

Pflegebericht des Medizinischen Dienstes

2007-2008



Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Lützowstraße 53

45141 Essen

Telefon: 0201/8327-0

Telefax: 0201/8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Autoren:

Dr. Andrea Kimmel, Uwe Brucker, Alexander Wagner

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG

45479 Mülheim an der Ruhr

Titelbild:

Hartmut Schwarzbach / argus

Juni 2009

Inhaltsverzeichnis:

1	Zusammenfassung	2
2	Die Begutachtungsentwicklung im Jahr 2008 – Erste Ergebnisse auf der Grundlage der Übergangstatistik	4
3	Begutachtung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz	5
3.1	Gesetzgeberische Absicht.....	5
3.2	Verfahren in der Begutachtung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz.....	7
3.2.1	Screening	8
3.2.2	Assessment	8
3.2.3	Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und Empfehlungen an die Pflegekasse	9
3.2.4	Altfälle.....	10
4	Empfehlungen zusätzlicher Betreuungsleistungen – Ergebnisse der Übergangstatistik 2008.....	11
5	Die Begutachtungsentwicklung im Jahr 2007.....	14
5.1	Anzahl durchgeführter Begutachtungen	14
5.2	Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen.....	17
5.3	Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen	19
5.4	Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen	20
5.5	Profession der Gutachter des Medizinischen Dienstes.....	22

1 Zusammenfassung

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 der Berichterstattung ist die sog. Statistik-Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI. Darin wird der Informationstransfer der Daten zum Auftrags- und Begutachtungsgeschehen aller MDK geregelt.

Aufgrund der Gesetzesänderungen im SGB XI durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PFWG) zum 1.7.2008 haben Antragsteller ggf. auch dann einen Rechtsanspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen, wenn nicht die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit im Sinne der §§ 14 und 15 SGB XI vorliegen. Aufgrund der Gesetzesreform können die Begutachtungsergebnisse für diesen neu in den Leistungsanspruch des SGB XI gekommenen Personenkreis noch nicht über den Datenkranz der Begutachtungsstatistik und Pflegeberichterstattung erfasst werden. Aus diesem Grunde war es notwendig, für den Zeitraum der Überarbeitung der Statistikrichtlinie eine *Übergangsstatistik*¹ zu erstellen.

Die Ergebnisse der Übergangsstatistik zeigen, dass bei insgesamt 28 Prozent der Versicherten, die einen Antrag auf ambulante Pflegeleistungen gestellt haben, ein erheblicher allgemeiner Betreuungsbedarf festgestellt wurde und damit ein Anspruch auf die zusätzlichen Betreuungsleistungen besteht². 58 Prozent dieser Personen haben einen Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen bis zu dem Grundbetrag von 100 Euro im Monat. Bei 42 Prozent besteht ein Anspruch bis zu dem erhöhten Betrag von 200 Euro monatlich. Der Anteil der anspruchsberechtigten Personen steigt dabei von 25 Prozent in der Pflegestufe I auf 56 Prozent in der Pflegestufe III. Bei denjenigen Personen, die noch nicht die Voraussetzungen für eine Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, wurde in 13 Prozent der Fälle ein solcher Leistungsanspruch vom Gutachter befürwortet. Im stationären Bereich liegt der Anteil derjenigen Antragsteller, bei denen der Gutachter eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt hat, mit 48 Prozent deutlich höher als im ambulanten Bereich. Auch hier ist eine Steigerung der Anzahl anspruchsberechtigter Personen mit Zunahme der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes zu verzeichnen. Bei immerhin 20 Prozent der Antragsteller auf Leistungen der vollstationären Pflege, deren

¹ Grundlage der Übergangsstatistik sind die Daten der insgesamt 15 Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK Baden-Württemberg; MDK Bayern; MDK Berlin-Brandenburg; MDK Bremen; MDK Nord; MDK Hessen; MDK Mecklenburg-Vorpommern; MDK Niedersachsen; MDK Nordrhein; MDK Rheinland-Pfalz; MDK Saarland; MDK Sachsen; MDK Sachsen-Anhalt; MDK Thüringen; MDK Westfalen-Lippe) und der Knappschaft.

² Im Folgenden PEA (Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz) genannt.

Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe liegt, haben die Gutachter der Medizinischen Dienste eine leistungsrelevante Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt.

Die Ergebnisse der Übergangsstatistik zeigen außerdem, dass die Medizinischen Dienste vor dem Hintergrund des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes im Jahr 2008 insgesamt 15 Prozent mehr Begutachtungen als im Jahr zuvor durchgeführt haben. Kapitel 2 des Pflegeberichts gibt einen ersten Einblick in die Begutachtungsentwicklung des vergangenen Jahres.

Kapitel 3 widmet sich dem Hintergrund der gesetzlichen Vorgaben zur Begutachtung von Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA) und der Anwendung des entsprechenden Begutachtungsassessments. Über die Ergebnisse der gutachterlichen Empfehlungen aus der Übergangsstatistik wird in Kapitel 4 berichtet. Kapitel 5 des Pflegeberichts fokussiert in gewohnter Weise die Begutachtungsentwicklung des Jahres 2007.

2 Die Begutachtungsentwicklung im Jahr 2008 – Erste Ergebnisse auf der Grundlage der Übergangstatistik

Der MDK prüft im Auftrag der Pflegekassen, ob die sozialmedizinischen Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegen. Im Verfahrensablauf stellt der Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei seiner Pflegekasse. Die Kasse beauftragt daraufhin ein wohnortnahes Beratungs- und Begutachtungszentrum des MDK, die Begutachtung des Versicherten im Rahmen eines Besuches³ vorzunehmen. Der beauftragte MDK setzt sich dann mit dem Versicherten oder dessen Angehörigen in Verbindung und vereinbart mit ihm/ihnen einen Termin zur Begutachtung.

