



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

**Pflegebericht des
Medizinischen Dienstes
Berichtszeitraum 1998**

MDS
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 / 8327-0
Fax: 0201 / 8327-3-100
Autoren: Alexander Wagner / Dr. Lothar Lürken

Inhaltsverzeichnis

1	Vorbemerkungen	2
1.1	Einleitung	2
1.2	Daten	5
2	Auftrags- und Erledigungsstatistik	9
2.1	Auftragsstatistik	9
2.2	Durchgeführte Begutachtungen	13
2.3	Untersuchungsort und Profession des Gutachters	16
2.4	Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe	20
2.5	Wiederholungsbegutachtungen	28
2.6	Widersprüche	33
2.7	Fazit	37
3	Analyse der begutachteten Erstantragsteller	40
3.1	Soziodemografische Struktur der begutachteten Erstantragsteller	40
3.1.1	Alter und Geschlecht	40
3.1.2	Demografische Gruppenbildung	43
3.1.3	Antragstellerinzidenz	44
3.1.4	Pflegerelevante Wohnformen	46
3.1.5	Beantragte Leistungsart	50
3.1.6	Fazit	53
3.2	Erste pflegebegründende Diagnose	54
3.3	Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)	60
3.4	Grundpflegerischer Hilfebedarf	65
3.5	Feststellung von Pflegebedürftigkeit	68
3.6	Fazit	73
4	Die Berücksichtigung von „demenziell Erkrankten“ in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit	75
5	Literatur	86

1 Vorbemerkungen

1.1 Einleitung

Der hier vorliegende Pflegebericht wurde erstmals nach den „Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die von den Medizinischen Diensten für den Bereich der sozialen Pflegeversicherung zu übermittelnden Berichte und Statistiken“, vom 8.12.1997, gemäß § 53a Satz 1 Nr. 3 3GB XI erstellt. Er schließt sich an die Pflegeberichte der Berichtszeiträume 1995 und 1996 an, die auf freiwilliger Basis von einigen MDK erarbeitet wurden und Teilbereiche des Begutachtungsgeschehens der Medizinischen Dienste beleuchteten. (BERG, PICK, SCHMELZER, STENNER 1996, PROJEKTGRUPPE PFLEGEBERICHTERSTATTUNG 1997). Auf Grundlage der Pflegestatistik-Richtlinie ist es zum ersten Mal möglich, ein umfassendes Bild über die Tätigkeit der Medizinischen Dienste für die Pflegekassen zu erstellen.

Eine weitere Zielrichtung besteht darin, über die Situation der begutachteten Antragsteller Auskunft zu geben. Diese Berichtsmöglichkeit umfasst neben rein demografischen Merkmalen wie Alter und Geschlecht, insbesondere die gesundheitliche Lage der Antragsteller, ihre physischen und psychischen Fähigkeiten bei der Alltagsbewältigung und ihren notwendigen Hilfebedarf, der es ihnen auch unter den verschiedenen Aspekten ihrer Beeinträchtigungen erlaubt, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen. Bei letzterem sind auch die gutachterlichen Empfehlungen zu Rehabilitation und Prävention, zu baulichen Veränderungen im häuslichen Umfeld und zur Hilfsmittelversorgung zu nennen, die diese Forderung des Gesetzes umsetzen können. Gemäß dem gesetzlichen Auftrag der Medizinischen Dienste sind natürlich auch die gutachterlichen Empfehlungen zur Feststellung von erheblicher Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen enthalten.

Die Umsetzung der Pflegestatistik-Richtlinie erfolgt in zweierlei Hinsicht: In Form von Statistiken und Berichten. Das Tabellenwerk der Pflegeberichterstattung umfasst eine Vielzahl von vorab definierten Auswertungen, die vielfältige statistische Informationen zu den oben genannten Themenkreisen beinhalten. Sinn und Zweck dieser Statistiken besteht darin, den verschiedenen Professionen in den Institutionen, die mit der Umsetzung und Gestaltung des Pflegeversicherungsgesetzes befasst sind, kurz und bündig über einzelne Aspekte Auskunft zu geben. Der Pflegebericht geht einen Schritt weiter, indem er das vorliegende

statistische Material – auch unter Heranziehung anderer Datenquellen – unter inhaltlichen Gesichtspunkten interpretierend zusammenfasst. Die Schwerpunktsetzung orientiert sich dabei auch an aktuellen Themen aus der (Fach-) Öffentlichkeit, die einer eingehenden Analyse unterzogen werden müssen.

Im Kapitel 2 „Auftrags- und Erledigungsstatistik“ wird über die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes für die soziale Pflegeversicherung Bericht erstattet. Neben der Logistik der Auftragsbearbeitung steht hier eine Analyse der verschiedenen Auftragsarten im Vordergrund. Es wird gezeigt, dass sich das Gewicht der Tätigkeit der Medizinischen Dienste für die Pflegeversicherung immer mehr zu den Wiederholungsbegutachtungen verschiebt, bei denen Leistungsbezieher nach dem SGB XI erneut begutachtet werden. Die Funktion des Medizinischen Dienstes in der sozialen Pflegeversicherung ist in dieser Hinsicht einem Wandel unterworfen. Nicht mehr die erstmalige Prüfung des Vorliegens auf Pflegebedürftigkeit steht im Vordergrund seiner Aktivitäten; durch die zunehmende Anzahl an Begutachtungen von schon als pflegebedürftig anerkannten Versicherten trägt er in seinen Empfehlungen dem eventuell veränderten Hilfebedarf der Pflegebedürftigen Rechnung und unterzieht außerdem das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einer stetigen Überprüfung und Anpassung.

Die Analysen zu den Wiederholungsbegutachtungen belegen, dass eine idealtypische Pflegebiografie durch eine Zunahme des gesetzlich definierten Hilfebedarfs gekennzeichnet ist. Diese Aussage lässt sich im Analogieschluss auch auf viele derjenigen Antragsteller übertragen, bei denen die Gutachter der Medizinischen Dienste in der Erstbegutachtung „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI der auftraggebenden Pflegekasse empfohlen haben. In diesem Versichertenkreis liegt das Reservoir zukünftiger Pflegebedürftiger. Das ab dem 1.1.2000 verwendete neue „gestraffte“ Pflegegutachten nimmt diese Erkenntnis auf und bezieht präventive-/therapeutische und Reha-Maßnahmen stärker als bislang auch auf diesen Personenkreis. Die Gutachter geben damit über die Pflegekassen den zuständigen Leistungsträgern wichtige Hinweise zur Einleitung geeigneter Maßnahmen, die Pflegebedürftigkeit verhindern, oder mindestens zeitlich verzögern können.

Im Kapitel 3 „Analyse der begutachteten Erstantragsteller“ wird ein Überblick über soziodemografische Merkmale der Versicherten gegeben. Neben Alter und Geschlecht ist hier insbesondere das von uns neu eingeführte Kriterium „pflegerelevante Wohnform“ zu nennen, das eine vertiefte Analyse der institutionellen Einbindung des Pflegearrangements ermöglicht. Unter Heranziehung der „Aktivitäten des täglichen Lebens“ (ATL) und der Art und des

zeitlichen Umfangs der gesetzlich definierten Bereiche des Hilfebedarfs wird ein Modell einer idealtypischen Pflegebiografie entwickelt. In der Quintessenz führt dieses Modell aus, dass die beantragte Leistungsart und, damit zusammenhängend, die pflegerelevante Wohnform vom sozialen Umfeld des Versicherten und dessen pflegerischem Aufwand erheblich beeinflusst wird. Stationäre Pflege ist in dieser Hinsicht ein der häuslichen Pflege substitutives Pflegearrangement aufgrund pflegerischer Defizite.

Kapitel 4 „Die Berücksichtigung von 'demenziell Erkrankten' in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit“ widmet sich einem aktuellen Thema, der Berücksichtigung von Versicherten mit Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen, deren Betreuung hohen physischen und psychischen Einsatz der Pflegeperson(en) erfordert. Es wird gezeigt, dass diese Versicherten oft vereinfachend als Demente bezeichnet werden. Anhand der hier vorgenommenen Analysen und Assessments wird deutlich, dass diese Versichertengruppe korrekterweise mit dem Begriff „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ benannt werden muss.

Neben den hier beschriebenen Inhalten will dieser Pflegebericht, um es salopp zu sagen, auch Appetit auf mehr machen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen und der Medizinische Dienst sind mit den Daten der Pflegestatistik-Richtlinie im Besitz eines mächtigen Informationsfundus. Für die gestalterische Weiterentwicklung der sozialen Pflegeversicherung wie des Begutachtungsprozederes muss auf diese Quelle und auf die sozialmedizinische Kompetenz des Medizinischen Dienstes bei der Interpretation der Daten zurückgegriffen werden.

Das nachstehende Kapitel „Daten“ enthält die bei empirischen Arbeiten übliche Zusammenstellung des Datenmaterials, das von Nicht-Statistikern gerne überblättert wird. In der Tat muss dieser Teil nicht unbedingt gelesen werden, da er relativ wenig zum Inhalt des Berichtes beiträgt. Wenn seine Lektüre trotzdem empfohlen wird, dann wegen der nicht durchgängig möglichen Beibehaltung der Grundgesamtheiten. Außerdem zeigen sich nicht in allen Fällen Übereinstimmungen zwischen dem Zahlenmaterial dieses Berichtes mit dem des Tabellenwerkes der Pflegeberichterstattung. Die Gründe und die Auswirkungen werden in diesem Kapitel beschrieben.

Die Nummerierung der Tabellen beginnt mit jedem Hauptkapitel von vorne.

1.2 Daten

Der Datentransfer der Medizinischen Dienste an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände zur weiteren Verarbeitung basiert datentechnisch auf verschiedenen Vorgehensweisen. Das Datenmaterial der Auftragsstatistik wird in Summenform übermittelt. Die in den Tabellen des Kapitels 2.1 „Auftragsstatistik“ ausgewiesenen Zahlen entsprechen der Summe der transferierten Summenstatistiken auf MDK-Ebene.

Die Datenübermittlung für die Pflegeberichterstattung erfolgt nach den Regularien der Pflegestatistik-Richtlinie in Form anonymisierter Einzeldatensätze. Die Komplexität des Datenmaterials, das neben MDK-logistischen Angaben, demografische, medizinische und pflegerische Informationen der begutachteten Versicherten nebst den gutachterlichen Befunden und Einschätzungen enthält, fordert eine differenzierte Vorgehensweise bei der Datenanalyse, die in der Konsequenz zu unterschiedlichen Grundgesamtheiten führt. Zudem sind in den MDK unterschiedliche EDV-Systeme im Einsatz, die nicht immer eine einheitliche Vorgehensweise und damit Vollständigkeit garantieren.

Idealtypischerweise wird jeder beim MDK eingehende Gutachtenauftrag einer Pflegekasse im dortigen EDV-System erfasst. Nach erfolgter Begutachtung auf Grundlage des in den Begutachtungs-Richtlinien vorgegebenen Gutachtenformulars wird das Pflegegutachten maschinell erstellt und der auftraggebenden Pflegekasse übermittelt. Sozusagen als Nebenprodukt der Gutachtenerstellung wird nach Versand des Pflegegutachtens ein anonymisierter Statistiksatz erstellt, der definierte Informationsfelder aus der Begutachtung enthält und somit die Grundlage des statistischen Materials der Pflegeberichterstattung bildet. Die Voraussetzung für diesen Verfahrensablauf, der Einsatz einer EDV mit den entsprechenden Funktionalitäten, ist in den Medizinischen Diensten unterschiedlich realisiert. In den meisten MDK wird das EDV-Programm ISmed verwendet, wobei im Berichtszeitraum 1998 die schrittweise Ablösung der „alten“ Version ISmed-Alt durch ISmed-Neu begann. In den MDK Rheinland-Pfalz und Sachsen kommen Eigenentwicklungen zum Einsatz. Diese Eigenentwicklungen enthalten wie die ISmed-Programme alle Funktionalitäten, die zur Gewinnung der Daten für die Pflegeberichterstattung notwendig sind. In wenigen MDK waren für die Datengewinnung 1998 EDV-Programme im Einsatz, die diese Bedingungen nicht voll erfüllten. In diesen Fällen konnten meistens nur ausgewählte Statistiken, teilweise in Summensatzform, übermittelt und verarbeitet werden.

Eine weitere Voraussetzung für die Aufnahme in den Datenbestand der Pflegeberichterstattung besteht in der vollständigen EDV-mäßigen Erfassung der Pflegegutachten, einschließ-

lich der Erstellung der dafür vorgesehenen Datenfelder. Insbesondere bei medizinisch und pflegerisch relevanten Parametern ist dies nicht immer möglich, da eine diesbezügliche Vollständigkeit üblicherweise eine körperliche Begutachtung voraussetzt. Verstirbt bspw. ein Versicherter zwischen Antragstellung bei seiner Pflegekasse und der Begutachtung durch den MDK, kann die Feststellung auf Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung einer Pflegestufe nur auf Grundlage der von der Pflegekasse übermittelten und vom MDK angeforderten Akten erfolgen. Diese Fälle können deshalb nicht Gegenstand von Analysen sein, die auf medizinisch und pflegerisch relevanten Parametern fußen. In diese Kategorie fallen auch sogenannte Kurzgutachten, die teilweise bei Begutachtungen im Krankenhaus erstellt werden.

In den Medizinischen Diensten werden in unterschiedlichem Ausmaß externe Gutachter mit Pflegebegutachtungen beauftragt. In einigen MDK erstellen diese externen Ärzte und Pflegefachkräfte handschriftliche Pflegegutachten, die nicht immer vollständig in die entsprechenden EDV-Systeme übertragen werden. Auch in diesen Fällen kann sich die Analyse nicht auf alle Auswertungskriterien erstrecken.

Die hier umrissene Problemkonstellation macht es unumgänglich, dass jeweils sachbezogene Grundgesamtheiten gebildet werden. Dabei gilt, dass diese sachbezogenen Grundgesamtheiten:

- ein Maximum an Fällen umfassen und
- in sich homogen sind, d.h. keine sogenannten fehlenden Werte enthalten.

Beim MDS durchgeführte Analysen haben gezeigt, dass diese Vorgehensweise keine systematischen Verzerrungen nach sich ziehen (LEISTNER, LÜRKEN, WAGNER, 2000).

Bei verschiedenen Analysen, insbesondere denjenigen im Kapitel 3, kann sich das Fehlen der dazu notwendigen Daten aus den MDK in Bayern, Bremen und Hamburg bemerkbar machen. Der MDK in Bayern stellte zudem für den Bereich der Pflegeberichterstattung nur Summenstatistiken zur Verfügung, die sich aus methodischen und inhaltlichen Gründen nicht in alle Statistiken einbauen ließen. Angesichts der hohen Anzahl von Begutachtungen, die der MDK in Bayern 1998 durchführte (rund 15 v.H. aller bundesweit durchgeführten Begutachtungen 1998) könnte ein Einbau des bayerischen Datenmaterials zu leichten Änderungen der Ergebnisse führen.

Im Bericht wurden für die Analyse des Begutachtungsgeschehens die folgenden 4 Grundgesamtheiten gebildet:

Die Grundgesamtheit N1 beinhaltet alle im Berichtszeitraum 1998 von den Medizinischen Diensten durchgeführten Begutachtungen. Die in den Tabellen der Auftrags- und Erledigungsstatistik dokumentierten Zahlen der Bundesstatistik wurden dazu anhand von Bereitstellungsgraden hochgerechnet. Der entsprechende Bereitstellungsgrad für Antragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen beträgt jeweils 90 v.H., der für Antragsteller aus vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI beträgt 70 v.H.. Diese Grundgesamtheit wird dann herangezogen, wenn über das Begutachtungsgeschehen insgesamt, d.h. ohne MDK-spezifische Aufgliederung, berichtet wird. Eine MDK-spezifische Differenzierung dieser Grundgesamtheit ist nicht möglich.

Die Grundgesamtheit N2 enthält ambulante und vollstationäre Erstbegutachtungen mit validen Angaben über die Ergebnisse der Feststellung auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und die Empfehlung einer Pflegestufe. Grundlage dieser Statistik sind dem MDS übermittelte Einzel- und Summensätze aus dem Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste. Eine der Grundgesamtheit N1 analoge Hochrechnung erfolgte nicht.

Die Grundgesamtheit N3 enthält ambulante und vollstationäre Erstbegutachtungen ohne Aktenlagen, mit gültigen Einträgen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL), den Verrichtungen in der Grundpflege und der Wohnsituation allein-/zusammenlebend bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen.

Die Grundgesamtheit N4 basiert auf dem Mengengerüst der Grundgesamtheit N3, wobei Datensätze mit ungültigen Schlüsseln in der Vercodung der 1. pflegebegründenden Diagnose nach dem ICD in der 9. Revision ausgesondert wurden.

In Kapitel 4 werden die Daten zur Abschätzung der tatsächlichen Anzahl von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz auf Grundlage der Grundgesamtheiten N3 und N4 auf die Grundgesamtheit N2 hochgerechnet.

Zur Vermeidung eines umfangreichen Fußnotenapparates wird in den Tabellen auf die jeweilige Grundgesamtheit mittels der nachfolgend genannten Abkürzungen verwiesen. Die diesen Definitionen entsprechenden MDK-spezifischen Mengengerüste für durchgeführte

Pflegebegutachtungen sind der nachfolgenden Übersicht, Tabelle 1, zu entnehmen. Die hier nicht aufgeführte Grundgesamtheit N1 beinhaltet das Gesamt aller durchgeführten Begutachtungen gemäß der oben explizierten Vorgehensweise, die keine MDK-spezifische Darstellung ermöglicht.

Tabelle 1

Mengengerüste der im Bericht verwendeten Grundgesamtheiten für durchgeführte Pflegegutachten N2 bis N4

MDK/Sonderdienste	Grundgesamtheit N2	Grundgesamtheit N3	Grundgesamtheit N4
Baden-Württemberg	69.066	59.643	59.189
Bayern	96.907	0	0
Berlin	34.972	23.842	23.839
Brandenburg	19.986	15.376	15.339
Bremen	7.000	0	0
Hamburg	13.065	0	0
Hessen	49.807	1.422	754
Mecklenburg-Vorp.	13.687	13.125	12.979
Niedersachsen	56.280	45.297	45.008
Nordrhein	71.945	65.416	4.545
Rheinland-Pfalz *	34.155	13.179	13.172
Saarland	8.769	7.820	7.774
Sachsen	39.289	34.344	34.339
Sachsen-Anhalt	25.609	22.921	22.493
Schleswig-Holstein	21.554	13.734	13.668
Thüringen	19.939	17.754	17.158
Westfalen-Lippe	64.963	59.773	59.772
Summe	646.993	393.646	330.029
Bundesknappschaft	13.980	13.806	12.603
Seekasse	316	86	86
B.-eisenbahnverm.	10.918	0	0
Gesamt	672.207	407.538	342.718

* Grundgesamtheiten N3 und N4 nur 1.Halbjahr 1998

In einigen MDK-spezifischen Tabellen wurde auf den gesonderten Ausweis der sogenannten Sonderdienste Bundesknappschaft, Bundeseisenbahnvermögen und Seekasse verzichtet, da diese sozialmedizinischen Dienste eine jeweils sehr spezifische Versichertenstruktur aufweisen; zumal eine Regionalisierung der Daten dieser bundesweit organisierten Dienste mittels der Daten der Pflegestatistik-Richtlinie nicht möglich ist.

2 Auftrags- und Erledigungsstatistik

2.1 Auftragsstatistik

Nach § 18 SGB XI prüfen die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung im Auftrag der gesetzlichen Pflegekassen die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung (Empfehlung) zu einer Pflegestufe. Sie sind damit an entscheidender Stelle an der Umsetzung des Pflege-Versicherungsgesetzes beteiligt. Im Verfahrensablauf stellt der Versicherte einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung bei seiner Pflegekasse, die diesen Antrag in Form eines Begutachtungsauftrages an ein Begutachtungs- und Beratungszentrum (BBZ) des Medizinischen Dienstes in Wohnortnähe des Antragstellers übergibt. Die Auftragsstatistik des Medizinischen Dienstes ist vor diesem Hintergrund immer auch ein Spiegelbild seiner Inanspruchnahme durch die Pflegekassen.

Tabelle 1 zeigt, dass im Berichtszeitraum 1998 bei den Medizinischen Diensten 1.45 Mio. Aufträge für die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI eingingen. Damit ist das Auftragsvolumen im Vergleich zum Jahr 1997 geringfügig rückläufig. Diese Abnahme bezieht sich sowohl auf die Auftragszahlen im ambulanten, als auch im stationären Bereich. Die Struktur des Auftragseingangs nach beantragter Leistung blieb dabei nahezu unverändert. Antragsteller auf ambulante Pflegeleistungen bilden 1998 mit 77,9 v.H. nach wie vor das Gros des Auftragseinganges.

Tabelle 1

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene
Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung
1998 und 1997**

	1998		1997	
	Anzahl	in v.H.	Anzahl	in v.H.
Gesamt	1.454.382	100,0	1.487.382	100,0
davon nach beantragter Leistungsart:				
ambulant	1.133.291	77,9	1.152.917	77,5
stationär	303.114	20,8	307.989	20,7
§ 43a	17.977	1,2	26.476	1,8

Die Zahl von Antragstellern auf Leistungen zur Pflege in vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe nach § 43a SGB XI nahm von 1997 auf 1998 um über 30 v.H. ab. Mit 1,2 v.H. am gesamten Auftragseingang spielt dieser Bereich bei den Medizinischen Dien-

sten rein quantitativ eine untergeordnete Rolle. Das in den vierteljährlichen Auftragsstatistiken ausgewiesene abnehmende Auftragsvolumen in diesem Bereich deutet zudem darauf hin, dass sich dieser Trend auch im Berichtszeitraum 1999 mit einem zu erwartenden Auftragsrückgang von nur noch rd. 10.000 fortsetzen wird. Der Grund für diese Entwicklung ist in der Versorgungsstruktur mit Heimplätzen und der Bewohnerstruktur zu sehen. Mit der ersten Novellierung des SGB XI am 14.06.1996 erfolgte die Aufnahme von Leistungen für Pflegebedürftige in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe in den Leistungskatalog der Pflegeversicherung. Daraufhin begutachteten die Gutachter der Medizinischen Dienste 1996 in einer Totalerhebung die Einwohner dieser Einrichtungen. Die hohe Belegungsdichte der Heime hielt neue Begutachtungsaufträge als Folge von Neuaufnahmen danach in engen Grenzen, da die Bewohner überwiegend jüngeren Alters sind. Außerdem schlossen einige vollstationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe nach der ersten Novellierung des SGB XI mit den Pflegekassen einen Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI, was einen Rückgang von Erstantragstellern nach Leistungen gemäß § 43a SGB XI zur Folge hatte. Aufgrund des geringen Aufkommens von Antragstellern und Begutachtungen aus vollstationären Einrichtungen der Behindertenhilfe wird diese Leistungsart im folgenden nicht weiter behandelt.

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

- Erstaufräge¹,
- Aufträge für Folge- und Wiederholungsbegutachtungen (Wiederholungsaufträge)
- und
- Aufträge für Widerspruchsgutachten (Widersprüche).

Erstaufräge beziehen sich auf Antragsteller, die bei Antragstellung keine Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz erhalten haben, ausgenommen Widersprüche gegen den Leistungsbescheid „nicht erheblich pflegebedürftig“. Diese Definition schließt die Möglichkeit mehrfacher Zählung von Personen ein, die innerhalb eines Berichtszeitraumes, nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“, einen erneuten Antrag bei ihrer Pflegekasse stellen. Eine quantitative Einschätzung des Anteils dieser Antragsteller an allen Erstaufrägen ist nicht möglich.

Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen lassen sich hinsichtlich ihrer Initiierung in zwei Gruppen einteilen. Die erste Gruppe bilden Wiederholungsbegutachtungen von Pflegebedürftigen auf Veranlassung der Pflegekasse nach Maßgabe des § 18 Abs. 2 SGB XI. Danach ist die Begutachtung in angemessenen Zeitabständen zu wiederholen. Bei der Bestimmung des Zeitpunktes der Wiederholungsbegutachtung orientiert sich die Pflegekasse an der entsprechenden Empfehlung des Vorgutachtens. Die zweite Gruppe bezieht sich auf Höherstufungsanträge von Versicherten, die subjektiv eine Zunahme ihres Hilfebedarfes empfinden und deshalb die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe beantragen.² In beiden Fällen ist Leistungsbezug nach dem Pflegeversicherungsgesetz Grundlage der begrifflichen Zuordnung. Die hier beschriebene Differenzierung kann allerdings in der Statistik nicht ausgewiesen werden.

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

Die in Tabelle 2 ausgewiesene prozentuale Verteilung der Auftragsarten am gesamten Auftragsaufkommen zeigt, dass im Berichtszeitraum 1998 mit fast 60 v.H. Erstaufträgen, d.h. die Begutachtung von Antragstellern ohne bisherige Leistungsgewährung, zum Kerngeschäft der gutachterlichen Praxis im Rahmen der Pflegeversicherung gehört.

Tabelle 2

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene
Begutachtungsaufträge nach Auftragsart
1998 und 1997**

	1998		1997	
	Anzahl	in v.H.	Anzahl	in v.H.
Gesamt	1.436.405	100,0	1.460.906	100,0
davon nach Auftragsart:				
Erstaufträge	839.132	58,4	901.322	61,7
Wiederholungsaufträge	501.082	34,9	458.946	31,4
Widersprüche	96.191	6,7	100.638	6,9

Wiederholungsaufträge folgen anteilig mit 34,9 v.H. und Widersprüche mit 6,7 v.H.. Strukturell zeigt sich im Vergleich zum Vorjahr eine Verschiebung zugunsten der Wiederholungs-

¹ Höherstufungsanträge ehemaliger Leistungsempfänger nach §§ 53 bis 57 SGB V, die früher unter die Rubrik „Erstaufträge“ subsumiert wurden, spielen im Berichtszeitraum 1998 praktisch keine Rolle mehr und können deshalb bei der Definition der Auftragsarten vernachlässigt werden.

begutachtungen. Während der Anteil von Erstaufträgen am Eingangsvolumen um 3 Prozentpunkte abnahm, stieg der Anteil der Wiederholungsaufträge in der gleichen Größenordnung.

