



Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2003

Medizinischer Dienst
der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS)

Essen, Mai 2005

Autoren:

Alexander Wagner
Jürgen Brüggemann
Uwe Brucker
Bernhard Fleer

Inhaltsverzeichnis:

1. Vorwort	3
2. Auftrags- und Begutachtungsstatistik.....	6
2.1 Auftragsstatistik	6
2.2 Begutachtungsstatistik.....	11
2.2.1 Begutachtungsort.....	12
2.2.2 Profession der Gutachter	13
2.2.3 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit	14
2.2.4 Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen	18
2.2.5 Widerspruchsbegutachtungen	20
3. Nicht sichergestellte Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege.....	23
4. Geschlechtsspezifische Unterschiede von Pflegebedürftigkeit.....	33
5. Pflegebedürftige im Alter zwischen 40 und 60 Jahren.....	39
5.1 Fragestellung.....	39
5.2 Demographische Beschreibung	39
5.2 Begutachtungsempfehlungen.....	40
5.3 Pflegebegründende Diagnosen	41
6. Literatur	44

1. Vorwort

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

In Kapitel 2 „Auftrags- und Begutachtungsstatistik“ wird die Inanspruchnahme des Medizinischen Dienstes durch die Pflegekassen diskutiert. Es zeigt sich ein weiterhin ungebrochen hohes Niveau im Auftrags- und Begutachtungsvolumen. Jährlich wird bei 1,3 Millionen Versicherten erstmalig oder wiederholt der Hilfebedarf sozialmedizinisch ermittelt.

Die Ausführungen weisen auch auf ein Tätigkeitsspektrum der Medizinischen Dienste für die Pflegeversicherung hin, das in der öffentlichen Diskussion weitgehend unbeachtet blieb. Oftmals wird dem MDK allein die Rolle zugeschrieben, den pflegerischen Hilfebedarf zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu ermitteln. Durch die Fokussierung auf diesen Arbeitsschwerpunkt werden andere wichtige Aufgabengebiete manchmal übersehen. So prüft der MDK u.a. auch, ob eine medizinische Rehabilitation beim Versicherten erforderlich ist, um eine unmittelbar drohende Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, eine bestehende Pflegebedürftigkeit zu mindern oder eine Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit zu verhüten. Fragen zu baulichen Maßnahmen, wie z.B. der Verbreiterung von Türrahmen bei Rollstuhlfahrern und die Notwendigkeit von Pflegehilfsmitteln sind weitere Arbeitsbereiche. Die Begutachtungsstatistik dokumentiert solche gutachterlichen Sachverhalte nicht. Ihre Konzeption ist ausschließlich auf den Tatbestand der Feststellung von Pflegebedürftigkeit ausgerichtet. In die Auftragsstatistik fließen solche Aufträge jedoch manchmal ein. Insofern sind Auftrags- und Begutachtungsstatistik inhaltlich nicht vollständig deckungsgleich.

Die Thematik der Qualität von Pflege wird von entsprechenden Darstellungen über die Situation in Alten- und Pflegeheimen sowie von Pflegebedürftigen, die von ambulanten Pflegediensten versorgt werden, dominiert. Dazu hat der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) erst jüngst erstmalig einen zusammenfassenden Bericht vorgelegt (MDS, 2004). Die dortigen Ausführungen lassen allerdings nur Aussagen über 50 v.H. der Pflegebedürftigen zu, da von 2 Millionen Pflegebedürftigen nur 1 Million im Rahmen professioneller Pflege ganz oder teilweise betreut und versorgt werden. Alle anderen Pflegebedürftigen nehmen reine Geldleistungen in Anspruch und organisieren damit ihren Pflegepro-

zess in eigener Regie zu Hause. Über die Qualität dieser Versorgung ist, neben medial verbreiteten Einzelfällen, wenig bekannt. In Kapitel 3 wird diese Thematik diskutiert. Anknüpfungspunkt ist die vom Gutachter zu beurteilende Frage, ob bei beantragten Geldleistungen die häusliche Pflege sichergestellt ist. Es wird dargelegt, wie hoch der Anteil von Pflegebedürftigen ist, die ihren Pflegeprozess in Eigenverantwortung organisieren wollen, gleichwohl sie ihre Versorgung dadurch nicht gewährleisten können. Vergleichsweise häufig trifft diese Situationsbeschreibung auf ältere und hochbetagte Frauen mit einer demenziellen oder einer anderen Erkrankung des Nervensystems oder der Psyche zu. Es werden Wege aufgezeigt, durch welche Maßnahmen die Versorgungssituation für diesen Personenkreis verbessert werden kann.

Schon im Pflegebericht 2001/2002 wurden geschlechtsspezifische Unterschiede bei Pflegebedürftigkeit diskutiert (MDS, 2003, S. 36. ff.). Es wurde dargelegt, dass den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes die Antragstellung des Versicherten vorangeht. Dabei zeigt sich, dass ältere und hochbetagte Frauen im Vergleich zur Gruppe der gleichaltrigen Männer häufiger einen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit stellen. In der Konsequenz äußert sich dieser Sachverhalt dann auch in der Leistungsempfängerstatistik: ältere Frauen sind deutlich häufiger pflegebedürftig. Als ein Grund dafür muss zunächst auf die höhere Lebenserwartung von Frauen hingewiesen werden. Wichtiger wiegt jedoch der historisch bedingte Sachverhalt, dass es sich bei den Frauen um die Witwengeneration des 2. Weltkrieges handelt. Die meisten dieser Frauen leben deshalb alleine. Diese soziale Konstellation führt dazu, dass in vielen Fällen schon ein hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zur Antragstellung führt, der jedoch nicht ausreicht, um Leistungen nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz zu erhalten. Die Ablehnungsquote, d.h. die gutachterliche Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig“ liegt aus diesem Grund bei älteren Frauen höher als bei den gleichaltrigen, aber oftmals noch mit ihrer Ehefrau zusammenlebenden, Männern. Im Kapitel 4 „Geschlechtsspezifische Unterschiede von Pflegebedürftigkeit“ werden diese Sachverhalte nochmals diskutiert. Das erneute Aufgreifen der Thematik ist notwendig, um den Vorwürfen, die weiterhin von einer „systematischen Benachteiligung“ älterer Frauen in den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes sprechen, zu begegnen. Die Ausführungen machen zudem auf die Notwendigkeit einer sachgerechten Zusammenstellung von statistischen Daten aufmerksam.

Mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit wird allgemein ein Zustand verstanden, der direkt und ausschließlich mit hohem Alter verknüpft wird. Dies ist jedoch nur bedingt richtig. Zwar sind die meisten Pflegebedürftigen 80 Jahre und älter, viele befinden sich jedoch in einer Lebensphase unterhalb dieser Altersspanne. Im Kapitel 5 wird über eine solche Gruppe von Pflegebedürftigen berichtet. Im Gegensatz zu den alten und hochbetagten Pflegebedürftigen

Pflegebericht des Medizinischen Dienstes - 2003

leben 40- bis 60-jährige Versicherte besonders häufig mit ihrem Ehepartner zusammen. Deshalb werden hier vorwiegend ambulante Leistungen beantragt. Die Analysen zeigen, dass viele der Antragsteller an Krankheiten leiden, die einen Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand erforderlich machen. Da dieser Hilfebedarf jedoch nicht umfassend als Bemessungsgrundlage für Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes herangezogen werden kann, müssen die Gutachter des Medizinischen Dienstes in vielen Fällen keine „erhebliche Pflegebedürftigkeit“ feststellen.

2. Auftrags- und Begutachtungsstatistik

2.1 Auftragsstatistik

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung prüft die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen. Die Notwendigkeit dieser Einschaltung des MDK hat der Gesetzgeber in § 18 SGB XI fixiert. Damit ist der MDK an entscheidender Stelle an der Umsetzung und Gestaltung des Pflegeversicherungsgesetzes beteiligt.

Im Verfahrensablauf stellt der Versicherte einen Antrag bei seiner Pflegekasse, die diesen an ein wohnortnahes Beratungs- und Begutachtungszentrum des MDK übergibt. Der zuständige Gutachter wird sich daraufhin mit dem Versicherten oder dessen Angehörigen in Kontakt setzen und mit ihm/ihnen einen Termin zur Begutachtung in seinem Wohnumfeld vereinbaren.