Versicherte können zwischen Leistungen bei ambulanter Pflege, teilstationärer oder vollstationärer Pflege sowie Leistungen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) wählen. Seit dem 1.4.2002 können auch zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI beantragt werden. Anspruchsberechtigt sind Personen mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsbedarf in der häuslichen Pflege. Je nach Umfang dieses Betreuungsbedarfs sind seit der Rechtsänderung durch das PFWG zum 1.7.2008 Leistungen bis zu 200 Euro im Monat möglich, unabhängig davon, ob eine Pflegestufenempfehlung seitens des MDK-Gutachters ausgesprochen wird. Ambulante Leistungen unterstützen und fördern die Pflege im häuslichen Umfeld des Versicherten. In vielen Fällen wird die Pflege vom Ehepartner oder von Angehörigen erbracht. Wird professionelle Pflege notwendig, kann auch diese im Rahmen der häuslichen Pflege in Form von Sachleistungen durch einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch genommen werden. Leistungskombinationen sind möglich. Stationäre Leistungen können Versicherte beantragen, die in einem Pflegeheim wohnen bzw. wohnen wollen.

Neben den Ergebnissen zu den Empfehlungen zusätzlicher Betreuungsleistungen für Personen mit einer eingeschränkten Alltagskompetenz ermöglichen die Daten der Übergangstatistik auch Aussagen über die Anzahl der im Jahr 2008 durchgeführten Begutachtungen. Grundlage hierfür sind die im ersten und zweiten Halbjahr 2008 durchgeführten Regelbegutachtungen (Erst- und Folgebegutachtungen) und Widerspruchsgutachten (vgl. Kapitel 5) im ambulanten und stationären Bereich. Im Gegensatz zur Begutachtungsstatistik nach § 53a SGB XI erlaubt die Übergangstatistik allerdings keine Differenzierung zwischen den einzelnen Gutachtenarten.

³ Ein Besuch ist zu Hause oder auch in einem Pflegeheim möglich, in dem der Antrag stellende Versicherte wohnt.

Während im Jahr 2007 die Gutachter des Medizinischen Dienstes insgesamt 1,3 Millionen Versicherte begutachtet haben, stieg 2008 das Begutachtungsvolumen im ambulanten Bereich um 16 Prozent von rund 1 Million auf 1,2 Millionen Begutachtungen und im stationären Bereich um 14 Prozent von 320.000 auf 370.000 Begutachtungen an (vgl. Tabelle 1). Die Medizinischen Dienste haben den ersten Auswertungen der Übergangstatistik zu Folge damit vor dem Hintergrund des PfwG ihre Begutachtungstätigkeit deutlich intensiviert und insgesamt 15 Prozent mehr Begutachtungen als im Vorjahr durchgeführt. Aussagen über die Entwicklung des Begutachtungsaufkommens getrennt nach einzelnen Begutachtungsarten (Erstbegutachtungen, Folgebegutachtungen etc.) sind erst nach Auswertung der Begutachtungstatistik für das Jahr 2009 möglich.

Tabelle 1:
Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen für die Pflegeversicherung 2007 und 2008

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon			
		Häufigkeiten		in v.H.	
		ambulant	vollstationär	ambulant	vollstationär
2007	1.325.774	1.006.009	319.765	75,9%	24,1%
2008	1.526.393	1.159.934	366.459	76,0%	24,0%

3 Begutachtung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

3.1 Gesetzgeberische Absicht

Mit dem PfwG wollte der Gesetzgeber einen weiteren Impuls für den Auf- und Ausbau von Versorgungsangeboten für Demenzzranke und ihre Angehörigen geben. Die Situation von Menschen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (dazu gehören Menschen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, mit geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen) sollte verbessert werden. Nach der Konzeption der Pflegeversicherung ist bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit und der Zuordnung zu den drei Pflegestufen der Hilfebedarf bei den in § 14 Abs. 4 SGB XI aufgelisteten regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung und Mobilität (Grundpflege) sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung zu berücksichtigen.

Aufgrund des aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriffes der Pflegeversicherung⁴ finden Personen, die einen Hilfebedarf aufweisen, der nicht den in § 14 Abs. 4 SGB XI genannten Verrichtungen zugeordnet werden kann, bislang kaum leistungsrechtliche Berücksichtigung in der Pflegeversicherung. Zwar zählen auch die Hilfeleistungen „Beaufsichtigung und Anleitung“ zu den zu berücksichtigenden Hilfeleistungen; doch nur soweit sie im Zusammenhang mit den Katalogverrichtungen des täglichen Lebens von § 14 Abs. 4 SGB XI stehen. Nicht berücksichtigt wird jedoch der Hilfebedarf bei der nicht verrichtungsbezogenen allgemeinen Beaufsichtigung und Betreuung, obwohl gerade dieser Hilfebedarf bei gerontopsychiatrisch veränderten Menschen ebenso wie bei geistig behinderten und psychisch kranken Menschen oftmals einen erheblichen Teil des Versorgungs- und Betreuungsaufwandes ausmacht.

Mit dem PFWG wurde diese Systematik nicht verändert. Gleichwohl wurden Leistungsverbesserungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz vorgenommen. Handlungsbedarf sah der Gesetzgeber vorrangig im ambulanten Bereich. Dort wurde bereits 2001 mit dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz⁵ ein erster Schritt für zusätzliche Pflegearrangements gegangen und ein zusätzlicher Leistungsanspruch für Pflegebedürftige mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Aufsicht und Betreuung eingeführt (§ 45b SGB XI). Danach konnte dieser Personenkreis bei häuslicher Pflege zusätzliche finanzielle Hilfen der Pflegeversicherung im Werte von bis zu 460 Euro pro Kalenderjahr für qualitätsgesicherte Betreuungsleistungen in Anspruch nehmen.