In Absolutzahlen ging die Zahl der Erstaufträge 1998 im Vergleich zum Vorjahr um 60.000 zurück. Diese Entwicklung ist in erster Linie auf die Abnahme von ehemaligen Leistungsempfängern der Schwerpflegebedürftigkeit nach §§ 53 ff. SGB V zurückzuführen, die nach Artikel 45 der Überleitungsvorschriften zum XI. Buch des SGB einen Höherstufungsantrag auf Pflegestufe III gestellt haben. In der bis zum 1. Quartal 1998 geführten „alten“ Auftrags- und Erledigungsstatistik wurden diese Versicherten unter der Rubrik „Höherstufungsaufträge nach SGB V“ geführt. Mit der Umstellung auf die Pflegestatistik entsprechend der Richtlinie nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI wurden diese Höherstufungsaufträge nicht mehr gesondert ausgewiesen und den „Erstaufträgen“ zugeordnet³. Aus Gründen der Vergleichbarkeit erfolgte diese Subsumierung nachträglich auch für den Berichtszeitraum 1997. In der Auftrags- und Erledigungsstatistik für das Jahr 1997 muss einer Hochrechnung zu Folge noch von 60.000 Höherstufungsaufträgen ehemaliger Leistungsempfänger der Schwerpflege des SGB V ausgegangen werden. Eine analoge Berechnung für Jahr 1998 weist nur noch 25.000 Versicherte aus.

Aufträge für Wiederholungsbegutachtungen bilden 1998 mit 35 v.H. die zweithäufigste Auftragsart. Wie Tabelle 2 ausweist, nahmen solche Begutachtungsaufträge im Vergleich zum Vorjahr sowohl absolut (um 43.000), als auch anteilmäßig zu. Da die Voraussetzung für die Auftragsvergabe von Wiederholungsbegutachtungen auf einem Bestand von Pflegebedürftigen beruht, die sich schon seit einiger Zeit im Leistungsbezug befinden, ist mit einer weiteren Zunahme der Anträge auf Wiederholungsuntersuchung durch steigende Bestandszahlen von Leistungsempfängern zu rechnen.

Aufträge für Widerspruchsgutachten sind trotz eines leichten Rückgangs von 1996 auf 1997 mit etwa 100.000 zahlenmäßig stabil. Mit einem Anteil von weniger als 7 v.H. am gesamten Auftragsvolumen kann dies als Indiz für die Qualität und die Akzeptanz der Pflegegutachten gelten.

² Die in den Begutachtungs-Richtlinien getroffene Feststellung, dass Höherstufungsaufträge dem Verfahren eines Erstauftrages entsprechen (5.15), bezieht sich ausschließlich auf das Procedere der Begutachtung, nicht jedoch auf die Kategorisierung des Auftrages nach Auftragsart.

³ Vergleiche auch Fußnote 1 dieses Kapitels.

Tabelle 3 zeigt die Veränderungsdaten der Anzahl der bei den Medizinischen Diensten eingegangenen Begutachtungsaufträge, getrennt nach Leistungs- und Auftragsart im Vergleich zu 1997. Wie bereits dargestellt, ist die Gesamtzahl der Begutachtungsaufträge 1998 leicht rückläufig. Die nach Auftragsarten differenzierte Betrachtung zeigt, dass der prozentuale Rückgang von Erstanträgen mit jeweils 7 v.H. von 1997 auf 1998 im ambulanten und stationären Leistungssektor ähnlich stark ausgeprägt ist. Bei Wiederholungsaufträgen, die insgesamt zunahm, verzeichnen stationäre Begutachtungsaufträge mit einer Steigerung von fast 12 v.H. zum Vorjahr im Vergleich zum ambulanten Sektor eine überdurchschnittlich hohe Zuwachsrate. Im stationären Leistungsbereich ist 1998 außerdem eine Halbierung von Aufträgen für Widerspruchsgutachten festzustellen.

Tabelle 3

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene
Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung
nach beantragter Leistungs- und Auftragsart, 1998 und 1997**

	ambulant			stationär		
	Anzahl		Differenz in v.H.zu 1997	Anzahl		Differenz in v.H.zu 1997
	1997	1998		1997	1998	
Gesamt	1.152.917	1.133.291	-1,7	307.989	303.114	-1,6
davon nach Auftragsart:						
Erstaufräge	734.760	683.924	-6,9	166.562	155.208	-6,8
Wiederholungsaufträge	337.394	365.009	8,2	121.552	136.073	11,9
Widersprüche	80.763	84.358	4,5	19.875	11.833	-40,5

Im Berichtszeitraum 1998 gingen bei den Medizinischen Diensten knapp 1.5 Mio. Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung ein. Mit über drei Viertel bilden Antragsteller im häuslichen Umfeld das Gros des Auftragsvolumens. Erstaufräge sind mit nahezu 60 v.H. die häufigste Auftragsart. Begutachtungsaufträge für Wiederholungsbegutachtungen haben im Berichtszeitraum 1998 zugenommen. Der Anteil von Widersprüchen von unter 7 v.H. am gesamten Auftragseingang, kann als Indiz für die Qualität der Begutachtung und die Akzeptanz der Pflegegutachten herangezogen werden.

2.2 Durchgeführte Begutachtungen

Das Begutachtungsgeschehen in den Medizinischen Diensten gibt das Auftragsgeschehen zeitversetzt wieder. Insofern beinhaltet die Analyse der begutachteten Personen immer auch die Analyse der Antragsteller.

Tabelle 4 weist aus, dass im Berichtszeitraum 1998 von den Medizinischen Diensten 1.37 Mio. Begutachtungen durchgeführt wurden. Wie in der Auftragsstatistik sind auch in der

Erledigungsstatistik über drei Viertel der Pflegegutachten aus dem ambulanten Leistungsbereich.

Tabelle 4

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen, 1998

Leistungsart	Anzahl	in v.H.
ambulant	1.056.903	77,2
stationär	282.846	20,7
§ 43a	28.446	2,1
Gesamt	1.368.195	100,0

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

Ein Abgleich zwischen Auftrags- und Erledigungsstatistik 1998 zeigt eine Differenz von knapp 70.000 Aufträgen, die im Berichtszeitraum überhängig sind. Dabei handelt es sich neben Auftragsüberhängen um solche Aufträge, die nicht von Gutachtern der Begutachtungs- und Beratungszentren (BBZ) durchgeführt wurden, bei denen der Auftrag einging. Der Auftrag wird dann MDK-intern an ein anderes BBZ weitergeleitet, das ebenfalls den Auftrag als Eingang in der Statistik führt. Der Grund für diese Weiterleitung ist u.a. in speziellen Anforderungen zu suchen, den die sachgerechte Durchführung bestimmter Begutachtungsaufträge erfordert. Nach Einholung hausärztlicher Unterlagen wird der Gutachter bspw. feststellen, dass die Begutachtung des Antragstellers einen Gutachter mit speziellen Kenntnissen erfordert, der in einem anderen BBZ tätig ist. In diesen Fällen wird der Begutachtungsauftrag eines Antragstellers in der Statistik doppelt ausgewiesen. Außerdem werden Antragsteller teilweise in Form eines nicht-vollständigen Pflegegutachtens (Kurzgutachten) begutachtet, wenn sie sich zwischenzeitlich in stationärer Behandlung befinden. In diesen Fällen kann das BBZ die Auftragserledigung als „auf sonstige Art erledigt“ kennzeichnen. Nach der alten „Auftrags- und Erledigungsstatistik“ der Medizinischen Dienste des Jahres 1997 betrug der Anteil dieser „auf sonstige Art erledigten“ Gutachten an allen durchgeführten Begutachtungen um 8 v.H..

Es ist an dieser Stelle nochmals festzuhalten, dass die Statistiken des Medizinischen Dienstes, die nach der Richtlinie zu § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI erstellt werden, keine „Köpfe“ (Versicherte), sondern durchgeführte Begutachtungen und Begutachtungsaufträge der Begutachtungs- und Beratungszentren der Medizinischen Dienste zählen.

Die in Tabelle 5 dargestellte Verteilung der durchgeführten Begutachtungen nach Gutachtenart verdeutlicht nochmals die Bedeutung von Wiederholungsbegutachtungen im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste. Im Berichtszeitraum 1998 beträgt ihr Anteil an allen Begutachtungen im ambulanten Bereich 33 v.H., im stationären Sektor bilden sie mit 50 v.H. die häufigste Begutachtungsart.

Tabelle 5

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen nach Gutachtenart, 1998

Leistungsart	durchgeführte Begutachtungen	davon in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchsbegutachtungen
ambulant	1.056.903	58,9	33,4	7,7
stationär	282.846	45,3	50,4	4,3

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

Dem Auftragsgeschehen analog sind Widerspruchsgutachten mit 7,7 v.H. an allen ambulanten und mit 4,3 v.H. an allen stationären Begutachtungen beteiligt. Die niedrigere Widerspruchsquote im stationären Bereich ist möglicherweise in der Wahrscheinlichkeit des „Erfolgs“ begründet, den das ausgebildete Heimpersonal, das häufig vor Erhebung des Widerspruchs einbezogen wird, im speziellen Fall vermutet. Dieser Umstand zeigt sich auch daran, dass Widersprüche im stationären Umfeld häufiger eine Änderung des Leistungsbescheides erreichen.

Die Analyse des Begutachtungsgeschehens gibt das Auftragsgeschehen in den Medizinischen Diensten wieder. Trotz abnehmender Begutachtungen von Erstantragstellern, wird sich das Begutachtungsvolumen aufgrund steigender Wiederholungsbegutachtungen auch im Folgejahr zwischen 1.3 und 1.4 Mio. bewegen.

Der im Vergleich zur Zahl der durchgeführten Begutachtungen antragsseitige Überhang von knapp 70.000 resultiert neben Auftragsüberhängen entweder aus Doppelzählungen von Aufträgen, die von einem zu einem anderen Begutachtungs- und Beratungszentrum der Medizinischen Dienste weitergeleitet wurden, oder es sind Begutachtungsaufträge von Antragstellern, die z.B. wegen stationärer Behandlung nicht in Form eines vollständigen Pflegegutachtens sondern in Form eines Kurzgutachtens begutachtet wurden.

2.3 Untersuchungsort und Profession des Gutachters

Die Untersuchung der Antragsteller erfolgt nach Gesetzesvorgabe in deren Wohnbereich, also im häuslichen oder im stationären Umfeld eines Alten-/Pflegeheimes. Eine Begutachtung nach Aktenlage ohne körperliche Untersuchung ist nur in Fällen geeignet, in denen die medizinische und pflegerische Situation und somit der Umfang geeigneter therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen eindeutig feststeht und die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit, sowie die Empfehlung einer Pflegestufe auch ohne körperliche Untersuchung aus den vorliegenden Akten festgestellt werden können.

Tabelle 6 zeigt, dass die im Berichtszeitraum 1998 durchgeführten Begutachtungen zu 85 v.H. bei ambulanten und zu 70 v.H. bei stationären Antragstellern im jeweiligen Wohnumfeld stattfanden. Die starke Besetzung der Kategorie „Sonstiger Untersuchungsort“ bei Antragstellern auf stationäre Leistungen beruht auf körperlichen Untersuchungen im häuslichen Umfeld (ca. 8 v.H. aller stationären Begutachtungen) und auf Begutachtungen im Krankenhaus (jeweils vor Inanspruchnahme stationärer Leistungen).

Eine nicht unerhebliche Zahl der durchgeführten Gutachten beruht auf dem Instrument der Aktenlage; im stationären Bereich prozentual häufiger als im ambulanten. Dieses Begutachtungsinstrument wird vorwiegend dann eingesetzt, wenn es wegen zwischenzeitlichen Versterbens des Antragstellers zu keiner körperlichen Begutachtung mehr kommen kann. Bei Widerspruchsbegutachtungen werden Begutachtungen auf Grundlage von Aktenlagen dann vorgenommen, wenn der Erstgutachter aufgrund neuer ihm nun vorliegender Aspekte sein erstes Ergebnis revidiert bzw. aus dem Widerspruch eindeutig keine neuen relevanten Sachverhalte erkennbar sind.

Tabelle 6

**Untersuchungsort durchgeführter
Begutachtungen, 1998**

durchgeführte Begutachtungen	beantragte Leistungsart	
	ambulant	stationär
	1.056.903	282.846
davon in v.H.		
in Privatwohnung (ambulant),	84,3	
in Pflegeeinrichtung (stationär)		69,6
nach Aktenlage	14,3	17,3
Sonstiges	1,5	13,1

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des MDK durch Ärzte in enger Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Begutachtungs-Richtlinien konkretisieren diesen Auftrag u.a. dahingehend, dass Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam festlegen sollen, welcher Gutachter die Begutachtung vornimmt. Dies kann entweder ein Arzt oder eine Pflegefachkraft oder beide gemeinsam sein. Darüber hinaus wird festgelegt, ob die Begutachtung durch MDK-Mitarbeiter oder externe Gutachter erfolgen soll. Laut Begutachtungs-Richtlinien wird eine Begutachtung immer dann von einem Arzt vorgenommen, „wenn keine oder nur ungenügende Informationen über rein ärztliche Sachverhalte (z.B. Vorerkrankungen, aktuelle Diagnosen) vorliegen“ (BRi, S.11). In anderen Fällen kann die Begutachtung sowohl eine Pflegefachkraft als auch ein Arzt durchführen. In der Praxis wird, bei grundsätzlicher Beachtung dieser Regelung, die endgültige Abfassung des Pflegegutachtens oftmals in Kooperation beider Berufsgruppen vorgenommen. Den vom Gesetzgeber gewünschten Einbezug der Kompetenzen beider Berufsgruppen wird damit Rechnung getragen.

Tabelle 7 zeigt die Verteilung der Begutachtungen nach der Profession der Gutachter und der beantragten Leistungsart. Ärzte und Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste führen mit jeweils 40 v.H. den Großteil der Begutachtungen von Antragstellern auf ambulante Leistungen durch. Im stationären Bereich sind dagegen Pflegefachkräfte mit 48,6 v.H. am stärksten in den Begutachtungsprozess eingebunden. Dies ist u.a. häufig im besseren medizinischen Dokumentationstand von Alten- und Pflegeheimbewohnern begründet.

Externe, nicht in den Medizinischen Diensten angestellte oder beamtete Gutachter, spielten zu Beginn der Begutachtungen für die Pflegeversicherung eine bedeutende Rolle. Nur mit ihrer Hilfe konnte die zeitnahe Bearbeitung des anfänglichen Auftragsberges sichergestellt

werden. Auch im Berichtszeitraum 1998 sind externe Gutachter immer noch mit 18 v.H. im ambulanten und mit 4 v.H. im stationären Bereich am Begutachtungsgeschehen beteiligt. Ihr Einsatz ist allerdings MDK-spezifisch höchst verschieden, was in unterschiedlichen logistischen Strukturen in den einzelnen MDK begründet ist.

Tabelle 7

Profession der Gutachter, die die Begutachtungen durchführten, 1998

durchgeführte Begutachtungen	beantragte Leistungsart	
	ambulant */**	stationär */**
	1.056.903	282.846
davon in v.H. von		
Arzt	39,3	39,5
Pflegefachkraft	38,8	48,6
Arzt und Pflegefachkraft	3,9	8,0
externer Gutachter	18,0	3,9

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

In Tabelle 8 sind die am Begutachtungsgeschehen beteiligten Berufsgruppen, getrennt nach ambulantem und stationärem Leistungsbereich, MDK-spezifisch abgebildet. Die Daten verdeutlichen die nicht nur hinsichtlich des Einsatzes externer Gutachter unterschiedlichen Vorgehensweisen in den einzelnen Medizinischen Diensten. Die MDK Baden-Württemberg und Mecklenburg-Vorpommern setzen in über 50 v.H. der Begutachtungen Ärzte ein. Bezogen auf ambulante Begutachtungen trifft dieser Sachverhalt in den MDK Berlin, Rheinland-Pfalz, Schleswig-Holstein und Thüringen, im stationären Sektor auf die MDK Hessen, Nordrhein und Saarland zu. Pflegefachkräfte werden dagegen häufig in den MDK in Bayern, Brandenburg, Niedersachsen, Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt mit Pflegegutachten betraut. Auch in der Beteiligung externer Gutachter haben sich in den MDK höchst verschiedene Muster herausgebildet. Verstärkt wird diese Gruppe im MDK Bremen herangezogen, die dort über 80 v.H. aller Begutachtungen durchführt. Dagegen sind sie in den MDK in Bayern, Niedersachsen, Saarland und Thüringen nicht, oder nur in geringem Umfang am Begutachtungsgeschehen beteiligt.

Tabelle 8

Durchgeführte Begutachtungen in v.H. nach Profession des Gutachters

MDK/Sonderdienste	durchgef. ambulante Begutacht. in v.H. nach Profession des Gutachters				durchgef. stationäre Begutacht. in v.H. nach Profession des Gutachters			
	Arzt	Pflegefachkr.	Arzt+Pfl.-fachkr.	ext. Gutachter	Arzt	Pflegefachkr.	Arzt+Pfl.-fachkr.	ext. Gutachter
Baden-Württ.	55,1	33,4	0,4	11,1	55,1	42,7	1,9	0,3
Bayern	3,5	95,3	0,3	0,9	4,8	80,1	14,9	0,2
Berlin	53,3	26,2	5,0	15,5	45,9	46,8	3,7	3,7
Brandenburg	36,3	51,2	0,6	11,9	23,5	75,0	0,7	0,8
Bremen	15,8	1,5	0,0	82,8	18,9	0,8	0,0	80,3
Hamburg	./.							
Hessen	30,2	11,1	0,1	58,6	55,7	37,2	0,2	6,9
Meckl.-Vorp.	80,0	17,5	0,7	1,8	63,1	9,5	0,5	26,9
Nieders.	40,9	54,2	0,1	4,9	38,9	60,7	0,1	0,3
Nordrhein	48,1	25,9	0,8	25,2	58,6	33,3	0,8	7,4
Rheinl.-Pfalz	59,2	25,5	0,1	15,2	42,5	53,2	0,1	4,3
Saarland	38,5	61,4	0,0	0,0	50,6	49,4	0,0	0,0
Sachsen	37,1	0,0	54,6	8,3	18,5	0,0	81,3	0,2
Sachsen-Anhalt	34,4	53,8	0,5	11,2	22,2	70,1	4,4	3,3
Schleswig-Hol.	50,8	33,9	0,3	15,0	43,8	45,4	0,1	10,7
Thüringen	54,0	44,6	1,3	0,2	38,9	43,8	17,3	0,0
Westf.-Lippe	35,5	23,8	0,4	40,3	42,1	56,4	0,3	1,2
Summe	37,7	39,9	4,0	18,5	37,9	49,9	8,2	4,0
Bundeskn.	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
Seekasse	80,2	13,4	6,3	0,0	74,4	20,8	4,8	0,0
B.-eisbahn.-v.	./.							
Gesamt	39,3	38,8	3,9	18,0	39,5	48,6	8,0	3,9

./. keine Daten

Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

Kassenseitig übergebene Begutachtungsaufträge werden hauptsächlich in Form einer körperlichen Untersuchung in der häuslichen Umgebung des Antragstellers oder im Alten-/Pflegeheim bearbeitet. In den Fällen, in denen der Antragsteller vor Begutachtung verstirbt, sind Aktenlagen die einzige Möglichkeit der Begutachtung.

Die zu Beginn der Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung neu eingestellten Pflegefachkräfte führen zusammen mit den ärztlichen Gutachtern den Großteil der Begutachtungen durch. Pflegefachkräfte sind damit entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in das Begutachtungsgeschehen integriert. Allerdings ist das zahlenmäßige Verhältnis beider Berufsgruppen regional höchst unterschiedlich ausgeprägt. Dies betrifft auch den Einsatz externer Gutachter. In wenigen Diensten führen sie das Gros der Begutachtungen durch, wogegen sie in anderen Diensten keine oder nur eine untergeordnete Rolle spielen. Dieser Befund zeigt, dass die Logistik der Auftragsbearbeitung MDK-spezifisch unterschiedlich strukturiert ist. Die allgemeinen Begutachtungsergebnisse werden dabei nicht beeinflusst.

2.4 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und der Empfehlung einer Pflegestufe

Die Gutachter der Medizinischen Dienste überprüfen gemäß § 18 SGB XI die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und empfehlen der auftraggebenden Pflegekasse gegebenenfalls die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen „erheblich Pflegebedürftige“ (Stufe I), „Schwerpflegebedürftige“ (Stufe II) und „Schwerstpflegebedürftige“ (Stufe III).

Tabelle 9 zeigt die Ergebnisse der Begutachtungen von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen. Die Ablehnungsquote (Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“) liegt über alle Begutachtungen bei 32,4 v.H.. Die Empfehlung der Pflegestufe I wird in 41,9 v.H., Pflegestufe II in 19,9 v.H. und der Pflegestufe III in 5,8 v.H. aller Fälle durch den Gutachter ausgesprochen. Die vergleichbaren Ausprägungen der Mittelwerte und der Mediane⁴ zeigen, dass es sich bei der Verteilung der gutachterlichen Empfehlungen um Normalverteilungen, ohne extreme Ausprägungen handelt.

„Nicht erheblich pflegebedürftig“ findet sich bei Antragstellung auf ambulante Pflegeleistungen als gutachterliche Empfehlung am häufigsten in den MDK Saarland und Westfalen-Lippe mit 38,6 v.H. und 38,5 v.H., am wenigsten 28,6 v.H. der MDK in Bayern. Liegen hier zwischen höchstem und niederstem Wert noch 10 Prozentpunkte, so fallen diese Differenzen bei den Pflegestufen geringer aus. Zwischen höchstem und niederstem Wert bei Stufe I liegen 6,9, bei Stufe II 9,5 und bei Stufe III 5,6 Prozentpunkte.

⁴ Median ist derjenige Wert, oberhalb und unterhalb dessen sich jeweils 50 v.H. der Werte einer Verteilung befinden. Im Gegensatz zum Mittelwert ist der Median gegen Extremwerte, sog. „statistische Ausreißer“, unempfindlich und ist deshalb als statistische Kennzahl, insbesondere bei Verteilungen von wenigen Elementen, geeignet. Die Spannweite ist die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Wert einer Verteilung.

Tabelle 9

**Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe
bei ambulanten Erstbegutachtungen, 1998**

MDK *	durchg. Erstbe- gutach- tungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
Baden-Württ.	54.495	32,2	42,1	21,5	4,2
Bayern	79.127	28,6	42,1	20,7	8,6
Berlin	30.619	35,1	42,9	18,3	3,7
Brandenburg	17.229	31,3	42,1	20,0	6,6
Bremen	6.062	36,5	39,6	17,4	6,6
Hamburg	12.373	29,3	42,3	23,4	5,1
Hessen	41.591	30,9	42,7	19,1	7,3
Meckl.-Vorp.	11.454	36,3	43,0	17,1	3,6
Nieders.	44.819	29,4	43,3	20,7	6,5
Nordrhein	58.421	35,1	42,8	17,4	4,7
Rheinl.-Pfalz	28.119	31,4	37,4	26,5	4,7
Saarland	7.237	38,6	37,0	17,0	7,4
Sachsen	33.083	29,5	43,9	20,3	6,2
Sachsen-Anh.	21.163	32,5	41,0	19,5	7,0
Schles.-Holst.	17.120	34,8	42,9	17,3	5,0
Thüringen	17.321	29,8	41,0	20,5	8,7
Westf.-Lippe	54.561	38,5	40,3	18,0	3,1
Gesamt	534.794	32,4	41,9	19,9	5,8

Statistik *					
Minimum		28,6	37,0	17,0	3,1
Maximum		38,6	43,9	26,5	8,7
Spannweite		10,0	6,9	9,5	5,6
Mittelwert		32,9	41,6	19,7	5,8
Median		32,2	42,1	19,5	6,2

* ohne Sonderdienste
Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

Der Vergleich zum Berichtszeitraum 1997 zeigt, wie Tabelle 10 ausweist, dass im ambulanten Bereich die Ablehnungsquote „nicht erheblich pflegebedürftig“ und die Pflegestufenempfehlung I anteilmäßig zunahmen, die Pflegestufen II und III prozentual dagegen abnahmen. Gleichzeitig verringerten sich 1998 die Spannweiten der Pflegestufenempfehlungen zwischen den einzelnen MDK z.T. erheblich. Die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Wert bei der Ablehnungsquote nahm um 8 Prozentpunkte ab, bei Pflegestufe II um 4 Prozentpunkte. Anzumerken sind hier die Maßnahmen der MDK-Gemeinschaft, wie z.B. die Schulungen auf Grundlage der Ergebnisse des Qualitätssicherungsverfahrens 1997, die eine Vereinheitlichung in der Interpretation der Begutachtungs-Richtlinien und der Begutachtungspraxis beförderten.

Die Empfehlungen der MDK zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen bei ambulanten Erstbegutachtungen zeigen zwischen den MDK ein relativ homogenes Bild.

Tabelle 10

Begutachtungsempfehlungen von ambulanten Erstbegutachtungen 1997 und 1998 *

	ambulant							
	1997	1998	Statistik					
			1997			1998		
	in v.H.	in v.H.	Minimum	Maximum	Spannweite	Minimum	Maximum	Spannweite
nicht pflegebedürftig	30,4	32,4	23,6	41,9	18,3	28,6	38,6	10,0
Stufe I	38,8	41,9	34,3	42,2	7,9	37,0	43,9	6,9
Stufe II	22,9	19,9	16,9	30,7	13,8	17,0	26,5	9,5
Stufe III	7,9	5,8	5,0	10,8	5,8	3,1	8,7	5,6

* ohne Sonderdienste

Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

Die MDK-spezifischen Begutachtungsempfehlungen von Erstantragstellern auf stationäre Leistungen weisen, wie in Tabelle 11 dokumentiert, dagegen noch deutliche Differenzen auf. Allgemein kann festgehalten werden, dass bei Antragstellern auf stationäre Leistungen vergleichsweise häufiger Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer höheren Pflegestufe festgestellt wird als bei denen auf ambulante Leistungen. Die Statistik weist 18,9 v.H. der Antragsteller als „nicht erheblich pflegebedürftig“ aus, in 38,0 v.H. wird Stufe I, in 32,7 v.H. Stufe II und in 10,4 v.H. Stufe III empfohlen. Die Spannweiten zwischen den regionalen Ergebnissen betragen hier z.T. fast das 2,5-fache der ambulanten Begutachtungen. Die Differenz zwischen höchstem und niedrigstem Wert bei Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ beträgt 19,8 Prozentpunkte, bei Stufe I 13,2, bei Stufe II 14,1 und bei Stufe III 13,0.