Versicherte können zwischen drei Leistungsarten wählen: Leistungen für ambulante Pflege, Leistungen in vollstationärer Pflege und Leistungen für vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. **Ambulante Leistungen** werden dann gewählt, wenn der Versicherte zu Hause bleiben will. Er kann sich dann noch für eine der drei ambulanten Leistungen entscheiden. Reine **Geldleistungen** wird er dann in Anspruch nehmen, wenn er mit diesem sogenannten Pflegegeld seine Pflege eigenständig organisiert. In aller Regel wird die Pflege in diesen Fällen vom Ehepartner oder von Verwandten des Pflegebedürftigen erbracht. **Pflegesachleistungen** werden dann gewählt, wenn professionelle Dienstleistungen eines ambulanten Pflegedienstes in Anspruch genommen werden wollen. Dies ist vorwiegend dann der Fall, wenn kein Ehepartner oder keine Angehörigen die Pflege durchführen können. **Kombinationsleistungen** werden dann beantragt, wenn eine Mischung aus Geld- und Sachleistungen gewünscht wird. **Stationäre Leistungen** beantragen Versicherte, die in einem Alten-/Pflegeheim wohnen (wollen). Für Versicherte, die in einer **vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen** wohnen, übernimmt die Pflegekasse anteilig Aufwendungen des vereinbarten Heimentgeltes.

Die Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung bewegen sich mit jährlich 1,4 Mio. weiterhin auf hohem Niveau. Im Vergleich zum Vorjahr ist in 2003 nur ein leichter Rückgang von 1,3 v.H. festzustellen. Eine nach Leistungsarten differenzierte Betrachtung zeigt jedoch

unterschiedliche Trends in den von den Versicherten bevorzugten und gewünschten Pflegearrangements. Die Häufigkeit von Antragstellern auf ambulante Leistungen sind leicht rückläufig, wogegen stationäre Leistungen mit 6,0 v.H. zunehmen.

Tabelle 1			
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung 2002 und 2003			
	2002	2003	Veränderung in v.H. zu 2002
	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	1.414.561	1.395.986	-1,3
davon nach beantragter Leistungsart:			
ambulant	1.081.196	1.043.084	-3,5
stationär	324.594	344.164	6,0
§ 43 a SGB XI	8.771	8.738	-0,4

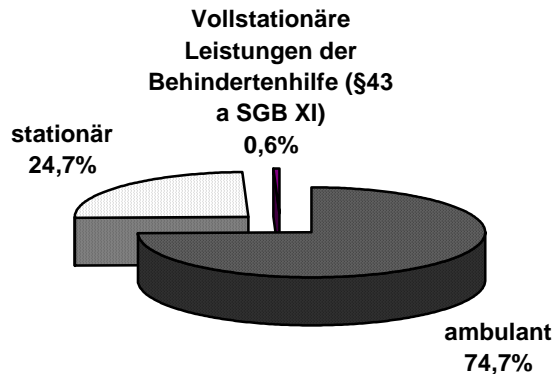
Begutachtungsaufträge von Versicherten mit beantragten Leistungen auf vollstationäre Pflege in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43 a SGB XI) nahmen auch im Berichtszeitraum 2003 ab. Diese Leistungsart wird wegen ihres geringen Aufkommens im folgenden nicht weiter berücksichtigt.

Wie Abbildung 1 zeigt, beziehen sich $\frac{3}{4}$ aller Begutachtungsaufträge auf ambulante Leistungen. Der vom Gesetzgeber gewünschte Vorrang der häuslichen Pflege hat nach wie vor Bestand. Allerdings nahm dieser Anteil in den letzten Jahren zu Gunsten der stationären Pflege ab. Im Jahr 2000 betrug der Anteil stationärer Leistungen unter den Begutachtungsaufträgen noch 21,9 v.H. und stieg dann um fast 3 Prozentpunkte auf 24,7 v.H. im Jahr 2003 an.

Sowohl die absolute Zunahme von stationären Begutachtungsaufträgen als auch dieser empirische Befund sind ein Indiz für die zunehmende Bedeutung dieses Leistungsbereiches in der Tätigkeit des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung. Sie können allerdings nicht unmittelbar als Belege für eine steigende Anzahl Pflegebedürftiger herangezogen werden. Die Auftragsstatistik berichtet über eingegangene Begutachtungsaufträge bei den Medizinischen Diensten, nicht aber über die Zahl pflegebedürftiger Versicherter.

Abbildung 1

**Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge
in v.H. nach beantragter Leistungsart 2003**



Die Begutachtungsaufträge an den Medizinischen Dienst werden nicht nur in leistungsrechtlicher Hinsicht unterschieden. Eine weitere Differenzierung bezieht sich auf die Art der Antragstellung selbst:

- Erstaufträge (Erstbegutachtungen),
- Höherstufungs-/Wiederholungsaufträge (Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen) und
- Aufträge für Widerspruchsbegutachtungen (Widersprüche).

Erstaufträge werden von Versicherten gestellt, die sich zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht im Leistungsbezug des Pflegeversicherungs-Gesetzes befinden. Mehrfach-Zählungen von Personen innerhalb eines Berichtsjahres sind dann möglich, wenn der Versicherte nach Erhalt des Leistungsbescheides „nicht erheblich pflegebedürftig“ und ggf. nach einem „erfolgslosen“ Widerspruch erneut einen Antrag bei seiner Pflegekasse stellt. Die Anzahl solcher Antragsteller kann jedoch in der Statistik nicht ausgewiesen werden. Die Auftragsstatistik zählt Begutachtungsaufträge, aber keine „Köpfe“.

Höherstufungs-/Wiederholungsaufträge werden von Versicherten gestellt, die sich schon zum Zeitpunkt der Antragstellung im Leistungsbezug befinden. Eine wiederholte Begutachtung wird dann durchgeführt, wenn der Versicherte von sich aus einen Höherstufungsantrag stellt, da er subjektiv eine Zunahme seines Hilfebedarfs empfindet, oder wenn die Pflegekasse eine neue Begutachtung beantragt. Die Pflegekasse wird sich im letzteren Fall in der Regel an dem im Vorgutachten genannten Zeitpunkt zur wiederholten Begutachtung orientie-

ren. Wichtig ist, dass in beiden Fällen der Leistungsbezug nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz Grundlage der begrifflichen Zuordnung ist. Die hier beschriebene Differenzierung lässt sich allerdings in der Statistik nicht nachvollziehen.

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

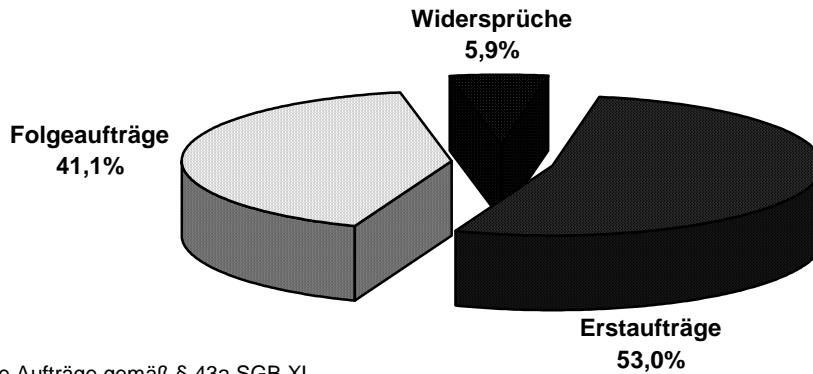
In der Tabelle 2 werden die Begutachtungsaufträge in ihrer Häufigkeit nach obiger Differenzierung dokumentiert. Die Mehrzahl des Auftragsvolumens bilden mit 735.000 Erstaufträge, gefolgt von Aufträgen auf Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen.

Ein Vergleich mit dem vorangegangenen Jahr zeigt einen leicht überdurchschnittlichen Rückgang bei den Höherstufungs-/Wiederholungsaufträgen. Die Zahl der Erstaufträge nahm ebenfalls geringfügig ab.

Tabelle 2			
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung nach Auftragsart 2002 und 2003			
	2002	2003	Veränderung in v.H. zu 2002
	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	1.405.790	1.387.248	-1,3
davon nach Auftragsart:			
Erstaufträge	742.104	735.471	-0,9
Höherstufungs-/Wiederholungsaufträge	581.898	569.709	-2,1
Widersprüche	81.788	82.068	0,3
ohne Aufträge gemäß §43 a SGB XI			

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2003 53 v.H. des Auftragsvolumens auf Erstantragsteller, 41,1 v.H. auf Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen, 5,9 v.H. sind Widersprüche. Trotz der leichten Veränderungen in den Absolutzahlen bleibt die Struktur der Begutachtungsaufträge hinsichtlich der Begutachtungsart in den letzten Jahren nahezu konstant.

Abbildung 2
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge
in v.H. nach Gutachtenart 2003 *



*ohne Aufträge gemäß § 43a SGB XI

Die beiden großen Leistungsbereiche der ambulanten und stationären Pflege weisen zwischen 2002 und 2003 unterschiedliche Verläufe in den Auftragsarten auf.

