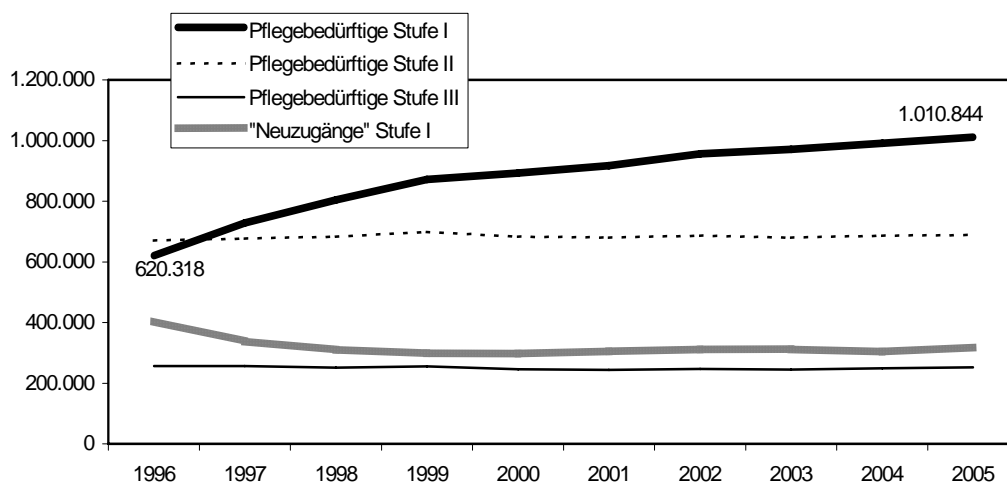
Quelle zur Bevölkerungsstatistik: Statistisches Bundesamt: <http://destatis.de/basis/d/bevoe/bevoetab5.php>. Stand 30.10.2006

<sup>7</sup> Der „Knick“ im Jahre 2000 resultiert aus einer Unterzählung der Leistungsempfänger wegen der EDV-Schwierigkeiten im Gefolge des Jahrtausendwechsels.

auf das Leistungsgeschehen, da bekanntermaßen insbesondere alte und hochbetagte Menschen besonders häufig von Pflegebedürftigkeit betroffen sind. Die Zahl der Pflegebedürftigen nimmt deshalb kontinuierlich zu. Zweitens musste in den Anfangsjahren von überdurchschnittlichen Zuwachsraten ausgegangen werden, die auf Einführungseffekte, wie z.B. zunehmender Bekanntheitsgrad der Pflegeversicherung und deren Voraussetzungen und Kriterien, zurückzuführen sind.

Leistungsrechtlich unterscheidet das SGB XI 3 Stufen von Pflegebedürftigkeit. Je nach Art und Ausmaß des Hilfebedarfs wird zwischen den Stufen I, II und III differenziert (siehe auch Kapitel 2.2). Verfolgt man die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit getrennt nach der „Schwere“ von Pflegebedürftigkeit (siehe Abbildung 2), dann zeigt sich, dass der Gesamtanstieg ausschließlich auf die Zunahme von Pflegebedürftigen der Stufe I zurückzuführen ist. Die Zahl von Menschen mit einem Hilfebedarf, der den Pflegestufen II und III entspricht, blieb dagegen nahezu konstant.

**Abbildung 2**  
Pflegebedürftigkeit nach Pflegestufen und "Neuzugänge" der Pflegestufe I 1996-2005



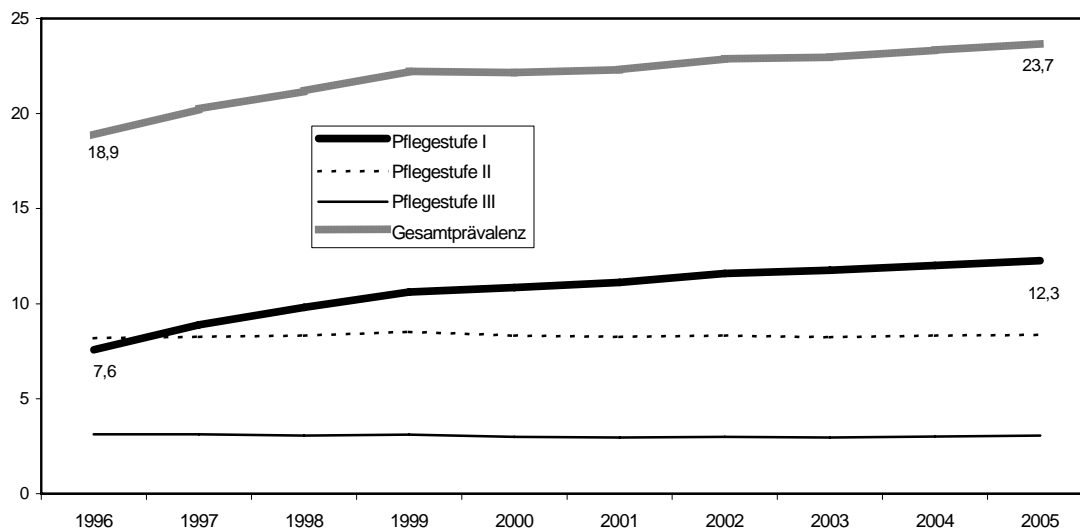
Dieses Ergebnis kann zur Hypothese führen, dass es sich bei der zunehmenden Zahl neuer Pflegebedürftigen vermehrt um „gesündere“ Versicherte handelt. Da sich die Zuwächse vornehmlich aus der alten und hochbetagten Bevölkerung rekrutieren, müssten diese Kohorten im Vergleich zu denen vormaliger Jahrgänge gesünder und „rüstiger“ sein.

Dass ein solches Urteil zumindest vorschnell ist, belegen die jährlichen „Neuzugänge“ von Pflegebedürftigen der Stufe I, die in Abbildung 2 ebenfalls eingetragen sind. Dabei handelt es sich um Versicherte, die innerhalb eines Jahres erstmals vom MDK als pflegebedürftig im

Sinnes des Gesetzes begutachtet worden sind. Ihr Verlauf zeigt, dass ihre Zahl – mit Ausnahme der Anfangsjahre – fast konstant geblieben ist. Die Zunahme von Pflegebedürftigen der Stufe I im Leistungsempfängerbestand lässt sich also nicht allein durch einen erhöhten Zugang von „neuen“ und „gesünderen“ Pflegebedürftigen erklären.

In einer sich wandelnden Bevölkerung können Diskussionen zum Ausmaß von Pflegebedürftigkeit auf Grundlage reiner Häufigkeiten trügerisch sein. Hier bietet sich die Berechnung der Prävalenz an. Darunter wird der Anteil von Pflegebedürftigen in von Tausend bezogen auf die Gesamtbevölkerung verstanden. In Abbildung 3 ist diese Kennziffer bezogen auf Pflegebedürftigkeit insgesamt und bezogen auf die drei Pflegestufen abgebildet.

**Abbildung 3**  
Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit in von Tausend 1996-2005



Die Statistik zeigt, dass Pflegebedürftigkeit zwischen 1996 und 2005 um 5 Punkte von 18,9 auf 23,7 von Tausend zugenommen hat. Diese Steigerung lässt sich auch hier ausschließlich auf die Pflegestufe I zurückführen. Der Anteil von Pflegebedürftigen der Stufen II und III bleibt dagegen, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, fast gleich.

Die Häufigkeitsstatistiken wie die bevölkerungsstandardisierten Prävalenzen zeigen vergleichbare Verläufe. Pflegebedürftigkeit in der Bundesrepublik nimmt zu, wobei diese Zunahme fast ausschließlich auf der Zunahme von Pflegebedürftigen der Stufe I zurückgeht. Da ein Anstieg von Pflegestufe I im Neuzugang nicht nachweisbar ist, müssen hier andere Faktoren wirken.