Eine nähere Analyse dieses Sachverhaltes zeigt, dass die Spannweiten durch wenige MDK begründet sind, die erheblich vom Gesamtergebnis abweichen. Von der Ablehnungsquote „nicht erheblich pflegebedürftig“ von 18,9 v.H. im Bundesdurchschnitt weichen der MDK Brandenburg und der MDK Saarland mit 31,4 bzw. 29,2 v.H. um jeweils über 10 Prozentpunkte nach oben, der MDK Berlin mit 11,6 v.H. erheblich nach unten ab. Ohne Berücksichtigung dieser 3 MDK würde die Spannweite von 19,8 auf 9,9 Prozentpunkte fallen. Im Bereich der Pflegestufenempfehlung III markieren die MDK in Bayern, Bremen, in Hessen und Thüringen mit Anteilen von über 14 v.H. die obere Hälfte, der MDK Baden-Württemberg mit

4,5 v.H. den unteren Rang der Skala. Auffallend sind hier die deutlichen Unterschiede der benachbarten MDK in Bayern mit 15,1 v.H. Pflegestufe III und Baden-Württemberg mit einem Anteil von lediglich 4,5 v.H.. Bei einer statistischen Bereinigung um diese Fälle, würden sich auch hier die Begutachtungsunterschiede erheblich nivellieren.

Tabelle 11

Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe bei stationären Erstbegutachtungen, 1998

MDK *	durchg. Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württ.	14.571	19,4	45,4	30,8	4,5
Bayern	17.780	17,1	35,9	31,9	15,1
Berlin	4.353	11,6	35,7	39,7	13,0
Brandenburg	2.757	31,4	33,7	26,6	8,3
Bremen	938	14,5	32,9	35,1	17,5
Hamburg	692	20,1	34,7	35,1	10,1
Hessen	8.216	14,3	36,2	33,2	16,3
Meckl.-Vorp.	2.233	18,9	41,6	32,6	6,9
Nieders.	11.461	16,3	43,8	30,5	9,4
Nordrhein	13.524	18,0	36,9	35,6	9,5
Rheinl.-Pfalz	6.036	19,5	32,1	37,0	11,3
Saarland	1.532	29,2	34,1	28,1	8,6
Sachsen	6.206	21,5	34,7	33,0	10,7
Sachsen-Anh.	4.446	24,4	39,8	25,6	10,2
Schles.-Holst.	4.434	23,7	36,8	29,6	9,8
Thüringen	2.618	19,9	37,3	28,3	14,4
Westf.-Lippe	10.402	21,2	35,6	36,6	6,6
Gesamt	112.199	18,9	38,0	32,7	10,4

Statistik *					
Minimum		11,6	32,1	25,6	4,5
Maximum		31,4	45,4	39,7	17,5
Spannweite		19,8	13,2	14,1	13,0
Mittelwert		20,1	36,9	32,3	10,7
Median		19,5	35,9	32,6	10,1

* ohne Sonderdienste
 Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

Die Berechnungsgrundlage, nach der der Anteil der jeweiligen Pflegestufenempfehlung I, II und III an der Gesamtzahl der Erstbegutachtungen ausgewiesen wird, wird oftmals kritisiert. Als Argument wird dabei eingeworfen, dass die Ergebnisse vom jeweiligen Anteil der „Nicht-Pflegebedürftigen“ abhängen und damit statistisch bedingte Verzerrungen im Leistungsreich der Pflegestufenempfehlungen erzeugen. Ein sinnvoller Bezug regionaler Begutach-

tungsergebnisse müsste demnach auf 2 Ebenen hergestellt werden: der Ablehnungsquote aller Begutachteten und der Differenzierung der Pflegestufenempfehlung aller als pflegebedürftig empfohlenen Antragsteller.

Tabelle 12 trägt der zweiten Forderung Rechnung. Die gutachterliche Empfehlung der Pflegestufen wird hier auf die begutachteten Erstantragsteller ohne die mit der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ bezogen.

Tabelle 12

Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe bei stationären Erstbegutachtungen mit Empfehlung "pflegebedürftig", 1998

MDK *	Erstbegutachtungen mit Empfehl. "pfl.-bed."	davon in v.H.		
		Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württ.	11.749	56,3	38,1	5,6
Bayern	14.740	43,3	38,5	18,2
Berlin	3.848	40,4	44,9	14,8
Brandenburg	1.890	49,2	38,7	12,1
Bremen	802	38,5	41,0	20,4
Hamburg	553	43,4	43,9	12,7
Hessen	7.043	42,3	38,7	19,0
Meckl.-Vorp.	1.810	51,3	40,2	8,5
Nieders.	9.594	52,3	36,4	11,2
Nordrhein	11.094	45,0	43,3	11,6
Rheinl.-Pfalz	4.856	40,0	45,9	14,1
Saarland	1.084	48,2	39,7	12,1
Sachsen	4.870	44,3	42,1	13,7
Sachsen-Anh.	3.361	52,6	33,9	13,5
Schles.-Holst.	3.381	48,3	38,8	12,9
Thüringen	2.096	46,6	35,4	18,0
Westf.-Lippe	8.196	45,2	46,4	8,4
Gesamt	90.967	46,9	40,3	12,8

Statistik				
Minimum		38,5	33,9	5,6
Maximum		56,3	46,4	20,4
Spannweite		17,7	12,6	14,8
Mittelwert		46,3	40,4	13,3
Median		45,2	39,7	12,9

* ohne Sonderdienste
Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

Die Ergebnisse zeigen, dass dieser statistische Zugang nur in der Verteilung der Pflegestufe II zu einer geringfügigen Minimierung der Spannweite führt. Nach wie vor bestehen jedoch erhebliche Unterschiede, wie das Beispiel der MDK in Bayern und Baden-Württemberg mit anteilig 18,2 v.H. und 5,6 v.H. Pflegestufe III zeigt.

Die regionalen Unterschiede ergeben sich aus einer Vielfalt variierender Bedingungsgefüge, die sich in den Begutachtungsergebnissen niederschlagen. Antragstellerverhalten, demografische Zusammensetzung der Versicherten, deren Sozialstruktur, Morbiditäts- und Mortalitätsraten sind regional unterschiedlich ausgeprägte Faktoren, die in das Begutachtungsgeschehen einfließen. Von einer Gleichheit der Antragstellerstruktur in den Einzugsgebieten der einzelnen MDK, die bei direkten Vergleichen der Begutachtungsergebnisse zwischen den MDK immer wieder stillschweigend vorausgesetzt wird, kann keinesfalls ausgegangen werden.

Im stationären Bereich hängt außerdem sowohl die Prävalenz- als auch die Inzidenzrate von Leistungsbeziehern und Antragstellern in hohem Maß von der regionalen Versorgungsstruktur mit Heimplätzen und deren Belegungsquote ab. Zudem sind regionale Besonderheiten und Schwerpunkte in der sozio-demografischen und epidemiologischen Struktur der Heimbewohner zu berücksichtigen. Schon mit Begutachtungsbeginn von Antragstellern auf stationäre Leistungen 1996 traten diese Spezifitäten in teilweise gravierenden Unterschieden in den Begutachtungsempfehlungen zu Tage. Die damalige Vorgehensweise, nach der die Medizinischen Dienste anfangs Antragsteller auf Grundlage von Bewohnerlisten begutachten konnten, führte 1996 de facto zu einer Gesamterhebung aller damaligen Bewohner von Alten- und Pflegeheimen. Die Erledigungsstatistik für den Berichtszeitraum 1996 wies aus, dass die Ablehnungsquote „nicht erheblich pflegebedürftig“ in den neuen Bundesländern im Vergleich zur alten Bundesrepublik deutlich höher war; sie lag im Durchschnitt der alten Bundesländer bei 22,8 v.H., in den neuen Bundesländern dagegen bei 31,7 v.H.⁵. Eine Interpretation dieser Differenz war nur vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Sozialversicherungssysteme in den beiden ehemaligen deutschen Staaten möglich. In der ehemaligen DDR war ein System gewachsen, das vielen älteren Menschen, vor allem Alleinstehenden, den Weg in die sog. Feierabendheime ermöglichte. Aufgrund niedriger Renten und geringer Heimentgelte erschien dies auch unter ökonomischen Gesichtspunkten sinnvoll. In der alten Bundesrepublik dagegen war alters- und krankheitsbedingtes Ausscheiden aus dem Berufsleben zuallererst mit finanziellen Transferleistungen verknüpft. Die Frage, welche weiteren Möglichkeiten, z.B. die der Heimaufnahme, in Betracht kommen,

⁵ Ohne Sonderdienste

wurde vielfach erst mit abnehmender Alltagsbewältigungskompetenz akut. Aus diesen Gründen lag es auf der Hand, dass Heimbewohner im Beitrittsgebiet im Vergleich zu denen der alten Bundesrepublik prozentual häufiger als nicht-pflegebedürftig im Sinne des SGB XI in Betracht kommen konnten. Die Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste spiegeln deshalb damals nur die vorgefundenen unterschiedlichen Versorgungsstrukturen der Alten- und Pflegehilfe wider.

Obwohl diese 1996 geltenden Kriterien heute nicht mehr in vollem Umfang herangezogen werden können, ein Ost-West Gefälle ist in dieser Hinsicht nicht mehr nachweisbar, verdeutlicht dieses Beispiel den Einfluss nicht von den MDK zu beeinflussenden Faktoren auf das stationäre Begutachtungsgeschehen. Die Versorgungsstruktur mit stationären Einrichtungen, deren Belegungsquoten und Neuaufnahmekapazität, sowie die soziodemografische Zusammensetzung und epidemiologische Struktur ihrer Bewohner sind dabei wesentliche Indikatoren, die auf die Inanspruchnahme der Medizinischen Dienste sowie die Begutachtungsergebnisse im stationären Sektor der Pflegeversicherung direkten Einfluss nehmen.

Empirisch gesichertes Datenmaterial, das zur Beschreibung und Analyse dieser Bewohner- und Versorgungsstrukturen notwendig ist, liegt derzeit nur bruchstückhaft vor. Die zur Führung solcher Statistiken vorgesehene Ermächtigung der Bundesregierung, in Form einer Rechtsverordnung Daten von Pflegeeinrichtungen gemäß § 109 Abs. 1 SGB XI in einer Bundesstatistik zu erheben, wird erst in naher Zukunft diese schwerwiegenden Informationsdefizite beseitigen.

Das Wissenschaftliche Institut der Ortskrankenkassen konnte auf Grundlage einer aus dem I. Quartal 1997 stammenden Untersuchung zur stationären Versorgungssituation in verschiedenen Bundesländern (WIdO, 1998) einige Informationslücken füllen. Bei der Interpretation des Datenmaterials sind allerdings die zwischenzeitlichen Veränderungen des vollstationären Pflegemarktes zu berücksichtigen, dessen Umbruch ein dreiviertel Jahr nach Beginn stationärer Leistungsgewährung noch nicht abgeschlossen war. Die auf einer Erhebung bei 7.200 vollstationären Einrichtungen mit Versorgungsvertrag basierende Untersuchung zeigt, wie Tabelle 13 ausweist, erhebliche regionale Unterschiede. Bei einem Durchschnittswert von 8,5 Heimplätzen bezogen auf 1.000 Einwohner, besitzen die Bundesländer Schleswig-Holstein mit 11,7, Brandenburg mit 10,9 und Sachsen-Anhalt mit 9,6 Heimplätzen/1.000 Einwohner den höchsten Versorgungsgrad. Am unteren Ende der Rangliste finden sich die Bundesländer Bremen mit 6,9 und Thüringen mit 6,2 Heimplätzen/1.000 Ein-

wohner. Auch in Bezug zur Heimgröße lassen sich erhebliche Differenzen feststellen (nicht abgebildet). Die durchschnittlich niedrigste Platzzahl pro Heim liegt in Schleswig-Holstein und Niedersachsen mit 61 vor, die im Mittel größten Heime finden sich in Berlin und Sachsen mit 98, bzw. 96 Betten pro Einrichtung. Der hohe Versorgungsgrad mit Heimplätzen gründet sich in Schleswig-Holstein und Brandenburg auf kleineren Häusern mit weniger als 70 Betten, wogegen der unter dem Durchschnitt liegende Versorgungsgrad mit Heimplätzen in Berlin mit 7,7 pro 1.000 Einwohner durch große Häuser mit durchschnittlich 98 Betten abgedeckt wird.

In Tabelle 13 ist auch der Anteil der stationären Erstbegutachtungen in v.H. zu allen Erstbegutachtungen dargestellt. Bei einem mittleren Wert von 17,3 v.H. führen die MDK Baden-Württemberg mit 21,1 v.H., Schleswig-Holstein mit 20,6 v.H. und Niedersachsen mit 20,4 v.H. anteilmäßig die meisten stationären Erstbegutachtungen durch. Die niedrigste Quote findet sich im MDK Hamburg mit 5,3 v.H..

Tabelle 13

**Anteil von stationären Erstbegutachtungen in v.H. zu allen Begutachtungen, 1998
und vollstationäre Plätze in Pflegeeinrichtungen 1997**

MDK	durchgeführte Erstbegutachtungen *	davon		davon in v.H. stationär	vollstationäre Plätze je 1000 Einwohner **
		ambulant	stationär		
Baden-Württemberg	69.066	54.495	14.571	21,1	8,5
Bayern	96.907	79.127	17.780	18,3	./.
Berlin	34.972	30.619	4.353	12,4	7,7
Brandenburg	19.986	17.229	2.757	13,8	10,9
Bremen	7.000	6.062	938	13,4	6,9
Hamburg	13.065	12.373	692	5,3	./.
Hessen	49.807	41.591	8.216	16,5	./.
Mecklenburg-Vorpommern	13.687	11.454	2.233	16,3	8,1
Niedersachsen	56.280	44.819	11.461	20,4	8,5
Nordrhein	71.945	58.421	13.524	18,8	./.
Rheinland-Pfalz	34.155	28.119	6.036	17,7	7,7
Saarland	8.769	7.237	1.532	17,5	8,9
Sachsen	39.289	33.083	6.206	15,8	7,5
Sachsen-Anhalt	25.609	21.163	4.446	17,4	9,6
Schleswig-Holstein	21.554	17.120	4.434	20,6	11,7
Thüringen	19.939	17.321	2.618	13,1	6,2
Westfalen-Lippe	64.963	54.561	10.402	16,0	./.
Gesamt	646.993	534.794	112.199	17,3	8,5

* Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1,2

** Quelle: WidO, 1998

./. Keine Daten

Ein Vergleich dieser Ergebnisse mit den Daten zur Versorgungsstruktur mit Heimplätzen aus der Untersuchung des WIdO zeigt freilich ein heterogenes Bild. Die hohe Versorgungsdichte in Schleswig-Holstein deckt sich zwar mit dem hohen Anteil stationärer Erstbegutachtungen; in Brandenburg lässt sich diese Beziehung nicht nachweisen. Auch in Baden-Württemberg mit dem höchsten Anteil an stationären Erstbegutachtungen liegt der Versorgungsgrad mit Heimplätzen nur auf dem statistischen Mittelwert.

Diese regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und der unterschiedliche Anteil von Erstantragstellern auf stationäre Leistungen müssen bei einer Beurteilung der Begutachtungsergebnisse der Medizinischen Dienste in Betracht gezogen werden. Allerdings lassen sich auf dieser rein strukturellen Ebene nur teilweise Zusammenhänge zu den gutachterlichen Empfehlungen herleiten. Festzuhalten bleibt deshalb letztlich die heterogene Versorgungsstruktur mit Heimen und Heimplätzen.

Die Begutachtungsempfehlungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer Pflegestufe weisen im stationären Leistungssektor Differenzen zwischen den MDK auf. Dies betrifft insbesondere die Ablehnungsquote „nicht erheblich pflegebedürftig“ und die Empfehlung Pflegestufe III. Vor dem Hintergrund der regional sehr stark differierenden Versorgungsstrukturen mit Alten- und Pflegeheimen, treffen die Gutachter der Medizinischen Dienste auf eine jeweils unterschiedliche Klientel. Allerdings konnte die allein auf struktureller Ebene geführte Diskussion keinen stringenten Zusammenhang mit den Begutachtungsempfehlungen herleiten.

2.5 Wiederholungsbegutachtungen

In Kapitel 2.2 wurde dargelegt, dass Wiederholungsbegutachtungen zusammen mit Erstbegutachtungen das Gros der Tätigkeit der Medizinischen Dienste für die Pflegeversicherung bilden. Dabei nimmt diese Begutachtungsart sowohl absolut als auch relativ zu. Ihre Zahl hängt unmittelbar vom Bestand der Leistungsempfänger ab, bei denen eine wiederholte Begutachtung gutachterlicherseits empfohlen wurde oder die aus Eigeninitiative einen Höherstufungsantrag stellen.

Wird die Zahl der im Berichtszeitraum 1998 durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen in v.H. auf den Bestand der Leistungsempfänger am 31.12.1997 bezogen, erhält man die „Wiederholungsbegutachtungsquote“, die in Form eines statistischen Kennwertes den Anteil derjenigen Leistungsempfänger ausweist, die 1998 wiederholt begutachtet wurden. In Tabelle 14 ist diese Berechnung und das Ergebnis abgebildet. Danach wurde 1998 fast ein Drittel der Leistungsempfänger am 31.12.1997 wiederholt begutachtet. Im ambulanten Be-

reich liegt dieser Wert mit 29,5 v.H. nur geringfügig unter dem des stationären mit 30,8 v.H.. Die Tätigkeit des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung bezieht sich von daher nicht nur auf die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die eventuelle Zuordnung zu einer Pflegestufe. Durch die in bestimmten Abständen durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen auf Grundlage der Empfehlung im Vorgutachten oder durch Höherstufungsanträge der Versicherten wird das Leistungsvolumen der Pflegekassen einer ständigen Anpassung unterzogen und gleicherzeit für die Pflegebedürftigen eine Anpassung an ihren Hilfebedarf und den daraus resultierenden gesetzlichen Leistungen sichergestellt.

Tabelle 14

Anteil in v.H. der Wiederholungsbegutachtungen 1998 zu Leistungsempfängern zum 31.12.1997

Leistungs- bereich	Leistungsempfänger zum 31.12.1997 *	Wiederholungsbegutachtungen 1998	
		Anzahl **	in v.H. zu Leistungsempfängern
ambulant	1.198.103	353.006	29,5
stationär	462.607	142.554	30,8
Gesamt	1.660.710	495.560	29,8

* Quelle: BMG

** Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

Die Berechnungsgrundlage der „Wiederholungsbegutachtungsquote“ geht von der Annahme aus, dass die Bestandszahl und die personelle Zusammensetzung von Leistungsempfängern zum Stichtag 31.12.1997 bis zum Ende des Folgejahres konstant bleibt. Gegen diese Vorgehensweise ist einschränkend auf die jährliche Sterbequote hinzuweisen. Ein Teil der Leistungsempfänger zum Stichtag 31.12.1997 kann aus diesem Grund im Folgejahr nicht mehr begutachtet werden. Auch muss davon ausgegangen werden, dass die Sterbequote mit steigender Pflegestufe erheblich zunimmt.⁶ Weiterhin müssen auch Wiederholungsbegutachtungen ins Kalkül gezogen werden, bei denen Vorgutachten und Wiederholungsbegutachtung in denselben Berichtszeitraum fallen und deshalb nicht in Bezug zur Leistungsstatistik erfasst werden, jedoch in der Erledigungsstatistik der Medizinischen Dienste auftauchen. Diese Überlegungen führen dazu, dass die Wiederholungsbegutachtungsquote de facto höher als die hier errechneten 30 v.H. ausfällt.

⁶ Empirisch gesicherte Angaben über die Zeitdauer des Verbleibs von Versicherten in der Leistung der Pflegeversicherung liegen bislang nicht vor. INFRATEST (1995) errechnete für den stationären Sektor eine mittlere Aufenthaltsdauer von Bewohnern in Alten- und Pflegeheimen von 4,5 Jahren.

Tabelle 15

**Wiederholungsbegutachtungen 1998 nach Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung und Leistungsempfänger zum 31.12.1997
"Wiederholungsbegutachtungsquote"**

ambulant			
Pflegestufe bei Leistungsempfängern/Empfehlung im Vorgutachten bei Wiederholungsbegutachtungen	Leistungsempfänger zum 31.12.1997	Wiederholungsbegutachtungen 1998 */**	davon in v.H. der Leistungsempfänger
	Anzahl	Anzahl	
Stufe I	568.768	219.217	38,5
Stufe II	486.338	118.257	24,3
Stufe III	142.997	15.532	10,9
Gesamt	1.198.103	353.006	29,5

stationär			
Pflegestufe bei Leistungsempfängern/Empfehlung im Vorgutachten bei Wiederholungsbegutachtungen	Leistungsempfänger zum 31.12.1997	Wiederholungsbegutachtungen 1998	davon in v.H. der Leistungsempfänger
	Anzahl	Anzahl	
Stufe I	159.467	77.407	48,5
Stufe II	189.862	58.875	31,0
Stufe III	113.278	6.272	5,5
Gesamt	462.607	142.554	30,8

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

In Tabelle 15 ist die „Wiederholungsbegutachtungsquote“ pflegestufenbezogen ausgewiesen. Im ambulanten Bereich wurden 38,5 v.H. der Leistungsempfänger von Pflegestufe I, 24,3 v.H. von Pflegestufe II und 10,9 v.H. der Pflegestufe III 1998 wiederholt begutachtet. Im stationären Sektor liegen die „Wiederholungsbegutachtungsquoten“ von Leistungsempfänger der Stufen I und II wesentlich höher, wogegen Pflegebedürftige der Stufe III nur in 5,5 v.H. wiederholt begutachtet wurden. Trotz dieser Unterschiede zwischen den beiden Leistungsbereichen ist festzustellen, dass sich Wiederholungsbegutachtungen hauptsächlich auf Leistungsempfänger der Stufen I und II beziehen, bei Schwerstpflegebedürftigen der Stufe III demgegenüber nur eine geringe Rolle spielen. Für diesen Befund sind drei Erklärungsfaktoren ausschlaggebend. Zum einen sind bei Pflegebedürftigen der Stufe III Höherstufungsanträge praktisch ausgeschlossen⁷. Weiterhin fällt hier die vorher erwähnte Sterbequote stark ins Gewicht, da die Wahrscheinlichkeit der Durchführung einer zum Erstgutachten zeitversetzten Wiederholungsbegutachtung bei Empfehlung „Pflegestufe III“ stark

Diese Ergebnisse gründen allerdings auf Angaben über Heimbewohner, nicht aber auf Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI. Von daher dürfte diese Angabe überschätzt sein.

⁷ Denkbare „Höherstufungen“ von Pflegebedürftigen der Stufe III auf „Pflegestufe III Härtefall“ sind statistisch ohne Bedeutung.

abnimmt. Diesem Umstand tragen auch die Erstgutachter in vielen Fällen Rechnung, indem sie auf Grund der Schwere der Erkrankung und des festgestellten Hilfebedarfs auf eine

Empfehlung zur Wiederholungsbegutachtung verzichten, zumal wenn keine gravierenden Veränderungen der Pflegesituation zu erwarten sind.

In Tabelle 16 sind die Pflegestufenempfehlungen bei Wiederholungsbegutachtungen in v.H. denen des Vorgutachtens gegenübergestellt.

Tabelle 16

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung der Wiederholungsbegutachtung

ambulant				
Wiederholungsbegutachtungen		davon in v.H. Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Wiederholungsbegutachtung		
		gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Anzahl			
Pflegestufe I	219.217	41,3	8,6	50,2
Pflegestufe II	118.257	48,7	13,2	38,1
Pflegestufe III	15.532	71,9	28,1	-

stationär				
Wiederholungsbegutachtungen		davon in v.H. Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Wiederholungsbegutachtung		
		gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Anzahl			
Pflegestufe I	77.407	24,3	2,3	73,5
Pflegestufe II	58.875	42,4	4,4	53,2
Pflegestufe III	6.272	71,1	28,9	-

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1.2

Im ambulanten Bereich bestätigen die Gutachter in den Wiederholungsbegutachtungen, in denen vormals Stufe 1 und Stufe II empfohlen wurde, in über 40 v.H. der Fälle die Pflegestufen des Vorgutachtens. Bei vorangegangener Pflegestufenempfehlung III liegt dieser Bestätigungswert bei über 70 v.H.. In 8,6 v.H. der Fälle bei vorangegangener Empfehlung Stufe I, 13,2 v.H. bei Pflegestufe II und 28,1 v.H. bei Pflegestufe III stellen die Gutachter

eine Verringerung des ehemals festgestellten Hilfebedarfs fest und empfehlen eine Herabstufung bzw. es wird keine Pflegebedürftigkeit mehr empfohlen.

In über 50 v.H. der Wiederholungsbegutachtungen im häuslichen Bereich bei vormaliger Pflegestufe I und in fast 40 v.H. bei vormaliger Stufe II stellen die Gutachter eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs fest. Dieser Befund weist auf die zeitlich verlaufende Progredienz des Hilfebedarfs im Sinne des SGB XI hin. Die erstmalige Feststellung auf Pflegebedürftigkeit ist – unter der Voraussetzung des Überlebens – biografisch in vielen Fällen mit einer Zunahme des Hilfebedarfs und damit mit einer höheren Leistungsstufe verbunden. Zunehmende Schweregrade von Pflegebedürftigkeit sind wesentliche Kennzeichen einer Pflegebiografie.