Diese Ansprüche wurden durch das PFWG ausgebaut, in dem:

- nunmehr nach dem Umfang des Betreuungsbedarfs abgestufte Leistungen vorgesehen sind,
- für die Pflegebedürftigen der Stufen I bis III der Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen von 460 Euro jährlich auf bis zu 200 Euro monatlich (also bis zu 2.400 Euro jährlich) angehoben wurde und
- gleichzeitig zusätzlich diejenigen Versicherten, die noch nicht die Voraussetzungen für die Einstufung in die Pflegestufe I erfüllen, jedoch nach der Begutachtung des MDK in der Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt sind, ebenfalls ein entsprechender Leistungsanspruch eingeräumt wurde; diese Leistungsbeträge können jeweils nur für qualitätsgesicherte Betreuungsangebote und nur unter Nachweis der entstandenen Aufwendungen in Anspruch genommen werden (siehe

⁴ Dazu ausführlich: U. Brucker / J. Windeler (2008): *Der Medizinische Dienst in der Pflegeversicherung – praktische Erfahrungen und Perspektiven* (S. 131-170). In G. Glaeske & C. Trittin (Hrsg). Weichenstellung: Altern in unserer Gesellschaft. Neue Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Bremen: Schwäbisch Gmünd.

⁵ BGBl I S. 3728

die Aufzählung möglicher Betreuungsmaßnahmen in § 45b Abs. 1 Satz 6 Nr. 1 bis 4 SGB XI);

- darüber hinaus die Mittel zum Auf- und Ausbau von niedrighschwelligen Betreuungsangeboten sowie Modellmaßnahmen zur Erprobung neuer Versorgungskonzepte und -strukturen nach § 45c SGB XI, auch unter Einbeziehung von Selbsthilfe und Ehrenamt nach § 45d SGB XI, um 15 Millionen Euro von zuvor 10 auf 25 Millionen Euro jährlich erhöht, so dass bei entsprechender Kofinanzierung ein Gesamtvolumen von 50 Millionen Euro erreicht wird.

Aus der Ergänzung des § 45a SGB XI ergibt sich für den MDK eine neue Begutachtungsaufgabe, und zwar auch in Fällen, in denen von vorneherein nicht mit der Anerkennung einer Pflegestufe zu rechnen ist und nur die Voraussetzungen des § 45a SGB XI zu prüfen sind. Damit werden erstmals in der Geschichte der Pflegeversicherung Leistungen ermöglicht, die nicht an die Voraussetzung des Vorhandenseins einer Pflegestufe geknüpft werden. Über die Höhe des Anspruchs auf zusätzliche Betreuungsleistungen (Grundbetrag oder erhöhter Betrag) entscheidet die Pflegekasse auf Empfehlung des MDK. Der GKV-Spitzenverband hat hierfür einheitliche Maßstäbe in den Richtlinien festgelegt.

3.2 Verfahren in der Begutachtung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz

Wie bei der Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wird auch für die Bestimmung des erheblichen Bedarfs an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung nicht auf bestimmte Krankheitsbilder oder Diagnosen wie z. B. Demenz abgestellt, sondern auf einen tatsächlichen Hilfebedarf, der durch bestimmte Beeinträchtigungen bei Aktivitäten ausgelöst wird, die zu Einschränkungen in der Alltagskompetenz führen. Der zeitliche Umfang dieses Bedarfs ist dabei unerheblich. Grundlage für die Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz sind allein die in § 45a Abs. 2 SGB XI genannten Kriterien.

Das Begutachtungsverfahren zur Feststellung dieses Personenkreises gliedert sich in zwei Teile, ein Screening und ein Assessment. Es baut auf der Begutachtung nach §§ 14, 15 SGB XI auf. Der Gutachter berücksichtigt dabei die in den Begutachtungs-Richtlinien erläuterten "Besonderheiten der Ermittlung des Hilfebedarfs bei Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen". Grundlage für das weitere Verfahren ist die Befunderhebung (Punkt D 3 der Begutachtungs-Richtlinien). Dort werden die vorliegenden

Schädigungen, die vorhandenen Ressourcen sowie die Beeinträchtigungen der Aktivitäten des täglichen Lebens dokumentiert.

3.2.1 Screening

Das Screening ist eine Auswertung der Befunderhebung um festzustellen, ob ein Assessmentverfahren durchzuführen ist. Hierzu ist bei Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistiger Behinderung oder psychischer Erkrankung zu erfassen, ob zu den Punkten "Orientierung", "Antrieb/Beschäftigung", "Stimmung", "Gedächtnis", "Tag-/Nachtrhythmus", "Wahrnehmung und Denken", Kommunikation/Sprache", "Situatives Anpassen" und "Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen" jeweils eine Auffälligkeit besteht. Ein Assessment wird dann durchgeführt, wenn das Screening positiv ist. Dies ist der Fall, wenn

- mindestens eine Auffälligkeit besteht, die ursächlich auf demenzbedingte Fähigkeitsstörungen, geistige Behinderung oder psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, und
- hieraus ein regelmäßiger und dauerhafter (voraussichtlich mindestens sechs Monate) Beaufsichtigungs- und Betreuungsbedarf resultiert.

3.2.2 Assessment

Das Assessment wird generell erstellt, wenn das Screening entsprechend den vorstehenden Ausführungen positiv ist. Unerheblich ist, ob die Voraussetzungen für das Vorliegen einer Pflegestufe erfüllt sind oder ob der Versicherte häuslich oder stationär versorgt wird. Mit dem Assessment erfolgt die Bewertung, ob die Einschränkung der Alltagskompetenz auf Dauer erheblich ist. Dazu werden krankheits- oder behinderungsbedingte kognitive Störungen (Wahrnehmen und Denken) sowie Störungen des Affekts und des Verhaltens bei den folgenden, im Gesetz abschließend definierten 13 Items erfasst:

1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)
2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen
3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen

4. Tätlich 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 (Beeinträchtigungen 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 überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagtheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression

3.2.3 Maßstäbe zur Bewertung des Hilfebedarfs und Empfehlungen an die Pflegekasse

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI werden

- für Versicherte mit einem im Verhältnis geringeren allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem Grundbetrag von 100 € im Monat und
- für Versicherte mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) bis zu einem erhöhten Betrag in Höhe von max. 200 € im Monat

gewährt. Der Versicherte erhält sie nicht als Geldleistung ausbezahlt, sondern er kann z. B. anerkannte niedrighschwellige Betreuungsangebote in Anspruch nehmen und die dadurch entstandenen Kosten bis zur Höhe der jeweils bewilligten zusätzlichen Betreuungsleistungen mit der Pflegekasse abrechnen.

Eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn im Assessment wenigstens bei zwei Items ein "Ja" angegeben wird, davon mindestens einmal bei einem Item aus einem der Bereiche 1 bis 9. Eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz liegt vor, wenn die für die erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz

maßgeblichen Voraussetzungen erfüllt sind und zusätzlich bei mindestens einem weiteren Item aus einem der Bereiche 1, 2, 3, 4, 5, 9 oder 11 ein „Ja“ angegeben wird. Darüber hinaus hat der MDK zu dokumentieren, seit wann die Alltagskompetenz des Antragstellers entsprechend eingeschränkt ist. Bei den meist chronischen Verläufen ist eine begründete Abschätzung des Beginns der eingeschränkten Alltagskompetenz notwendig.

3.2.4 Altfälle

Um eine zeitnahe und unbürokratische Regelung für den Leistungsbezug der bereits vor Inkrafttreten des PflVG begutachteten Versicherten zu gewährleisten, sieht die PEA-Richtlinie für die sog. „Altfälle“ eine Umsetzungsempfehlung vor. Danach können die Pflegekassen weitgehend ohne Einschaltung des MDK über die Leistungsansprüche entscheiden, soweit dies auf der Grundlage der vorliegenden Unterlagen möglich ist.

Versicherte, die bereits nach der alten gesetzlichen Regelung Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen hatten, erhalten ohne weiteres – sofern sie nicht den erhöhten Betrag beantragen – den Grundbetrag von bis zu 100 Euro monatlich. Beantragen diese Versicherten die Feststellung einer erhöhten Einschränkung der Alltagskompetenz, prüft die Pflegekasse, ob sich aus dem vorliegenden Vorgutachten eine in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz ergibt und entscheidet ggf. ohne Einschaltung des MDK. Ist dies nicht zweifelsfrei aus dem Vorgutachten zu entnehmen, ist der MDK einzuschalten. Dieses Verfahren ist analog anzuwenden, wenn Versicherte, die bereits – mit negativem Ergebnis – auf die Feststellung von Pflegebedürftigkeit begutachtet wurden, zusätzliche Betreuungsleistungen beantragen. Auch in diesen Fällen wird nach Möglichkeit auf der Grundlage des Vorgutachtens die Leistungsentscheidung getroffen und nur in Zweifelsfällen der MDK erneut eingeschaltet.

Vor diesem Hintergrund kann aus den in Abschnitt 4 dargestellten Begutachtungsergebnissen nicht unmittelbar die Zahl der nach § 45b SGB XI Leistungsberechtigten abgeleitet werden.

4 Empfehlungen zusätzlicher Betreuungsleistungen – Ergebnisse der Übergangstatistik 2008

Im Gegensatz zu den derzeit gültigen Maßgaben der Statistik-Richtlinie differenziert die Übergangstatistik auch nach den Fällen, in denen bei der Begutachtung keine Pflegestufenempfehlung erfolgte bzw. ein Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe 1 festgestellt wurde. Für den ambulanten Bereich erfolgt außerdem eine Differenzierung zwischen Begutachtungen, im Rahmen derer eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz festgestellt wurde, und Begutachtungen mit dem Ergebnis einer in erhöhtem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz.

Grundlage der von den Medizinischen Diensten für das 3. und 4. Quartal 2008 ermittelten Ergebnisse des Assessments zur Feststellung der erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz (PEA-Assessment) im ambulanten und stationären Bereich sind alle in diesem Zeitraum durchgeführten Begutachtungen.

Tabelle 2 zeigt für den ambulanten Bereich, dass von den rund 510.000 Antragstellern im Berichtszeitraum rund 370.000 als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft waren.

Tabelle 2:

Begutachtungen ambulant – Empfehlungen zu PEA (3.+4. Quartal 2008)

Pflegestufenempfehlung	Begutachtungen	davon in v. H.	
		k. PEA	PEA
Stufe I	213.886	75	25
Stufe II	121.178	61	39
Stufe III	38.201	44	56
nicht pflegebedürftig	136.405	87	13
Verteilung PEA 1 / PEA 2	PEA 1: 58% PEA 2: 42%		
Insgesamt (Antragsteller)	509.670	72	28
Insgesamt (Pflegebedürftige)	373.265	67	33

Von diesen Pflegebedürftigen gehörten 33 Prozent zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Bezogen auf alle Antragsteller im ambulanten Bereich besteht bei insgesamt 28 Prozent aller begutachteten Versicherten ein Anspruch auf zusätzliche Betreuungsleistungen. Bei 72 Prozent konnte hingegen keine Einschränkung der Alltagskompetenz festgestellt werden.

Der Anteil von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz im ambulanten Bereich steigt dabei von 25 Prozent (Pflegestufe I) über 39 Prozent (Pflegestufe II) auf 56 Prozent (Pflegestufe III). Es besteht demnach ein Zusammenhang zwischen dem Schweregrad der Pflegebedürftigkeit der Antragsteller und dem Ausmaß einer Einschränkung der Alltagskompetenz. Immerhin sind von den rund 140.000 Antragstellern, bei denen der Gutachter keine Pflegestufe empfehlen konnte, 13 Prozent (das sind rund 18.000 Menschen) Personen mit einer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz und dabei mit einem in der Regel demenzbedingten Hilfebedarf, der von der Pflegeversicherung bislang nicht berücksichtigt worden ist. Bei 60 Prozent der Antragsteller ist die Alltagskompetenz in erheblichem Maße, bei 40 Prozent in erhöhtem Maße eingeschränkt

Der nachstehenden Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass im stationären Bereich der Anteil derjenigen Antragsteller, bei denen das PEA-Assessment eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz ergeben hat, mit 48 Prozent deutlich höher ist als im ambulanten Bereich. Das verdeutlicht die Tatsache, dass der Einzug in ein Pflegeheim zu einem Zeitpunkt erfolgt, in dem der Hilfebedarf aufgrund des höheren Alters und damit assoziierter eingeschränkter Alltagskompetenz eine größere Ausprägung als im ambulanten Bereich erreicht. Auch hier ist eine Steigerung des zahlenmäßigen Anteils leistungsberechtigter Personen mit steigender Pflegestufe im Sinne des SGB XI zu verzeichnen. 36 Prozent der Personen, bei denen der Gutachter die Pflegestufe I empfiehlt, weisen eine erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz auf; 52 Prozent der Antragsteller in Pflegestufe II und 63 Prozent in Pflegestufe III.