### 3.2 Modellrechnung zur zahlenmäßigen Entwicklung von Pflegebedürftigen

Die zeitliche Entwicklung der Bestandszahlen von Pflegebedürftigen, differenziert nach Pflegestufen, wird von fünf internen und externen Einflussfaktoren beeinflusst:

1. Den Neuzugängen, also der Anzahl von Versicherten, die innerhalb eines Jahres „neu“ im Bestand Berücksichtigung finden.
2. Die Anzahl von Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres in Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen aus einer anderen Pflegestufe in die neue Pflegestufe wechseln.
3. Der Anzahl der Verstorbenen, also der Anzahl pflegebedürftiger Versicherter, die innerhalb eines Jahres sterben.
4. Der Anzahl von Pflegebedürftigen, die innerhalb eines Jahres in Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen in eine andere Pflegestufe wechseln<sup>8</sup>.
5. Der durchschnittlichen Bezugsdauer von Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz. Dies ist die durchschnittliche Lebensdauer von Pflegebedürftigen.

In einer Modellrechnung kann der Einfluss dieser Faktoren pflegestufenspezifisch berechnet werden. Diese Modellrechnung ist auf der nachfolgenden Übersicht abgebildet<sup>9</sup>.

1. **In Pos. 1** sind die Leistungsempfänger am Jahresende 2004 abgetragen. **Pos. 2** beinhaltet die Zahl von Versicherten, die innerhalb des Jahres 2005 vom Medizinischen Dienst erstmalig als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI begutachtet werden.
2. **Pos. 3 und 4** geben die Ergebnisse aus Höherstufungs- / und Wiederholungsbegutachtungen wieder. In Pos. 3 werden diejenigen Pflegebedürftigen aufgeführt, die im Jahr 2005 aus einer Pflegestufe in eine andere Pflegestufe gewechselt haben (Abgänge, Abwanderungen aus einer Pflegestufe). In Pos. 4 werden die Zugänge in eine (neue) Pflegestufe gezählt (Zugänge).
3. **In Pos. 5** ist die Zahl der Leistungsempfänger am Jahresende 2005 dokumentiert. In Abgrenzung zur **Pos. 6** handelt es sich hier um die tatsächliche Anzahl. Bei der Zahl der „fiktiven“ Leistungsempfänger in Pos. 6 handelt es sich um eine errechnete Größe. Hier wird vorausgesetzt, dass jeder Pflegebedürftige am Ende des Vorjahres (Pos. 1), jeder Neuzugang (Pos. 2) und jeder Zugang bzw. Abgang aus Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen (Pos. 4) das Jahresende 2005 überlebt hat. Wird von dieser fiktiven Größe die Zahl der tatsächlichen Pflegebedürftigen abgezogen, erhält man die Zahl der im Jahre 2005 Verstorbenen (**Pos. 7**).
4. In den **Pos. 8 und 9** werden die Zu- und Abgänge in und aus der jeweiligen Pflegestufe berechnet. Die Zugänge ergeben sich aus der Addition der Neuzugänge durch Erstbegutachtungen (Pos. 2) und den Zugängen aus anderen Pflegestufen auf Grundlage der Ergebnisse aus Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen (Pos. 4). Die Abgänge aus einer Pflegestufe errechnen sich durch Addition der Ab-

---

<sup>8</sup> Einschl. Austritt aus dem Leistungsbezug.

<sup>9</sup> Die Modellrechnung lässt die Ergebnisse aus Widerspruchsbegutachtungen außer Acht, da ihr quantitativer Einfluss eher gering ist.

wanderungen in eine andere Pflegestufe, einschl. des Austritts aus dem Leistungsbezug in Folgegutachten (Pos. 3) und der Zahl der Verstorbenen (Pos. 7).

**Modellrechnung zur pflegestufenspezifischen Entwicklung  
von Pflegebedürftigkeit 2004-2005**

Grunddaten				
Pos.	Inhalt	Anzahl		
		Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	Leistungsempfänger 2004	991.467	685.558	248.678
2	Neuzugänge durch Erstbegutachtungen	317.171	128.794	30.480

**Ergebnisse aus Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen**

3	Abwanderung aus Pflegestufe in eine andere	215.041	87.077	3.323
4	Zugang zur Pflegestufe aus einer anderen	11.385	171.912	98.659
5	Tatsächliche Zahl der Leistungsempfänger 2005	1.010.844	688.371	252.738
6	Fiktive Zahl der Leistungsempfänger 2005	1.104.982	899.187	374.494
7	Verstorbene 2005	94.138	210.816	121.756

**Teil 2: Berechnungen/Kennziffern**

Pos.	Inhalt	Anzahl		
8	Abgänge aus der Pflegestufe	309.179	297.893	125.079
9	Zugänge in die Pflegestufe	328.556	300.706	129.139
10	Ohne Veränderung der Pflegestufe zwischen den Jahresenden 2004 und 2005	467.247	300.588	120.276
	<b>Zugänge insgesamt</b>	<b>29,7</b>	<b>33,4</b>	<b>34,5</b>
11	Neuzugänge durch Erstbegutachtungen in v.H. zu Pos. 6	28,7	14,3	8,1
12	Zugang zur Pflegestufe aus einer anderen in v.H. zu Pos. 6	1,0	19,1	26,3
	<b>Abgänge insgesamt</b>	<b>28,0</b>	<b>33,1</b>	<b>33,4</b>
13	Verstorbene 2005 in v.H. zu Pos. 6	8,5	23,4	32,5
14	Abwanderung aus Pflegestufe in eine andere in v.H. zu Pos. 6	19,5	9,7	0,9
15	<b>Ohne Veränderung der Pflegestufe zwischen den Jahresenden 2004 und 2005 in v.H. zu Pos. 6</b>	<b>42,3</b>	<b>33,4</b>	<b>32,1</b>

- In **Pos. 10** ist die Zahl von Pflegebedürftigen ausgewiesen, die sich zwischen Jahresende 2004 und Jahresende 2005 in der gleichen Pflegestufe befunden haben. In diesen Fällen hat sich innerhalb eines Jahres leistungsrechtlich keine Veränderung ergeben. Ihre Zahl berechnet sich, indem zu / von der fiktiven Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende 2005 (Pos. 6) die Zu- und Abgänge addiert bzw. subtrahiert werden.
- Die **Pos. 11 bis 15** weisen die Anteile der Pos. 8 bis 12 in Bezug zur fiktiven Zahl der Leistungsempfänger zum Jahresende 2005 (Pos. 6) aus.

In allen drei Pflegestufen liegt die Zahl und der Anteil der Zugänge (Pos. 9) geringfügig höher als die der Abgänge (Pos.8). Deutliche Unterschiede finden sich jedoch in den einzelnen Faktoren, die diese Bewegungen auslösen. Der Zugang in Pflegestufe I schöpft sich fast gänzlich aus den Erstbegutachtungen. Abwanderungen aus anderen Pflegestufen, in der Regel „Abstufungen“ ehemaliger Pflegebedürftiger der Stufe II, sind hier die Ausnahme. Dagegen sind die Zugänge in die höheren Pflegestufen II und III hauptsächlich Ergebnis eines im Vergleich zum vorangegangenen Pflegegutachten leistungsrelevant gestiegenen Hilfebedarfs, der in Folgegutachten festgestellt wurde.