Diese Aussage ist für Pflegebedürftige bei denen im Vorgutachten Pflegestufe III empfohlen wurde zu modifizieren, da hier in fast 30 v.H. der Fälle eine leistungsrelevante Abstufung dokumentiert wird. Dies ist aus der Zeitorientierung der Hilfebedarfsbewertung durch das SGB XI zu erklären. Hilfebedarf im Sinne des SGB XI wird anhand der Zeit, die eine durchschnittliche Laienpflegekraft für die vollständige Übernahme einer Pflegeverrichtung benötigt, bewertet. Die vollständige Übernahme einer Verrichtung durch die Pflegeperson bedarf dabei in der Regel eines geringeren Zeitaufwandes als die Anleitung, Beaufsichtigung oder Unterstützung der eigenständigen Durchführung durch den Pflegebedürftigen. Bei zunehmender Schwere einer Erkrankung können oft wegen des eintretenden Selbstständigkeitsverlustes des Pflegebedürftigen bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung oder Unterstützung nicht mehr eigenständig durchgeführt werden. In diesen Fällen muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen, was die Qualität der Hilfe zwar erhöht, den Zeitaufwand, also die zeitliche und örtliche Bindung der Pflegeperson, aber meist verringert. Logische Konsequenz auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben ist dann eine Verringerung des Hilfebedarfs nach SGB XI. Typisches Beispiel dafür ist ein Blasendauerkatheter bei Bettlägerigkeit, wodurch die bis dahin notwendige zeitaufwendige Begleitung zur Toilette entfällt.

Im stationären Sektor ist die Zunahme der Schwere von Pflegebedürftigkeit in noch größerem Umfang zu finden. In den dortigen Wiederholungsbegutachtungen wird bei vormaliger Pflegestufenempfehlung I und II nur noch in 24,3 v.H. und in 42,4 v.H. der Fälle der gleiche Hilfebedarf festgestellt. In 73,5 v.H. der Fälle vormaliger Pflegestufe I und in 53,2 v.H. vormaliger Pflegestufe II stellen die Gutachter eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs in der Wiederholungsbegutachtung fest. Diese im stationären Sektor stärker ausge-

prägte Progredienz der Schwere von Pflegebedürftigkeit ist in der epidemiologischen Struktur der Heimbewohner zu sehen, die durch einen hohen Anteil von Versicherten mit psychiatrischen Krankheiten, insbesondere der Demenz, geprägt ist. Die starke Korrelation Hilfebedarf ist dabei ursächlich (siehe Kapitel 3, Tabelle 15 und Kapitel 4).

Wird dieses Ergebnis des im Zeitablauf zunehmenden Hilfebedarfs auf begutachtete Personen mit Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ übertragen, dann bedeutet dies, dass diese Gruppe ein künftiges Reservoir Pflegebedürftiger bildet.

Bei rund einem Drittel der Leistungsbezieher zum 31.12.1997 wurde 1998 eine Wiederholungsbegutachtung durchgeführt. Diese Begutachtungen rekrutieren sich fast ausschließlich aus Leistungsbezieher der Pflegestufen I und II. Bei Schwerstpflegebedürftigen der Stufe III finden Wiederholungsbegutachtungen nur in Ausnahmefällen statt. Dafür ist einerseits die hohe Sterbequote ausschlaggebend, die die Wahrscheinlichkeit einer dem Vorgutachten in größerem zeitlichen Abstand folgenden Wiederholungsbegutachtung erheblich senkt. Außerdem entfällt bei Pflegebedürftigen der Stufe III die Möglichkeit eines Höherstufungsantrages. Auch werden Gutachter in den Fällen keine Wiederholungsbegutachtung empfehlen, bei denen aufgrund der Schwere der körperlichen und/oder psychischen Erkrankung nicht von einer Änderung des Hilfebedarfs auszugehen ist.

Bei Wiederholungsbegutachtungen wird bei vormaliger Pflegestufenempfehlung I und II in vielen Fällen eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs festgestellt. Dies folgt der Erfahrung, dass die Schwere der Pflegebedürftigkeit im zeitlichen Verlauf zunimmt. Überträgt man diese Aussage auf die Gruppe derjenigen Antragsteller, bei denen die Gutachter den Pflegekassen „nicht erheblich pflegebedürftig“ empfohlen haben, dann zeigt dies den besonderen Stellenwert dieser Gruppe. Es muss angenommen werden, dass sich darunter viele Versicherte befinden, bei denen erhebliche Pflegebedürftigkeit derzeit noch nicht im Sinne des SGB XI vorliegt, diese jedoch in Zukunft zu erwarten ist.

2.6 Widersprüche

Widerspruchsgutachten sind dann durchzuführen, wenn nach Auffassung der Pflegekasse eine erneute Begutachtung aufgrund eines Widerspruchs des Versicherten gegen deren Leistungsentscheidung erforderlich ist. Das dem Widerspruch zugrunde liegende Pflegegutachten wird dem Erstgutachter erneut vorgelegt, um zu prüfen, ob zwischenzeitlich neue Aspekte in der Pflegesituation vorliegen, die eine Revision der Empfehlung des Vorgutachters begründen. Ist dies nicht der Fall, wird durch einen anderen Gutachter je nach Sachlage in Form einer Aktenlage oder im häuslichen bzw. stationären Umfeld des Widerspruchstellers eine erneute Begutachtung vorgenommen.

Widerspruchsgutachten machen rund 7 v.H. des Begutachtungsgeschehens der Medizinischen Dienste, bezogen auf Erst- und Wiederholungsbegutachtungen, aus. Diese Zahl ist in Form einer statistischen Kennziffer als „Widerspruchsbegutachtungsquote“ zu bezeichnen. Sie gibt den Anteil derjenigen Gutachten an, die auf Grundlage eines Widerspruchs seitens der Versicherten gegen den darauf basierenden Leistungsbescheid der Kasse überprüft werden mussten. Auch hier gelten die methodischen Einschränkungen, die schon bei Einführung der Wiederholungsbegutachtungsquote beschrieben wurden. Die statistische Kennziffer der Widerspruchsbegutachtungsquote geht davon aus, dass die der Widerspruchsbegutachtung vorangehende Vorbegutachtung im gleichen Berichtszeitraum stattfand. An den Schnittstellen der jährlichen Berichtszeiträume ist dies nicht zu gewährleisten, da Widerspruchsgutachten des Jahres 1998 auf Leistungsbescheiden gründen können, die auf Begutachtungen des Vorjahres beruhen. In anderen Fällen können Erst- und Wiederholungsbegutachtungen des Berichtszeitraumes 1998 erst im nachfolgenden Jahr zu Widerspruchsbegutachtungen führen. Es kann allerdings davon ausgegangen werden, dass sich diese Überlappungen statistisch ausgleichen und deshalb keine systematischen Verzerrungen zu erwarten sind.

In Tabelle 17 ist die „Widerspruchsbegutachtungsquote“ nach der Pflegestufenempfehlung der Gutachten ausgewiesen, auf die sich der Widerspruch bezieht. 44.000 von 81.000 Widerspruchsbegutachtungen im ambulanten und 5.000 von 12.000 im stationären Bereich gründen demnach auf der vorangegangenen Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“. Damit sind Leistungsentscheidungen basierend auf Gutachten mit der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ das widerspruchsauslösende Moment. Im ambulanten wie im stationären Bereich führen rd. 20 v.H. dieser Leistungsentscheidungen zu einem Widerspruch. Die Akzeptanz von Leistungsentscheidungen mit der Empfehlung einer Pflegestufe fällt demgegenüber weitaus höher aus.

Die Annahme, dass Versicherte höherer Pflegestufen im stationären Umfeld vermehrt Widersprüche in der Absicht stellen, eine niedrigere Pflegestufe im Leistungsbescheid der Kasse zu erhalten, um damit den mit der ursprünglich hohen Stufe einhergehenden höheren Zuzahlungen an den Heimträger zu entgehen, kann nicht bestätigt werden. Die Widerspruchsbegutachtungsquote von stationären Antragstellern mit vormaliger Pflegestufenempfehlung II und III liegt unter der des häuslichen Umfeldes.

Tabelle 18 zeigt die Veränderungen in den Pflegestufenempfehlungen zwischen Vorbegutachtung und Widerspruchsbegutachtung. Danach sind im ambulanten Bereich in der Mehrheit der Fälle auch im Widerspruchsverfahren für den Gutachter keine Befunde erkennbar, die sie veranlassen, die leistungsrelevante Empfehlung des Vorgutachtens zu revidieren.

Tabelle 17

Anteil Widerspruchsbegutachtungen an Erst- und Wiederholungsbegutachtungen nach Pflegestufen in v.H., 1998

ambulant			
Pflegestufenempfehlung Erst- und Wieder.-hol.begut./Pflegestufenempfehlung im Vorgutachten bei Widerspruchsbegutachtungen	Erst- und Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchs- begutachtungen 1998	davon in v.H. aller Erst- und Wiederhol.-begutachtungen
	Anzahl	Anzahl	
nicht pflegebedürftig	221.528	44.353	20,0
Stufe I	366.624	22.706	6,2
Stufe II	281.035	13.753	4,9
Stufe III	106.335	570	0,5
Gesamt	975.522	81.382	8,3

stationär			
Pflegestufenempfehlung Erst- und Wieder.-hol.begut./Pflegestufenempfehlung im Vorgutachten bei Widerspruchsbegutachtungen	Erst- und Wiederholungsbegutachtungen	Widerspruchs- begutachtungen 1998	davon in v.H. aller Erst- und Wiederhol.-begutachtungen
	Anzahl	Anzahl	
nicht pflegebedürftig	26.210	5.266	20,1
Stufe I	69.897	3.162	4,5
Stufe II	114.578	3.296	2,9
Stufe III	59.998	438	0,7
Gesamt	270.683	12.162	4,5

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1,2

Im stationären Sektor fällt diese Übereinstimmungsquote geringer aus. Hier wird der schon oben erwähnte Einflussfaktor „Pflegepersonal“, das aufgrund seiner spezifischen Kenntnisse vor einem Widerspruch dessen Realisierungschancen abschätzen wird, wirksam. Auch die geringere Widerspruchsquote im stationären Sektor gründet sich vor allem auf diesen Effekt.

Ein Widerspruch definiert sich als „erfolgreich“, wenn die Empfehlung des Vorgutachtens nach oben, d.h. Eintritt in die Leistungsgewährung bzw. die Empfehlung einer höheren Pflegestufe, revidiert wird. Bei vorangegangener Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ sind dies im häuslichen Umfeld 39,4 v.H. bei Stufe I 39,0 v.H. und 37,0 v.H. bei Stufe II. Im stationären Sektor sind dies 50,8 v.H. bei Empfehlung „nicht pflegebedürftig“, 56,4 v.H. bei vormaliger Empfehlung Stufe I und 41,5 v.H. bei Stufe II. Hier muss freilich in Betracht

gezogen werden, dass aufgrund des Widerspruchsverfahrens zwischen Vorbegutachtung und Widerspruchsbegutachtung mehrere Wochen liegen. Während dieser Zeitspanne kann sich der Hilfebedarf nach Art, Häufigkeit und zeitlichem Pflegeaufwand erheblich verändern, z.B. wegen eines akuten Krankheitsvorfalles. In diesen Fällen entspricht die Widerspruchsbegutachtung ihrer Ausrichtung nach eher einer Begutachtung wegen Höherstufung. Ein gesonderter statistischer Ausweis dieser Fälle ist allerdings nicht möglich.

Tabelle 18

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung der Widerspruchsbegutachtung

ambulant				
Widerspruchsbegutachtungen		davon in v.H. Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung		
		gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Anzahl			
nicht pflegebedürftig	44.353	60,6	-	39,4
Pflegestufe I	22.706	58,3	2,7	39,0
Pflegestufe II	13.753	59,3	3,7	37,0
Pflegestufe III	570	80,0	20,0	-

stationär				
Widerspruchsbegutachtungen		davon in v.H. Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung		
		gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	Anzahl			
nicht pflegebedürftig	5.266	49,2	-	50,8
Pflegestufe I	3.162	41,9	1,6	56,4
Pflegestufe II	3.296	56,6	2,0	41,5
Pflegestufe III	438	81,6	18,4	-

Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1.2

Die Widerspruchsbegutachtungsquote gibt den Anteil derjenigen Erst- und Wiederholungsbegutachtungen an, gegen die auf Grundlage des darauf basierenden Leistungsbescheides der Pflegekasse seitens des Versicherten Widerspruch erhoben wurde. 7,5 v.H. dieser durchgeführten Begutachtungen des Medizinischen Dienstes sind in dieser Rechnung Widersprüche. Eine nähere Analyse zeigt, dass über 40 v.H. der im stationären und über 50 v.H. der im ambulanten Bereich durchgeführten Widersprüche auf vormalige Begutachtungen mit Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ gründen. Im stationären Sektor ist kein erhöhter Anteil von Widersprüchen ge-

genüber Pflegegutachten festzustellen, die die Empfehlung Pflegestufe II oder III an die auftraggebende Pflegekasse enthalten. Die Annahme, dass Versicherte höherer Pflegestufen im stationären Umfeld vermehrt Widersprüche in der Absicht stellen, eine niedrigere Pflegestufe im Leistungsbescheid der Kasse zu erhalten, um damit den mit der ursprünglich hohen Stufe einhergehenden höheren Zuzahlungen an den Heimträger zu entgehen, kann deshalb nicht bestätigt werden.

In der Mehrheit der Fälle bestätigen die Gutachter im Widerspruchsverfahren die leistungsrelevante Empfehlung des Vorgutachtens. Eine leistungsrelevante Höherstufung bzw. die Empfehlung „erheblich pflegebedürftig“ wird im ambulanten Bereich in knapp 40 v.H. der Fälle bei vorausgegangener Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“, Stufe 1 und Stufe II ausgesprochen, im stationären Bereich in rund 50 v.H. der Fälle.

2.7 Fazit

Die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes durch die Pflegeversicherung mit knapp 1.5 Mio. Begutachtungsaufträgen im Berichtszeitraum 1998 bewegt sich weiterhin auf hohem Niveau. Mit über 75 v.H. bilden dabei Anträge auf ambulante Leistungen das Gros des Auftragsvolumens. Erstaufträge sind mit 60 v.H. immer noch die häufigste Auftragsart. Ihre Anzahl ist jedoch wegen des Wegfalls von Höherstufungsaufträgen ehemaliger Leistungsempfänger von Schwerpflege nach dem SGB V im Vergleich zum Vorjahr leicht rückläufig.

Begutachtungsaufträge für Wiederholungsbegutachtungen haben im Berichtszeitraum 1998 stark zugenommen. Da diese Auftragsart von der Zahl der Leistungsempfänger abhängig ist, die sich schon im Leistungsbezug befinden, ist in der Zukunft von einer weiteren Zunahme von Wiederholungsbegutachtungen auszugehen.

Die Bearbeitung von Begutachtungsaufträgen von Antragstellern auf ambulante Leistungen findet vorwiegend in deren häuslicher Umgebung in Form einer körperlichen Untersuchung statt. Im stationären Bereich begutachten die Ärzte und Pflegefachkräfte der Medizinischen Dienste die Antragsteller vorwiegend im Alten-/Pflegeheim.

Die mit Beginn der Begutachtungen für die Pflegeversicherung in den Medizinischen Diensten neu eingestellten Pflegefachkräfte sind voll in das Begutachtungsgeschehen integriert. Im ambulanten Bereich führten sie mit 38,8 v.H. fast die gleiche Anzahl von Begutachtungen wie die Ärzte mit anteilig 39,3 v.H.. Im stationären Bereich sind Pflegefachkräfte mit anteilig 48,6 v.H. durchgeführter Begutachtungen die Hauptakteure des Begutachtungsge-

schehens. Die Logistik der Auftragsbearbeitung ist MDK-spezifisch strukturiert. Die MDK-spezifische Betrachtung zeigt erhebliche Differenzen zwischen den einzelnen Diensten. So werden in einigen MDK fast ausschließlich Ärzte mit der Begutachtung beauftragt, wogegen in anderen MDK der Einsatz von Pflegefachkräften dominiert. Dieser Befund findet sich auch bei der Beauftragung von externen Gutachtern.

Wie im Auftragsvolumen spielen auch im Begutachtungsgeschehen die Wiederholungsbegutachtungen eine immer gewichtigere Rolle. Deshalb ist diese Auftragsart im Jahre 1999 Gegenstand der Qualitätsprüfungen gemäß Ziffer E der Begutachtungs-Richtlinien. Die Wiederholungsbegutachtungsquote, die die Anzahl der im Berichtszeitraum 1998 in v.H. auf den Bestand der Leistungsempfänger zum 31.12.1997 bezieht, zeigt, dass ein Drittel der Leistungsbezieher 1998 zum wiederholten Mal begutachtet wurde. Damit wird das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einer ständigen Anpassung unterzogen und gleichzeitig für die Versicherten eine realitätsangepasste Erfassung ihres Hilfebedarfs und der daraus resultierenden gesetzlichen Leistungen entsprechend ihrer Pflegesituation sichergestellt.

Eine pflegestufen-spezifische Analyse der Wiederholungsbegutachtungen zeigt, dass sich diese Begutachtungsart fast ausschließlich auf Leistungsbezieher der Pflegestufen I und II konzentriert. Bei Schwerstpflegebedürftigen der Stufe III findet eine Wiederholungsbegutachtung nur in Ausnahmefällen statt, da Höherstufungsaufträge faktisch ausgeschlossen sind und die anzunehmende hohe Sterbequote die Wahrscheinlichkeit einer dem Vorgutachten zeitlich in längerem Abstand folgende Wiederholungsbegutachtung erheblich senkt. Bei Wiederholungsbegutachtungen wird bei vormaliger Pflegestufenempfehlung I und II in vielen Fällen eine leistungsrelevante Zunahme des Hilfebedarfs festgestellt. Das dokumentiert, dass sich eine durchschnittliche Pflegebiografie auch durch die Progredienz des Hilfebedarfes auszeichnet. Überträgt man diesen Befund auf die Gruppe derjenigen Versicherten, bei denen die Gutachter „nicht erheblich pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI empfehlen, dann wird deutlich, dass es sich dabei um ein Reservoir künftiger Pflegebedürftiger handelt. Angesichts des gesetzgeberischen Auftrags des Vorrangs von Prävention und Rehabilitation vor Pflege sind deshalb MDK-seitig und kassenseitig Maßnahmen einzuleiten bzw. zu forcieren, die einer drohenden Pflegebedürftigkeit bei dieser Personengruppe entgegenwirken.

Die Widerspruchsquote gibt den Anteil derjenigen Erst- und Wiederholungsbegutachtungen an, gegen die auf Grundlage des darauf basierenden Leistungsbescheides der Kasse seitens des Versicherten Widerspruch erhoben wurde. In über 50 v.H. im ambulanten und in

über 40 v.H. im stationären Bereich gründen diese Widersprüche auf der vormaligen Begutachtungsempfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“. Im stationären Sektor ist kein erhöhter Anteil von Widersprüchen gegenüber Pflegegutachten festzustellen, die die Empfehlung „Pflegestufe II“ oder „Pflegestufe III“ enthalten. Die Annahme, dass Versicherte höherer Pflegestufen im stationären Umfeld vermehrt Widersprüche in der Absicht stellen, eine niedrigere Pflegestufe im Leistungsbescheid zu erhalten, um damit den mit der ursprünglich hohen Pflegestufe einhergehenden höheren Zuzahlungen an den Heimträger zu entgehen, kann deshalb nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Medizinische Dienst durch seine Begutachtungstätigkeit die Umsetzung der Pflegeversicherung entscheidend mitgestaltet. Obwohl dabei der Gesichtspunkt der Begutachtung von Erstantragstellern auf Feststellung von Pflegebedürftigkeit im Vordergrund steht, unterzieht er durch die Wiederholungsbegutachtungen das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einer ständigen Anpassung. Gleichzeitig wird sichergestellt, dass der sich verändernden Pflegesituation Pflegebedürftiger regelmäßig Rechnung getragen wird.

3 Analyse der begutachteten Erstantragsteller

Die von den Medizinischen Diensten innerhalb eines Berichtsjahres durchgeführten Begutachtungen zeichnen ein differenziertes Bild der Antragstellerstruktur. Die Begriffe Erstantragsteller und Erstbegutachtete/Erstbegutachtungen werden deshalb im Folgenden synonym verwendet.

3.1 Soziodemografische Struktur der begutachteten Erstantragsteller

3.1.1 Alter und Geschlecht

Tabelle 1 weist die Geschlechtsstruktur der begutachteten Erstantragsteller im Berichtszeitraum 1998 aus.

Tabelle 1

**Erstbegutachtete in v.H. nach
Geschlecht, 1998**

	Anzahl	in v.H.
Männer	128.305	31,5
Frauen	279.233	68,5
Gesamt	407.538	100

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Die Statistik dokumentiert einen starken Frauenanteil von 68,5 v.H.. Diese Dominanz erklärt sich aus der höheren Lebenserwartung von Frauen, die die Wahrscheinlichkeit des Eintretens von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI erhöht. Neben dieser epidemiologischen Einflussgröße wirken bis in unsere Tage die kriegsbedingten Ausfälle der Männer hinein. Obschon die Generation des Ersten Weltkrieges mit Geburtsjahrgängen vor 1900 aus der Bevölkerungspyramide herausgewachsen ist, sind die Gefallenen des Zweiten Weltkrieges, die Generation der vor den 20er Jahren Geborenen, immer noch ursächlich mit dem geringen Männeranteil verknüpft. Diese altersbedingte Abhängigkeit der Geschlechtsverteilung verdeutlicht die Verteilung der geschlechtsspezifischen Altersstruktur in Tabelle 2. Das Hauptgewicht der weiblichen Erstantragsteller konzentriert sich auf die Altersgruppen zwischen dem 66. und 90. Lebensjahr. Bei den Männern weitet sich der Schwerpunkt auch auf Versicherte im erwerbsfähigen Alter zwischen 20-65 Jahren aus.

Tabelle 2

Erstbegutachtete in v.H. geschlechtsspezifischer Altersgruppen, 1998

Alter in Jahren	Erstbegutachtete		Geschlecht	
			Männer	Frauen
	Anzahl	in v.H.	in v.H.	in v.H.
bis 19	10.861	2,7	4,9	1,7
20-65	58.634	14,4	24,2	9,9
66-80	149.305	36,6	38,0	36,0
81-90	159.958	39,2	28,0	44,4
91 u. älter	28.780	7,1	5,0	8,0
Gesamt	407.538	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

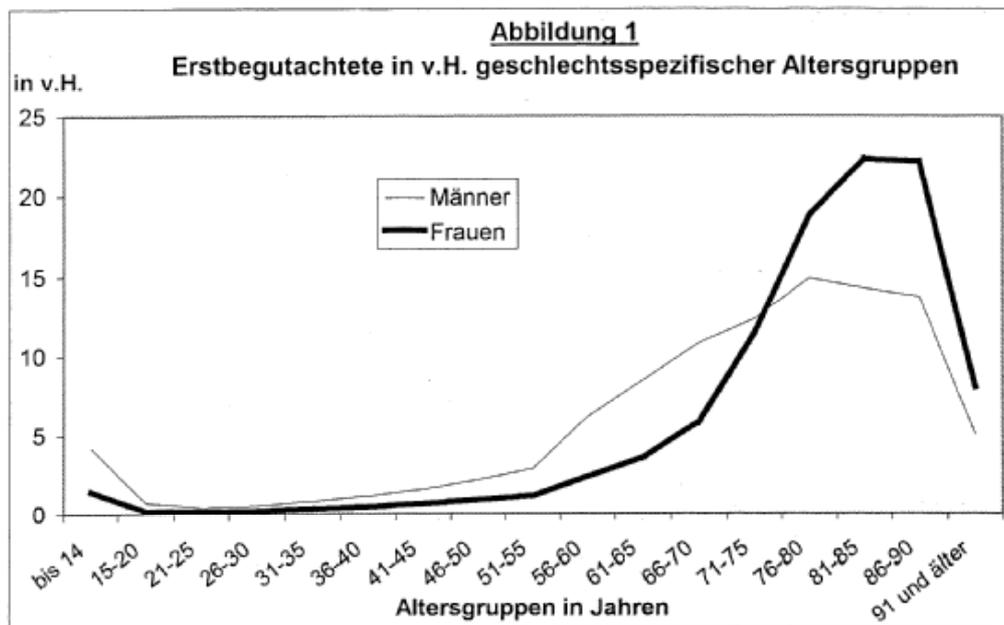
Die in Abbildung 1 vorgenommene Feinanalyse in Fünf-Jahres-Altersgruppen spezifiziert weitere Befunde:

männliche Kinder und Jugendliche der Altersgruppe bis 14 Jahren, sind vergleichsweise stark vertreten.

große Differenzen (bis zu 100 v.H.) in der Altersverteilung zwischen Männern und Frauen bestehen in den Altersgruppen zwischen 51 und 70 Jahren.

alte und hochbetagte Frauen über 75 Jahre sind überproportional stark vertreten.

Das Ergebnis des begutachteten hohen Kinder- und Jugendlichenanteils bis 14 Jahren unter den Männern deckt sich mit dem epidemiologischen und medizinsoziologischen Forschungsstand, nach denen Männer in diesem Alter sowohl eine vergleichsweise höhere Mortalitätsrate, als auch eine höhere Morbiditätsrate aufweisen. Dies betrifft gerade die Bereiche der kongenitalen Anomalien, Oligophrenien und zerebralen Degenerationen, die mit zu den wichtigsten pflegebegründenden Diagnosen dieser Altersgruppe zählen.



Der Anteil von 3 v.H. Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahren unter den Erstantragstellern verdeutlicht überdies, dass die Begutachtungstätigkeit der Medizinischen Dienste und damit die soziale Pflegeversicherung in ihrer Gesamtheit zwar vorwiegend von älteren Altersgruppen geprägt ist, jedoch nicht ausschließlich auf diesen Personenkreis reduziert werden kann. Die mit der Begutachtung von Kindern zusammenhängenden Spezifitäten (z.B. altersbedingter Hilfebedarf) erfuhren deshalb in den Begutachtungs-Richtlinien eine besondere Berücksichtigung (BRi, 5. 43).