Tabelle 3:

Begutachtungen stationär – Empfehlungen zu PEA (3.+4. Quartal 2008)

Pflegestufenempfehlung	Begutachtungen	davon in v. H.	
		k. PEA	PEA
Stufe I	44.991	64	36
Stufe II	65.443	48	52
Stufe III	32.885	37	63
nicht pflegebedürftig	13.427	80	20
Insgesamt (Antragsteller)	156.746	52	48
Insgesamt (Pflegebedürftige)	143.319	50	50

Erstmals kommen die zusätzlichen Leistungen auch Antragstellern zugute, die einen Hilfebedarf aufweisen, der unterhalb der Pflegestufe I liegt. Im ambulanten Bereich sind das 13 Prozent aller Antragsteller, im stationären Bereich 20 Prozent. Dieser Unterschied deutet darauf hin, dass der Hilfebedarf, der sich nicht an den Verrichtungen des täglichen Lebens bemisst, bei Personen, die stationäre Leistungen der Pflegeversicherung beantragen, höher ist als bei Versicherten, die noch zu Hause leben.

Die ersten Auswertungen aus den Daten der Übergangstatistik zeigen, dass es unterhalb der Pflegestufe I einen Hilfebedarf gibt von Personen, die noch nicht pflegebedürftig sind, weil sie noch keinen nennenswerten Hilfebedarf bei den Katalogverrichtungen des täglichen Lebens von § 14 Abs. 4 SGB XI haben. Für diese Menschen und deren Angehörige stellen die zusätzlichen Leistungen aus dem PfwG eine gewisse Entlastung dar.

5 Die Begutachtungsentwicklung im Jahr 2007

5.1 Anzahl durchgeführter Begutachtungen

Im Jahr 2007 wurden durch die Gutachter des Medizinischen Dienstes insgesamt 1,3 Millionen Versicherte im Hinblick auf die Feststellung von Pflegebedürftigkeit begutachtet (vgl. Tabelle 4). Drei Viertel aller Antragsteller wählten Leistungen der häuslichen (ambulanten) Pflege. Ein Viertel von ihnen beantragten Leistungen für die Pflege in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Bei knapp 10.000 Antragstellern handelte es sich um Menschen, die Leistungen für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) beantragten.⁶ Die Zahl der begutachteten Versicherten ist 2007 im Vergleich zum Vorjahr um 1,5 Prozent gestiegen. Nach Leistungsbereichen differenziert zeigt sich, dass die Zahl stationärer Antragsteller zu Gunsten solcher mit ambulanten Leistungen geringfügig prozentual abnahm.

Tabelle 4:
Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen für die Pflegeversicherung 2006 und 2007

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		ambulant	vollstationär	§ 43a SGB XI	ambulant	Vollstationär	§ 43a SGB XI
2006	1.315.254	987.590	315.155	9.509	75,1%	24,2%	0,7%
2007	1.335.317	1.006.061	319.776	9.480	75,3%	23,9%	0,7%

Es gibt drei Begutachtungsarten, die sich in ihrer formal-rechtlichen Bedeutung unterscheiden: **Erstbegutachten**, **Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen** und **Widerspruchsbegutachtungen** (Widersprüche).

Um eine **Erstbegutachtung** handelt es sich immer dann, wenn die Begutachtung bei einem Versicherten erfolgt, der sich zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht im Leistungsbezug des SGB XI befindet. **Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen** (im Folgenden auch Folgebegutachtungen genannt) werden nur bei solchen Versicherten durchgeführt, die bereits als pflegebedürftig anerkannt sind. Eine Höherstufungsbegutachtung setzt einen Antrag auf eine erneute Begutachtung des Versicherten voraus, der eine Zunahme seines Hilfebedarfs vermutet. **Wiederholungsbegutachtungen** werden hingegen von den Pflegekassen in Auftrag

⁶ Wegen des vergleichsweise geringen Aufkommens wird dieser Leistungszweig hier nicht weiter berücksichtigt

gegeben. Die Pflegekasse wird sich dabei in der Regel an der entsprechenden gutachterlichen Empfehlung im vorangegangenen Pflegegutachten orientieren. Obwohl eine Differenzierung beider Begutachtungsarten in der Statistik nicht möglich ist, sprechen Anhaltspunkte dafür, dass es sich in den meisten Fällen um eine erneute Begutachtung handelt, die vom Versicherten wegen der Zunahme seines Hilfebedarfs gewünscht wird, also um eine Höherstufungsbegutachtung. Eine **Widerspruchsbegutachtung** liegt dann vor, wenn der Versicherte Widerspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse einlegt. Tabelle 5 zeigt, dass es sich bei über der Hälfte aller Begutachtungen, die 2007 durchgeführt worden sind, um Erstbegutachtungen handelt. 40 Prozent sind Folgebegutachtungen und 7 Prozent Widerspruchsbegutachtungen.

Tabelle 5:

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen nach Gutachtenart 2006 und 2007

Antragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche
2006	1.305.745	686.032	531.415	88.298	52,5	40,7	6,8
2007	1.325.774	696.709	538.268	90.797	52,6	40,6	6,8
Antragsteller auf ambulante Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche
2006	987.590	560.721	351.639	75.230	56,8	35,6	7,6
2007	1.006.009	574.643	354.107	77.259	57,1	35,2	7,7
Antragsteller auf vollstationäre Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederhol.-begutacht.	Widersprüche
2006	318.155	125.311	179.776	13.068	39,4	56,5	4,1
2007	319.765	122.066	184.161	13.538	38,2	57,6	4,2

Unterschiede finden sich allerdings zwischen den einzelnen Leistungsbereichen ambulant und stationär. Im ambulanten Bereich werden zu über 50 Prozent Erstantragsteller begutachtet, in 35 Prozent der Fälle handelt es sich um Folgebegutachtungen. Im stationären Bereich erhalten hingegen über 50 Prozent der Antragsteller bereits Leistungen der Pflegeversicherung und werden erneut begutachtet. Begutachtungen von Erstantragstellern folgen hier mit anteilig 40 Prozent erst an zweiter Stelle.