Tabelle 3			
Bei den Medizinischen Diensten eingegangene Begutachtungsaufträge für die Pflegeversicherung nach Auftragsart und beantragter Leistung 2002 und 2003			
ambulant			
	2002	2003	Veränderung in v.H. zu 2002
	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	1.081.196	1.043.084	-3,5
davon nach Auftragsart:			
Erstufträge	613.516	594.433	-3,1
Höherstufungs-/Wiederholungsaufträge	395.688	377.985	-4,5
Widersprüche	71.992	70.666	-1,8
stationär			
	2002	2003	Veränderung in v.H. zu 2002
	Anzahl	Anzahl	
Gesamt	324.594	344.164	6,0
davon nach Auftragsart:			
Erstufträge	128.588	141.038	9,7
Höherstufungs-/Wiederholungsaufträge	186.210	191.724	3,0
Widersprüche	9.796	11.402	16,4

Der Rückgang von ambulanten Aufträgen um 3,5 v.H. resultiert fast in Gänze aus der Abnahme von Erstaufträgen und Höherstufungs-/Wiederholungsaufträgen. Die Zunahme stationärer Begutachtungsaufträge um 6,0 v.H. ergibt sich hauptsächlich aus dem Zuwachs von

Erstantragstellern. Daneben nahmen auch Aufträge von pflegebedürftigen Versicherten in Form von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen zu.

2.2 Begutachtungsstatistik

Die Auftragsstatistik wird als reine Zählstatistik geführt. Jeder eingehende Auftrag einer Pflegekasse wird in einem Beratungs- und Begutachtungszentrum des MDK statistisch erfasst. Die Dokumentation erfolgt unabhängig von der späteren Bearbeitung des Auftrages. Dieses Verfahren kann dann zu Doppelzählungen führen, wenn ein Auftrag von einem Beratungs- und Begutachtungszentrum zu einem anderen weitergeleitet wird, das diesen Auftrag wiederum statistisch erfasst.

In die Zählung fließen teilweise Aufträge ein, deren sozialmedizinische Bearbeitung nicht in ein Pflegegutachten münden, in dem die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen geprüft werden. Dabei handelt es sich u.a. um:

- Überprüfung der Rentenversicherungspflicht von Pflegepersonen
- Antrag auf Pflegehilfsmittel
- Antrag auf bauliche Maßnahmen oder technische Hilfen

Die Aussagekraft der Auftragsstatistik zur Pflegebedürftigkeit von Versicherten ist deshalb eingeschränkt. Die Begutachtungsstatistik informiert demgegenüber ausschließlich über die Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes bei Antragstellern, bei denen die Voraussetzungen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit sozialmedizinisch geprüft werden.

In Tabelle 4 ist die Zahl der Begutachtungen, getrennt nach beantragter Leistungsart, in den Berichtszeiträumen 2002 und 2003 abgebildet. Das Begutachtungsvolumen bewegt sich mit jährlich 1,3 Mio. weiterhin auf hohem Niveau. Im Jahr 2003 nahm es im Vergleich zum Vorjahr um 1,6 v.H. zu. Diese Steigerung geht fast ausschließlich auf die Zunahme von stationären Antragstellern zurück. In diesem Leistungssektor nahm sowohl die Zahl der Erstantragsteller, als auch die Zahl von Wiederholungsbegutachtungen von Versicherten, die schon als pflegebedürftig anerkannt wurden, zu.

Tabelle 4

**Von den Medizinischen Diensten durchgeführte
Begutachtungen 2002-2003**

	2002 Anzahl	2003 Anzahl	Veränderung in v.H. zu 2003
Gesamt	1.280.718	1.301.025	1,6
davon nach beantragter Leistungsart:			
ambulant	979.324	981.071	0,2
stationär	301.394	319.954	6,2

2.2.1 Begutachtungsort

Die Begutachtung erfolgt üblicherweise in Form einer körperlichen Befunderhebung am Wohn- bzw. Aufenthaltsort des Versicherten. Antragsteller auf ambulante Leistungen werden in ihrer Wohnung, Antragsteller auf stationäre Leistungen in einer Einrichtung begutachtet. In früheren Jahren war der Begutachtungsort bei stationären Antragstellern in der Regel das Alten-/Pflegeheim. Der typische stationäre Erstantragsteller von heute befindet sich zum Zeitpunkt seiner Antragstellung im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung.

Eine Begutachtung nach Aktenlage ohne körperliche Befunderhebung ist nur in den Fällen geeignet, in denen die medizinische und pflegerische Situation und der Umfang geeigneter therapeutischer bzw. rehabilitativer Maßnahmen eindeutig feststeht und die Voraussetzung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit sowie die Empfehlung einer Pflegestufe auch ohne körperliche Untersuchung aus den vorliegenden Akten festgestellt werden können. Bei Erstantragstellern ist die Begutachtung nach Aktenlage die Ausnahme und findet überwiegend nur dann statt, wenn der Versicherte im Zeitraum zwischen Antragstellung und Begutachtungstermin verstorben ist. Weiterhin wird dieses Instrument dann eingesetzt, wenn bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bzw. Widerspruchsaufträgen eine körperliche Begutachtung entbehrlich ist, weil die zur Beurteilung des Antragstellers erforderlichen Informationen bereits aus den Akten hervorgehen.

85 v.H. der ambulanten Antragsteller werden in ihrem häuslichen Umfeld begutachtet. In 13 v.H. wird eine Begutachtung per Aktenlage erstellt. Im stationären Bereich werden 70 v.H. der Versicherten in Form einer körperlichen Befunderhebung in einer Einrichtung (Pflegeheim, Krankenhaus oder Rehabilitationseinrichtung) begutachtet. Der vergleichsweise hohe Anteil von 20 v.H. Aktenlagen resultiert aus dem höheren Anteil von Höherstufungs-

/Wiederholungsbegutachtungen in diesem Leistungsbereich und aus dem besseren Dokumentationsstand in Alten- und Pflegeheimen.

Tabelle 5		
Untersuchungsort in v.H. durchgeführter Begutachtungen nach beantragter Leistung 2003		
durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	981.071	319.954
davon in v.H.:		
in Privatwohnung (ambulant)	85,2	-
in (Pflege-) Einrichtung (stationär)	-	69,2
nach Aktenlage	12,8	19,8
Sonstiges	1,9	11,0

2.2.2 Profession der Gutachter

Nach § 18 Abs. 6 SGB XI werden die Aufgaben des MDK durch Ärzte in Zusammenarbeit mit Pflegefachkräften und anderen geeigneten Fachkräften wahrgenommen. Die Begutachtungs-Richtlinien konkretisieren diesen Auftrag u.a. dahingehend, dass Arzt und Pflegefachkraft gemeinsam festlegen sollen, welcher Gutachter die Begutachtung vornimmt. Dies kann entweder ein Arzt oder eine Pflegefachkraft oder es können beide gemeinsam sein. Darüber hinaus wird festgelegt, ob die Begutachtung durch MDK-Mitarbeiter oder externe Gutachter, also durch nicht bei den MDK angestellte Gutachter, erfolgen soll.

Tabelle 6 zeigt, dass Pflegefachkräfte das Gros der Begutachtungen durchführen. Im ambulanten Bereich sind es 61 v.H., im stationären Bereich 66 v.H. aller durchgeführten Begutachtungen.

Tabelle 6		
Durchgeführter Begutachtungen in v.H. nach Profession des Gutachters und beantragter Leistung 2003		
durchgeführte Begutachtungen	ambulant	stationär
	981.071	319.954
davon in v.H.:		
MDK Arzt	25,2	29,1
MDK Pflegefachkraft	61,1	66,0
MDK Arzt und MDK Pflegefachkraft	0,2	0,2
Externer Gutachter	13,5	4,7

Die Einbindung von Pflegefachkräften in das Begutachtungsgeschehen nimmt stetig zu. Im Jahr 1998 wurden 40 v.H. aller Pflegegutachten durch Angehörige dieser Profession erstellt, im Jahr 2003 stieg dieser Anteil auf über 60 v.H.. Diese Gewichtung spiegelt sich auch im Personalbestand der Medizinischen Dienste wider. Zum Jahresende 2003 waren über 1.000 Pflegefachkräfte im Bereich der Pflegeversicherung tätig. Neben den Begutachtungen von Pflegebedürftigen führen sie auch den Großteil der Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen nach §§ 112ff. SGB XI durch und beraten die Pflegekassen und ihre Verbände in pflegerischen Fragen.

Externe Gutachter spielten in der Anfangszeit der Begutachtung für die Pflegeversicherung eine bedeutende Rolle. Nur mit ihrer Hilfe konnte die Bearbeitung des anfänglichen Auftragsberges sichergestellt werden. Auch im Berichtszeitraum 2003 spielt der Anteil von Pflegegutachten, die von externen Gutachtern erbracht worden sind, immer noch eine nicht unerhebliche Rolle. Ihr Einsatz ist allerdings MDK-spezifisch verschieden, was in unterschiedlichen logistischen Strukturen der Auftragsbearbeitung in den einzelnen MDK begründet ist.