Der vergleichsweise hohe Anteil von Männern zwischen 51 und 70 Jahren kann sich auf deren höhere Morbidität zurückführen lassen. Dafür sind vermutlich Kreislauferkrankungen ausschlaggebend, die aufgrund der Prävalenz somatischer Risikofaktoren unter Männern dieser Altersgruppe besonders stark ausgeprägt sind.

Frauen bilden mit zwei Dritteln das Gros der Erstantragsteller. Dieses Übergewicht resultiert aus deren höherer Lebenserwartung und ihrem höheren Anteil an der Gesamtbevölkerung wegen der gefallenen Männer beider Weltkriege dieses Jahrhunderts. Eine Analyse der Alters- und Geschlechtsstruktur verweist auf Querverbindungen zu allgemeinen epidemiologischen Befunden. Alter und Geschlecht sind

von daher grundsätzliche Parameter, die bei der Analyse von Erstantragstellern berücksichtigt werden müssen.

Obwohl das Begutachtungsgeschehen in den Medizinischen Diensten überwiegend von älteren und hochbetagten Versicherten geprägt ist, über 45 v.H. sind 81 Jahre und älter, kann die Pflegeversicherung nicht ausschließlich als „Altenversicherung“ dargestellt werden. Mit einem Anteil von 2,7 v.H. Kindern und Jugendlichen und 14,4 v.H. Personen im erwerbsfähigen Alter, spielen auch jüngere und mittlere Altersgruppen eine gewichtige Rolle.

3.1.2 Demografische Gruppenbildung

Auf Grundlage der Alters- und Geschlechtsspezifizierung lassen sich die in Tabelle 3 abgebildeten 7 demografischen Gruppen von Erstbegutachteten unterscheiden:

Gruppe 1 wird durch Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren gebildet. Ihr Anteil an allen Erstbegutachtungen beträgt 2,7 v.H.. Wegen des insgesamt geringen anteilmäßigen Aufkommens dieser Population wird hier zwischen Männern und Frauen nicht unterschieden.

Gruppe 2 bilden Männer im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 Jahren. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 7,6 v.H..

Gruppe 3 dito. Frauen. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 6,8 v.H..

Gruppe 4 bilden ältere Männer im Rentenalter bis 80 Jahre. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 12,0 v.H..

Gruppe 5 dito. Frauen. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 24,7 v.H..

In **Gruppe 6** werden sehr alte und hochbetagte Männer über 80 Jahre zusammengefasst. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 10,4 v.H..

Gruppe 7 dito. Frauen. Ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 35,9 v.H..

Die in Tabelle 3 dokumentierte prozentuale Häufigkeit der einzelnen demografischen Gruppen verdeutlicht den Stellenwert älterer und hochbetagter Frauen über 80 Jahre im Begutachtungsgeschehen der Medizinischen Dienste; ihr Anteil an allen Erstbegutachteten beträgt 35,9 v.H..

Tabelle 3

**Demographische Gruppen der
Erstbegutachteten, 1998**

Gruppen- bezeichnung	Gruppendifinition	Anzahl	in v.H.
Gruppe 1	bis 19 Jahre	10.861	2,7
Gruppe 2	20-65 Jahre Männer	31.043	7,6
Gruppe 3	20-65 Jahre Frauen	27.591	6,8
Gruppe 4	66-80 Jahre Männer	48.747	12,0
Gruppe 5	66-80 Jahre Frauen	100.558	24,7
Gruppe 6		42.288	10,4
Gruppe 7	81 Jahre u. älter Frauen	146.450	35,9
Gesamt		407.538	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

3.1.3 Antragstellerinzidenz

Neben der reinen Deskription der Alters- und Geschlechtsstruktur der Erstantragsteller auf Grundlage der Erledigungsstatistik der Medizinischen Dienste muss eine Gewichtung dieser Befunde unter Einbezug der Versichertenzahlen der Pflegekassen erfolgen. Die dann errechnete statistische Kennziffer „Antragstellerinzidenz“ gibt den Anteil derjenigen Versicherten ohne Leistungsbezug zum 31.12.1997 an, die im Berichtszeitraum einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflege-Versicherungsgesetz gestellt haben. Diese Antragstellerinzidenz muss von der „wahren“ Inzidenz unterschieden werden⁸, da in die Berechnung auch Begutachtungen einfließen, bei denen keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI empfohlen wurde. Die Kennziffer berechnet deshalb das Antragstellerverhalten in Bezug zum Versichertenbestand unter Abzug der leistungsberechtigten Personen.

Die Ergebnisse dieser Berechnungen sind in Tabelle 4 abgebildet.

8

Tabelle 4**Antragstellerinzidenz**

Alter in Jahren	Mitglieder der sozialen Pflegeversicherung am 01.10.1997*	Leistungsempfänger am 31.12.1997*	Mitglieder ohne Leistungsbezug	Erstbegutachtete 1998**	Antragstellerinzidenz
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	in v.Tsd.
bis unter 15	11.424.325	65.364	11.358.961	16.973	1,49
15 bis unter 20	4.043.278	20.337	4.022.941	2.569	0,64
20 bis unter 25	3.846.409	17.336	3.829.073	1.954	0,51
25 bis unter 30	5.158.194	21.254	5.136.940	2.202	0,43
30 bis unter 35	6.250.047	26.310	6.223.737	3.470	0,56
35 bis unter 40	5.750.338	26.346	5.723.992	4.962	0,87
40 bis unter 45	4.932.791	23.826	4.908.965	6.674	1,36
45 bis unter 50	4.569.321	25.357	4.543.964	9.165	2,02
50 bis unter 55	3.858.298	27.352	3.830.946	11.023	2,88
55 bis unter 60	5.228.029	51.874	5.176.155	23.218	4,49
60 bis unter 65	4.523.289	71.303	4.451.986	36.050	8,10
65 bis unter 70	3.711.856	96.432	3.615.424	48.106	13,31
70 bis unter 75	3.116.946	141.983	2.974.963	79.309	26,66
75 bis unter 80	2.351.001	207.142	2.143.859	133.059	62,07
80 und älter	2.836.238	838.494	1.997.744	371.911	186,17
Gesamt	71.600.360	1.660.710	69.939.650	750.645	10,73

* Quelle: BMG

** Grundgesamtheit N1, siehe Kapitel 1.2

Am Stichtag 1.10.1997 meldeten die Pflegekassen 71.6 Mio. Versicherte, davon waren zum Stichtag 31.12.1997 1.66 Mio. im Leistungsbezug. Die Differenz beider Werte ergibt eine Anzahl von knapp 70 Mio. Versicherten, die zum 31.12.1997 nicht leistungsberechtigt waren. Im Berichtszeitraum 1998 führten die Medizinischen Dienste 750.000 Erstbegutachtungen durch. In Bezug zu den Versicherten in der sozialen Pflegeversicherung ohne Leistungen errechnet sich damit eine Antragstellerinzidenz von 10,7 v.Tsd.. Die auf Altersgruppen bezogene Berechnung zeigt erwartungsgemäß gravierende Differenzen. Sie liegt mit Ausnahme der unter 15-jährigen bis zum 40. Lebensjahr unter 1 v.Tsd. und steigt dann mit zunehmendem Alter erheblich an. In der Altersgruppe der Hochbetagten über 80 Jahre stellten 1998 fast 200 v.Tsd. einen Antrag auf Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

Diese starke Altersabhängigkeit des Antragstellerverhaltens ist in mehrerer Hinsicht von Bedeutung. Zum einen muss von regionalen Unterschieden in der Altersstruktur der Bevölkerung ausgegangen werden, die ihrerseits Auswirkungen auf das Ergebnis der MDK-

spezifischen Empfehlung besitzen⁹. In einen größeren Rahmen gesetzt, wird sich dieses Ergebnis zukünftig auch in der Tätigkeit der Medizinischen Dienste niederschlagen. Unter dem Gesichtspunkt der zu erwartenden Bevölkerungsentwicklung, insbesondere der „Überalterung“ der bundesdeutschen Gesellschaft, wird derzeit über die zu erwartende Anzahl von Pflegebedürftigen und das daraus resultierende Problem der künftigen Finanzierung der Pflegeversicherung diskutiert. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird die über 80-jährige Bevölkerung zwischen 1995 und 2010 von 3,2 Mio. auf 3,8 Mio., das ist über 15 v.H., zunehmen (Statistisches Bundesamt, 1998). Auf Grundlage der Leistungsstatistik der Pflegekassen zum 31.12.1998 errechnet sich danach ein Zuwachs im Leistungsempfängerbestand von 1.72 Mio. zum Jahresende 1998 auf 1.92 Mio. zum Jahresende 2010, was einer Zunahme von 11,7 v.H. entspricht¹⁰. Dies wird mit einer entsprechenden Zunahme von Erstbegutachtungen und, im zeitlichen Abstand, von Wiederholungsbegutachtungen in den Medizinischen Diensten verbunden sein.

Im Berichtszeitraum 1998 stellten 11 v.Tsd. nicht-leistungsbeziehender Versicherter in der sozialen Pflegeversicherung einen Antrag auf Leistungen nach dem SGB XI. Diese statistische Größe wird als „Antragstellerinzidenz“ bezeichnet. Diese statistische Kennziffer ist altersabhängig. Liegt die Antragstellerinzidenz bei den unter 40-jährigen (mit Ausnahme der Kinder und Jugendlichen bis 15 Jahren) unter 1 v.Tsd., so steigt sie auf fast 200 v.Tsd. bei den Hochbetagten über 80 Jahren. Die mit dem Schlagwort „Überalterung“ verbundene Verschiebung im Altersgefüge der bundes-republikanischen Gesellschaft wird neben einem Anstieg von Leistungsberechtigten in der Pflegeversicherung auch mit einer Zunahme von Erstbegutachtungen und im Gefolge von Wiederholungsbegutachtungen bei den Medizinischen Diensten verbunden sein.

3.1.4 Pflegerelevante Wohnformen

Im Pflege-Versicherungsgesetz wird zwischen ambulanter und stationärer Pflege unterschieden. Für die Sicherstellung der häuslichen Pflege ist es wichtig, ob der Antragsteller allein oder mit seiner(n) Pflegeperson(en) in häuslicher Gemeinschaft wohnt. Im Zusammenhang mit vollstationärer Pflege werden diese beiden Möglichkeiten im ambulanten Bereich, „alleinlebend“ und „zusammenlebend“, als pflegerelevante Wohnformen benannt. Die dritte pflegerelevante Wohnform „vollstationär“ ist der beantragten Leistungsart entnommen. Bedingt durch dies Definition können sich Unschärfen einschleichen, da bei beantragter

⁹

¹⁰ Diese Modellrechnung stützt sich auf altersbezogene Prävalenzen und geht somit von der Annahme aus, dass diese altersbezogenen Anteilswerte bis 2010 konstant bleiben.

Leistungsart „vollstationär“ die Begutachtung durchaus im häuslichen Umfeld stattfinden kann¹¹. Auch bei den ambulanten Wohnformen allein-/zusammenlebend sind begriffliche – und damit statistische Unschärfen einzukalkulieren. Die Begutachtungs-Richtlinien führen bei der Frage „allein- oder zusammenlebend“ aus, dass anzugeben ist, „ob der Antragsteller allein lebt oder in Wohngemeinschaft mit der Pflegeperson, ...“ (BRi, 5. 21). Die Ausprägung „alleinlebend“ wird hier ausschließlich auf die Singularität der Wohnsituation bezogen, wogegen „zusammenlebend“ mit Bezug auf eine mit im Haushalt wohnende Pflegeperson definiert ist. Unklar bleiben Konstellationen, in denen weitere Personen mit dem Antragsteller im Haushalt leben (beispielsweise der gebrechliche Ehepartner), die jedoch am Pflegeprozess nicht, oder nur am Rande beteiligt sind. Trotz dieser Einschränkungen vermittelt die in Tabelle 5 dokumentierte Wohnform einen guten Einblick in die Wohn- und Betreuungssituation der begutachteten Erstantragsteller.

Tabelle 5

Pflegerelevante Wohnform in v.H. der Erstbegutachteten nach Altersgruppen, 1998

Pflegerelevante Wohnform	Erstbegutachtungen		Alter in Jahren				
			bis 19	20-65	66-80	81-90	91 u. älter
	Anzahl	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Zusammenlebend	198.850	48,8	96,6	66,3	52,7	38,1	34,5
Alleinlebend	140.697	34,5	1,6	20,6	33,6	42,0	38,8
Vollstationär	67.991	16,7	1,8	13,1	13,7	20,0	26,7
Gesamt	407.538	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Die Statistik zeigt, dass fast die Hälfte der Antragsteller zusammen (mit ihrer Pflegeperson) in Wohngemeinschaft lebt. Bei den Jüngeren wird es sich dabei um die Eltern handeln, bei Älteren in der Regel um den Ehepartner und/oder die Tochter. Neben dem Ehepartner spielt das familiäre Netz insgesamt eine überragende Rolle bei der Versorgung älterer Pflegebedürftiger. Eine vor Einführung der Pflegeversicherung durchgeführte Untersuchung zeigte, dass 1991 über 70 v.H. der Hilfe- und Unterstützungsleistungen pflegebedürftiger

¹¹ Die Differenzierung der pflegerelevanten Wohnformen ist im Pflegegutachten nur für den ambulanten Bereich mit den Schlüsseln „alleinlebend“ und „zusammenlebend“ vorgesehen. Die hier gesetzte Wohnform „vollstationär“ ist allein der beantragten Leistung entnommen. Im letzteren Fall werden dadurch auch solche Erstantragsteller mit einbezogen, die zwar einen Antrag auf vollstationäre Leistung gestellt haben, sich derzeit jedoch noch im häuslichen Umfeld befinden und dort begutachtet worden sind. Der letztere Fall kommt in knapp 7 v.H. aller Fälle mit beantragter vollstationärer Leistungsart vor. Die hier getroffene Zusammenstellung ist jedoch trotzdem sinnvoll, da sie einen Einblick in die Wohn- und Betreuungssituation der begutachteten Personen ermöglicht, wobei die pflegerele-

Menschen durch Familienangehörige erbracht wurden (FUCHS, 1994). Neben dem Ehemann und der Ehefrau spielte dabei die Tochter des Pflegebedürftigen eine quantitativ gleichwertige Rolle. Für diesen Sachverhalt hat sich seit längerem der Begriff der „Töchterpflege“ eingebürgert.

Rund ein Drittel aller Erstbegutachteten lebt allein und 17 v.H. werden in einer vollstationären Einrichtung betreut.

Diese Wohnformen variieren sehr stark mit dem Lebensalter der Begutachteten. Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren leben fast durchweg mit ihren Eltern zusammen, die zugleich am Pflegeprozess beteiligt sind. In den höheren Altersgruppen nimmt diese pflegerelevante Wohnform prozentual stetig ab, wogegen der Anteil von Alleinlebenden und in vollstationären Einrichtungen Lebenden stetig zunimmt. Dieser Alterseffekt begründet sich u.a. auf der mit höherem Alter zunehmenden Sterbewahrscheinlichkeit des Ehepartners, vorwiegend des Ehemannes. Dieser Umstand zeigt sich deutlich in den nach den demografischen Gruppen spezifizierten pflegerelevanten Wohnformen in Tabelle 6.

Tabelle 6

Pflegerelevante Wohnform in v.H. der demographischen Gruppen der Erstbegutachteten, 1998

Pflegerelevante Wohnform	Demographische Gruppen						
	bis 19 J.	20-65 J. Männer	20-65 J. Frauen	66-80 J. Männer	66-80 J. Frauen	81 J. u.ä. Männer	81 J. u.ä. Frauen
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Zusammenlebend	96,6	65,2	67,5	72,0	43,3	58,3	31,5
Alleinlebend	1,6	19,0	22,4	16,3	42,0	25,0	46,2
Vollstationär	1,8	15,8	10,1	11,7	14,7	16,7	22,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Ab dem 66. Lebensjahr liegt der Anteil zusammenlebender Frauen deutlich unter dem der Männer. Die vergleichsweise niedrigere Lebenserwartung der Männer bedingt einen höheren weiblichen Witwenstand, der sich in einem höheren Anteil allein- oder in vollstationären Einrichtungen lebender Frauen zeigt. Außerdem ist die hohe Zahl von Kriegerwitwen zu berücksichtigen. Am gravierendsten zeigt sich dieser Umstand bei den über 81-jährigen.

vante Wohnform „vollstationär“ letztlich angibt, dass der Pflegeprozess nicht mehr im häuslichen Umfeld organisiert werden soll.

Während unter den Männern dieser Altersgruppe noch weit über 50 v.H. zusammenleben, liegt der entsprechende Anteil bei den Frauen lediglich bei 31,5 v.H.. Dementsprechend ist hier der Anteil alleinlebender oder sich in vollstationärer Betreuung befindender Frauen erheblich stärker ausgeprägt.

Die in Tabelle 6 vorgenommene Kreuztabellierung zwischen demografischen Gruppen und pflegerelevanter Wohnform lässt sich in soziodemografische Gruppen gliedern. In Tabelle 7 ist diese Systematik abgebildet. Mit Ausnahme der Gruppe der bis 19-jährigen, wird jede weitere demografische Gruppe nochmals nach Art der pflegerelevanten Wohnform unterschieden. Die größte soziodemografische Gruppe bilden mit fast 17 v.H. alleinlebende Frauen über 80 Jahre.

Tabelle 7

**Demographische und soziodemographische Gruppen
in v.H. der Erstbegutachteten**

Demographische Gruppen						
bis 19 Jahre	20-65 Jahre	20-65 Jahre	66-80 Jahre	66-80 Jahre	81 Jahre u. älter	81 Jahre u. älter
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
2,7 v.H.	7,6 v.H.	6,8 v.H.	12,0 v.H.	24,7 v.H.	10,4 v.H.	35,9 v.H.
↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Soziodemographische Gruppen						
bis 19 Jahre	zus.-lebend	zus.-lebend	zus.-lebend	zus.-lebend	zus.-lebend	zus.-lebend
2,7 v.H.	5,0 v.H.	4,6 v.H.	8,6 v.H.	10,7 v.H.	6,0 v.H.	11,3 v.H.
	alleinlebend	alleinlebend	alleinlebend	alleinlebend	alleinlebend	alleinlebend
	1,4 v.H.	1,5 v.H.	2,0 v.H.	10,4 v.H.	2,6 v.H.	16,6 v.H.
	vollstationär	vollstationär	vollstationär	vollstationär	vollstationär	vollstationär
	1,2 v.H.	0,7 v.H.	1,4 v.H.	3,6 v.H.	1,7 v.H.	8,0 v.H.

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Fast die Hälfte der begutachteten Erstantragsteller leben zusammen mit ihrer Pflegeperson in einem Haushalt, rd. ein Drittel ist alleinlebend und 17 v.H. leben in einer vollstationären Einrichtung. Diese „pflegerelevante Wohnform“ ist stark alters- und geschlechtsabhängig. Durch die höhere Lebenserwartung der Frauen und die immer noch hohe Anzahl von Kriegerwitwen ist deren Anteil „alleinlebender“ im Vergleich zu den Männern wesentlich höher.

Die Aufgliederung der demografischen Gruppen nach der pflegerelevanten Wohnform ergibt 19 soziodemografische Gruppen, nach denen die begutachteten Erstantragsteller hinsichtlich Alter, Geschlecht und pflegerelevanter Wohn-

form unterschieden werden. Die größte Gruppe mit annähernd 17 v.H. bilden dabei alleinlebende Frauen im Alter von über 80 Jahre.

3.1.5 Beantragte Leistungsart

Die im Pflege-Versicherungsgesetz vorgesehenen zwei Leistungsbereiche, die der ambulanten und stationären Pflege, teilen sich wiederum in vier Leistungsarten. Der Bereich der häuslichen Pflege differenziert nach den selbstbeschafften Pflegehilfen, den sogenannten Geldleistungen (§ 37 SGB XI), Kombination von Geld- und Sachleistung, den sogenannten Kombileistungen (§ 38 SGB XI) und Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), die in der Regel durch geeignete Pflegefachkräfte ambulanter Pflegeeinrichtungen erbracht werden. Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) vervollständigen den Leistungskatalog. Diese vier Leistungsarten können nach dem Umfang der jeweiligen finanziellen Transferleistungen der Pflegekassen in einer Rankingliste geordnet werden. Der geringste Aufwand entfällt – im Durchschnitt der Pflegestufen – auf Geldleistungen, gefolgt von Kombi- und Sachleistungen. Leistungen der stationären Pflege sind mit den höchsten Leistungsausgaben verbunden (nicht Pflegestufe III ¹²).

Der Gesetzgeber betrachtet den Bereich der häuslichen Pflege gegenüber dem der stationären Pflege als vorrangig (§ 3 SGB XI). Diese Hierarchie wird in zweierlei Hinsicht begründet. Zum einen soll damit den Wünschen Pflegebedürftiger entsprochen werden, solange wie möglich in der vertrauten häuslichen Umgebung zu verbleiben. Dieses ethisch-soziale Moment wird mit Blick auf die Möglichkeiten der Solidargemeinschaft durch ein ökonomisches ergänzt: „Der Vorrang der häuslichen Pflege berücksichtigt zudem, dass die stationäre Pflege und Betreuung (...) teurer ist als die ambulante Versorgung“ (BR-Drucksache 505/93)

In Tabelle 8 sind die beantragten Leistungsarten in v.H. der Erstbegutachtungen 1998 dokumentiert. Die Statistik zeigt, dass Geldleistungen mit über der Hälfte der Fälle dominieren. Anträge auf vollstationäre Leistungen und der Einbezug von professionellen Dienstleistungen in Form von Kombi- und Sachleistungen nehmen dagegen eine, statistisch betrachtet, untergeordnete Rolle ein. Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil von Erstanträgen auf

Geldleistungen allerdings erheblich ab. In den Altersgruppen der 20- bis 65-jährigen und 66- bis 80-jährigen wird dies hauptsächlich durch Kombi- und Sachleistungen kompensiert.

¹² Diese Aussage gilt nicht für die Pflegestufe III, da sowohl für vollstationäre Leistungen, als auch für Sachleistungen ein Höchstbetrag von DM 2.800 vorgesehen ist (vgl. § 36 und § 43 SGB XI).

Erst bei den hochbetagten Erstantragstellern über 81 Jahre wird verstärkt vollstationäre Leistung gewünscht.

Tabelle 8

**Beantragte Leistung in v.H. der Erstbegutachteten
nach Altersgruppen, 1998**

Beantragte Leistung	Erstbegutachtungen		Alter in Jahren				
	Anzahl	in v.H.	bis 19 in v.H.	20-65 in v.H.	66-80 in v.H.	81-90 in v.H.	91 u. älter in v.H.
Geldleistung	220.257	54,0	96,3	66,7	56,1	46,8	41,5
Kombileistung	55.063	13,5	1,1	9,1	14,4	15,0	14,1
Sachleistung	64.227	15,8	0,8	11,0	15,7	18,2	17,8
Vollstationär	67.991	16,7	1,8	13,1	13,7	20,0	26,7
Gesamt	407.538	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Diese Ergebnisse sind vor dem Hintergrund zu interpretieren, dass die beantragte Leistungsart in erheblichem Ausmaß von der Möglichkeit des Antragstellers und dessen sozialem Umfeld abhängt, den Pflegeprozess zu organisieren und durchzuführen. Zudem ist die „Schwere“ der Pflege für den Pflegenden in physischer wie in psychischer Hinsicht mit zu berücksichtigen.

Bei Kindern und Jugendlichen wird die Pflege prioritär von den Eltern bewältigt, weswegen hier fast durchgängig Geldleistungen beantragt werden. In den Altersgruppen der 20- bis 65-jährigen und 66- bis 80-jährigen ist ebenfalls das familiäre Umfeld für das Pflegearrangement verantwortlich. Obwohl auch hier Geldleistungen die am häufigsten beantragte Leistungsart sind, werden verstärkt ergänzende Hilfen in Form von Kombi- und Sachleistungen gewünscht. Hier muss in Betracht gezogen werden, dass in diesen Altersgruppen das Alter des Antragstellers häufig mit dem Alter der Pflegeperson (Ehepartner) korreliert und deshalb der Durchführung des Pflegeprozesses Einschränkungen gesetzt sind. In der Altersgruppe der über 81-jährigen ist von einem hohen Witwen- und Witwerstand auszugehen, der es im Zeitalter der Ein-Generationen-Haushalte nahelegt, den Pflegeprozess im häuslichen Umfeld verstärkt in Form von Sachleistungen durchführen zu lassen, oder, nach dem Verlust des Ehepartners, in vollstationäre Betreuung überzuwechseln. Dieser Wechsel von der eigenen häuslichen Umgebung in ein Alten- oder Pflegeheim erfolgt gegebenenfalls über den Zwischenschritt der häuslichen Pflege bei den Kindern (Tochter) des Versicherten.

Die beantragte Leistungsart, aufgeteilt nach den demografischen Gruppen zeigt, wie in Tabelle 9 ausgewiesen, weitere alters- und geschlechtsspezifische Besonderheiten.

Tabelle 9

Beantragte Leistung in v.H. der demographischen Gruppen, 1998

Beantragte Leistung	Demographische Gruppen						
	bis 19 J.	20-65 J. Männer	20-65 J. Frauen	66-80 J. Männer	66-80 J. Frauen	81 J. u.ä. Männer	81 J. u. ä. Frauen
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Geldleistung	96,3	65,4	68,2	61,6	53,5	49,0	45,2
Kombileistung	1,1	8,2	10,1	14,5	14,4	17,2	14,2
Sachleistung	0,8	10,5	11,6	12,2	17,5	17,2	18,4
Vollstationär	1,8	15,8	10,1	11,7	14,7	16,7	22,2
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

In der Altersgruppe der Erwerbstätigen zwischen 20 und 65 Jahren wünschen Männer vergleichsweise häufiger vollstationäre Pflege. Bei dem schon in dieser Altersgruppe hohen Anteil von Alleinlebenden ist dieses Ergebnis wahrscheinlich auf die mangelnde Kompetenz der Männer zurückzuführen, ihren notwendigen Hilfebedarf in Eigenorganisation durchzuführen. In den höheren Altersgruppen liegt der Anteil geldleistungsbeantragender Männer über dem der Frauen. Dies ist mit der schon eingangs erwähnten höheren Wahrscheinlichkeit bei den Männern verbunden, auch noch im höherem Alter mit der Ehefrau zusammen zu leben.