Die anteiligen Abgänge aus den Pflegestufen II und III sind im Vergleich zur Stufe I höher und erklären sich mehrheitlich durch das Versterben der Pflegebedürftigen. Ein Viertel der Pflegebedürftigen mit einem der Stufe II entsprechenden Hilfebedarf und ein Drittel der Pflegestufe III versterben innerhalb eines Jahres. Bei Pflegebedürftigen der Stufe I erhöht sich dagegen in vielen Fällen der Hilfebedarf, was dann zu einer leistungsrechtlichen Anpassung der (höheren) Pflegestufe führt.

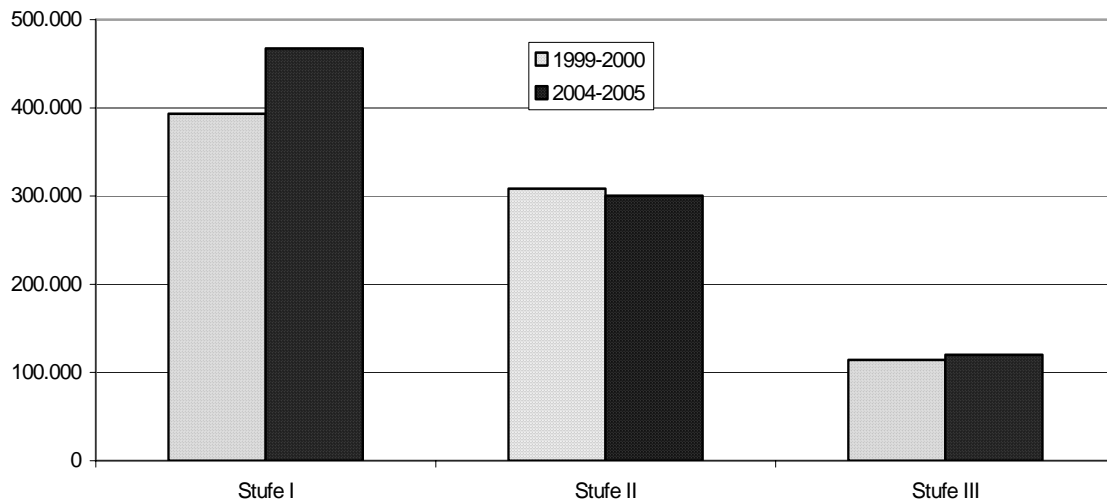
Deutliche Unterschiede zwischen den Pflegestufen II und III auf der einen Seite und der Pflegestufe I zeigen sich in der Häufigkeit und im Anteil von Personen, die innerhalb eines Jahres in der gleichen Pflegestufe verbleiben. Bei rund 40 Prozent aller Pflegebedürftigen der Stufe I, aber bei nur 30 Prozent derjenigen mit den Pflegestufen II und III hat sich innerhalb eines Jahres leistungsrechtlich nichts verändert.

Aus diesen Ergebnissen lassen sich mehrere Schlüsse ziehen. Die wichtigste Feststellung ist, dass Pflegebedürftige der Stufe I die längste Verbleibdauer in dieser Pflegestufe haben. Obwohl statistisch valide Angaben zur Überlebensdauer in der Pflegeversicherung bislang fehlen, legen es die Ausführungen nahe, dass sie insgesamt eine längere Lebensdauer besitzen, als solche, die sich in den Pflegestufen II oder III befinden. Diese längere Lebensdauer zeigt sich u.a. darin, dass sie entweder zu einem Großteil in der Pflegestufe I verbleiben (42,3 Prozent) oder in eine höhere Pflegestufe wechseln (19,5 Prozent). „Neue“ Pflegebedürftige der Stufen II und III und solche, die aus niedrigeren Stufen in die höhere wechseln, sterben deutlich häufiger (23,4 bzw. 32,5 Prozent).

Diese Prozesse haben zur Folge, dass sich der Bestand von Pflegebedürftigen der Stufe I über die Jahre hinweg erst aufgebaut hat, bzw. sich derzeit noch aufbaut. Dieser Effekt zeigt sich anschaulich in Abbildung 4. Während er sich in Pflegestufe I erhöht hat, blieb er in den beiden anderen Pflegestufen annähernd konstant. Dies bedeutet, dass der jährliche Zuwachs in Pflegestufe I auf einen über die Jahre gewachsenen Bestand trifft und somit kumu-

lativ wächst. In den beiden höheren Pflegestufen findet dieser Akkumulationsprozess nicht oder nicht in diesem Ausmaße statt, da sich hier ein fast gleichbleibender jährlicher Bestand zeigt, der nicht durch Neuzugänge in relevantem Ausmaß ansteigt.

**Abbildung 4**  
Anzahl von Pflegebedürftigen der Stufen I, II und III, bei denen sich zwischen den Jahresenden keine Veränderungen im leistungsrechtlichen Status ergeben haben



### 3.3 Diskussion

In der Modellrechnung wurden querschnittliche Analysen (Stichtagsstatistiken) mit längsschnittlichen Faktoren (Verläufe und Ereignisse innerhalb eines Jahres, wie z. B. Neuzugänge) verknüpft. Erst diese Vorgehensweise ermöglichte die Aussage eines sich erst im Zeitverlauf herausgebildeten Bestandes an Pflegebedürftigen der Stufe I. Ausgeblendet wurde hierbei aber der individuelle längsschnittliche Aspekt der Pflegebiografie<sup>10</sup>. Darunter wird verstanden, dass mit der erstmaligen Feststellung von Pflegebedürftigkeit ein Prozess beginnt, der durch zunehmenden Hilfebedarf und den Einbezug professioneller Hilfe gekennzeichnet ist. Dieser Prozess beginnt üblicherweise mit einem der Pflegestufe I entsprechenden Hilfebedarf<sup>11</sup>. Beide Aussagen scheinen sich zu widersprechen. Auf der einen Seite wird ein wachsender Bestand an Pflegebedürftigen der Stufe I hervorgehoben, bei dem sich zumindest innerhalb eines Jahres leistungsrechtlich nichts verändert, auf der anderen Seite wird der im Zeitverlauf zunehmende, leistungsrechtlich relevante, Hilfebedarf betont.

<sup>10</sup> Siehe dazu: A. Wagner 2004

<sup>11</sup> Siehe dazu: MDS 2003, S. 25 ff.

Diese beiden empirisch gestützten Ansätze legen es nahe, zwei Gruppen von Pflegebedürftigen der Stufe I zu unterscheiden. Bei der ersten Gruppe handelt es sich um Menschen mit Krankheiten mit nicht-progredientem Verlauf. Hier kann es sich bspw. um bestimmte Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, oder um vergleichsweise leichtere Schlaganfälle mit mittleren Einschränkungen in der Handlungskompetenz handeln. Der Hilfebedarf wird hier in vielen Fällen im Zeitverlauf konstant bleiben, bzw. erst langsam zunehmen. Die zweite Gruppe bilden Pflegebedürftige mit stark progredienten Krankheitsverläufen. Vaskuläre Demenz und Morbus Parkinson sind hier beispielhafte Erkrankungen, bei denen der Hilfebedarf im Zeitverlauf schnell stark ansteigt.

Beide Gruppen lassen sich in der Modellrechnung identifizieren und quantifizieren. Bei der ersten handelt es sich um die oben behandelten 42,3 Prozent (Pos. 15) Pflegebedürftigen der Stufe I, bei denen sich im Jahr 2005 keine leistungsrechtlichen Veränderungen ergaben. Bei der zweiten Gruppe handelt es sich um 19,5 Prozent der Pflegebedürftigen der Stufe I, die im Jahr 2005 in eine andere, höhere, Pflegestufe gewechselt sind (Pos. 14) <sup>12</sup>.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen und der Anstieg in der Prävalenz von Pflegebedürftigkeit durch entsprechende Zuwachsraten von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I hervorgerufen wird. Dies ist allerdings nicht darin begründet, dass der Medizinische Dienst vermehrt Versicherte mit einem entsprechenden Hilfebedarf begutachtet, sondern dass sich der Bestand von Pflegebedürftigen dieser Stufe gerade noch herausbildet. Dies bedeutet auf der anderen Seite auch, dass sich nach über 10 Jahren Pflegeversicherung noch nicht „endgültige“ Prävalenzen von Pflegebedürftigkeit herausgebildet haben.