2.2.3 Gutachterliche Prüfung des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit

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

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

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

Die in Tabelle 7 aufgeführten Begutachtungsempfehlungen beziehen sich auf Erstantragsteller, also auf Versicherte, die zum Zeitpunkt der Antragstellung noch nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes waren. Es handelt sich dabei also um die Antragstellerinzidenz.

In einem Drittel der Fälle stellten die Gutachter fest, dass beim Versicherten keine erhebliche Pflegebedürftigkeit vorliegt. In 46,7 v.H. empfahlen sie der auftraggebenden Pflegekasse Pflegestufe I, in 16,7 v.H. Pflegestufe II und in 3,8 v.H. Pflegestufe III.

Tabelle 7				
Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H. bei ambulanten Erstbegutachtungen 2003				
MDK	nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württemberg	32,0	47,7	17,3	3,0
Bayern	34,4	49,1	13,4	3,0
Berlin-Brandenburg	31,0	48,8	15,2	5,0
Bremen	28,2	50,1	17,3	4,5
Hamburg	33,6	48,6	15,3	2,5
Hessen	30,4	47,0	17,3	5,3
Mecklenburg-Vorpommern	30,4	48,1	17,6	3,9
Niedersachsen	27,5	51,2	17,2	4,2
Nordrhein	32,4	47,7	16,7	3,2
Rheinland-Pfalz	35,4	40,1	21,8	2,6
Saarland	35,3	39,6	17,9	7,2
Sachsen	33,6	44,5	17,4	4,6
Sachsen-Anhalt	31,1	46,7	16,2	6,0
Schleswig-Holstein	29,2	47,3	18,7	4,7
Thüringen	29,0	46,1	17,9	7,1
Westfalen-Lippe	41,0	41,8	15,8	1,5
Gesamt	32,8	46,7	16,7	3,8

Im stationären Bereich werden mit 16,8 v.H. im Vergleich zu den Begutachtungen von ambulanten Antragstellern weniger Versicherte als nicht erheblich pflegebedürftig von den Gutachtern empfohlen. Dies hängt mit der Praxis vieler Heime zusammen, nur noch als pflegebedürftig anerkannte Menschen aufzunehmen. In 44,6 v.H. liegt Pflegestufe I, in 31,9 v.H. Pflegestufe II und in 6,7 v.H. Pflegestufe III vor. Pflegebedürftige in Alten- und Pflegeheimen weisen im Schnitt einen höheren Grad von Pflegebedürftigkeit auf.

Die nach Medizinischen Diensten differenzierte Statistik stationärer Erstantragsteller zeigt erhebliche Verwerfungen in den Anteilen der Begutachtungsempfehlungen. Die Gründe für diese Brüche finden sich in MDK-spezifischen Vorgehensweisen bei der Auftrags erledigung stationärer Erstantragsteller. Im Gegensatz zu den Anfangsjahren des Pflegeversicherungsgesetzes ist der typische Erstantragsteller auf stationäre Leistungen nicht mehr der Versicherte, der sich schon in einem Alten- und Pflegeheim befindet und dann einen Antrag auf Leistungen stellt. Der typische stationäre Erstantragsteller von heute befindet sich zum Zeitpunkt seiner Antragstellung im Krankenhaus oder in einer Rehabilitationseinrichtung. Die Bearbeitung solcher Begutachtungsaufträge ist in den Medizinischen Diensten - je nach Vereinbarung mit den Landesverbänden der Pflegekassen - unterschiedlich.

Tabelle 8				
Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe in v.H. bei stationären Erstbegutachtungen 2003				
MDK	nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Baden-Württemberg	16,0	56,3	25,2	2,6
Bayern	20,4	45,0	25,9	8,6
Berlin-Brandenburg	11,1	40,4	35,7	12,8
Bremen	8,9	41,5	35,0	14,6
Hamburg	24,9	43,0	24,5	7,6
Hessen	23,1	43,9	24,7	8,4
Mecklenburg-Vorpommern	9,5	46,3	37,7	6,5
Niedersachsen	18,5	49,2	27,1	5,2
Nordrhein	14,2	40,6	38,1	7,1
Rheinland-Pfalz	22,8	38,2	34,8	4,2
Saarland	24,8	36,8	27,2	11,1
Sachsen	10,4	40,4	40,3	8,9
Sachsen-Anhalt	13,2	38,7	35,3	12,7
Schleswig-Holstein	16,8	46,9	30,4	5,9
Thüringen	10,2	38,4	36,6	14,8
Westfalen-Lippe	19,6	43,3	34,0	3,1
Gesamt	16,8	44,6	31,9	6,7

Die verschiedenen Bearbeitungsverfahren, einschl. der Konsequenzen auf das statistische Ergebnis, werden in der nachfolgenden Grafik schematisch nachgezeichnet.

Vorgehensweisen in den MDK bei der Begutachtung stationärer Erstantragsteller

		Version 1		Version 2
		Begutachtung nach Aktenlage		Vollständiges Pflegegutachten
		1a	1b	
Erster Schritt	Aktion	Feststellung von Pflegebedürftigkeit	Feststellung von Pflegebedürftigkeit	Vollständiges Pflegegutachten
	Gutachterliche Empfehlung	Pflegebedürftigkeit vs. Nicht-Pflegebedürftigkeit	Pflegebedürftigkeit vs. Nicht-Pflegebedürftigkeit	Empfehlung einer Pflegestufe
	Statistische Dokumentation	Als Erstgutachten	Keine Dokumentation in der Pflegestatistik	Als Erstgutachten
Zweiter Schritt	Aktion	Vollständiges Pflegegutachten	Vollständiges Pflegegutachten	
	Gutachterliche Empfehlung	Empfehlung einer Pflegestufe	Empfehlung einer Pflegestufe	
	Statistische Dokumentation	Als Wiederholungsgutachten	Als Erstgutachten	
Ergebnis in der Statistik		Hohe Anteile Pflegestufe I	Hohe Anteile Pflegestufe II und III	Hohe Anteile Pflegestufe II und III

Die erste Version der Bearbeitungslogistik sieht vor, dass der MDK im Krankenhaus/in der Rehabilitationseinrichtung ein Gutachten nach Aktenlage erstellt. Dieses Gutachten prüft, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt; die Empfehlung einer Pflegestufe wird nicht ausgesprochen. Wird der Versicherte in vollstationäre Betreuung verlegt, erstellt der MDK mittels einer körperlichen Befunderhebung ein „vollständiges“ Gutachten. Darin wird neben der Feststellung auf Pflegebedürftigkeit auch eine Pflegestufe der auftraggebenden Pflegekasse empfohlen. Diese Vorgehensweise wird von den meisten MDK praktiziert.

In Version 1 der Auftragsbearbeitung werden von den MDK unterschiedliche Wege der statistischen Verschlüsselung beschrieben (Version 1a bzw. Version 1b). In der Begutachtung nach Aktenlage wird, wie oben ausgeführt, nur geprüft, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt. Wird Pflegebedürftigkeit empfohlen, wird dies als Erstgutachten mit dem Schlüssel für Pflegestufe I codiert. Die nachfolgende „vollständige“ Begutachtung als Befunderhebung im Heim wird dann als Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung codiert und fällt damit nicht in die Statistikführung, da hier nur Erstgutachten einfließen. Dies entspricht der Version 1a der Grafik. MDK mit dieser Vorgehensweise weisen in der Statistik überdurchschnittliche Anteile von Pflegestufe I (für die Empfehlung „Pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“) und unterdurchschnittliche Anteile Pflegestufen II und III aus.

In anderen MDK mit der Auftragsbearbeitung gemäß der Version 1b wird die im Pflegeheim erfolgte Begutachtung des Versicherten als Erstgutachten behandelt. Die vorangegangene Begutachtung per Aktenlage des sich im Krankenhaus/in der Rehabilitationseinrichtung befindenden Versicherten wird dagegen nicht in der Statistik berücksichtigt. In diesen Fällen zeigen sich vergleichsweise hohe Anteile der Pflegestufen II und III.

In der zweiten Version der Auftragsbearbeitung wird im Krankenhaus ein „vollständiges“ Pflegegutachten, einschließlich der Empfehlung einer Pflegestufe, erstellt. Diese Form der Auftragsbearbeitung wird nur von sehr wenigen MDK praktiziert. Sie führt dazu, dass die in der Statistik ausgewiesenen Begutachtungsempfehlungen bei stationären Erstantragstellern ein valides Abbild ihrer Pflegebedürftigkeit, einschließlich der Pflegestufenverteilung, widerspiegelt. Im Ergebnis zeigt sich dies in vergleichsweise hohen Anteilen der Pflegestufen II und III.

Die Ausführungen belegen den Einfluss der Auftragsbearbeitung und Statistikführung auf die Begutachtungsempfehlungen von stationären Erstantragstellern. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die dokumentierten Begutachtungsempfehlungen im stationären Sektor kein

vollständiges und valides Bild über die Pflegebedürftigkeit zeichnen. Es ist davon auszugehen, dass der Anteil von Pflegebedürftigen der Stufen II und III höher als hier ausgewiesen ist. Die Medizinischen Dienste haben sich auf ein einheitliches Dokumentationsverfahren verständigt, das diesen Mangel in der Statistikführung bereinigt.