Die Abhängigkeit der gewählten Leistungsart von der pflegerelevanten Wohnform zeigt sich in Tabelle 10. Während 74 v.H. der zusammenlebenden Antragsteller Geldleistungen beantragen, sind dies bei den Alleinlebenden nur 52 v.H.. Durch das fehlende soziale Umfeld ist hier der Anteil an beantragten Sachleistungen im Vergleich zu den Zusammenlebenden dreimal so hoch. Dies unterstreicht die Wichtigkeit eines sozialen bzw. familiären Umfeldes für den vom Gesetzgeber vorgesehenen Vorrang der häuslichen vor der vollstationären Pflege.

Tabelle 10

**Beantragte Leistung in v.H. der pflegerelevanten
Wohnform, 1998**

Beantragte Leistung	Pflegerelevante Wohnform		
	zusammen- lebend	allein- lebend	voll- stationär
	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Geldleistung	74,0	52,0	-
Kombileistung	15,2	17,6	-
Sachleistung	10,8	30,4	-
Vollstationär	-		100,0
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Die gewünschte Leistungsart variiert mit der pflegerelevanten Wohnform. Mit ihrer Pflegeperson (Eltern, Ehepartner, Kinder) zusammenlebende Antragsteller beantragen überdurchschnittlich häufig Geldleistungen. Bei Alleinlebenden liegt der Anteil der beantragten Geldleistungen um über 20 Prozentpunkte niedriger. Diese werden durch Kombi- und Sachleistungen kompensiert. Die Familie ist damit das wichtigste Reservoir an Pflegepersonen und sichert damit die gesetzgeberische Intention des Vorrangs der häuslichen Pflege.

3.1.6 Fazit

Die begutachteten Erstantragsteller sind vorwiegend ältere und hochbetagte Personen. Obwohl Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren mit 2,7 v.H. und Personen im erwerbsfähigen Alter mit 14,4 v.H. eine gewichtige Rolle im Begutachtungsgeschehen spielen, konzentriert sich die Tätigkeit der Medizinischen Dienste zu 45 v.H. auf die Gruppe der über 80-jährigen. Diese starke Altersdominanz hat im Zusammenhang mit der Bevölkerungsstruktur der Bundesrepublik zur Folge, dass Frauen überproportional stark unter den Erstantragstellern vertreten sind. Die demografische Gruppenbildung, in der die Erstantragsteller alters- und geschlechtsspezifisch differenziert werden, brachte diese beiden Momente auf den Punkt: Mit über einem Drittel stellen über 80-jährige Frauen die größte Gruppe der begutachteten Erstantragsteller.

Obwohl dieser demografische Einflussfaktor auf die Geschlechtsverteilung natürlich zu berücksichtigen ist, wird dabei oftmals übersehen, dass die Auswirkungen der beiden Weltkriege bis auf den heutigen Tag Bestand haben. Der hohe Frauenanteil ist auch Konsequenz der gefallenen und an Kriegsfolgen früh verstorbenen Männer, die sich heute in den Altersgruppen befinden, die eine hohe Antragstellerinzidenz zeigen. Bei den Berechnun-

gen über das zukünftig zu erwartende Leistungsgeschehen der Pflegekassen wie im künftigen Begutachtungsaufkommen bei den Medizinischen Diensten ist dieser Faktor zu berücksichtigen.

Fast die Hälfte der begutachteten Erstantragsteller lebt zusammen mit ihrer Pflegeperson in einem Haushalt. Dieser Befund unterstreicht die Wichtigkeit der Geldleistungen, die den vom Gesetzgeber intendierten Vorrang der häuslichen Pflege im bekannten sozialen Umfeld der Pflegebedürftigen sicherstellen. Allerdings nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil Alleinlebender und in vollstationären Einrichtungen Lebender sehr stark zu. Die Bildung soziodemografischer Gruppen anhand einer Ausdifferenzierung der demografischen Gruppen nach pflegerelevanter Wohnform zeigt, dass die größte Gruppe mit annähernd 17 v.H. alleinlebende Frauen im Alter über 80 Jahre bilden. Für die zukünftige Berechnung des Leistungsgeschehens in der Pflegeversicherung muss dieser soziale Faktor der pflegerelevanten Wohnform ebenfalls in Betracht gezogen werden, da die aus Altersgründen alleinlebenden Antragsteller vermehrt Kombi- und Sachleistungen wünschen. Es ist davon auszugehen, dass bei dieser Personengruppe auch verstärkt ein Übergang in die vollstationäre Betreuung erfolgt. Vor dem Hintergrund der prognostizierten Bedingungen einer „überalterten Gesellschaft“ wird sich damit das Leistungsgeschehen vermehrt auf die Leistungsarten zuspitzen, die den teilweisen oder vollständigen Einbezug professioneller Dienste in das Pflegearrangement vorsehen. Diese Feststellung ist für strukturelle Planungen im Bereich der ambulanten wie stationären Pflegeeinrichtungen zu bedenken. Tagespflegeeinrichtungen könnten hier stark entlastend wirken.

3.2 Erste pflegebegründende Diagnose

Die Begutachtungs-Richtlinien sehen die Dokumentation von mindestens einer Diagnose im Gutachten vor, die im wesentlichen Pflegebedürftigkeit begründet. Die Reihenfolge möglicher weiterer Nennungen soll dabei die für die Funktionsdefizite ursächlichen Diagnosen berücksichtigen. Im Rahmen der Pflegestatistik-Richtlinien nach § 53a Satz 1 Nr. 3 SGB XI wird ausschließlich die erste pflegebegründende Diagnose berücksichtigt.

In Tabelle 11 sind die in Hauptgruppen zusammengefassten Diagnosen des ICD in der 9. Revision abgebildet, die drei Viertel des Diagnosespektrums abdecken. Bei 25 v.H. aller Erstbegutachteten dokumentieren die Gutachter der Medizinischen Dienste Krankheiten des Kreislaufsystems, Krankheiten des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes, psychiatrische Krankheiten, Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane und Sympto-

me/schlecht bezeichnete Affektionen sind mit Anteilen von jeweils über 10 v.H. weitere häufige Krankheitsbilder.

Tabelle 11

**1. Pflegebegründende Diagnose (Auswahl)
von Erstbegutachteten in v.H.**

Erstantragsteller			
ICD 9. Hauptgruppen		Anzahl	in v.H.
Nr.	Bezeichnung		
7	Kreislaufsystem	83.824	24,5
13	Skelett, Muskeln, Binde- gewebe	48.703	14,2
5	Psychiatrisch	48.442	14,1
6	Nervensystem, Sinnes- organe	38.353	11,2
16	Symptome, schlecht bez. Affektionen	38.172	11,1
Gesamt (100%)		342.718	

Grundgesamtheit N4, siehe Kapitel 1,2

Der Befund, dass sich die Diagnosen der Erstbegutachteten in wenigen Hauptgruppen konzentrieren, lässt sich auch auf der darunterliegenden Ebene, der ICD-9.-Subgruppen, nachweisen. In Tabelle 12 sind die Häufigkeiten dieser Subgruppen in v.H. zur jeweiligen Hauptgruppe dokumentiert. Krankheiten des zerebrovaskulären Systems und nichtrheumatische Herzkrankheiten bilden die am häufigsten dokumentierten Krankheitsbilder innerhalb der Hauptgruppe 7, „Krankheiten des Kreislaufsystems“. An dieser Stelle bleibt festzuhalten, dass mit über 15 v.H. Hirngefäßerkrankungen, üblicherweise Schlaganfall, die am häufigsten dokumentierten Diagnosen aller Erstbegutachteten sind.

Arthropathien und Dorsopathien sind zu über 85 v.H. in der Hauptgruppe 13, „Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“ zusammengefasst. Die Hauptgruppe 5 „psychiatrischen Krankheiten“ beinhaltet fast gänzlich Psychosen und Neurosen. Krankheiten des zentralen Nervensystems und Affektionen des Auges bilden den Kern der Diagnosen aus Hauptgruppe 6, der „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“.

Auffallend viele Diagnosen betreffen die Subgruppe schlecht bezeichnete und unbekannte Krankheitsursachen innerhalb der Hauptgruppe 13, „Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen“. Die Häufigkeit dieser „unspezifischen“ Diagnosen begründet sich im Vorliegen

von Multimorbidität, die eine diagnostische Spezifizierung auf eine oder zwei Diagnosen nicht ermöglicht.

Tabelle 12

**1. Pflegebegründende ICD 9. Subgruppen von Erstbeguatchtungen
in v.H. zur jeweiligen ICD 9. Hauptgruppe**

Erstantragsteller			
	Bezeichnung	Anzahl	in v.H.
Hauptgruppe 7	Kreislaufsystem	83.824	100,0
davon ICD 9. Subgruppe:			
430-438	Zerobrovaskuläres System	53.434	63,7
420-429	nicht rheumatische Herzkrankheiten	13.541	16,2
Hauptgruppe 13	Skelett, Muskeln, Bindegewebe	48.703	100,0
davon ICD 9. Subgruppe:			
710-719	Arthropathien	34.328	70,5
720-724	Dorsopathien	7.129	14,6
Hauptgruppe 5	Psychiatrisch	48.442	100,0
davon ICD 9. Subgruppe:			
290-294	Organische Psychosen	21.660	44,7
300-316	Neurosen	11.902	24,6
295-299	Andere (nicht-organische) Psychosen	11.248	23,2
Hauptgruppe 6	Nervensystem, Sinnes- organe	38.353	100,0
davon ICD 9. Subgruppe:			
330-337	Hereditäre/degenerative Krh. des Zentralnervensystems	14.819	38,6
340-359	Sonstige Krh. des Zentralnervensystems	12.367	32,2
360-379	Affektionen des Auges	6.634	17,3
Hauptgruppe 16	Symptome, schlecht bez. Affektionen	37.172	100,0
davon ICD 9. Subgruppe:			
797-799	Schlecht bez./unbekannte Krankheitsursachen	32.109	86,4

Grundgesamtheit N4, siehe Kapitel 1,2

Hinter der diagnostischen Gesamtschau auf das Kollektiv der erstbegutachteten Antragsteller verbergen sich die aus der Epidemiologie bekannten geschlechts- und altersspezifischen Differenzierungen. In Tabelle 13 sind die häufigsten ICD-9-Hauptgruppen bei Kindern und Jugendlichen verzeichnet. Ein Diagnoseschwerpunkt in dieser Gruppe liegt auf den psychiatrischen Krankheiten mit 25 v.H. allen Erstbegutachtungen. Krankheiten des Ner-

vensystems und der Sinnesorgane, kongenitale Anomalien, Endokrinopathien und Neubildungen sind weitere wichtige Diagnosegruppen.

Tabelle 13

**1. Pflegebegründende Diagnose (Auswahl)
von Erstbegutachteten bis 19 Jahre in v.H.**

Erstantragsteller bis 19 Jahre		
ICD 9. Hauptgruppen		
Nr.	Bezeichnung	in v.H.
5	Psychiatrisch	24,8
6	Nervensystem, Sinnesorgane	20,4
14	Kongenitale Anomalien	16,7
3	Endokrinopathien	7,7
2	Neubildungen	6,6
Gesamt (100%)		9.097

Grundgesamtheit N4, siehe Kapitel 1,2

Das Krankheitsspektrum bei Kindern und Jugendlichen unterscheidet sich damit grundlegend von dem der erwachsenen Bevölkerung. Diese Differenzen treten sowohl auf Ebene der Hauptgruppen, als auch auf Ebene der darunterliegenden Subgruppen auf. Im Bereich der psychiatrischen Krankheiten werden bei Kindern und Jugendlichen hauptsächlich Oligophrenien dokumentiert. Zerebrale Degenerationen, die sich gewöhnlich in der Kindheit manifestieren und Epilepsie sind die häufigsten Einzeldiagnosen in der Hauptgruppe 6, der „Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane“. Diese epidemiologischen Besonderheiten¹³ erfuhren in den Begutachtungs-Richtlinien besondere Berücksichtigung. Abweichend von sonstigen Verfahren wird bei Kindern zur Beurteilung des Hilfebedarfs und der Feststellung auf Pflegebedürftigkeit nur der über den altersentsprechenden Pflegeaufwand hinausgehende Hilfebedarf berücksichtigt.

In Tabelle 14 sind die häufigsten ersten pflegebegründenden Hauptdiagnosen, nach Alter und Geschlecht aufgeteilt, abgebildet.

¹³ Die Begutachtungs-Richtlinien grenzen Kinderbegutachtungen auf die Altersgruppe der bis unter 15-jährigen ein.

Tabelle 14

**1. Pflegebegründende Diagnose (Auswahl)
von Erstbegutachteten in v.H. nach Geschlecht und Altersgruppen**

Erstantragsteller Männer				
ICD 9. Hauptgruppen		in v.H.		
Nr.	Bezeichnung	20-65 Jahre	66-80 Jahre	81 Jahre u.ä.
2	Neubildungen	16,5	15,0	7,1
5	Psychiatrisch	21,7	11,7	12,4
6	Nervensystem, Sinnesorgane	15,1	13,4	11,0
7	Kreislaufsystem	18,1	28,9	28,4
13	Skelett, Muskeln, Bindegewebe	5,8	8,2	11,0
16	Symptome, schlecht bez. Affektionen	2,2	5,1	18,7
Gesamt (100%)		25.996	40.559	36.072

Erstantragsteller Frauen				
ICD 9. Hauptgruppen		in v.H.		
Nr.	Bezeichnung	20-65 Jahre	66-80 Jahre	81 Jahre u.ä.
2	Neubildungen	19,7	9,9	4,0
5	Psychiatrisch	17,1	13,1	13,3
6	Nervensystem, Sinnesorgane	16,8	11,1	8,4
7	Kreislaufsystem	12,5	24,6	26,9
13	Skelett, Muskeln, Bindegewebe	12,5	18,6	17,1
16	Affektionen	1,9	5,6	18,8
Gesamt (100%)		22.653	83.934	124.407

Geschlechtsübergreifend kann festgestellt werden, dass Neubildungen, psychiatrische Erkrankungen und Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane mit höherem Alter prozentual abnehmen, wogegen Krankheiten des Kreislaufsystems, des Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes und Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen mit zunehmendem Alter an Wichtigkeit zulegen. Das Spektrum der dokumentierten Befunde bei Erstantragstellern ist von daher streng altersabhängig. Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede finden sich prioritär in der Hauptgruppe 13, der „Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes“. Frauen weisen hier gegenüber den Männern eine vergleichsweise hohe Prävalenzrate auf.

Bei der Interpretation der in Tabelle 15 abgetragenen dokumentierten Befunde, aufgeteilt nach ambulanter/vollstationärer Leistungsbeantragung, ist die Altersabhängigkeit der dokumentierten Befunde und das durchschnittlich höhere Lebensalter von in Alten- und Pflegeheimen lebenden Personen zu berücksichtigen. Psychiatrische Erkrankungen sind mit 28 v.H. die am häufigsten dokumentierten Erkrankungen von Antragstellern auf vollstationäre Leistungen. Angesichts der mit zunehmendem Alter abnehmenden prozentualen Bedeu-

tung dieser Krankheitsbilder deutet der Befund darauf hin, dass psychiatrische Erkrankungen in der Regel mit einem Pflegeaufwand verbunden sind, der nur noch schwerlich im häuslichen Umfeld bewältigt werden kann. Der Wechsel in ein Alten-/Pflegeheim erscheint aus dieser Perspektive die Möglichkeit zu sein, die dem pflegerischen Bedarf dieser Personengruppe angemessen ist. Erkrankungen des Kreislaufsystems bilden mit 26 v.H. bei Antragstellern auf vollstationäre Leistungen die zweithäufigste Krankheitsgruppe. Diese Gewichtigkeit erklärt sich u.a. durch die Altersabhängigkeit dieser Krankheitsbilder, die verstärkt bei Versicherten um das Rentenalter dokumentiert wird. Ihr hoher Anteil an Erstantragstellern auf ambulante Leistungen (mit einem Viertel stellen diese Krankheiten dort die am häufigsten dokumentierten Diagnosen) zeigt auf der anderen Seite jedoch auch, dass der damit einhergehende Pflegebedarf auch im häuslichen Umfeld organisiert werden kann. Ein den Pflegeprozess durchführendes soziales Umfeld greift hier unterstützend ein.

Tabelle 15

**1. Pflegebegründende Diagnose (Auswahl)
von Erstbegutachteten in v.H. nach beantragter Leistung**

Erstantragsteller Männer			
	ICD 9. Hauptgruppen	Antrag auf Leistungen in v.H.	
Nr.	Bezeichnung	ambulant	vollstationär
7	Kreislaufsystem	24,1	26,2
13	Skelett, Muskeln, Bindegewebe	15,5	7,6
6	Nervensystem, Sinnesorgane	11,5	10,2
5	Psychiatrisch	11,4	27,9
16	Symptome, schlecht bez. Affektionen	11,1	11,5
2	Neubildungen	9,9	5,0
	Gesamt (100%)	286.879	55.839

Grundgesamtheit N4, siehe Kapitel 1.2

Krankheiten des Kreislaufsystems sind mit 25 v.H. die am häufigsten dokumentierten Diagnosen unter den Erstantragstellern. Von besonderer Gewichtung sind hier die Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems (in der Regel Schlaganfall), die mit über 15 v.H. das am meist dokumentierte Krankheitsbild sind. Zusammen mit Erkrankungen des Skeletts/Muskeln/Bindegewebe, psychiatrischen Erkrankungen, Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane und Symptome und schlecht bezeichneten Affektionen decken diese Hauptgruppen 75 v.H. des Krankheitsspektrums der Erstantragsteller ab.

Kinder und Jugendliche bis 19 Jahre weisen ein spezifisches Diagnosespektrum auf. Oligophrenien, sonstige Krankheiten des zentralen Nervensystems und kongenitale Anomalien sind hier die am häufigsten dokumentierten Krankheitsbilder.

In der erwachsenen Bevölkerung ab 20 Jahre ist die Diagnoseverteilung streng altersabhängig. In der Gruppe der 20- bis 25-jährigen stehen Neubildungen, psychiatrische Erkrankungen und Erkrankungen des Nervensystems und der Sinnesorgane auf den ersten Rängen, wogegen bei den hochbetagten Erstantragstellern über 80 Jahre Erkrankungen des Kreislaufsystems und Symptome/schlecht bezeichnete Affektionen im Vordergrund stehen. Der letzte Punkt weist darauf hin, dass in dieser Gruppe Multimorbidität in erheblichem Ausmaß vorliegt, die die Angabe einer spezifischen Diagnose nicht ermöglicht. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich insbesondere bei den Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, die bei Frauen vergleichsweise häufiger dokumentiert werden.

3.3 Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)

Als eine wesentliche Grundlage zur Ableitung von Rehabilitationsmaßnahmen und zur Exploration des individuellen Pflegeplans ist im Pflegegutachten die Beurteilung der Fähigkeiten des Antragstellers in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) vorgesehen. Diese Beurteilung stützt sich prioritär nicht auf ein klinisches Krankheitsbild, die ATL umfassen vielmehr die pflegerischen und rehabilitativen Interventionspotentiale. Die Begutachtungs-Richtlinie nennt die folgenden zwei Aspekte, die bei der Bewertung berücksichtigt werden sollen:

„Wie viel Selbständigkeit besitzt der Antragsteller in Bezug auf die einzelnen Fähigkeiten?“

„Manifestation der Fähigkeitseinschränkungen und deren Auswirkungen auf die psychosoziale Gesamtsituation des Antragstellers.“ (BRi, S 26).

Die inhaltliche Ausrichtung dieser ATL verfolgt zwei Ziele: Neben der rein physischen (teilweisen) Unselbständigkeit, diese Aktivitäten durchführen zu können, wird auch auf die geistig, psychische Tätigkeit abgestellt. Hierbei geht es um die ziel- und zweckgerichtete Fähigkeit, diese Handlungen durchzuführen. Den spezifischen Anforderungen demenziell Erkrankter wird in dieser Hinsicht Rechnung getragen.

Die Beurteilung der Fähigkeiten in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens werden anhand einer Vier-Punkte umfassenden Skala vorgenommen. Die einzelnen Graduierungsstufen sind:

selbständig,

bedingt selbständig,

teilweise unselbständig oder
unselbständig.

In Tabelle 16 ist der Anteil (teilweiser) Unselbständigkeit bei den einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens in v.H. bei Erstantragstellern verzeichnet. Mit Anteilen über 50 v.H. sind die ATL „Sich sauber halten und kleiden können“, „Essen und Trinken können“, „Sich bewegen können“ und „Ausscheiden können“ die am häufigsten dokumentierten Aktivitäten, bei denen (teilweise) Unselbständigkeit festgestellt wird. Hygiene und Ernährung sind damit die wichtigsten Bereiche, bei denen bei den Antragstellern Fähigkeitseinschränkungen vorliegen.

Die ebenfalls in der Tabelle 16 abgebildete altersspezifische Differenzierung belegt, mit Ausnahme der bis 19-Jährigen, eine mit dem Alter nur leicht einhergehende Zunahme (teilweiser) Unselbständigkeit in Bezug auf die ATL. Die Gruppe der Kinder und Jugendlichen besitzen dagegen in vielen Teilen ein eigenständiges Profil. In den Bereichen „Sich situativ anpassen können“, „Essen und Trinken können“, „Ausscheiden können“, „Sich beschäftigen können“, „Kommunizieren können“ und „Ruhens und Schlafen können“ ähneln sie hinsichtlich der (teilweisen) Unselbständigkeit den Hochbetagten Erstbegutachteten über 80 Jahren.

Tabelle 16

Anteil der Erstantragsteller mit (teilweiser) Unselbständigkeit bei den einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Altersgruppen in v.H.

ATL	Erstantragsteller	bis 19 Jahre	20-65 Jahre	66-80 Jahre	81 Jahre und älter
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Vitale Funktionen aufrechterhalten	46,5	30,1	39,0	45,5	50,6
Sich situativ anpassen können	40,3	44,4	35,9	37,6	43,5
Für Sicherheit sorgen können	40,6	47,7	35,4	37,5	44,3
Sich bewegen können	51,8	36,2	49,5	51,9	53,4
Sich sauberhalten und kleiden können	86,2	65,0	81,5	86,2	88,8
Essen und Trinken können	54,8	58,1	48,8	51,9	58,7
Ausscheiden können	50,0	51,0	43,5	48,0	53,6
Sich beschäftigen können	33,4	37,9	28,5	30,9	36,8
Kommunizieren können	18,8	33,7	15,7	16,3	21,0
Ruhen und Schlafen können	18,6	23,6	18,2	18,3	18,7
Soziale Bereiche des Lebens sichern können	49,7	40,0	45,2	47,1	53,7
Gesamt	407.538	10.861	58.634	149.305	188.738

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Bei Kindern und Jugendlichen bis 19 Jahren ergeben sich in über 50 v.H. der Fälle Fähigkeitseinschränkungen beim „Sich sauberhalten und kleiden können“ und „Essen und Trinken können“. Erstantragsteller im erwerbsfähigen Alter zwischen 20 und 65 Jahren zeigen lediglich bei der ATL „Sich sauberhalten und kleiden können“ zu über 50 v.H. (teilweise) Unselbständigkeit. Bei alten Erstantragstellern zwischen 66 und 80 Jahren bestehen neben den ATL „Sich sauberhalten und kleiden können“ und „Essen und Trinken können“ auch im ATL „Sich bewegen können“ erhebliche Fähigkeitseinschränkungen. Bei hochbetagten Versicherten über 80 Jahren addieren sich dazu noch die ATL „Vitale Funktionen aufrechterhalten“, „Ausscheiden können“ und „Soziale Bereiche des Lebens sichern können“.

Tabelle 17

**Durchschnittliche Anzahl von ATL mit
(teilweiser) Unselbständigkeit bei
Erstantragstellern
- ATL-Summenscore -**

	Durchschnitt	Gesamt (100%)
Alter in Jahren		
bis 19	4,7	10.861
20-65	4,4	58.634
66-80	4,7	149.305
81 und älter	5,2	188.738
Demographische Gruppen		
bis 19 Jahre	4,7	10.861
Männer 20-65	4,6	31.043
Frauen 20-65	4,2	27.591
Männer 66-80	5,3	48.747
Frauen 66-80	4,4	100.558
Männer 81 Jahre u.ä.	5,6	42.288
Frauen 81 Jahre u.ä.	5,1	146.450
Pflegerelevante Wohnform		
alleinlebend	3,8	140.697
zusammenlebend	5,2	198.850
vollstationär	6,5	67.991
Gesamt	4,9	407.538

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Der ATL-Summenscore, der die durchschnittliche Anzahl von ATL angibt, bei denen die Ausprägungen (teilweise) unselbständig dokumentiert wurde, verdeutlicht, wie in Tabelle 17 abgetragen, den Befund einer leichten Altersabhängigkeit. Mit durchschnittlich 5,2 ATL mit (teilweiser) Unselbständigkeit treten Funktionseinschränkungen bei den hochbetagten Antragstellern über 80 Jahren am häufigsten auf. Der nach demografischen Gruppen differenzierte ATL-Summenscore belegt zudem, dass männliche Antragsteller im Durchschnitt mehr Fähigkeitseinschränkungen als Frauen in der gleichen Altersgruppe aufweisen. Dieser Befund deckt sich mit dem Ergebnis des nach pflegerelevanter Wohnform differenzierten ATL-Summscores. Alleinlebende Antragsteller (in der Mehrheit Frauen) weisen danach im Mittel eine unter dem Durchschnitt liegende Anzahl von Fähigkeitsstörungen auf. Bei Zusammenlebenden und in vollstationären Einrichtungen der Alten-/Pflegehilfe lebenden Versicherten sind diese Einschränkungen im höheren Ausmaß ausgeprägt und dokumentiert. Dieses Ergebnis, dass sich die Anzahl von Funktionseinschränkungen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens erheblich nach pflegerelevanter Wohnform unterscheidet, verweist auf eine soziale Dimension bei der Beantragung auf Leistungen nach dem SGB XI.