Im hier aufgestellten Modell und den daraus abgeleiteten Interpretationen werden ausschließlich Wanderungsbewegungen innerhalb der Gruppen neuer und sich schon im Leistungsbezug befindender Pflegebedürftiger behandelt. Diese Sichtweise setzt voraus, dass sich die soziodemografische Struktur der Antragsteller und der Pflegebedürftigen nicht verändert hat. Dies ist natürlich nicht der Fall. Zwischen 1996 und 2005 hat allein die Zahl der über 80-Jährigen um über 20 Prozent zugenommen. Dies hat u.a. zur Folge, dass auch der Anteil von alten und hochbetagten pflegebedürftigen Menschen angestiegen ist. Da die Entwicklung von Pflegebedürftigkeit in Deutschland bekanntermaßen eng mit diesem Alterungsprozess verknüpft ist, kann die Modellrechnung in der hier aufgestellten Konzeption die Frage nach dem Einfluss dieses demografischen Wandels nicht beantworten.

---

<sup>12</sup> Pflegebedürftige, deren Hilfebedarf sich so weit verringert hat, dass sie zum Zeitpunkt der Folgebegutachtung nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind, werden hier nicht berücksichtigt.

Das hier herausgestellte Ergebnis, dass die Zunahme von Pflegebedürftigen der Stufe I Resultat eines Akkumulationsprozesses im Bestand ist, muss demnach als ein Erklärungsfaktor unter weiteren Faktoren betrachtet werden. Dazu bedarf es weiterer Analysen.

#### **4. Lauf- und Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten in den Medizinischen Diensten**

##### **Die Wirkung qualitätsverbessernder Maßnahmen der MDK im Hinblick auf die Erledigungsdauer von Pflegegutachten**

Die Spitzenverbände der Pflegekassen haben zur wirksamen Durchführung der Aufgaben und zur Regelung der Zusammenarbeit mit den Medizinischen Dienste Richtlinien nach § 53a SGB XI erlassen. Dies ist auch die Rechtsgrundlage für die Auftrags- und Begutachtungsstatistik nach SGB XI und Grundlage des jährlich vom MDS zu erstellenden Pflegeberichts für den Berichtszeitraum des Vorjahres. Die Daten werden in der Statistik nach Gutachtenart, beantragter Leistung und Art der Erledigung erfasst.

Die Erledigungsdauer von Begutachtungsaufträgen für die Pflegeversicherung ist für die einzelnen Medizinischen Dienste seit Einführung der Pflegeversicherung eine organisatorische Herausforderung. Konnten mit Beginn der Pflegeversicherung die relativ langen Laufzeiten noch mit dem zu bewältigenden Aktenberg der neuen Leistung Pflegeversicherung begründet werden, so ist den nach wie vor hohen Antragszahlen heutzutage durch geeignete organisatorische Maßnahmen innerhalb der einzelnen MDK zu begegnen. Es entspricht dem Dienstleistungsverständnis der Medizinischen Dienste sowohl gegenüber den zu begutachtenden Versicherten wie auch gegenüber den auftraggebenden Pflegekassen, dass die Aufträge zur Erstellung der Pflegegutachten möglichst zügig und effizient bearbeitet werden. Um die eigene Kundenorientierung zu dokumentieren, haben die Medizinischen Dienste vielfache Anstrengungen unternommen, um dem Ziel der Verkürzung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten gerecht zu werden. Die in den Pflegeberichten 2001/2002<sup>13</sup> und 2004<sup>14</sup> beschriebenen qualitätssichernden Beispiele einzelner MDK fanden in anderen Diensten Nachahmer und trugen so auch dort zur Reduzierung der sog. Laufzeiten der Gutachten bei. In diesem Beitrag werden zum einen die mittelfristigen Veränderungen bei den Laufzeiten der Gutachten beschrieben, zum anderen wird ein weiteres Beispiel aus einem MDK beschrieben, das aufzeigen soll, mit welchen Maßnahmen der internen Qualitätssicherung der MDK in Bayern sich dem Organisationsproblem der Bearbeitungs- und Laufzeiten in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit angenommen hat und welche Resultate damit im Hinblick auf die Bearbeitungsdauer der Begutachtungsaufträge im Berichtszeitraum 2005 erzielt werden konnten.

---

<sup>13</sup> MDS 2003

<sup>14</sup> MDS 2005

Die Bearbeitungsdauer von Pflegegutachten im Medizinischen Dienst wird in Kalendertagen gezählt; das ist der Zeitraum zwischen dem Eingang eines Auftrags beim MDK und dem Statistikdatum. Unter dem Statistik- bzw. Freigabedatum wird das Datum verstanden, an dem das Pflegegutachten vom Gutachter freigegeben wurde, an die auftraggebende Pflegekasse verschickt und aus der Auftragsdatenbank ausgetragen wird (Postlauf). Die MDK-Statistik gibt Auskunft über 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.

Diese Statistik beinhaltet die vom MDK an den MDS übermittelten Daten. Der MDS berichtet an die Spitzenverbände der Pflegekassen regelmäßig über den Zeitraum zwischen Auftragseingang beim MDK und Versand des Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse.

Die Reduzierung der Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten muss für die Medizinischen Dienste der Pflegeversicherung ein hohes Qualitätsziel sein. Die Laufzeit des Pflegegutachtens beim Gutachterdienst MDK ist für alle Beteiligten von unterschiedlicher wenn auch gleichermaßen hoher Bedeutung: der den Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung stellende Pflegeversicherte, will zeitnah wissen, ob und in welchem Umfang er Anspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung hat. Er oder sein Angehöriger muss die erforderliche Fremdhilfe rechtzeitig organisieren können. Er braucht Planungssicherheit. Voraussetzung dafür ist, dass er möglichst frühzeitig nach seiner Antragstellung Klarheit hinsichtlich seiner finanziellen Ausstattung durch die Pflegeversicherung erlangt. Seine Pflegekasse benötigt das fertig gestellte Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes dafür als Grundlage für ihren Leistungsbescheid. Erst mit dem Leistungsbescheid erlangt der antragstellende Versicherte Sicherheit bezüglich der von ihm zu verplanenden Leistungen aus der Pflegeversicherung. Je früher er über seine Pflegestufe Bescheid weiß, desto eher kann er mit Hilfe der Angehörigen und ggf. eines professionellen Pflegedienstes seine Pflege und Unterstützung sowie die damit verbundenen Haushaltsausgaben planen.<sup>15</sup> Falls der Versicherte sich in eine vollstationären Pflegeeinrichtung begibt, ist es für Planungssicherheit der die Pflege erbringenden Heime erforderlich, schnellstmöglich die Pflegestufe ihres Bewohners zu erfahren: je länger der Leistungsbescheid der Pflegekassen wegen des nicht vorliegenden Pflegegutachtens nach der Antragstellung auf sich warten lässt, desto weniger wissen sie, ob die als

---

<sup>15</sup> vgl. a.a.O. S. 18f



Vorleistung von ihnen erbrachten Pflegeleistungen auch von der Pflegstufe und der damit zusammenhängenden Pflegeklasse erfasst bzw. refinanziert werden.