2.2.4 Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen haben sich in den letzten Jahren neben den Erstbegutachtungen als weiterer Schwerpunktbereich der Medizinischen Dienste für die soziale Pflegeversicherung etabliert. In Erstgutachten wird geprüft, ob der Antragsteller im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig ist und wenn ja, welche Pflegestufe vorliegt. Aus diesen Ergebnissen kann, epidemiologisch ausgedrückt, die Inzidenz, also der Neuzugang in die Pflegebedürftigkeit, ermittelt werden. Mit Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen wird bei Pflegebedürftigen u.a. überprüft, ob die im vorangegangenen Gutachten empfohlene Pflegestufe noch aktuell ist oder ob zwischenzeitlich wesentliche Änderungen des Hilfebedarfes mit Auswirkungen auf die Pflegestufe eingetreten sind. Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen werden dementsprechend nur bei Versicherten durchgeführt, die schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Die Bedeutung dieser Wiederholungsbegutachtungen wird deutlich, wenn man die in einem Jahr durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen in Relation zum Leistungsempfängerbestand des Vorjahres setzt. Man erhält dann den Anteil von Leistungsempfängern, die wiederholt begutachtet worden sind¹. Tabelle 9 zeigt, dass diese „Wiederholungsbegutachtungsquote“ im Jahr 2003 bei 27 v.H. liegt. Über ein Viertel der Leistungsempfänger werden innerhalb eines Jahres ein weiteres Mal begutachtet.

¹ Es handelt sich hierbei um ein statistisches Modell, das von der Annahme ausgeht, dass sich alle Leistungsempfänger zum Jahresende auch noch in der Leistungsempfängerstatistik des darauffolgenden Jahres befinden.

<u>Tabelle 9</u>	
Anteil in v.H. der Höherstufungs- Wiederholungs- begutachtungen zu Leistungsempfängern 2003 "Folgebegutachtungsquote"	
	2003
Leistungsempfänger *	1.839.181
durchgeführte Folgebegutachtungen **	493.577
Folgebegutachtungsquote in v.H.	26,8
* zum 31.12 des Vorjahres. Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung	
** im Jahr	

Das Gros der Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ist darauf zurückzuführen, dass die Pflegebedürftigen eine leistungsrechtlich relevante Zunahme ihres Hilfebedarfs vermuten. Dementsprechend beziehen sich über 95 v.H. aller Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen auf Leistungsempfänger der Pflegestufen I und II. Wiederholungsbegutachtungen von Schwerst-Pflegebedürftigen der Pflegestufe III mit theoretisch denkbarer Höherstufung in die „Pflegestufe III Härtefall“ sind die Ausnahme.

In Tabelle 10 werden die Ergebnisse dieser Begutachtungsart dokumentiert. Die Statistik zeigt, dass Pflegebedürftigkeit in vielen Fällen ein fortschreitender Prozess mit zunehmendem Hilfebedarf ist. In 45 v.H. im ambulanten und in 69 v.H. im stationären Bereich hat sich der Hilfebedarf von Versicherten von Pflegestufe I auf Pflegestufe II erhöht. Diese leistungsrechtlich relevante Zunahme vollzog sich in 34 v.H. bzw. 53 v.H. bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe II.

Die Aussage von der Zunahme des Hilfebedarfs trifft nicht auf Pflegebedürftige der Stufe III zu. Hier wird sogar in knapp 20 v.H. der Fälle die Herabstufung auf Pflegestufe II empfohlen. Dies erfolgt oftmals vor dem Hintergrund, dass eine Pflegeperson für die vollständige Übernahme einer Verrichtung einen geringeren Zeitaufwand benötigt als für die Anleitung, Beaufsichtigung und Unterstützung des Pflegebedürftigen bei der eigenständigen Durchführung. Können vom Pflegebedürftigen bestimmte Verrichtungen wegen Verlust der Selbstpflegekompetenz auch mit Anleitung und Unterstützung nicht mehr eigenständig durchgeführt werden, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen vollständig übernehmen, was in der Konsequenz den Zeitaufwand für die Hilfeleistung aber meist verringert und zur Empfehlung einer niedrigeren Pflegestufe führen kann. Diese Fallkonstellation tritt jedoch selten ein.

Tabelle 10			
Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung 2003			
ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Folge-/Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	46,8	8,0	45,1
Pflegestufe II	54,5	11,1	34,4
Pflegestufe III	81,6	18,4	-
stationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Folge-/Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	29,3	2,0	68,8
Pflegestufe II	42,9	4,1	53,1
Pflegestufe III	77,1	22,9	-

2.2.5 Widerspruchsbegutachtungen

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

Widersprüche können sowohl gegen den Leistungsbescheid bei Erst- als auch bei Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtungen eingelegt werden. Die in Tabelle 11 ausgewiesene Widerspruchsbegutachtungsquote gibt an, in welchem Verhältnis die Zahl der Widerspruchsbegutachtungen zur Zahl der im gleichen Zeitraum durchgeführten Erst- und Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtungen steht. Die Anzahl der Widerspruchsbegutachtungen werden hier in v.H. zur Anzahl aller Erst- und Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtungen gesetzt ².

² Auch handelt es sich hierbei, wie bei der Wiederholungsbegutachtungsquote, um ein statistisches Modell. Das Modell geht hier von der Annahme aus, dass die Erst-, Wiederholungs- und Widerspruchsbegutachtungen in einen Berichtszeitraum fallen.

Tabelle 11		
Anteil in v.H. der Widerspruchsbegutachtungen zu Erst- und Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtungen 2002 und 2003		
"Widerspruchsbegutachtungsquote"		
	2002	2003
Durchgeführte Erst- und Folgebegutachtungen	1.133.899	1.086.491
Widerspruchsbegutachtungen	68.699	58.652
Widerspruchsbegutachtungsquote in v.H.	6,1	5,4

Die Widerspruchsbegutachtungsquote lag im Jahre 2003 bei 5,4 v.H. Sie sank damit im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozentpunkte.

Widersprüche werden insbesondere von 2 Gruppen von Versicherten eingelegt. Der größte Teil der Widerspruchsführer sind begutachtete Menschen, bei denen der Medizinische Dienst der Pflegekasse die Empfehlung „nicht erheblich pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ empfohlen hat. Diese Gruppe macht rund die Hälfte aller Widerspruchsbegutachtungen aus. Weiterhin ist die Widerspruchsquote unter sogenannten Kinderbegutachtungen hoch. Bei Kindern bis zum vollendeten 14. Lebensjahr zählt für die Anerkennung von Pflegebedürftigkeit nicht der gesamte Hilfebedarf, sondern nur der Hilfebedarf, der über den für alle Kinder seiner Altersgruppe typischen Hilfebedarf hinausgeht. Diese Besonderheit bzw. die Auffassung, wie hoch ein alterstypischer Hilfebedarf ist, stößt bei vielen Eltern auf Unverständnis und führt deshalb zu einer vergleichsweise hohen Widerspruchsrate.

In 60 v.H. der ambulanten und in über 45 v.H. der vollstationären Widerspruchsbegutachtungen wird die Empfehlung des Vorgutachtens bestätigt (siehe Tabelle 12). In knapp 40 v.H. im ambulanten und in 55 v.H. im stationären Bereich empfehlen die Gutachter eine höhere Pflegestufe bzw. stellen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes fest.

Bei der Beurteilung dieser Sachverhalte muss berücksichtigt werden, dass zwischen Begutachtung, Leistungsbescheid und Widerspruchsbegutachtung mehrere Wochen vergehen können, in denen ein akuter Vorfall oder eine schnell chronisch verlaufende Erkrankung eine Revision von Teilen des Pflegegutachtens, aufgrund des geänderten Hilfebedarfes, nahe legt.

Tabelle 12			
Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtes mit der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung 2003			
ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
nicht pflegebedürftig	61,2	-	38,8
Pflegestufe I	61,0	2,7	36,3
Pflegestufe II	59,9	2,6	37,5
stationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Folgebegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
nicht pflegebedürftig	46,2	-	53,7
Pflegestufe I	43,9	1,6	54,5
Pflegestufe II	57,6	2,6	39,8

3. Nicht sichergestellte Pflege im Rahmen der häuslichen Pflege

Mit dem SGB XI hat die Qualität der professionellen ambulanten und stationären Pflege eine große öffentliche Aufmerksamkeit erlangt. Im November 2004 hat der MDS erstmals einen zusammenfassenden Bericht über die Ergebnisse der „Qualität in der ambulanten und stationären Pflege“ veröffentlicht, der einen umfassenden Überblick über die Qualität der professionellen Pflege nach dem SGB XI bietet. Aber wie steht es mit der Qualität der Versorgung bei den Versicherten, die ausschließlich Pflegegeld in Anspruch nehmen? An der Versorgung dieser Klientel ist die professionelle Pflege nicht beteiligt. Ein institutionell verankerter Einblick in die Versorgungssituation dieses Personenkreises wird über zwei Ansätze punktuell ermöglicht:

1. Die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (§ 18 SGB XI)
2. Die Beratungsbesuche einer zugelassenen Pflegeeinrichtung (§ 37 Abs. 3 SGB XI).