Die Unterschiede in der Begutachtungsart dieser Leistungsbereiche lassen sich auf zwei Faktoren zurückführen. Der höhere Anteil von Folgebegutachtungen bei Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen liegt u.a. daran, dass diese Menschen durchschnittlich älter, chronisch krank und vielfach multi-morbid sind; sie weisen deswegen in der Regel einen höheren Hilfebedarf auf. Das Einzugsalter von Bewohnern in ein Pflegeheim ist in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen; man geht inzwischen davon aus, dass das Einzugsalter bei ca. 83 Jahren liegt. Damit ist auch der gestiegene Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erklären; die meisten von ihnen leiden unter dementiell bedingten Beeinträchtigungen. Gerade bei diesem Personenkreis nimmt der Hilfebedarf im Zeitverlauf oftmals sehr schnell zu. Hinzu kommt, dass gut ausgebildetes Pflegepersonal in Pflegeheimen eine leistungsrechtlich relevante Zunahme des Hilfebedarfs eher erkennt als die (Laien-) Pflegeperson(en) zu Hause. Der zweite Faktor ist dem Umstand geschuldet, dass viele Pflegeheime nur noch Versicherte aufnehmen, bei denen die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI bereits festgestellt worden ist. Zudem kommen viele vor allem ältere Versicherte nach einem Krankenhausaufenthalt nicht mehr in ihre eigene Häuslichkeit zurück, sondern werden in eine Einrichtung der stationären Langzeitpflege aufgenommen. Dieser Übergang vom Krankenhaus in die pflegerische Versorgung erfolgt auf Grundlage von landesspezifischen Normen. Grundlage hierfür ist § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V. Eine Folge der unterschiedlichen, landesspezifischen Übergangsregelungen ist eine unterschiedliche, mit den jeweiligen Pflegekassen abgestimmte Vorgehensweise der MDK: einige MDK erstellen ein vollständiges Pflegegutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe im Krankenhaus, andere MDK fertigen dagegen lediglich ein Kurzugutachten an, in dem nur die Pflegebedürftigkeit bzw. Nicht-Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Im letzteren Fall wird erst in einer nachfolgenden Begutachtung im Pflegeheim ein vollständiges Pflegegutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe erstellt. Diese Begutachtung wird jedoch in manchen Fällen als „Folgegutachten“ verschlüsselt. Dies ist ein weiterer Grund, weshalb die Quote der Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten im stationären Bereich über der im ambulanten Bereich liegt.

Allen drei Begutachtungsarten ist gemeinsam, dass sie personenbezogen mehrmals im Jahr gezählt werden können. Wenn beispielsweise ein Versicherter nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI ist und ggf. nach einem „erfolglosen“ Widerspruch erneut einen Antrag bei seiner Pflegekasse stellt, wird dieser wieder als „Erstauftrag“ in der Statistik dokumentiert. Obwohl solche Mehrfach-Zählungen nicht häufig sind, muss darauf hingewiesen werden, dass die Begutachtungsstatistik Produkte (Pflegegutachten), aber keine „Köpfe“ (Versicherte) zählt.

5.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen

Zentrale Aufgabe der gutachterlichen Tätigkeit des MDK ist die Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung einer der drei Pflegestufen. Diese sogenannte „Einstufung“ wird über die Art und das Ausmaß des Hilfebedarfs bei den in § 14 SGB XI genannten Verrichtungen in den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) und in der hauswirtschaftlichen Versorgung ermittelt. Der Gutachter empfiehlt u.a. abschließend der auftraggebenden Pflegekasse das Ergebnis der Begutachtung in Form von:

- Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI
- Pflegestufe I „erheblich pflegebedürftig“
- Pflegestufe II „schwer pflegebedürftig“ oder
- Pflegestufe III „schwerst pflegebedürftig“.

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse der jährlichen Gutachter-Tätigkeit dargestellt. Hieraus lassen sich auch Informationen über den jährlichen Zugang „neuer“ pflegebedürftiger Menschen zum Bestand der Leistungsempfänger ableiten.

Im Jahre 2007 lag in knapp einem Drittel aller Erstbegutachtungen aus sozialmedizinischer Sicht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vor. In 49 Prozent der Fälle empfahlen die Gutachter Pflegestufe I, in 18 Prozent Pflegestufe II und in 4 Prozent Pflegestufe III. Im Vergleich zum Vorjahr sind keine nennenswerten Veränderungen festzustellen.

Bei Erstantragstellern auf häusliche Pflege stellten die Medizinischen Dienste in 32 Prozent der Fälle fest, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, in 50 Prozent wurde Pflegestufe I empfohlen, in 15 Prozent Pflegestufe II und in 3 Prozent Pflegestufe III.

Im stationären Bereich liegt der Anteil der Begutachtungsempfehlung „nicht pflegebedürftig“ mit 15 Prozent nur halb so hoch wie im häuslichen Bereich. Dies hängt auch mit dem in Kapitel 5.1 erwähnten Sachverhalt zusammen, dass die meisten Pflegeheime in den meisten Fällen nur noch Bewohner neu aufnehmen, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes schon festgestellt wurde. Der Anteil der Empfehlung Pflegestufe I bewegt sich mit 47 Prozent auf einem dem häuslichen Bereich vergleichbaren Niveau. In 31 Prozent wird Pflegestufe II, in 6 Prozent Pflegestufe III empfohlen.