Das aktive Interesse der Pflegekassen an einer zügigen Bearbeitung der Anträge im MDK ergibt sich aus ihrem Wunsch, dass ihre Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen nicht nur einen Rechtsanspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung haben, sondern vor allem auch einen Anspruch auf effektive und zeitnahe Beantwortung der Frage der Leistungsvoraussetzungen durch den Gutachterdienst MDK. Schlussendlich hat auch jeder MDK ein „natürliches“ Interesse an einer möglichst kurzen Bearbeitungsdauer der Gutachten, zeigt sich doch an einer effizienten und effektiven Auftragsbearbeitung auch die Dienstleistungsqualität des aus Beitragsmitteln der sozialen Pflegeversicherung zu 50 Prozent finanzierten Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung.

Der MDK ist mit Einführung der Pflegeversicherung wegen Bearbeitungszeiten von Pflegegutachten von 80 Tagen und mehr in die öffentliche Kritik geraten. Mit Einführung der Begutachtungsstatistik sind die Zahlen und Laufzeiten auf eine empirische Grundlage gestellt worden. Im Jahr 1999 lag über alle MDK die mittlere Erledigungsdauer von Pflegebegutachtung im ambulanten Bereich noch bei 60 Tagen (im stationären Bereich bei 46 Tagen).

Dieser Beitrag soll zeigen, in welchem zeitlichen Umfang es in den vergangenen sechs Jahren gelungen ist die Bearbeitungszeiten in den jeweiligen MDK zu verringern. In einem weiteren Berichtsteil wird aufgezeigt mit welchen Mitteln im Berichtszeitraum der MDK in Bayern seine Laufzeiten binnen Jahresfrist erheblich senken konnte.

### **Die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten im ambulanten Bereich**

Die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten lag über alle Medizinischen Dienste hinweg betrachtet im Jahr 2000 im ambulanten Bereich noch bei knapp 59 Tagen (58,7 Tage). Es gab eine Streubreite innerhalb der Dienste von knapp 79 Tagen in Sachsen-Anhalt bis 39 Tagen in Hessen.

Stellt man die Zahlen aus dem Berichtsjahr 2005 dem gegenüber, so ist festzustellen: die mittlere Erledigungsdauer hat sich auf 45,5 Tage verringert. Diese durchschnittliche Verkürzung der Gutachtenlaufzeiten im häuslichen Bereich um 13,2 Tage entspricht einer prozentualen Beschleunigung der Bearbeitungszeit von 22,5 Prozent. Oder anders ausgedrückt: ein ambulant zu Hause versorgter Antragsteller auf Leistungen aus der Pflegeversicherung kann auf Grund der Laufzeitenverkürzung der Pflegegutachten beim MDK im Durchschnitt den Leistungsbescheid der Pflegekasse nahezu 3 Wochen früher erhalten als im Jahr 2000.

Die Streubreite innerhalb der MDK lag im Jahr 2005 zwischen 62,4 Tagen (MDK Hamburg) und 28,3 Tagen im MDK Sachsen-Anhalt. Der letztgenannte MDK war im Jahr 2000 noch der Dienst mit der relativ längsten Bearbeitungsdauer. Die umfangreichen technischen Veränderungen sowie die Maßnahmen im organisatorischen Bereich, die der MDK Sachsen-Anhalt zur Verkürzung der Bearbeitungszeiten ergriffen hat, sind im Pflegebericht Berichtszeitraum 2004 ausführlich beschrieben.

MDK	Mittlere Erledigungsdauer in Tagen AMBULANT					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Baden-Württemberg	54,6	58,8	57,2	41,1	47,5	49,3
Bayern	58,9	60,5	63,6	54,3	55,2	46,4
Berlin-Brandenburg	64,0	61,8	50,2	59,1	61,4	38,3
Bremen	50,4	42,0	46,0	37,8	59,0	54,4
Hamburg	54,5	47,7	59,5	56,2	44,7	62,4
Hessen	38,9	43,5	47,1	38,9	46,1	35,8
Mecklenburg-Vorp.	60,3	61,9	65,5	36,1	35,1	36,5
Niedersachsen	66,8	64,7	69,3	67,3	63,3	60,2
Nordrhein	64,4	59,7	69,7	49,1	39,6	43,5
Rheinland-Pfalz	59,3	51,3	36,9	35,7	32,6	32,6
Saarland	78,1	72,6	64,8	43,1	51,9	60,2
Sachsen	69,2	70,7	63,5	56,7	49,5	50,4
Sachsen-Anhalt	78,7	39,7	48,4	50,5	34,5	28,3
Schleswig-Holstein	51,3	47,2	49,3	39,2	33,8	29,5
Thüringen	48,0	46,1	58,7	49,1	41,1	59,6
Westfalen-Lippe	41,1	43,8	52,5	49,3	40,4	40,4
<b>Gesamt</b>	<b>58,7</b>	<b>54,5</b>	<b>56,4</b>	<b>47,7</b>	<b>46,0</b>	<b>45,5</b>

### Die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten im stationären Bereich

Die mittlere Erledigungsdauer von Pflegegutachten lag über alle Medizinischen Dienste hinweg betrachtet im Jahr 2000 im stationären Bereich noch bei gut 42 Tagen (42,1 Tage). Es gab eine Streubreite innerhalb der Dienste von knapp 72 Tagen (71,9 Tagen) im Saarland bis knapp 25 Tagen (24,8 Tage) in Westfalen-Lippe.

Im Vergleich dazu stellen wir die Daten aus dem Berichtsjahr 2005 und stellen fest: die mittlere Erledigungsdauer hat sich auf 34,5 Tage verringert. Diese durchschnittliche Verkürzung der Gutachtenlaufzeiten im häuslichen Bereich um 7,6 Tage entspricht einer prozentualen Beschleunigung der Bearbeitungszeit von 18 Prozent.

MDK	Mittlere Erledigungsdauer in Tagen STATIONÄR					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Baden-Württemberg	30,9	33,2	31,5	22,5	19,8	49,1
Bayern	./.	51,7	55,4	50,2	37,7	43,8
Berlin-Brandenburg	32,9	36,6	35,6	38,8	37,7	27,4
Bremen	36,9	31,3	33,0	33,5	48,9	44,6
Hamburg	47,0	41,3	50,6	50,8	41,8	57,8
Hessen	32,7	45,8	42,1	43,1	32,5	32,0
Mecklenburg-Vorp.	38,7	35,3	34,6	18,8	18,2	16,5
Niedersachsen	44,7	40,1	43,2	38,8	33,9	34,4
Nordrhein	39,4	32,6	33,7	24,7	20,2	21,0
Rheinland-Pfalz	52,4	47,5	35,9	34,5	30,3	29,2
Saarland	71,9	65,5	54,7	36,9	45,0	51,7
Sachsen	48,3	51,0	44,8	38,3	36,4	37,6
Sachsen-Anhalt	57,4	31,1	34,7	42,3	25,1	19,7
Schleswig-Holstein	32,3	30,0	32,0	25,6	16,5	15,2
Thüringen	41,2	38,3	48,9	44,6	38,1	51,8
Westfalen-Lippe	24,8	24,3	26,3	24,1	20,6	19,8
<b>Gesamt</b>	<b>42,1</b>	<b>39,7</b>	<b>39,8</b>	<b>35,5</b>	<b>31,4</b>	<b>34,5</b>

Die Schwankungen der Laufzeiten zwischen den Jahren 2000 und 2005 sind innerhalb der Medizinischen Dienste unterschiedlich ausgeprägt. Allerdings haben sich einige MDK die Verkürzung der Bearbeitungszeiten der Gutachten durch die Steigerung der Anzahl von Gutachten nach Aktenlage erarbeitet.