Während der MDK im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit bei beantragtem Pflegegeld dezidiert Stellung dazu zu nehmen hat, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist und ggf. Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität empfehlen soll, dienen die Beratungsbesuche durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung der Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegfachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden im Versorgungsverlauf.

Folgende gesetzliche Rahmenbedingungen liegen der Thematik zu Grunde:

„Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Pflegebedürftigen helfen, trotz ihres Hilfebedarfes ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen, das der Würde des Menschen entspricht.“ (§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)

„Die Pflegeversicherung soll mit ihren Leistungen vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen, damit die Pflegebedürftigen möglichst lange in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können.“ (§ 3 Abs. 1 Satz 1 SGB XI)

„Nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit haben die Pflegebedürftigen an Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und der aktivierenden Pflege mitzuwirken, um die Pflegebedürftigkeit zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhindern.“ (§ 6 Abs. 2 SGB XI)

„Pflegebedürftige können an Stelle der häuslichen Pflegehilfe ein Pflegegeld beantragen. Der Anspruch setzt voraus, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld dessen Umfang entsprechend die erforderliche Grundpflege und hauswirt-

Pflegebericht des Medizinischen Dienstes - 2003

schaftliche Versorgung in geeigneter Weise selbst sicherstellt. (...)“ (§ 37 Abs. 1 SGB XI)

Nach dem Subsidiaritätsprinzip steht in der vom Gesetz angelegten Leistungskaskade zunächst die Selbstverantwortung der Versicherten für eine gesunde Lebensführung im Vordergrund, um Pflegebedürftigkeit zu vermeiden. Diese Verpflichtung wird unterstützt durch das Angebot aber auch die Mitwirkungspflicht an Maßnahmen der Rehabilitation. Ist Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten, steht die Unterstützung des primären sozialen Sicherungssystems durch das Pflegegeld an erster Stelle. Allerdings ist der Anspruch auf das Pflegegeld an die Bedingung geknüpft, dass der Pflegebedürftige mit dem Pflegegeld die Grundpflege und die hauswirtschaftliche Versorgung in geeigneter Weise sicherstellt.

Das Prinzip, vorrangig die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn zu unterstützen, greift unter den gegebenen Rahmenbedingungen: Die Empfänger von Pflegegeld repräsentieren in der ambulanten Versorgung mit 977.327 die deutlich dominierende Gruppe der Leistungsempfänger.

Tabelle 1				
Leistungsempfänger nach Leistungsart und Pflegestufe 2003				
Leistungsart	Anzahl der Leistungsempfänger			
	Pflegestufen			Gesamt
	Stufe I	Stufe II	Stufe III	
Pflegesachleistung	91.753	57.240	16.687	165.680
Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen	575.304	318.786	83.237	977.327
Kombination von Geld- und Sachleistungen	83.460	85.785	36.077	205.322
Tages- und Nachtpflege	5.309	6.233	1.606	13.148
Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson	2.980	3.892	1.968	8.840
Kurzzeitpflege	3.989	3.476	1.149	8.614
Ambulante Pflege *	762.795	475.412	140.724	1.378.931
Vollstationäre Pflege	171.885	242.778	117.614	532.277
Vollstationäre Pflege in Behindertenheimen	49.009	7.163	4.256	60.428
Stationäre Pflege insgesamt	220.894	249.941	121.870	592.705
Insgesamt	983.689	725.353	262.594	1.971.636
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung				
* Die Empfänger von Tages- und Nachtpflege, häuslicher Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson und von stationärer Pflege in Behindertenheimen können gleichzeitig noch eine weitere Leistung beziehen. Es kann daher zu Mehrfachzählungen kommen.				

Wenn Pflegegeld in Anspruch genommen wird, haben die Pflegebedürftigen regelmäßig (Pflegestufe I und II halbjährlich, Pflegestufe III vierteljährlich) eine Beratung in der eigenen Häuslichkeit durch eine zugelassene Pflegeeinrichtung abzurufen. Diese Beratung dient der

Sicherung der Qualität der häuslichen Pflege und der regelmäßigen Hilfestellung und praktischen pflegefachlichen Unterstützung der häuslich Pflegenden im Versorgungsverlauf. (vgl. § 37 Abs. 2 – 5 SGB XI).

Die Gutachter des Medizinischen Dienstes haben bei der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit in der eigenen Häuslichkeit des Versicherten bei beantragten Geldleistungen grundsätzlich die Frage zu beantworten, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Werden Defizite in der häuslichen Pflege festgestellt, sind diese zu begründen. Eine der weitgehendsten Formen nicht sichergestellter Pflege sind Misshandlungen des Versicherten. Wenn entsprechende Anzeichen vorliegen, sind diese im Gutachten festzuhalten.

Bei der Frage, ob die Pflege sichergestellt ist, hat der Gutachter sich zu orientieren:

- an der Situation des Pflegebedürftigen
- an den Belastungen und der Belastbarkeit der Pflegeperson
- am sozialen Umfeld der konkreten Pflegesituation
- an der Wohnsituation des Antragstellers einschließlich möglicher wohnumfeldverbessernder Maßnahmen.

Der Gutachter hat sich dabei vor Augen zu führen, dass er in diesem Punkt häufig tiefgreifend in familiäre Strukturen eingreift. Grundsätzlich hat die häusliche Pflege Vorrang vor jeglicher stationären Pflege. Dieser Vorrang hat dort seine Grenzen, wo, bedingt durch die familiären und sozialen Verhältnisse, eine angemessene Versorgung und Betreuung im häuslichen Bereich nicht sichergestellt ist. Dabei ist allerdings zunächst zu prüfen, ob auch nach Realisierung geeigneter Hilfen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, technische Hilfsmittel, rehabilitative Angebote) die Pflege nicht sichergestellt werden kann. Ist dies der Fall, so ist darauf hinzuwirken, dass professionelle häusliche Pflege in Anspruch genommen wird. Dies kann in Form der Kombination von Geld- und Sachleistungen oder durch alleinige Sachleistung geschehen. Der Pflegebedürftige kann sich dabei auch für teilstationäre oder vollstationäre Pflege entscheiden.

Da die Feststellung nicht sichergestellter Pflege weit reichende Konsequenzen für den Pflegebedürftigen in Form des Entzugs der gewohnten Geldleistungen und für die Pflegeperson in Form versagter Rentenversicherungsansprüche haben, gehen die Gutachter mit dieser Feststellung behutsam um (vgl. Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI Buch des Sozialgesetzbuches, in der Fassung vom 22.08.2001, S. 57 f.).

Die Information darüber, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist, liegt im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit nur dann vor, wenn eine Pflegestufe durch den MDK empfohlen worden ist. Über die Antragsteller, bei denen keine Pflegestufe empfohlen werden konnte, weist die Statistik nicht aus, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Aus diesem Grunde wird für die folgenden deskriptiven Vergleiche stets mit der Grundgesamtheit der Versicherten verglichen, die einen Antrag auf Leistungen der häuslichen Pflege gestellt haben und bei denen eine Pflegestufe empfohlen wurde. Für den Berichtszeitraum 2003 handelt es sich dabei um über 330.000 Antragsteller. Von diesen Antragstellern wurde in 5.250 Fällen festgestellt, dass die Pflege nicht sichergestellt ist. Der Anteil der Pflegesituationen, bei denen die Gutachter des MDK zu der Auffassung gelangten, dass die Pflege nicht sichergestellt ist, rangiert demnach bei 1,6 v.H. der Antragsteller auf Leistungen in der häuslichen Pflege. Demnach ist die Pflege bei gut 98 v.H. der Antragsteller auf Leistungen in der häuslichen Pflege sichergestellt.

Die Gutachter des MDK stellten die nicht sichergestellte Pflege überproportional häufig bei Versicherten fest, bei denen Pflegestufe I empfohlen wurde. Der Anteil der Empfehlungen für die Pflegestufe I lag bei knapp 84 v.H., während der Anteil bei allen Antragstellern auf häusliche Pflegeleistungen mit knapp 70 v.H. um 14 v.H. geringer ausfiel (siehe Tabelle 2). Dies deutet darauf hin, dass die nicht sichergestellte Pflege im Verlauf und bei höheren Pflegestufen schneller eine stationäre Pflege erforderlich machen und dass die beteiligten Akteure (Angehörige, behandelnde Ärzte, Krankenhäuser etc.) den Weg in die stationäre Pflege bei höheren Pflegestufen aus diesem Grunde eher anbahnen.