Tabelle 6:

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen nach Begutachtungsempfehlung in v.H. 2006 und 2007

Erstantragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.*			
		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	nicht pflegebedürftig
2006	686.032	47,9	19,0	4,2	29,0
2007	696.704	49,2	17,9	3,7	29,2

Erstantragsteller auf ambulante Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.*			
		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	nicht pflegebedürftig
2006	560.721	48,3	16,2	3,5	32,1
2007	574.638	49,6	15,0	3,2	32,2

Erstantragsteller auf vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.*			
		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III	nicht pflegebedürftig
2006	125.311	46,5	31,5	7,1	15,0
2007	122.066	47,4	31,4	6,1	15,1

* Rundungsfehler für das Jahr 2006

Die Pflegestufenstatistik im stationären Sektor soll an dieser Stelle noch näher erläutert werden. Wie bereits beschrieben, wird in einigen MDK bei Überleitungsfällen vom Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Kurzgutachten im Krankenhaus erstellt. Als gutachterliche Empfehlung erfolgt dann die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt oder nicht. Die gegebenenfalls vorliegende Pflegestufe wird erst in einer nachfolgenden körperlichen Befunderhebung im Pflegeheim ermittelt. Die Verschlüsselung im Kurzgutachten bei der Empfehlung „Pflegebedürftig“ erfolgt über den Schlüssel für Pflegestufe I. Aus diesem Grund wird in der entsprechenden Statistik der

Tabelle 6 der Anteil der Pflegestufe I überschätzt und der Anteil der Pflegestufen II und III unterschätzt.

5.3 Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

Im Rahmen einer Erstbegutachtung 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 bereits Leistungen des SGB XI erhalten. Hier wird geprüft, ob die derzeitige Pflegestufe noch aktuell ist oder ob zwischenzeitlich eine wesentliche und leistungsrelevante Änderung des Hilfebedarfs stattgefunden hat. Rund ein Drittel aller Pflegebedürftigen wird innerhalb eines Jahres wiederholt begutachtet. Diese Begutachtungsart erfüllt damit zwei Funktionen. Zum einen werden die Leistungen der Pflegeversicherung an den veränderten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen angepasst. Zum Zweiten wird das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einer kontinuierlichen Überprüfung unterzogen. Über die Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2007 informiert die nachfolgende Tabelle 7.

Tabelle 7:
Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung 2007

ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung in v.H.		
	höhere Pflegestufenempfehlung	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	23,7	62,0	14,3
Pflegestufe II	20,6	64,9	14,5
Pflegestufe III	-	91,5	8,5
vollstationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung in v.H.		
	höhere Pflegestufenempfehlung	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	69,7	28,5	1,8
Pflegestufe II	56,7	39,3	4,0
Pflegestufe III	-	77,8	22,2

Wie die Ergebnisse in Tabelle 7 zeigen, ist Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand, sondern nimmt in vielen Fällen im Laufe der Zeit zu. Bei 24 Prozent ehemaliger Pflegebedürftiger der Stufe I und bei 20 Prozent ehemaliger Pflegebedürftiger der Stufe II – jeweils mit ambulanten Leistungen – wird in der Folgebegutachtung ein Hilfebedarf festgestellt, der die Bedingungen der nächst höheren Pflegestufe erfüllt. Diese „Höherstufungsquoten“ sind im vollstationären Bereich noch stärker ausgeprägt. 70 Prozent aller ehemaligen Pflegestufen-I-Empfänger und 57 Prozent aller ehemaligen Pflegestufen-II-Empfänger haben in der wiederholten Begutachtung einen Hilfebedarf der meist jeweils nächst höheren Pflegestufe. Der Unterschied zwischen den einzelnen Bereichen ambulant und stationär liegt darin begründet, dass stationär versorgte Menschen durchschnittlich älter sind und demnach häufiger an chronischen und schnell voranschreitenden Krankheiten leiden.

Bei 9 Prozent der ambulanten und 22 Prozent der vollstationär gepflegten Menschen der Pflegestufe III dokumentierten die Gutachter auf Grund der sozialmedizinischen Prüfung einen Hilfebedarf, der leistungsrechtlich nicht mehr den Voraussetzungen der Pflegestufe III entspricht. Dies 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 der Pflegeperson nicht mehr eigenständig durchführen, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen teilweise oder vollständig übernehmen. Dies führt gegebenenfalls dazu, dass sich der Zeitaufwand für die Hilfeleistung verringert und deshalb in manchen Fällen eine niedrigere Pflegestufe empfohlen wird.

5.4 Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

Eine Widerspruchsbegutachtung wird in den Fällen durchgeführt, in denen der Versicherte Widerspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse eingelegt hat. Die Pflegekasse legt dann den Widerspruch dem MDK zur erneuten Bearbeitung vor.

Der Gutachter überprüft zunächst die Feststellungen des Vorgutachtens dahingehend, ob alle Aspekte berücksichtigt und richtig beurteilt worden sind. Im Weiteren wird die zwischenzeitliche Änderung der Pflegesituation geprüft. Liegen Veränderungen vor, werden diese entsprechend dokumentiert. Dieser Aspekt ist von besonderer Bedeutung, denn zwischen der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst, dem Leistungsbescheid der

Pflegekasse und dem Widerspruch des Versicherten verstreichen in der Regel mehrere Wochen. Tritt in diesem Zeitraum ein akuter Krankheitsvorfall ein, kann die Sachlage in Hinblick auf den Hilfebedarf u.U. erheblich verändert sein. Neben „echten“ Widersprüchen werden unter der Rubrik „Widerspruchsbegutachtungen“ deshalb auch solche Fallkonstellationen subsumiert, die der Sachlage einer Höherstufungsbegutachtung entsprechen.

In Tabelle 8 sind die Ergebnisse der Widerspruchsgutachten dokumentiert. Im ambulanten Bereich bestätigen die Widerspruchsgutachter in rund 60 Prozent der Fälle die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens. In rund 40 Prozent empfehlen sie eine andere Pflegestufe.

Tabelle 8:

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung 2007

ambulant		
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung in v.H.	
	gleiche Pflegestufenempfehlung	andere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	58,9	41,1
Pflegestufe II	57,2	42,8
Nicht pflegebedürftig	64,0	36,0
vollstationär		
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung in v.H.	
	gleiche Pflegestufenempfehlung	andere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	43,6	56,4
Pflegestufe II	52,2	47,8
Nicht pflegebedürftig	45,3	54,7

Im stationären Bereich wird häufiger eine andere, zumeist höhere Pflegestufe empfohlen. Dies entspricht den Ergebnissen der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen, was eine gewisse Analogie beider Begutachtungsarten nahe legt.