#### **Beispiel MDK in Bayern <sup>16</sup>. Wirkung der Einführung eines interaktiven Softwareprogramms (SIMpad) auf die Begutachtungszeiten im Berichtsjahr 2005**

Bereits Anfang August 2003 hat der MDK in Bayern damit begonnen, die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit mit Hilfe des Einsatzes von neuer Elektronik zu systematisieren. Die zeit- und schreibaufwändigen Elemente im Formulargutachten wie die Beschreibung der Versorgungssituation, der pflegebegründenden Vorgeschichte (Anamnese) und des Befundes werden seitdem in der Begutachtungssituation direkt über Bildschirm (SIMpad) und Tastatur vom MDK-Gutachter in das neue elektronische Pflegegutachten eingegeben. Das SIMpad (Siemens Multimedia Pad) ist ein von Siemens Schweiz entwickelter tragbarer Computer, der 2001 auf den Markt kam. Er ist mit einem berührungssensitiven Touchscreen für die Bedienung mit einem Stift ausgelegt. Das 900 Gramm leichte Gerät hat die Größe einer DIN A4-Seite und die Stärke eines Taschenbuchs und läuft unter dem Betriebssystem Windows CE. Es besitzt sechs Tasten, mit denen sich die wichtigsten Funktionen steuern lassen. Die Benutzerführung ist bildorientiert, die Dateneingabe erfolgt mit einem Stift über eine virtuelle

<sup>16</sup> Für die Mitarbeit bei diesem Berichtsteil danken wir Herrn Scheu vom MDK in Bayern.

Tastatur. Das Gerät hat einen niedrigen Stromverbrauch und hat eine Betriebsdauer von acht Stunden. Es ist internetfähig und geeignet, Berichte zu versenden.

Der Pflegegutachter gibt direkt in eine einheitlich strukturierte Eingabemaske von den Versichertenangaben bis zur Prognose- / Wiederholungsbegutachtung alle Angaben durch eine gesteuerte Menüführung in das Gutachten ein. Bei der Entwicklung der Software war die Qualitätsverbesserung der Gutachten oberstes Gebot. Dies wurde durch eine hohe Strukturierung des Gutachtens und eine übersichtliche Menüführung für den Gutachter erreicht. Mittels einer systematischen Aufzählung z.B. der Funktionseinschränkungen beim Stütz- und Bewegungsapparat wird der Gutachter durch alle SGB XI-relevanten Fragestellungen geleitet, mit der Folge, dass er sowohl hinsichtlich der Vollständigkeit wie auch bezüglich der Präzision seiner Angaben geführt und ggf. auf notwendige Korrekturen aufmerksam gemacht wird. Man verspricht sich beim MDK in Bayern durch diese menügeführte Steuerung und Selbstüberprüfmöglichkeit des Gutachters folgende qualitätssteigernde Aspekte:

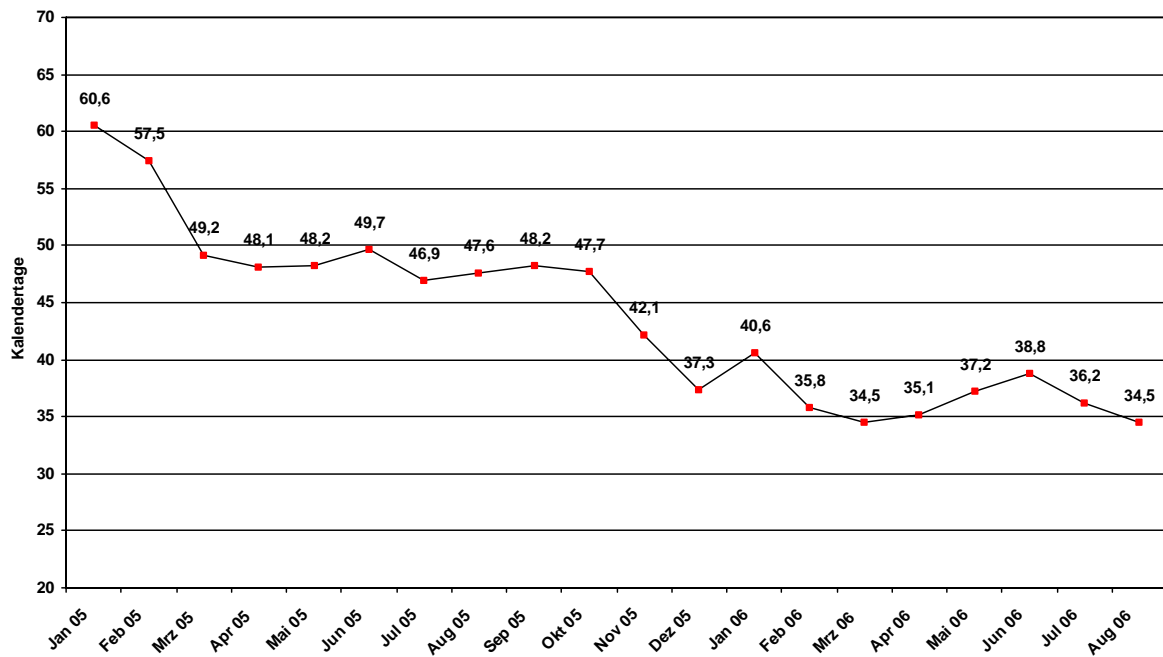
- Vollständigkeit der Gutachten
- Senkung der Fehlerquote durch eine kontinuierliche Plausibilitätskontrolle der gutachterlichen Angaben
- Vereinheitlichung der gutachterlichen Arbeitsweise
- Steigerung der Gutachtenqualität
- Steigerung der Arbeitszufriedenheit des einzelnen Gutachters und des Gutachterteams
- Senkung der Laufzeiten durch Verkürzung der Bearbeitungszeit zwischen Hausbesuch und Postausgang

Die Erwartungen an die Einführungen der EDV-gestützten Gutachtenserstellung beim MDK in Bayern sind in den Bereichen der Qualitätssteigerung und Reduzierung der Lauf- und Bearbeitungszeiten erfüllt worden.