Tabelle 2		
Pflegestufenempfehlungen in v.H. bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sichergestellter häuslicher Pflege		
Pflegestufenempfehlung	Nicht sichergestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
Pflegestufe I	83,9	69,5
Pflegestufe II	14,4	24,9
Pflegestufe III	1,7	5,6
Gesamt (N=)	5.254	327.914

Tabelle 3 zeigt, dass der Anteil von Frauen in der Gruppe der Personen, bei denen eine nicht sichergestellte Pflege festgestellt wird, mit 69 v.H. um 8 v.H. höher als bei der Grundgesamtheit der Antragsteller auf Leistungen in der häuslichen Pflege ist. Dies lässt sich damit erklären, dass die traditionellen Partnerschaften und Ehen dominiert werden von Paaren, bei de-

nen der Mann älter ist als die Frau. Dieses Partnerschaftsmuster, gekoppelt mit der geringeren Lebenserwartung von Männern führt dazu, dass eine in der Wohnung des Antragstellers lebende Pflegeperson bei pflegebedürftigen Frauen häufiger nicht vorhanden ist.

Tabelle 3		
Geschlechtsverteilung in v.H. von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
	Nicht sicher-gestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
Männer	30,7	39,1
Frauen	69,3	60,1
Gesamt (N=)	5.254	327.914

Darüber hinaus bietet das traditionell geprägte Rollenbild einen ergänzenden Erklärungsansatz. „Pflege“ als personelle Hilfe in der Familie wird demnach meist als weibliche Aufgabe gesehen. Männer sind, wenn sie als Pflegeperson zur Verfügung stehen, ggf. schneller mit der Belastungssituation überfordert oder der Pflegesituation weniger gewachsen.

Auch eine altersassoziierte Abhängigkeit lässt sich aus den vorliegenden Daten (siehe Tabelle 4) ablesen. Die Gruppe der alten und hochaltrigen Antragsteller (über 80 Jahre) ist bei den Personen mit einer nicht sichergestellten Pflege mit ca. 54 v.H. um 10 v.H. stärker repräsentiert als in der Grundgesamtheit.

Tabelle 4		
Altersverteilung in v.H. von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
Altersgruppen in Jahren	Nicht sicher-gestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
bis 80 Jahre	46,1	56,2
81 Jahre u. älter	53,9	43,8
Gesamt (N=)	5.254	327.914

Zu erwarten ist, dass die Pflegesituation von Personen mit beantragtem Pflegegeld relativ fragil ist, wenn keine Pflegeperson im Haushalt wohnt, die die pflegerische Versorgung und Betreuung gewährleisten kann. Es zeigt sich, dass der Anteil der Personen, bei denen die

Pflege als nicht sichergestellt identifiziert worden ist und die allein leben mit 57 v.H. mit 16 v.H. deutlich höher als in der Grundgesamtheit ist. Die Wohnsituation hat damit einen entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Pflegesituation dekompenziert oder stabil ist.

Tabelle 5		
Wohnsituation in v.H. von Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
Pflegerelevante Wohnsituation	Nicht sicher-gestellte häus-liche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantrag-steller in v.H.
alleinlebend	56,7	40,9
zusammenlebend	43,3	59,1
Gesamt (N=)	5.254	327.914

Neben der Wohnform kristallisiert sich die pflegebegründende Diagnose als ein weiteres Charakteristikum für Pflegesituationen heraus, bei denen die Pflege nicht sichergestellt ist. Auf dem ersten Rang liegen Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen, darunter fallen u.a. Demenzerkrankungen, Suchterkrankungen, Depressionen und sonstige psychische Krankheiten (Siehe Tabelle 6). Im Vergleich mit der Grundgesamtheit der Antragsteller auf Leistungen der häuslichen Pflege liegt eine Krankheit aus dieser Diagnosegruppe mit über 30 v.H. doppelt so häufig vor wie in der Grundgesamtheit. In der Grundgesamtheit steht die Diagnosegruppe der Krankheiten des Kreislaufsystems im Vordergrund.

Tabelle 6		
Pflegebegründende Diagnosen in v.H. bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
Pflegebegründende Diagnosen (Auswahl)	Nicht sicher-gestellte häus-liche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantrag-steller in v.H.
Krankheiten der Psyche und Verhaltensstörungen	30,3	16,2
Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (a.a. Senilität)	17,9	16,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	13,6	18,2

Beim Hilfebedarf bei den im Gesetz genannten Aktivitäten des täglichen Lebens zeigen sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Personen mit einer nicht sichergestellten Pflege und der Grundgesamtheit der Antragsteller auf häusliche Pflege. Dies deutet darauf hin,

dass nicht der Umfang des Hilfebedarfes und die einzelnen Aktivitäten des täglichen Lebens als Begründung für die nicht sichergestellte Pflege herangezogen werden können, sondern dass Kontextfaktoren die Feststellung einer nicht sichergestellten Pflege begründen.

Mit den im Vordergrund stehenden pflegebegründenden Diagnosen aus dem Bereich der psychischen Krankheiten und Verhaltensstörungen korrespondiert, dass diese Gesundheitsstörungen und Krankheiten auch maßgeblich die Pflegebedürftigkeit der Personen begründen, bei denen die Pflege nicht sichergestellt ist. Während die Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates, der inneren Organe und der Sinnesorgane als Einflussgrößen für die Pflegebedürftigkeit und den Grad der Selbständigkeit weitgehend unterrepräsentiert sind, führen die Krankheiten des Nervensystems und der Psyche zu einem geringeren Selbständigkeitsgrad in den Bereichen Bewegen, Waschen und Kleiden, Ernähren und Ausscheiden. Durchweg resultieren aus den Krankheiten des Nervensystems und der Psyche geringere Selbständigkeitsgrade in den genannten Bereichen. Die Unterschiede liegen jeweils bei etwa 4 – 8 v.H. (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7		
Anteil keiner pflegerelevanten Fähigkeitsstörungen bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sichergestellter häuslicher Pflege <u>und Pflegestufe I</u>		
Auswirkungen des Nervensystems und der Psyche auf die Aktivitäten des täglichen Lebens	Nicht sichergestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
keine pflegerelevanten Fähigkeitsstörungen bei:		
Bewegen	44,8	49,3
Waschen/Kleiden	36,1	44,7
Ernähren	43,9	52,1
Ausscheiden	48,4	55,4

Weiterhin zeigt sich, dass die für das Screening von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz relevanten Items bei Personen mit nicht sichergestellter Pflege deutlich seltener unauffällig sind als in der Grundgesamtheit. Die Unterschiede betragen meist mehr als 10 v.H..

Tabelle 8		
Anteil unauffälliger Kriterien in v.H. bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
Anteil unauffälliger Kriterien	Nicht sicher-gestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
Orientierung	54,7	67,1
Antrieb/Beschäftigung	45,5	56,7
Stimmung	55,0	64,8
Gedächtnis	44,0	56,0
Tag-/Nachtrhythmus	69,2	76,3
Wahrnehmung und Denken	48,9	62,3
Kommunikation / Sprache	59,6	69,4
Situatives Anpassen	45,7	59,2
Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen	40,4	51,4