5.5 Profession der Gutachter des Medizinischen Dienstes

Gemäß § 18 Abs. 6 SGB XI ist vorgesehen, dass Ärzte und Pflegefachkräfte die Begutachtungen von antragstellenden Versicherten vornehmen. Im Rahmen der Begutachtungs-Richtlinien wird dieser Auftrag konkretisiert. Arzt und Pflegefachkraft sollen demnach gemeinsam festlegen, welcher Gutachter die Begutachtung vornimmt. Rechnet man im Vorfeld bereits mit einer besonders schwierigen Begutachtungssituation, kann der Besuch des Antragstellers auch gemeinsam von Arzt und Pflegefachkraft vorgenommen werden. Diese Vorgabe hat zu einer erheblichen Veränderung im Personalbestand der Medizinischen Dienste geführt. Waren vor der Pflegeversicherung so gut wie keine Pflegefachkräfte in den Medizinischen Diensten beschäftigt, so weist die Personalstatistik zum Jahresende 2007 annähernd 1.300 Angehörige dieser Berufsgruppe aus. Pflegefachkräfte sind fast ausschließlich mit Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung betraut.⁷

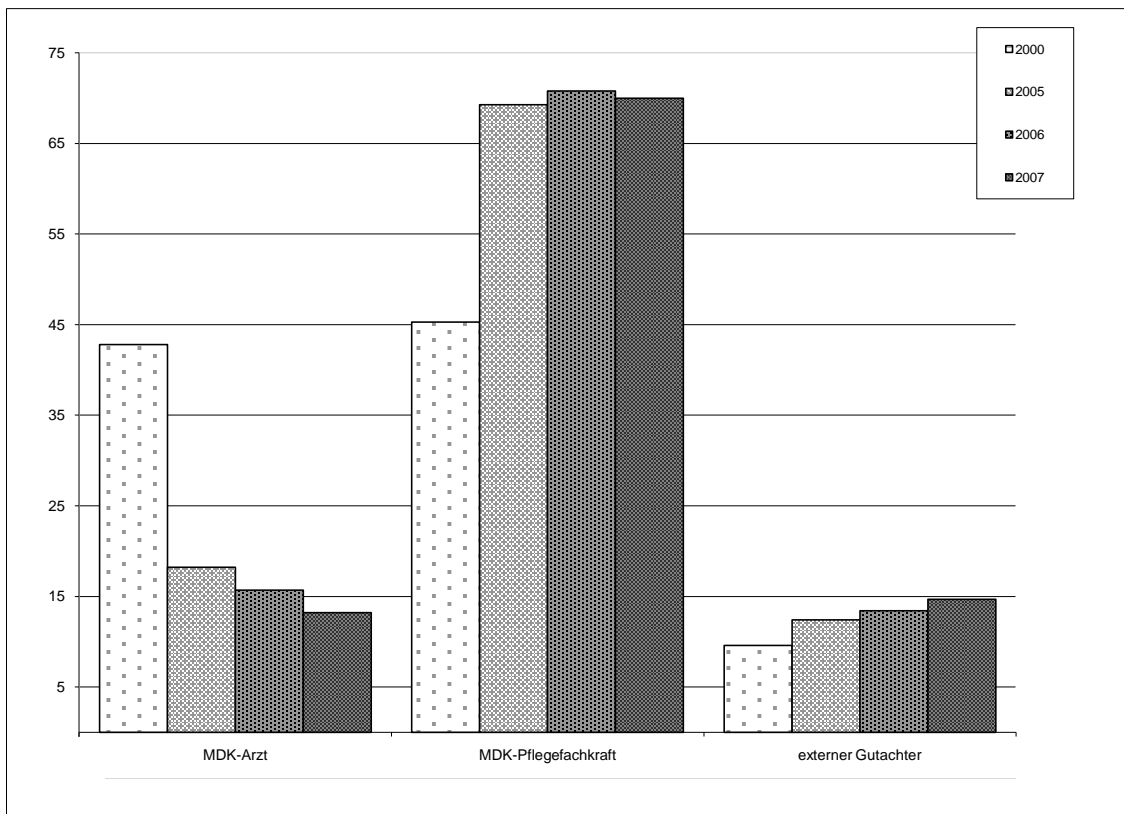


Abbildung 1:

Profession der Gutachter die Begutachtungen durchführten in v. H., 2000, 2005, 2006 und 2007

⁷ Neben den versichertenbezogenen Einzelfallbegutachtungen führen Pflegefachkräfte mehrheitlich die Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen durch.

Zu Beginn der Begutachtungstätigkeit für die Pflegeversicherung führten mehrheitlich Ärzte die Einzelfallbegutachtungen durch. Noch im Jahre 2000 betrug ihr Anteil an allen Begutachtungen 43 Prozent (siehe Abbildung 1⁸). Sieben Jahre später hat sich dieses Bild gewandelt. Über 70 Prozent der Begutachtungen wurden im Jahre 2007 von Pflegefachkräften durchgeführt. Der Hauptschub dieses Prozesses datiert auf die Jahre zwischen 2001 und 2003. Aber auch zwischen 2005 und 2007 setzte sich dieser Vorgang, allerdings in weit abgeschwächter Form, fort. Die Abnahme des ärztlichen Anteils in der Aufgabenwahrnehmung „Pflege“ ist u.a. wohl darauf zurückzuführen, dass im MDK organisatorische Modifikationen im Dienst vorgenommen wurden. Die leichte Zunahme der extern beschäftigten Gutachter ist auf regionale Besonderheiten in einigen MDK zurückzuführen.

⁸ Die Anteile addieren sich nicht auf 100 Prozent, da von Ärzten und Pflegefachkräften gemeinsam durchgeführte Begutachtungen nicht aufgeführt sind.