Antragsteller, die mit ihrer Pflegeperson in Wohngemeinschaft leben, besitzen eine weitaus höhere Ausprägung von (teilweiser) Unselbständigkeit als alleinlebende Versicherte. Im Grad dieser (teilweisen) Unselbständigkeit ähneln sie den Antragstellern aus Alten-/Pflegeheimen. Auch bei schweren Fähigkeitseinschränkungen zeigt sich damit das soziale (familiäre) Umfeld als der Bezugsrahmen, der das Pflegearrangement im häuslichen Umfeld ermöglicht. Ein Wechsel ins Pflegeheim wird unter diesen Bedingungen nur dann virulent, wenn entweder die Pflegeperson nicht mehr zur Verfügung steht, oder die Fähigkeitseinschränkungen in physischer wie psychischer Hinsicht einen Umfang annehmen, der professionelle Hilfe in einem Alten-/ Pflegeheim notwendigerweise erfordert. Bei alleinlebenden Versicherten ist diese Schwelle vorge setzt. Das fehlende soziale Umfeld, das aktiv in den Pflegeprozess eingreift, lässt schon bei einem geringeren Ausmaß von Fähigkeitseinschränkungen den Wechsel in vollstationäre Betreuung notwendig erscheinen. Es ist freilich anzunehmen, dass dieser Wechsel nicht in direkter Abfolge vollzogen wird, sondern in vielen Fällen über den Zwischenschritt der häuslichen Pflege – gegebenenfalls unter Einbezug professioneller Hilfe – bei den nächsten Verwandten, üblicherweise bei der Tochter, erfolgt. Die Gruppe der alleinlebenden Antragsteller auf ambulante Leistungen hat sich insofern durch einen Selektionsprozess herauskristallisiert. Beim MDK werden in vielen Fällen nur solche alleinlebende Antragsteller auf ambulante Leistungen begutachtet, deren (teilweise) Unselbständigkeit noch nicht das Ausmaß erreicht hat, das einen Wechsel in vollstationäre Betreuung, bzw. den Umzug zu den nächsten Verwandten, nahelegt. Die herausragende Rolle der Familie als dem wichtigsten Reservoir von Pflegepersonen und die von der Pflegeversicherung vorgesehenen Geldleistungen als unterstützendes Moment dieser Pflegeorganisation treten damit deutlich hervor.

Mit Anteilen von über 50 v.H. sind die ATL „sich sauberhalten und kleiden können“, „essen und trinken können“, „sich bewegen können“ und „ausscheiden können“, die am häufigsten dokumentierten Aktivitäten, bei denen Fähigkeitseinschränkungen bei den Antragstellern dokumentiert werden. Der nach pflegerelevanter Wohnform differenzierte ATL-Summenscore, der die durchschnittliche Anzahl von (teilweiser) Unselbständigkeit bei den ATL zusammenfasst, verweist auf die Gewichtigkeit eines sozialen (familiären) Umfeldes unter dem gesetzgeberischen Primat der häuslichen Pflege. Alleinlebende Versicherte wechseln schon bei einem vergleichsweise geringem Ausmaß an Fähigkeitseinschränkungen in die vollstationäre Pflege, wahrscheinlich über den Zwischenschritt der häuslichen Pflege mit Sachleistungen bei den nächsten Verwandten, über. Bei mit ihrer Pflegeperson zusammenlebenden Versicherten ist dieser Schwellenwert deutlich nach vorne verschoben. Die Familie ist damit ein Garant für den Verbleib im häuslichen Umfeld.

3.4 Grundpflegerischer Hilfebedarf

Bei der Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und ggf. der Empfehlung einer Pflegestufe sind die in § 14 Abs. 4 SGB XI fixierten Verrichtungen des täglichen Lebens zu berücksichtigen. Diese Verrichtungen sind in vier Bereiche unterteilt:

Körperpflege,

Ernährung,

Mobilität

hauswirtschaftliche Versorgung.

Für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen liegen dabei die folgenden Voraussetzungsebenen zugrunde:

1. Die Art und die Häufigkeit der Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI, bei denen ein Hilfebedarf besteht,
2. die Zuordnung dieser Verrichtungen im Tagesablauf gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 1 bis Nr. 3 SGB XI sowie
3. der Zeitaufwand gemäß § 15 Abs. 3 SGB XI, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung (mindestens) benötigt.

Die Voraussetzungen dieser drei Bereiche müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, vorliegen.

Die Pflegestatistik-Richtlinie sieht u.a. die Erfassung von Daten zur Art der Verrichtungen des täglichen Lebens mit Hilfebedarf aus dem grundpflegerischen Bereich (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) vor. In der Pflegestatistik wird nur die Angabe erfasst, ob ein entsprechender täglicher Hilfebedarf vorliegt, ohne Angabe, wie häufig dieser tägliche Hilfebedarf anfällt. Damit sind die für die Empfehlung der verschiedenen Stufen der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI wichtigen Angaben zur Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf im Tagesablauf nicht Gegenstand der Analyse.

In Tabelle 18 sind die Verrichtungen mit Hilfebedarf in v.H. der Erstantragsteller abgetra-

gen. In über 50 v.H. besitzen die Erstantragsteller Hilfebedarf in den Verrichtungen der Körperpflege. Aus dem Bereich der Ernährung ist es die Verrichtung „mundgerechte Zubereitung (der Nahrung)“ und „An-/Auskleiden“ im Bereich der Mobilität. Wie schon bei den ATL erweist sich die Körperpflege als der Bereich, bei dem in den meisten Fällen pflegerelevanter Hilfebedarf gutachterlicherseits festgestellt wird.

Tabelle 18

Verrichtungen mit Hilfebedarf in v.H. der Erstantragsteller

Täglicher Hilfebedarf	Erstantragsteller	bis 19 Jahre	20-65 Jahre	66-80 Jahre	81 Jahre und älter
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Körperpflege:					
Waschen	79,4	78,4	72,0	78,3	82,8
Duschen/Baden	69,0	75,3	68,1	69,5	68,6
Zahnpflege	50,4	67,0	44,8	46,5	54,3
Kämmen/Rasieren	58,2	60,4	49,4	54,4	63,9
Darm-/Blasenentleerung	56,2	69,5	47,9	53,8	60,0
Ernährung:					
Mundgerechte Zubereitung	60,0	66,8	51,7	57,0	64,7
Aufnahme der Nahrung	22,0	57,7	19,3	19,5	22,7
Mobilität:					
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	48,9	61,1	46,0	47,5	50,0
An-/Auskleiden	83,5	81,9	79,1	82,9	85,4
Gehen	31,3	27,0	27,6	30,3	33,4
Stehen	33,4	24,9	32,4	34,0	33,8
Treppensteigen	11,7	16,6	12,7	11,8	10,9
Verlassen/ Wiederaufsuchen der Wohnung/ Einrichtung	24,0	61,6	32,1	25,2	18,4
Gesamt (100%)	407.538	10.861	58.634	149.305	188.738

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Ebenso vergleichbar mit den ATL lässt sich auch im Bereich der Verrichtungen mit Hilfebedarf nur ein geringer Alterseffekt nachweisen (s. Tabelle 19). Bei einer über alle Erstantragsteller durchschnittlichen Anzahl von 6,2 Verrichtungen mit täglichem Hilfebedarf, besitzen Kinder und Jugendliche bis 19 Jahren mit 7,5 die höchste Ausprägung. Dieser Wert sinkt bei den 20- bis 25-jährigen auf 5,8, um dann nur noch um 0,7 Punkte auf 6,5 bei den alten und hochbetagten Versicherten über 80 Jahre zu steigen. Männer liegen bei der durchschnittlichen Anzahl von Verrichtungen mit Hilfebedarf über der der Frauen in der gleichen Altersgruppe. Hinter diesem Befund verbirgt sich die pflegerelevante Wohnform. Alleinlebende Antragsteller (vorwiegend Frauen in den höheren Altersgruppen) besitzen durchschnittlich bei 5,1 Verrichtungen in der Grundpflege Hilfebedarf, bei den mit ihrer Pflegeperson zusammenlebenden und in vollstationären Einrichtungen lebenden Erstan-

tragstellern steigt diese durchschnittliche Anzahl auf 6,8 bzw. auf 7,4.

Tabelle 19

**Durchschnittliche Anzahl von
Verrichtungen mit Hilfebedarf in
v.H. der Erstantragsteller**

	Durchschnitt	Gesamt (100%)
Alter in Jahren		
bis 19	7,5	10.861
20-65	5,8	58.634
66-80	6,1	149.305
81 und älter	6,5	188.738
Demographische Gruppen		
bis 19 Jahre	7,5	10.861
Männer 20-65 Jahre	6,0	31.043
Frauen 20-65 Jahre	5,6	27.591
Männer 66-80 Jahre	6,8	48.747
Frauen 66-80 Jahre	5,8	100.558
Männer 81 Jahre u.ä.	6,8	42.288
Frauen 81 Jahre u.ä.	6,4	146.450
Pflegerelevante Wohnform		
alleinlebend	5,1	140.697
zusammenlebend	6,8	198.850
vollstationär	7,4	67.991
Gesamt	6,2	407.538

Maximalwert	13
--------------------	-----------

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Der Interpretation des grundpflegerischen Hilfebedarfs unter ausschließlicher Bezugnahme auf die Art der Verrichtungen sind wegen der eingangs erwähnten methodischen Einschränkungen Grenzen gesetzt. Obwohl sich Parallelen mit den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ zeigen, ist davon auszugehen, dass im höherem Alter die Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf in der Grundpflege im Tagesablauf zunimmt. Die Analyse kann sich deshalb nur auf die Verrichtungen beziehen, bei denen mindestens ein Mal täglich Hilfebedarf besteht.

Mit Anteilen von über 50 v.H. besteht bei den Verrichtungen in der Körperpflege, bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung und beim An-/Auskleiden der meiste grundpflegerische tägliche Hilfebedarf bei den Erstantragstellern. Eine mit dem Alter einhergehende Zunahme der Anzahl von Verrichtungen mit Hilfebedarf lässt sich nur in geringem Ausmaß feststellen. Die Interpretationsmöglichkeiten

zum täglichen Hilfebedarf in der Grundpflege sind allerdings begrenzt, da über die Häufigkeit der Hilfe im Tagesablauf keine Daten vorgehalten werden.

3.5 Feststellung von Pflegebedürftigkeit

Für die gutachterliche Empfehlung „erheblich pflegebedürftig“ und die Zuordnung zu den drei Pflegestufen sind unter Einbeziehung der in Kapitel 3.4 genannten Voraussetzungen folgende Kriterien maßgebend:

Pflegebedürftige der Pflegestufe I bedürfen für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen der Grundpflege mindestens einmal täglich Hilfe.

Pflegebedürftige der Pflegestufe II bedürfen für wenigstens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten Hilfe in der Grundpflege.

Pflegebedürftige der Pflegestufe III bedürfen in der Grundpflege täglich rund um die Uhr Hilfe, auch nachts.

Zusätzlich ist bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit mehrfach in der Woche Hilfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung notwendig.

Neben diese Kriterien, die die Art und Häufigkeit des Hilfebedarfs einschließen, ist zusätzlich der Zeitaufwand zu berücksichtigen, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt (BRi, S.56). Dafür hat sich der Begriff der Laienpflege eingebürgert. Dieser zeitliche Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege muss wöchentlich im Tagesschnitt bei Pflegestufe I mehr als 45 Minuten, in der Pflegestufe II mindestens 120 Minuten und in Pflegestufe III mindestens 240 Minuten betragen. In Pflegestufe III ist zusätzlich der Hilfebedarf rund um die Uhr mit zu berücksichtigen.

In Tabelle 20 ist die durchschnittliche Anzahl der Verrichtungen mit Hilfebedarf und der durchschnittliche Zeitbedarf im grundpflegerischen Bereich in den empfohlenen Pflegestufen abgebildet. Die Anzahl von Verrichtungen bezieht sich dabei ausschließlich auf die Angabe der Verrichtungen mit Hilfebedarf, die mindestens 1 Mal täglich anfallen. Die methodischen Einschränkungen in der Interpretation zu diesem Bereich, wie in Kapitel 3.4 beschrieben, sind deshalb zu berücksichtigen.

Tabelle 20

Durchschnittliche Anzahl von Verrichtungen mit Hilfebedarf und durchschnittlicher Zeitbedarf in der Grundpflege nach gutachterlicher Empfehlung

Erstbegutachtungen gesamt			
	Durchsch. Anzahl von Verrichtungen mit Hilfebedarf	Durchsch. Zeitbedarf in der Grundpflege in Minuten	Gesamt (100%)
nicht pflegebedürftig	2,9	20,7	133.302
Pflegestufe I	7,1	68,7	179.569
Pflegestufe II	9,4	152,5	79.561
Pflegestufe III	9,5	263,7	15.106
Gesamt	6,3	65,8	407.538

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Bei Antragstellern mit Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ wird im Schnitt bei 2,9 Verrichtungen der Grundpflege ein täglicher Hilfebedarf gutachterlicherseits festgestellt. Der für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zur Pflegestufe I erforderliche Zeitaufwand von mehr als 45 Minuten wird allerdings nicht erreicht. Bei Antragstellern mit Empfehlung „Pflegestufe I“ nimmt der tägliche Hilfebedarf in der Grundpflege auf 7 Verrichtungen zu, wobei hier ebenfalls der notwendige Zeitaufwand nicht ausreichend für die Empfehlung einer höheren Pflegestufe vorliegt. In Pflegestufe II und III steigt die durchschnittliche Anzahl von Verrichtungen mit täglichem Hilfebedarf in der Grundpflege nochmals auf 9,4 bzw. 9,5, wobei bei Schwerstpflegebedürftigen der Stufe III das Prinzip der „Rund-um-die-Uhr“-Pflege, auch nachts, neben dem durchschnittlichen Zeitbedarf zu berücksichtigen ist.

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass der für die Grundpflege notwendige Zeitaufwand ein wichtiger Faktor für die gutachterliche Empfehlung zur Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen ist. Dies entspricht den Vorgaben der Begutachtungs-Richtlinien, nach denen neben Art und Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf und der Zuordnung dieser Verrichtungen im Tagesablauf der dazu benötigte Zeitaufwand in vielen Fällen das letztgültige Kriterium bei der Feststellung auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI und der Zuordnung zu einer Pflegestufe ist. (BRi, S. 47).

Die auf Grundlage dieser gesetzlichen Vorschriften getroffenen Begutachtungsempfehlungen unterscheiden sich innerhalb verschiedener Gruppen der Erstantragsteller. Tabelle 21 zeigt, dass die Ablehnungsquote, d.h. die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ mit

zunehmendem Alter erheblich abnimmt. Bei fast der Hälfte der Begutachteten im Kindes- und Jugendalter wird diese Empfehlung dokumentiert, wogegen sie bei alten und hochbetagten Versicherten nur in ein Viertel der Fälle empfohlen wird.

Dieses Ergebnis steht in scheinbarem Widerspruch zu der durchschnittlichen Anzahl von Verrichtungen mit Hilfebedarf in der Grundpflege, die eine nur leichte mit dem Alter zunehmende Häufigkeit aufweist (vgl. Tabelle 19). Dafür ist das Fehlen von Daten zur Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf im Tagesablauf verantwortlich. Obwohl das Profil der Verrichtungen mit Hilfebedarf zwischen den Altersgruppen vergleichbare Ausprägungen besitzt, steigt deren Häufigkeit im Tagesablauf und der damit zusammenhängende pflegerische Zeitaufwand mit höherem Alter an. Das Risiko, im Sinne des SGB XI pflegebedürftig zu werden, nimmt deshalb auf Grundlage ähnlichen Hilfebedarfs mit zunehmendem Alter zu. Bei Kinderbegutachtungen, die in der Altersgruppe der bis 19-jährigen enthalten sind, ist nach den Begutachtungs-Richtlinien vom Gesamtpflegeaufwand der altersspezifische Zeitaufwand für gesunde und altersgerecht entwickelte Kinder abzuziehen (BRi, S. 43). Dies erklärt für diese Versichertengruppe die Diskrepanz zwischen hoher durchschnittlicher Anzahl der Verrichtungen mit täglichem Hilfebedarf und dem dazu erforderlichen pflegerischen Zeitaufwand.

Tabelle 21

Begutachtungsempfehlungen von Erstantragstellern

	Erstantragsteller	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
Alter in Jahren					
bis 19	10.861	49,7	37,9	10,3	2,2
20-65	58.634	40,9	36,9	16,9	5,2
66-80	149.305	34,4	42,5	19,2	3,9
81 und älter	188.738	27,8	47,8	21,1	3,2
Demographische Gruppen					
bis 19 Jahre	10.861	49,7	37,9	10,3	2,2
Männer 20-65 Jahre	31.043	38,6	37,5	18,0	5,8
Frauen 20-65 Jahre	27.591	43,4	36,3	15,7	4,6
Männer 66-80 Jahre	48.747	25,7	43,9	24,9	5,5
Frauen 66-80 Jahre	100.558	38,7	41,9	16,4	3,1
Männer 81 Jahre u.ä.	42.288	23,4	47,6	25,1	4,0
Frauen 81 Jahre u.ä.	146.450	29,1	47,9	20,0	3,0
Pflegerelevante Wohnform					
alleinlebend	140.697	44,2	45,3	9,6	0,8
zusammenlebend	198.850	28,7	44,9	22,1	4,2
vollstationär	67.991	20,6	38,9	32,4	8,2
Gesamt	407.538	32,7	44,1	19,5	3,7

Grundgesamtheit N3, siehe Kapitel 1.2

Die Progredienz von Pflegebedürftigkeit im Alter zeigt sich auch bei der entsprechenden Verteilung der Pflegestufen I und II, die im höheren Alter an prozentualer Häufigkeit zu nehmen.

Die Empfehlung „Pflegestufe III“ ist mit 5,2 v.H. unter den Antragstellern im erwerbsfähigen Alter überdurchschnittlich stark ausgeprägt. Eine nähere Analyse zeigt, dass es sich dabei in 50 v.H. der Fälle um Versicherte mit Neubildungen handelt, die eine besonders zeitaufwendige Pflege benötigen.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den demografischen Gruppen, nach denen bei Frauen häufiger die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ dokumentiert wird, spiegelt, wie schon bei der Diskussion der ATL und des grundpflegerischen Hilfebedarfs, den Einfluss der pflegerelevanten Wohnform wieder. Bei Alleinlebenden (in der Mehrheit Frauen) wird in fast 50 v.H. der Fälle keine Pflegebedürftigkeit empfohlen. Bei zusam-

menlebenden und in vollstationären Einrichtungen der Alten- und Pflegehilfe Lebenden liegt die Ablehnungsquote demgegenüber mit 29 v.H. bzw. 21 v.H. um die Hälfte niedriger. Dies bestätigt den in den vorgehenden Kapiteln besprochenen Sachverhalt, dass alleinlebende Versicherte schon bei vergleichsweise geringerem Umfang an pflegerischer Versorgung in häusliche Pflege bei Verwandten oder in vollstationäre Betreuung wechseln. Bei denjenigen, die als Alleinlebende häusliche Pflege beantragen, ist zu vermuten, dass oftmals schon hauswirtschaftlicher Hilfebedarf für die Antragstellung ausschlaggebend gewesen sein wird, wobei der für die Empfehlung „erheblich pflegebedürftig“ notwendige Umfang an grundpflegerischer Hilfe (noch) nicht ausreicht.

Die bei der Verteilung der Häufigkeiten von durchschnittlicher Anzahl ATL mit (teilweiser) Unselbständigkeit und Verrichtungen mit Hilfebedarf in der Grundpflege festgestellte Ähnlichkeit von zusammenlebenden Antragstellern in der häuslichen Pflege und solchen mit Antrag auf vollstationäre Leistungen, lässt sich nicht in vollem Umfang auf die Begutachtungsempfehlungen übertragen. Antragsteller auf vollstationäre Leistungen weisen eine deutlich geringere Ablehnungsquote und einen deutlich höheren Anteil in den Pflegestufen II und III auf. Dafür sind zwei Faktoren maßgebend. Zum einen sind Antragsteller auf vollstationäre Leistungen im Schnitt älter als Zusammenlebende mit beantragter häuslicher Leistung, was sich gemäß der Progredienz des zeitlichen Umfangs der Pflege im höherem Alter auswirkt. Zum zweiten, und damit zusammenhängend, hat sich der vollstationäre Bereich gegenüber dem häuslichen als substitutives Pflegearrangement erwiesen, das bei Verlust der Pflegeperson und/oder bei einem hohen Umfang der notwendigen pflegerischen Versorgung und den damit entstehenden psychischen und physischen Schwierigkeiten der Pflegeperson, den Pflegenden aufnimmt. Antragsteller auf vollstationäre Pflege sind demnach entweder ehemals alleinlebende Versicherte mit vergleichsweise geringem, aber nicht mehr allein zu organisierendem, Pflegeaufwand oder ehemals in der häuslichen Pflege betreute Antragsteller, bei denen der hohe pflegerische Aufwand nicht mehr im häuslichen Umfeld bewältigt werden kann.

Der für den Bereich der Grundpflege erforderliche Zeitbedarf gibt in vielen Fällen den letztendlichen Ausschlag für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit und die Empfehlung einer der drei Pflegestufen. Dieser für die einzelnen Verrichtungen mit Hilfebedarf benötigte pflegerische Zeitaufwand nimmt dabei mit steigendem Alter zu. Das Ausmaß und die Schwere von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI verläuft progredient zum Alter. Dies führt dazu, dass bei Erstantragstellern in den höheren Altersgruppen vergleichsweise weniger die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ und vermehrt die Pflegestufen II und III empfohlen werden.

Bei Erstantragstellern auf vollstationäre Pflege handelt es sich entweder um ehemals alleinlebende Versicherte, deren vergleichsweise geringer pflegerischer Aufwand nicht mehr im häuslichen Umfeld selbst organisiert werden konnte oder um ehemals mit ihrer Pflegeperson zusammenlebende Versicherte, bei denen der Umfang des notwendigen Pflegearrangements die physischen und psychischen Kapazitäten der Pflegeperson überschritt. Der vollstationäre Bereich substituiert von daher Defizite der pflegerischen Versorgung in der häuslichen Pflege.

3.6 Fazit

Die Ausführungen haben gezeigt, dass bei Antragstellern auf Leistungen aus der Pflegeversicherung ein geringes Spektrum von Krankheitsgruppen vorliegt. In 25 v.H. der Fälle werden Krankheiten des Kreislaufsystems dokumentiert. Von besonderer Bedeutung sind hier die Erkrankungen des zerebrovaskulären Systems, in aller Regel der sog. Schlaganfall. Erkrankungen der Skeletts/der Muskeln/des Bindegewebes, psychiatrische Erkrankungen und solche des Nervensystems/der Sinnesorgane folgen in der Häufigkeit mit Anteilen von jeweils über 10 v.H.. Bei alten und hochbetagten Antragstellern liegt in vielen Fällen Multimorbidität vor, die die Angabe einer spezifischen Diagnose nicht zulässt, weswegen hier die ICD 9.-Hauptgruppe „Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen“ überdurchschnittlich häufig vorkommt. Diesen Krankheitsbildern liegen Funktionseinschränkungen zu Grunde, wie sie sich in der (teilweisen) Unselbständigkeit in Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) zeigen. Ein besonderes Gewicht erhalten hier die Bereiche der Körperpflege/Hygiene und der Ernährung, bei denen bei über der Hälfte der begutachteten Erstantragsteller (teilweise) Unselbständigkeit dokumentiert wurde. Dieses Ergebnis lässt sich auf den Komplex der Art der Verrichtungen mit Hilfebedarf in der Grundpflege übertragen, der ein vergleichbares Profil zeigt. Interessanterweise sind die aus den Items der ATL und der Verrichtungen mit Hilfebedarf errechneten Summenscores nur in geringem Umfang altersabhängig. Die mit dem Alter einhergehende geringere Quote der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ und zunehmende Anteile der Pflegestufen I und II lassen sich nur durch den höheren Zeitbedarf erklären, der bei den einzelnen Verrichtungen in der grundpflegerischen Versorgung notwendig ist. Neben dem Zeitbedarf ist die zunehmende Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf im Tagesablauf bei älteren Menschen zu berücksichtigen, über die allerdings kein Datenmaterial vorliegt. Der mit der Häufigkeit der Verrichtungen mit Hilfebedarf im Tagesablauf verbundene Zeitaufwand ist deshalb mit dem Alter des Versicherten progredient. Rehabilitative Maßnahmen und aktivierende Pflege könnten hier der typischen Pflegebiografie, die sich in vielen Fällen in einer Zunahme des pflegerischen Aufwandes äußert, entgegenwirken.

Die Analyse der Summenscores von ATL und Verrichtungen mit Hilfebedarf im grundpflegerischen Bereich hat drei Gruppen von Erstantragstellern herauskristallisiert, die sich hinsichtlich ihres pflegerischen Umfangs unterscheiden. Alleinlebende Versicherte mit beantragter häuslicher Leistung haben ein vergleichbar geringes Ausmaß an Funktionseinschränkungen und vergleichsweise wenige Verrichtungen mit Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege. Dementsprechend ist die Ablehnungsquote Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ in dieser Gruppe besonders häufig dokumentiert. Dies lässt auf der anderen Seite den Schluss zu, dass alleinlebende Versicherte schon bei leicht erhöhtem Hilfebedarf in der Grundpflege in vollstationäre Betreuung wechseln, da der damit verbundene Aufwand nicht mehr in eigener Regie erbracht werden kann. Vollstationäre Pflege erfüllt in diesem Fall die Funktion einer substitutiven Pflegeform aufgrund pflegerischer Defizite. Tagespflegeeinrichtungen könnten diesen Wanderungsprozess zeitlich verzögern. Bei mit ihrer Pflegeperson zusammenlebenden Versicherten mit Antrag auf häusliche Pflege sind sowohl Anzahl der Funktionseinschränkungen wie Anzahl der Verrichtungen mit Hilfebedarf höher ausgeprägt. In dieser Hinsicht ähneln sie den Antragstellern auf vollstationäre Leistungen. Ein soziales Umfeld ist damit Garant für ein längeres Verbleiben in der gewohnten Umgebung. Ein Wechsel in vollstationäre Betreuung wird hier erst dann vorgenommen, wenn der Pflegeaufwand an Umfang und Ausmaß die Kapazitäten und Möglichkeiten der Pflegepersonen überschritten hat. Auch hier könnten Tagespflegeeinrichtungen, die entlastend für die Pflegeperson sind, den Übergang in vollstationäre Betreuung zeitlich hinausschieben.