### **Entwicklung und Einführung**

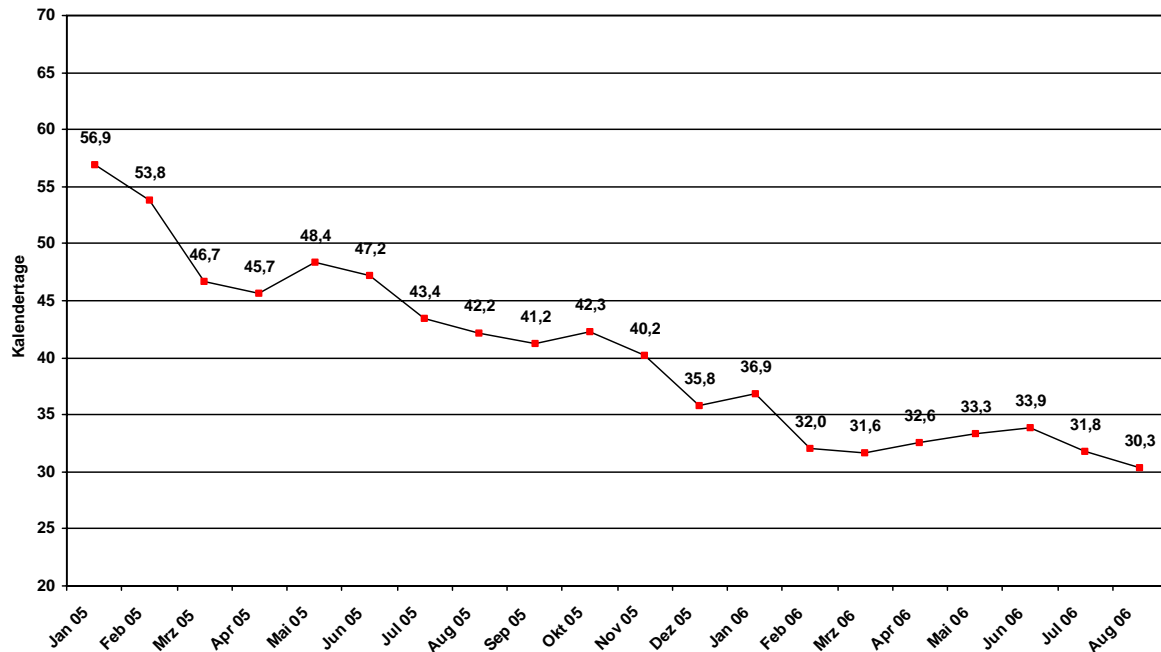
Der MDK in Bayern hat die Pflegefachkräfte von Mitte September bis Mitte November 2004 landesweit in die Anwendung der EDV-gestützten Gutachtenerstellung eingewiesen. Um in der Einarbeitungsphase in das neue System innovationsbedingte Fehlerquellen zu vermeiden und die Anwendungssicherheit zu erhöhen, waren die Gutachter im Anschluss an die Schulung gehalten, ihre Gutachten vor der Freigabe an die Pflegekasse nochmals sorgfältig zu überprüfen und zu kontrollieren.

**Abb. 1 - Laufzeiten Hausbesuche Ambulant**



Wie in den Abbildungen für die Laufzeiten von Gutachten mit Hausbesuchen im ambulanten und im stationären Bereich ersichtlich wird, sinken die Laufzeiten von Januar 2005 bis März 2005 von 60,6 Tagen im ambulanten Bereich auf 49 bis 48 Tage. Diese Tendenz stabilisiert sich bis Oktober 2005 auf einem Niveau zwischen knapp 47 und 47,7 Tagen. Der deutliche Rückgang der Laufzeiten im Zeitabschnitt zwischen Januar 2005 und März 2005 ist dadurch zu erklären, dass ab Mitte März 2005 die beschriebene händische Überprüfungs- und Kontrollphase der Gutachten beendet wurde. Die Gutachter hatten sich zu diesem Zeitpunkt in das neue System ausreichend eingearbeitet, die Technik funktionierte und es war genügend Routine gegeben, um auf dieses „Sicherheitsnetz“ der Einarbeitungszeit verzichten zu können. Ab März 2005 wurden die Gutachten nach der Eingabe im SIMpad direkt an die Pflegekasse frei gegeben, was zu einer Absenkung der Laufzeiten im ambulanten Bereich von weiteren 12 Tagen geführt hat. Insgesamt kam es im Zeitraum 01-12/2005 zu einer Laufzeitreduzierung um 23,3 Tage.

Abb. 2 - Laufzeiten Hausbesuche Stationär



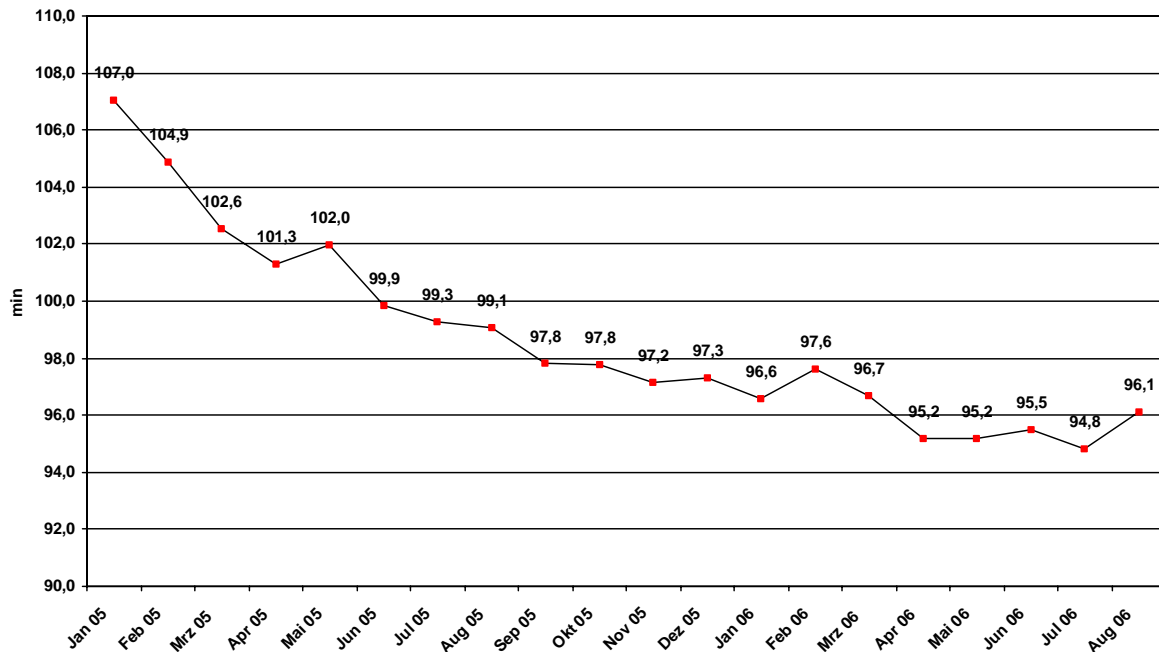
Betrachtet man im Vergleich dazu die Laufzeiten der Hausbesuche bei stationär begutachteten Pflegebedürftigen, so fällt auf, dass von einem relativ (im Vergleich zu ambulant) niedrigen Niveau von 56,9 Tagen bis zum März 2005 ebenfalls eine Absenkung von über 10 Tagen der Laufzeit zu verzeichnen ist. Bis zum Vergleichsmonat Oktober 2005 hat sich diese Absenkung auf einem niedrigen Niveau zwischen 42 und 40 Tagen stabilisieren können. Die geringeren Laufzeiten der Hausbesuche für stationäre Gutachten sind damit zu erklären, dass bei bereits terminierten Begutachtungen in vollstationären Pflegeeinrichtungen nachträglich eingegangene Aufträge für diese Einrichtungen mit bearbeitet werden, so dass sich bei diesen Aufträgen die Laufzeiten deutlich reduziert haben. Insgesamt kam es im Zeitraum 01-12/2005 zu einer Laufzeitreduzierung um 21,1 Tage.

### Produktzeiten der Hausbesuche

Die Produktzeit für ambulante Gutachten wurde im Zeitraum Januar bis Dezember 2005 um 10 Minuten verkürzt. Im selben Zeitraum wurde die Produktzeit für Hausbesuche stationär von 92,1 auf 84,3 Minuten abgesenkt. Die Produktzeit der Hausbesuche setzt sich zusammen aus:

1. Fahrtzeiten
2. Begutachtungszeit beim Hausbesuch
3. Ausarbeitungszeit für das Gutachten.

**Abb. 3 - Produktzeit Hausbesuche Ambulant**



Die um knapp eine Viertelstunde niedrigere Produktzeit der Hausbesuche im stationären Bereich im Vergleich zum ambulanten Bereich lässt sich dadurch erklären, dass in einem Heim meist mehrere Gutachten mit einer Anfahrt durchgeführt werden; dadurch entstehen reduzierte Fahrtzeiten, die sich in der Begutachtungsstatistik deutlich bemerkbar machen.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Kombination aus Einführung neuer Technik (SIMpad), Schulung der Mitarbeiter, genügender Einarbeitungszeit und Veränderung der Arbeitsabläufe beim MDK in Bayern zu einer Absenkung der Laufzeiten der Pflegegutachten um 40,7 Prozent führte (von 60,6 Tagen im Januar 2005 auf 40,7 Tage im Januar 2006 im ambulanten Bereich, von 56,9 Tagen im Januar 2005 auf 36,9 Tage im Januar 2006 im stationären Bereich).