4 Die Berücksichtigung von „demenziell Erkrankten“ in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit

Das Pflegeversicherungsgesetz hat zum Ziel, pflegebedürftigen Menschen das Verbleiben in der eigenen häuslichen Umgebung trotz Erkrankung oder Behinderung zu ermöglichen. Hierfür sollen v. a. die Pflege- und Betreuungsbereitschaft der Angehörigen, Nachbarn u. a. Laienpersonen unterstützt und gefördert werden. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff des Gesetzes ist an die in § 14 SGB XI abschließend aufgezählten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens geknüpft. Ausschließlich diese, den Hilfebedarf eines Pflegebedürftigen im Sinne des Gesetzes charakterisierenden Verrichtungen, sind im Rahmen des Pflegeversicherungsgesetzes zu werten und dienen zur Ermittlung der Pflegestufen.

Bei den Anhörungen zum Gesetz sowie später bei der Umsetzung wurde von Fachgesellschaften wie auch von Betroffenen immer wieder moniert, dass ein wesentlicher Bereich im Hilfebedarfsspektrum des SGB XI und somit ein Teil der Hilfebedürftigen nicht ausreichend berücksichtigt sei. Es handelt sich hierbei um Menschen mit Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen, deren Betreuung hohen physischen und vor allem psychischen Einsatz der Pflegepersonen erfordert. Betroffene Pflegebedürftige und deren Angehörige empfinden ihren Hilfebedarf als im Pflegeversicherungsgesetz nicht angemessen berücksichtigt und beklagen deshalb eine Ungleichbehandlung gegenüber somatisch Kranken.

Diese Pflegebedürftigen werden in der öffentlichen Diskussion vereinfachend als „Demente“ bezeichnet und so auf nur einen Symptomenkomplex reduziert. Zwar bilden die aufgrund einer demenziellen Erkrankung hilfebedürftig gewordenen Menschen den größten Teil dieser Betroffenenengruppe, jedoch kommen weitere Menschen hinzu, die v. a. wegen ihrer Gedächtnis- und Wahrnehmungsstörungen (mnestiche und kognitive Störungen) in ihrer Alltagskompetenz beeinträchtigt sind. Diese Störungen betreffen sowohl die Durchführung der sog. Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 SGB XI, als auch das Potential zur allgemeinen Lebensführung. Die Schwere des hierdurch entstehenden Hilfebedarfs bei den (berücksichtigungsfähigen) Verrichtungen des täglichen Lebens steht hierbei vielfach in einem Missverhältnis zum nicht berücksichtigungsfähigen Hilfebedarf bezogen auf die Alltagskompetenz. Die Verrichtungen des täglichen Lebens nach § 14 SGB XI sind zu einem erheblichen Teil antrainierte bzw. konditionierte Handlungen, die häufig erst im späteren Krankheitsverlauf verlustig gehen. Hirnleistungs- und/oder Verhaltensstörungen wie Desorientierung oder Umtriebigkeit treten dagegen bereits in frühen Krankheitsstadien auf, beein-

trächtigen u. a. den Lebensalltag und belasten Betroffene wie Betreuende erheblich. Deshalb ist die korrekte Bezeichnung dieser Hilfebedürftigen „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“.

In der Koalitionsvereinbarung der Bundesregierung wird u. a. die Absicht erklärt, zu prüfen, wie diese Hilfebedürftigen in der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI angemessener als bislang im Rahmen der Begutachtungs-Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen und im Rahmen der Verrichtungen des täglichen Lebens nach SGB XI berücksichtigt werden können.

Als „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ wurden für unsere Berechnungen solche Antragsteller herangezogen, bei denen der Gutachter in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) „Sich situativ anpassen können“ und „Für Sicherheit sorgen können“ oder „Kommunizieren können“ die Schwere der Fähigkeitsstörung als „(teilweise) unselbstständig“ dokumentiert hat. Diese Kombination von Normabweichungen in den ATL sind nach Ansicht anerkannter geronto-psychiatrischer und psychologischer Experten für „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ ein zuverlässiges Selektionskriterium. Die von uns gewählten Auswahlkriterien sind keine rein medizinischen Aussagen und greifen nicht auf die pflegebegründenden Diagnosen im Sinne eines ICD-Schlüssels zurück, sondern grenzen den Personenkreis an Hand des pflegerischen Hilfebedarfs im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes ein. Die Notwendigkeit personeller Hilfe als Ausdruck des Pflegebedarfs nach SGB XI dokumentiert der Gutachter in den genannten ATL als „teilweise unselbstständig“ und „unselbstständig“.

In Tabelle 1 sind die zur Definition von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz herangezogen 3 Items der Aktivitäten des täglichen Lebens „Sich situativ anpassen können“ (ATL 1), „Für Sicherheit sorgen können“ (ATL 2) und „Kommunizieren können“ (ATL 3) mit der Graduierung „(teilweise) unselbstständig“ einzeln (Zeilennummern 1-3), in der additiven Und-Verknüpfung (Zeilennummer 4), in der optionalen Oder-Verknüpfung (Zeilennummer 5) und mit der als Kriterium für die eingeschränkte Alltagskompetenz gewählten Kombination (ATL 1 + 2 oder ATL 3, Zeilennummer 6) in v.H. der Erstantragsteller abgebildet.

Tabelle 1

Operationalisierung von "Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz" anhand 3 Items der Aktivitäten des täglichen Lebens mit (teilweiser) Unselbstständigkeit und ihr Anteil in v.H. an Erstantragstellern

Zeilen-nummerierung	Aktivitäten des täglichen Lebens	Erstbegutachtungen gesamt in v.H.	beantragte Leistungsart	
			ambulant in v.H.	stationär in v.H.
1	ATL 1	41,6	37,5	61,3
2	ATL 2	42,2	38,6	59,8
3	ATL 3	19,4	16,9	31,2
4	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	14,3	11,8	26,4
5	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	54,1	50,4	72,1
6	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3	36,7	32,9	55,3
Gesamt (100 %)		672.207	556.917	115.290

+ und
/ oder

- ATL 1 = "Sich situativ anpassen können"
- ATL 2 = "Für Sicherheit sorgen können"
- ATL 3 = "Kommunizieren können"

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

In der ATL „Sich situativ anpassen können“ waren 41,6 v.H. der Erstbegutachteten so eingeschränkt, dass sie zur Durchführung eine Hilfsperson alternierend oder ständig benötigten (Zeilennummer 1). Im stationären Bereich liegt der entsprechende Anteil dieses Versichertenkreises mit 61,3 v.H. erheblich über dem des ambulanten Sektors mit 37,5 v.H..

Nicht ohne Hilfsperson „Für Sicherheit sorgen können“ 42,2 v.H. der Erstbegutachteten (Zeilennummer 2). Im ambulanten Bereich sind dies 38,6 v.H. der Erstbegutachteten, im stationären Bereich 59,8 v.H..

„Kommunizieren können“ ist für insgesamt 19,4 v.H. (ambulant 16,9 v.H., stationär 31,2 v.H.) ohne Fremdhilfe nicht möglich (Zeilennummer 3).

Fremdhilfe in allen drei ATL-Bereichen benötigen 14,3 v.H. der Erstantragsteller, im ambulanten 11,8 v.H., im stationären 26,4 v.H. („Und-Verknüpfung“, Zeilennummer 4).

Die Begutachtungsempfehlungen der durch Kombination der 3 ATL-Items definierten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz differieren teilweise erheblich (siehe Tabelle 2). Benötigt ein Antragsteller bei der Durchführung von minimal nur einer der drei ATL gele-

gentlich oder ständig eine Hilfsperson („Oder-Verknüpfung“, Zeilennummer 5) lautet die Empfehlung der Pflegestufe nach SGB XI in 12,4 v.H. der Fälle „nicht erheblich pflegebedürftig“, in 48,2 v.H. Pflegestufe I, in 32,5 v.H. Pflegestufe II und in 6,9 v.H. Pflegestufe III.

Nach unserer Definition zeigten 36,7 v.H. Erstantragsteller des Jahres 1998 Einschränkungen in der selbständigen Bewältigung ihres Alltags (Zeilennummer 6). Oder anders formuliert: 36,7 Prozent aller im Jahre 1998 begutachteten Antragsteller auf Leistungen aus der Pflegeversicherung waren „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“. Unter den Erstantragstellern auf stationäre Leistungen befanden sich mit 55,3 v.H. anteilig erheblich mehr Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz als im ambulanten Bereich mit 32,9 v.H..

Tabelle 2

Pflegestufenempfehlungen bei "Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz" in v.H.

Zeilennummerierung	Aktivitäten des täglichen Lebens	Erstbegutachtete mit eingeschränkter Alltagskompetenz	davon in v.H.			
			nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	ATL 1	279.517	9,8	45,8	35,9	8,5
2	ATL 2	283.913	9,7	45,9	36,1	8,3
3	ATL 3	130.089	8,8	37,0	40,1	14,1
4	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	96.153	4,1	32,0	46,1	17,8
5	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	363.810	12,4	48,2	32,5	6,9
6	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3	246.981	8,9	43,0	38,3	9,9

+ und
/ oder

ATL 1 = "Sich situativ anpassen können"

ATL 2 = "Für Sicherheit sorgen können"

ATL 3 = "Kommunizieren können"

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

Ist die Alltagskompetenz nur bezüglich der ATL 1 „Sich situativ anpassen können“ eingeschränkt, wird für 9,8 v.H. der Antragsteller „nicht erheblich pflegebedürftig“ (Pflegestufe „0“), für 45,8 v.H. die Pflegestufe I, für 35,9 v.H. die Pflegestufe II und für 8,5 v.H. die Pflegestufe III empfohlen (Zeilennummer 1).

Betrifft die Einschränkung der Alltagskompetenz die ATL 2 „Für Sicherheit sorgen können“ lauten die Empfehlungen in 9,7 v.H. „nicht pflegebedürftig“ im Sinne des SGB XI, in 45,9 v.H. Pflegestufe I, in 36,1 v.H. Pflegestufe II und in 8,3 v.H. Pflegestufe III (Zeilennummer 2).

Die ATL 3 „Kommunizieren können“ ist bei 8,8 v.H. der Empfehlungen für Pflegestufe „0“ fremdhilfebedürftig, bei 37,0 in v.H. der Pflegestufe I, bei 40,1 in v.H. der Pflegestufe II und bei 14,1 v.H. der Pflegestufe III (Zeilennummer 3).

Wenn Hilfebedarf in allen drei ATL-Bereichen benötigt wird, verteilen sich die Empfehlungen der Gutachter mit 4,1 v.H. auf „nicht erheblich pflegebedürftig“, mit 32,0 v.H. auf die Pflegestufe I, mit 46,1 v.H. auf die Pflegestufe II und mit 17,8 v.H. auf die Pflegestufe III („Und-Verknüpfung“, Zeilennummer 4).

Wird lediglich in einem der drei ATL-Bereiche Fremdhilfe benötigt, ist der Anteil der Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ erwartungsgemäß mit 12,4 v. H. hoch, die Pflegestufen I mit 48,2 v.H., II mit 32,5 v.H. und III mit 6,9 v.H..

Lediglich 8,9 v.H. der Erstantragsteller, die nach unserer Definition „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ waren, erhielten die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“. Bei 43,0 v.H. dieses Personenkreises wurde durch die Gutachter die Pflegestufe I, bei 38,3 v.H. die Pflegestufe II und bei 9,9 v.H. die Pflegestufe III empfohlen.

Bei der Verteilung der Einschränkungen in der Alltagskompetenz auf die einzelnen Pflegestufen wird ein Muster erkennbar, das die gutachterliche Erfahrung der Praxis sehr gut spiegelt. „Sich situativ anpassen“ und „Für Sicherheit sorgen können“ sind häufig - oft auch in Kombination - die entscheidenden Kriterien beim Übergang von der Selbstständigkeit in die (zumindest teilweise) Abhängigkeit von Fremdpersonen. Ein Auffangen von Defiziten in diesen Bereichen ist nur sehr bedingt durch Hilfsmittel oder Umgebungsadaptation möglich. Hier ist personelle Hilfe gefragt. Solange dieser Hilfebedarf jedoch noch eigenständig artikuliert werden kann, ist nur selten die höchste Pflegestufe nach 3GB XI erreicht. Dies ändert sich mit Versiegen der Möglichkeit „Kommunizieren (zu) können“. In Pflegestufe III finden sich anteilig fast doppelt so viele Erstantragsteller, die Fremdhilfe bei der Kommunikation benötigen wie solche, die Fremdhilfe bei den anderen relevanten ATL benötigen.

Differenziert man die Ergebnisse nach Anträgen auf ambulante und stationäre Leistungen zeigen sich ebenfalls deutliche Verteilungsmuster (Tabelle 3). Im ambulanten Bereich sind Pflegebedürftige, die beim „Sich situativ anpassen können“ und „Für Sicherheit sorgen können“ Fremdhilfe benötigen, überwiegend „erheblich pflegebedürftig“ (46,1 v.H.) im Sinne der Pflegestufe I. Im stationären Bereich dagegen finden sich deutlich mehr dieser Pflegebe-

dürftigen in Pflegestufe II. In beiden Bereichen ist die Pflegestufe III gering besetzt. Pflegebedürftige, die beim „Kommunizieren können“ Fremdhilfe benötigen sind dagegen im ambulanten wie im stationären Bereich fast doppelt so häufig in der Pflegestufe III (amb. 12,6, stat. 20,4 v.H.) wie jeweils bei den beiden anderen ATL (amb. ca. 7,5 v.H., stat. 12,3 v.H.), außerdem im stationären Bereich fünfmal häufiger als in der Pflegestufe „0“ (4,1 v.H.) zu finden. Ein wichtiger Beleg für den Zusammenhang zwischen der Kommunikationsfähigkeit und dem individuellen Pflege- und Hilfebedarf, der auch heute schon – allerdings nur im Rahmen der Verrichtungen des § 14 SGB XI – durch die Gutachter entsprechende Berücksichtigung findet.

Tabelle 3

Pflegestufenempfehlungen bei "Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz" in v.H.

ambulant						
Zeilen-nummerierung	Aktivitäten des täglichen Lebens	in v.H. zu Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
			nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	ATL 1	37,5	11,0	48,3	33,2	7,5
2	ATL 2	38,6	10,8	48,5	33,4	7,3
3	ATL 3	16,9	10,0	40,2	37,2	12,6
4	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	11,8	4,4	35,8	43,7	16,1
5	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	50,4	13,5	51,0	29,8	5,6
6	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3	32,9	9,9	46,1	35,4	8,6
Gesamt (100 %)		55.917				

stationär						
Zeilen-nummerierung	Aktivitäten des täglichen Lebens	in v.H. zu Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
			nicht pfl.-bed.	Stufe I	Stufe II	Stufe III
1	ATL 1	61,3	7,1	36,3	44,3	12,3
2	ATL 2	59,8	6,7	36,2	44,8	12,3
3	ATL 3	31,2	4,1	25,0	50,5	20,4
4	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	26,4	2,0	21,4	53,5	23,1
5	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	72,1	8,3	38,6	41,9	11,2
6	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3	55,3	5,9	34,0	46,6	13,5
Gesamt (100 %)		115.290				

+ und
/ oder

- ATL 1 = "Sich situativ anpassen können"
- ATL 2 = "Für Sicherheit sorgen können"
- ATL 3 = "Kommunizieren können"

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

Auch in dieser Darstellung sind „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ im ambulanten Bereich überwiegend in Pflegestufe I (46,1 v.H.), im stationären Bereich überwiegend in Pflegestufe II (46,6 v.H.) zu finden.

Ein großer Teil dieser Hilfe- und Pflegebedürftigen leidet an Erkrankungen, die im weitesten Sinne unter dem plakativen Begriff „Demenz“ einzuordnen sind (siehe Tabelle 4). Bei Erstbegutachteten, die in den ATL „Sich situativ anpassen können“ und „Für Sicherheit sorgen können“ oder in der ATL „Kommunizieren können“ Fremdhilfebedarf aufweisen, sind in 37,9 v.H. Diagnosen aus dem Bereich „Psychiatrische Krankheiten“ oder „Nervensystem, Sinnesorgane“ als pflegebegründend dokumentiert (Zeilennummer 6).

Tabelle 4

Anteil von psychiatrischen Krankheiten/Krankheiten des Nervensystems, der Sinnesorgane bei "Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz" in v.H.

Zeilennummerierung	Aktivitäten des täglichen Lebens	Erstbegutachtete mit eingeschränkter Alltagskompetenz	davon in v.H.	
			Psychiatr. Krh.	Krh. des Nervensys. Sinnesorgane
1	ATL 1	279.517,0	25,5	15,1
2	ATL 2	283.913,0	22,3	13,1
3	ATL 3	130.089,0	24,0	12,7
4	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	96.153,0	29,4	14,6
5	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	363.810,0	20,9	12,9
6	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3	246.981,0	24,3	13,6

+ und
/ oder

- ATL 1 = "Sich situativ anpassen können"
- ATL 2 = "Für Sicherheit sorgen können"
- ATL 3 = "Kommunizieren können"

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

Vergleicht man dagegen die Zahl der Antragsteller, bei denen als pflegebegründend eine Diagnose aus dem neurologischen oder psychiatrischen Formenkreis (ca. 170.000) dokumentiert wurde (siehe Tabelle 5), mit der Zahl derer, die in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind (ca. 250.000), wird deutlich, dass hier eine „Grauzone“ von Antragstellern zwar einen erheblichen Hilfebedarf bei der Bewältigung des Alltags hat, im Rahmen der Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI derzeit aber nicht ausreichend berücksichtigt werden kann.

Tabelle 5

Vergleich der Anzahl von Erstbegutachteten mit pflegebegründender Diagnose "Psychiatrische Krankheiten" und "Krankheiten des Nervensystems/ der Sinnesorgane" mit Erstbegutachteten mit "eingeschränkter Alltagskompetenz"

Erstbegutachtete mit 1. Pflegebegründender Diagnose Hauptgruppen 5 und 6 ICD 9.	Anzahl	Anzahl Erstbegutachteter mit eingeschränkter Alltagskompetenz					
		ATL 1	ATL 2	ATL 3	ATL 1 + ATL 2 + ATL 3	ATL 1 / ATL 2 / ATL 3	(ATL 1 + ATL 2) / ATL 3
Psychiatrische Krankheiten	92.092	279.517	283.913	130.089	96.153	363.810	246.981
Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane	75.287						
Gesamt	167.379						

+ und
/ oder

ATL 1 = "Sich situativ anpassen können"

ATL 2 = "Für Sicherheit sorgen können"

ATL 3 = "Kommunizieren können"

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Einschränkung der Alltagskompetenz sind gering. 40,1 v.H. der männlichen Antragsteller und 35,1 v.H. der weiblichen weisen einen Fremdhilfebedarf bei den ATL „Sich situativ anpassen können“ und „Für Sicherheit sorgen können“ oder „Kommunizieren können“ auf (Tabelle 6).

Tabelle 6

Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz * in v.H. nach Alter und Geschlecht

	Männer in v.H.	Frauen in v.H.	Altersgruppen in Jahren				
			bis 19	20-65	66-80	81-90	91 und älter
			in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
Erstbegutachtete mit eingeschränkter Alltagskompetenz	40,1	35,1	50,0	32,0	33,3	38,8	47,6

* Abgriff an Hand (ATL 1 + ATL 2) / ATL 3 (siehe Tabelle 1, Zeilennummer 6)

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

Die altersspezifischen Unterschiede sind ebenfalls gering und zeigen das erwartete Muster eines zunehmenden Fremdhilfebedarfs mit steigendem Lebensalter (Tabelle 6). Bei dem von diesem Muster abweichend hohen Fremdhilfebedarf der bis 19 Jahre alten Antragsteller ist die besondere Dokumentation der ATL bei der Begutachtung von Kindern nach SGB XI zu berücksichtigen. Die Fähigkeit zur Durchführung der jeweiligen ATL wird bei Kindern dann als „(teilweise) unselbständig“ geschlüsselt, wenn der Fremdhilfebedarf den „altersentsprechend üblichen“ Hilfebedarf eines gleichaltrigen, gesunden Kindes übersteigt.

Die seit Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes immer wieder geäußerte Kritik, dass die demenziell Erkrankten in der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI durch die Gutachter der Medizinischen Dienste der Krankenkassen keine Berücksichtigung finden, bildet sich in der Begutachtungswirklichkeit so nicht ab. Stellt man die Erstantragsteller, bei denen als Diagnose eine demenzielle Erkrankung (definiert durch die Verschlüsselung wenigstens einer pflegebegründenden ICD-Diagnose aus den Bereichen 5 oder 6) den somatisch Erkrankten (definiert durch Verschlüsselung der Hauptgruppe 13) gegenüber und betrachtet den für diese beiden Gruppen jeweils ermittelten Hilfebedarf in den vom Pflegeversicherungsgesetz in § 14 SGB XI abschließend aufgelisteten Verrichtungen des täglichen Lebens, so wird der durch die Demenzerkrankung verursachte höhere Pflege- und Unterstützungsbedarf als erhöhter zeitlicher Hilfebedarf (Erschwernisfaktor) für diese Gruppe bereits heute in der Begutachtung in hohem Maße berücksichtigt (Tabelle 7).

Tabelle 7

Demenziell und somatisch Erkrankte, Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und gutachterliche Stellungnahmen

Begutachtungsempfehlung in v.H	Erstbegutachtete		
	Demenziell Erkrankte *	Somatisch Erkrankte **	PEA ***
nicht pflegebedürftig	29,8	43,8	8,9
Stufe I	45,1	47,1	43
Stufe II	21,2	8,7	38,3
Stufe III	3,9	0,4	9,9
Gesamt (100 %)	167.380	95.453	246.981

Durchschnittlicher grundpflegerischer Zeitbedarf in Minuten	83,5	53,5	119,4
---	------	------	-------

hochgerechnet auf Grundgesamtheit N2, siehe Kapitel 1.2

* demenziell Erkrankte = Hauptgruppe 5 "Psychiatrische Krankheiten" und Hauptgruppe 6 "Krankheiten des Nervensystems/der Sinnesorgane" des ICD 9.

** somatisch Erkrankte = Hauptgruppe 13 "Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes" des ICD 9.

*** Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, siehe Tabelle 1, Zeilennummer 6

Die Tabelle zeigt, dass für die Bereiche Körperpflege, Ernährung und Mobilität: der erhöhte Bedarf Demenzkranker an **grundpflegerischen** Hilfen und Unterstützung durch die Gutachter der Medizinischen Dienste unter Zugrundelegung der Begutachtungs-Richtlinien bei den regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens berücksichtigt wird. Vergleicht man dazu die „Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz“ werden die Unterschiede noch deutlicher. Nur bei 8,9 v.H. dieses Personenkreises haben die Gutachter der MDK „nicht erheblich pflegebedürftig“ empfohlen, in 43 v.H. die Pflegestufe I in 38,3 v.H. die Pflegestufe II und in 9,9 v.H. die Pflegestufe III.

Vor allem für die Hilfeformen „Anleitung“, „Beaufsichtigung“ und „Unterstützung“ sind bei diesem Personenkreis höhere Pflegezeiten dokumentiert. Bezogen auf die vom Gesetzgeber abschließend aufgezählten Verrichtungen des täglichen Lebens bildet sich der erhöhte Versorgungsaufwand der Demenzen und der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz bereits heute durchaus pflegestufenrelevant im Gutachten ab.

Diese seit Einführung der Begutachtungs-Richtlinien im Juli 1997 erreichten Fortschritte für demenziell Erkrankte und Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz beschränken

sich auf die Berücksichtigung des Pflege- und Unterstützungsbedarfs in der Grundpflege. Durch die gesetzlichen Vorgaben besteht – bezogen auf den Anspruch, zur Stärkung eines möglichst selbstständigen und selbstbestimmten Lebens die Hilfen darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte der Pflegebedürftigen wiederzugewinnen oder zu erhalten (§ 2 Abs. 1 SGB XI) – weiterhin die Ungereimtheit des Pflegeversicherungsgesetzes, dass der sog. allgemeine Beaufsichtigungs- und Unterstützungsbedarf explizit keine Berücksichtigung bei der Einstufung der Pflegebedürftigen finden darf. Dieser Wertungswiderspruch bewirkt eine Ungleichbehandlung der Pflegebedürftigen durch das Pflegeversicherungsgesetz, nicht durch die Gutachter.

Dementiell Erkrankte haben einen spezifischen Hilfebedarf, verursacht durch eine Einschränkung der Alltagskompetenz, der in der Pflegewirklichkeit eine große Belastung und Herausforderung physischer und psychischer Art für die Pflegepersonen darstellt. Die fehlende Berücksichtigung dieses Pflegebedarfs im Gesetz stößt bei Betroffenen, Angehörigen und in der Fachöffentlichkeit zunehmend auf Unverständnis. Diese „Gerechtigkeitslücke“ unter den vorgegebenen Rahmenbedingungen zu schließen, ist eine Herausforderung für alle politisch Verantwortlichen.

5 Literatur

Berg, Pick, Schmelzer, Stenner: Epidemiologische und sozialmedizinische Aspekte der häuslichen Pflegebedürftigkeit. In: Die Krankenversicherung, Januar 1996

Fuchs: Ressourcen für die Pflege im häuslichen Bereich: Pflegebereitschaft von Personen, die selbst nicht pflegen. In: Gesundheitswesen 60 (1998)

INFRATEST BURKE Sozialforschung: Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. München, 1995

Leistner, Lürken, Wagner: Pflegebedürftigkeit chronisch Kranker. Epidemiologische und nosologische Aspekte. In: Arnold, Litsch, Schwartz (Hrsg.): Krankenhausreport 99, Stuttgart, 2000

Projektgruppe Pflegeberichterstattung: Ergebnisse der Begutachtung von Antragstellern auf stationäre Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch XI. Unveröffentlichtes Manuskript. Essen, 1997

Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland. Wiesbaden, 1998

Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO): Der Pflegemarkt in Deutschland. Bonn, 1998