Abb. 4 - Produktzeit Hausbesuche Stationär

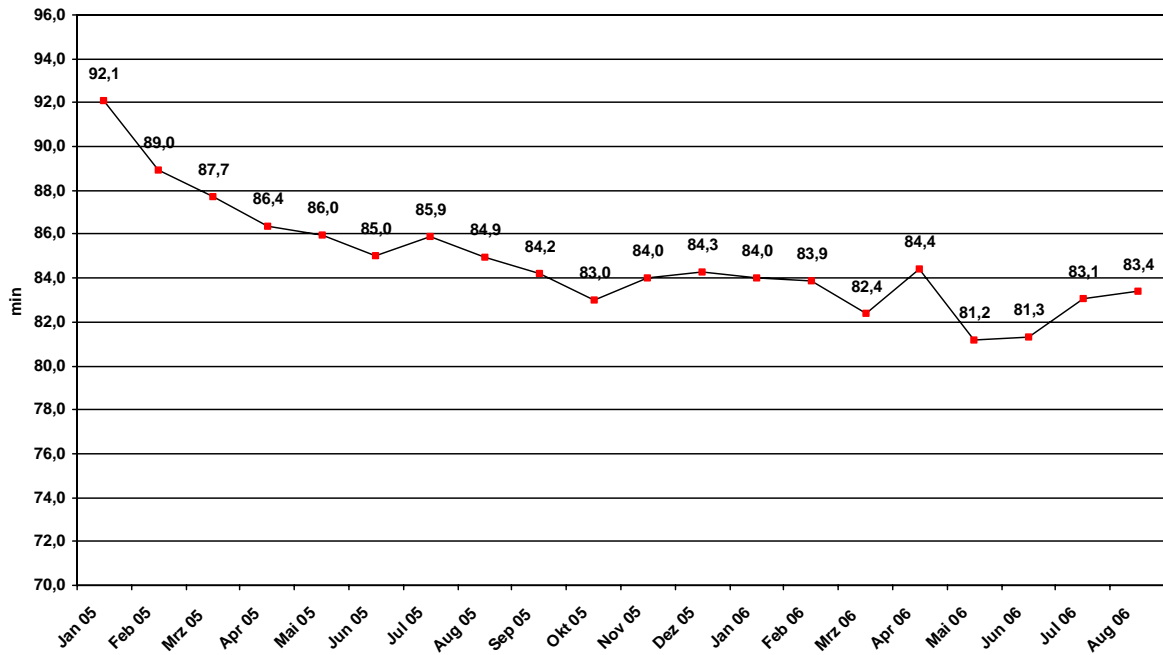
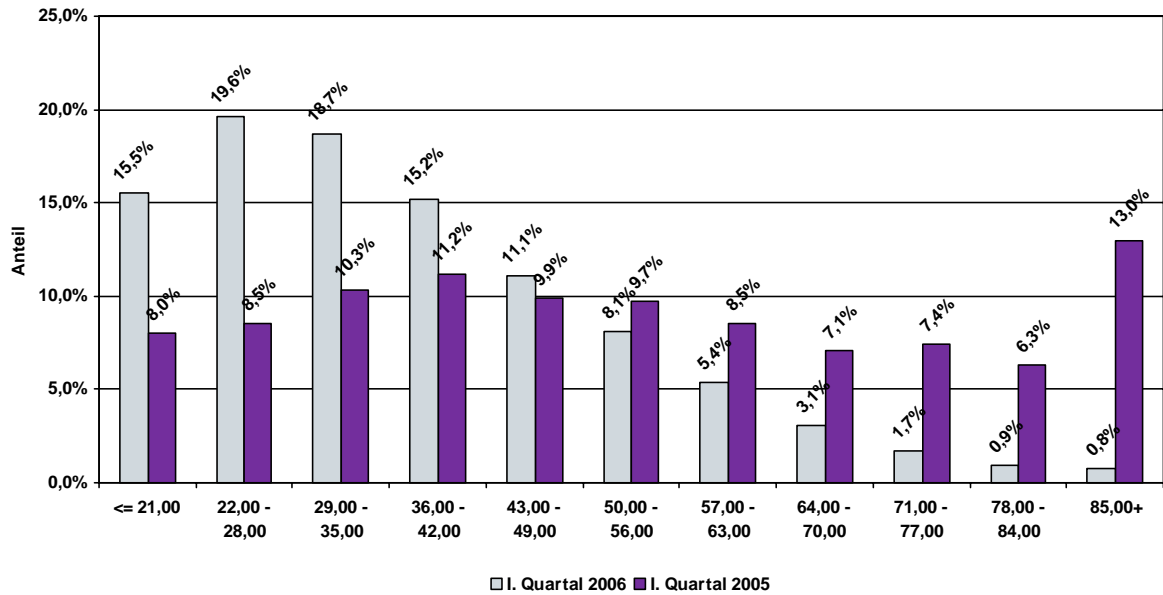


Abb. 5 - Produktzeit Hausbesuche Stationär



Anteil ambulanter Gutachten ≤ 42 Kalendertage

I. Quartal 2005: 38 %

I. Quartal 2006: 69 %



Hinsichtlich der Nachhaltigkeit der Wirkung dieser Maßnahmen wird auf den Anteil der ambulanten Gutachten mit einer Laufzeit von weniger als 42 Tagen verwiesen. Nach Abb. 5 beträgt der Anteil dieser Gutachten im 1. Quartal 2005 38 Prozent und konnte im Verlauf des Jahres 2005 bis zum 1. Quartal 2006 auf den Anteil von 69 Prozent gesteigert werden, was einer übers Jahr 2005 berechneten Steigerungsrate der Gutachten unter 42 Kalendertagen um 45 Prozent bedeutet.

MDK	Anteil in v.H. Gutachten nach Aktenlage			
	2003		2005	
	ambulant	stationär	ambulant	stationär
Baden-Württemberg	13,3	33,1	27,6	37,6
Bayern	-	-	19,6	18,5
Berlin-Brandenburg	11,1	16,8	3,9	7,4
Bremen	12,8	12,5	14,2	20,7
Hamburg	5,6	11,1	0,0	0,0
Hessen	15,9	17,0	13,8	16,3
Mecklenburg-Vorp.	11,6	11,9	12,7	14,9
Niedersachsen	22,8	40,6	23,6	38,8
Nordrhein	14,2	25,8	14,6	24,8
Rheinland-Pfalz	19,5	17,8	18,6	16,9
Saarland	24,1	23,8	25,7	25,2
Sachsen	12,1	9,3	11,1	8,8
Sachsen-Anhalt	8,5	9,7	9,0	8,1
Schleswig-Holstein	24,9	36,6	27,6	39,2
Thüringen	12,0	12,6	12,7	17,1
Westfalen-Lippe	15,1	12,9	13,5	11,5
<b>Summe</b>	<b>13,2</b>	<b>19,9</b>	<b>16,5</b>	<b>21,6</b>

## **5. Literatur**

**MDS (2003):** Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen 2003

**MDS (2005):** Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2004. Essen 2005

**A. Wagner (2004):** „Pflegebiographie“ – was ist das? In: MDK-Forum, Heft 4, 2004