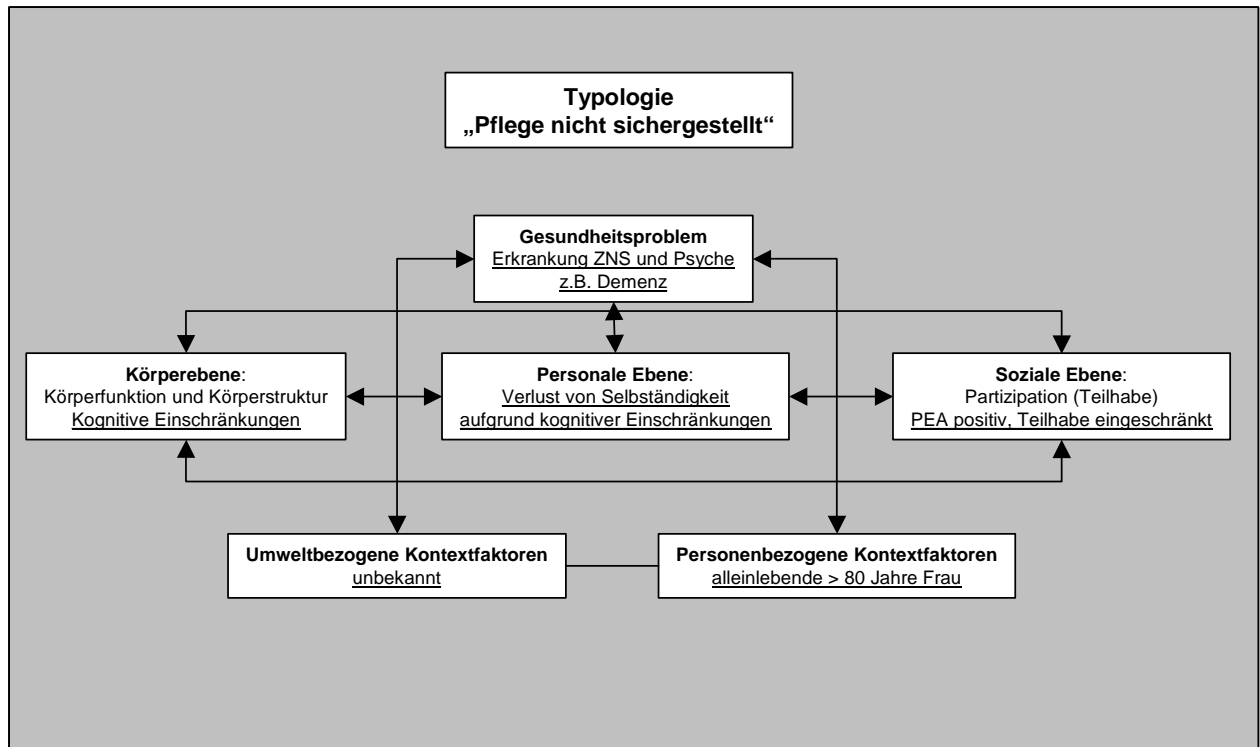
Demzufolge sind deutlich häufiger Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in einer Pflegesituation anzutreffen, in der die Pflege nicht sichergestellt ist. Dies deutet darauf hin, dass unabhängig von vorhandenen Pflegepersonen – entweder durch Überlastung der Pflegeperson oder durch Überforderung des Pflegebedürftigen in der Alltagssituation des häuslichen Umfeldes - ohne professionelle Hilfen eine angemessene Lebensführung erschwert wird.

Wenn die Gutachter die Frage beantworten, ob die Pflege sichergestellt ist, haben sie zunächst zu überprüfen, ob durch geeigneter Hilfen (wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, Pflegehilfsmittel und Hilfsmittel, technische Hilfsmittel, rehabilitative Angebote) die Pflege sichergestellt werden kann. Möglichkeiten zur Abstellung oder Linderung der problematischen Pflegesituation bei nicht sichergestellter Pflege scheinen die Gutachter in den verschiedenen therapeutischen Optionen sowie in der technischen Versorgung und Hilfsmittelausstattung zu sehen. Empfehlungen spielen bei den Personen mit einer nicht sichergestellten Pflege eine deutlich größere Rolle, wie die Tabelle eindrücklich belegt. Dabei werden offensichtlich Lösungswege insbesondere in der Hilfsmittelausstattung gesehen.

<u>Tabelle 8</u>		
Empfehlungen an die Pflegekasse in v.H. bei Erstantragstellern auf ambulante Leistungen und bei nicht sicher-gestellter häuslicher Pflege		
Empfehlungen an die Pflegekasse	Nicht sicher-gestellte häusliche Pflege in v.H.	Alle ambulanten Erstantragsteller in v.H.
Hilfsmittel-/Pflegehilfsmittel-versorgung	60,4	32,9
Krankengymnastik	14,3	11,0
technische Hilfen und bauliche Maßnahmen	9,0	6,3
Sonstiges	9,0	2,5
Rehabilitationsmaßnahmen	3,8	2,9
Ergotherapie	2,1	2,0
Logopädie	1,3	1,4

Wie in Tabelle 8 dokumentiert, liegen die Anteile der Empfehlungen hier mit über 60 v.H. fast doppelt so hoch wie im Kollektiv der Grundgesamtheit. Auch sind die sonstigen (nicht näher bezeichneten) Maßnahmen deutlich stärker vertreten.

Unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Daten kann eine Typologie der Versicherten vorgenommen werden, bei denen die Pflege nicht sichergestellt ist. Es handelt sich dabei häufig um über 80jährige alleinstehende Frauen mit einer demenziellen oder einer anderen Erkrankung des Nervensystems oder der Psyche, mit einem der Pflegstufe I entsprechenden Hilfebedarf.



Derzeit ist der Anteil der Antragsteller, bei denen die Gutachter des MDK eine nicht sichergestellte Pflege feststellen mit einem Anteil von 1,6 v.H. aller Antragsteller in der häuslichen Pflege relativ gering. Auf der Basis der Daten kann allerdings nicht beurteilt werden, wie hoch dieser Anteil bei den Personen ist, die noch keine Pflegebedürftigkeit nach den Kriterien des SGB XI aufweisen, bei denen aber schon ein Hilfebedarf unterhalb der erheblichen Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Die weitere Reduzierung der Pflegesituationen, in denen die Pflege nicht sichergestellt ist, kann durch verschiedenen Ansätze unterstützt werden. So werden derzeit im Rahmen von § 8 Abs. 3 SGB XI modellhaft neue Versorgungs- und Wohnformen untersucht. Erprobt werden quartiersbezogene Wohn- und Hausgemeinschaften, in denen Pflegebedürftige einerseits ein möglichst selbstständiges Leben weiterführen können und in denen andererseits die Wohnortnähe und damit die Einbindung in das soziale Netzwerk weiterhin besser als in stationären Versorgungsformen erhalten werden kann. Von diesen Modellprojekten verspricht man sich u.a., der durch Belastung der Pflegepersonen und der Familien verursachten Dekompensation von Pflegesituationen frühzeitig entgegen steuern zu können. Ob die in die Projekte gesetzten Erwartungen erfüllt werden können, bleibt abzuwarten. Schließlich könnte ein Ausbau niedrigschwelliger Angebote helfen, die Pflegebereitschaft und die Pflegefähigkeit pflegender Angehöriger zu erhöhen.

4. Geschlechtsspezifische Unterschiede von Pflegebedürftigkeit

Zum Basiswissen der demographischen Struktur von Pflegebedürftigkeit zählt deren Altersabhängigkeit. Der Anteil von Pflegebedürftigen an der Bevölkerung nimmt mit steigendem Alter zu. Vergleichsweise selten sind dagegen Untersuchungen zu geschlechtsspezifischen Differenzen. Die Zahlen sprechen indes eine deutliche Sprache. Wie Tabelle 1 ausweist, waren zum Jahresende 2003 mit 1,28 Mio. doppelt so viele Frauen wie Männer pflegebedürftig. Der Überhang beginnt in der Altersgruppe der 66-80 Jährigen; bei den Hochbetagten im Alter von über 90 Jahren beträgt das Verhältnis der pflegebedürftigen Frauen zu den Männern sogar 6:1.

Tabelle 1		
Leistungsempfänger der Sozialen Pflegeversicherung 2003		
Altersgruppen in Jahren	Männer Anzahl	Frauen Anzahl
bis 19	53.136	39.266
20-65	173.556	151.704
66-80	213.198	313.316
81-90	129.718	504.279
91 und älter	44.992	270.034
Gesamt	614.600	1.278.599
Quelle: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung		

Der Medizinische Dienst begutachtet jeden Antragsteller auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungs-Gesetz danach, ob er pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes ist. Die Ursache für die oben festgestellten geschlechtsspezifischen Differenzen müssen sich demnach auch in der Begutachtungsstatistik der MDK finden. Die Ergebnisse bestätigen diese Vermutung. Wie Tabelle 2 zeigt, wurden im Jahre 2003 rund 210.000 Männer, aber mit 380.000 fast doppelt so viele Frauen erstmals zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit begutachtet. In der Gruppe der Hochaltrigen ist diese Spanne sogar noch breiter. Fast 200.000 Frauen über 80 Jahre stehen hier knapp 65.000 gleichaltrige Männern gegenüber.

Die detaillierte Aufstellung nach Pflegestufen in Tabelle 2 weist noch in andere Richtungen. Der Medizinische Dienst stellt bei Frauen im Vergleich zu den Männern in höherem Maße keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes fest. Zudem wird bei Männern häufiger ein Hilfebedarf der Pflegestufen II und III konstatiert. Diese Befunde gelten sowohl für alle Erst-antragsteller, als auch für ältere und hochbetagte Personen.

<u>Tabelle 2</u>		
Begutachtungsempfehlungen in v.H. nach Geschlecht bei Erstantragstellern, 2003		
Alle Erstantragsteller		
Begutachtungsempfehlungen	Männer in v.H.	Frauen in v.H.
Nicht pflegebedürftig	25,9	32,1
Pflegestufe I	44,6	47,3
Pflegestufe II	23,5	17,2
Pflegestufe III	6,0	3,3
Gesamt (100%=)	207.315	381.110
Erstantragsteller 81 Jahre und älter		
Begutachtungsempfehlungen	Männer in v.H.	Frauen in v.H.
Nicht pflegebedürftig	21,8	29,1
Pflegestufe I	50,3	51,2
Pflegestufe II	23,5	17,2
Pflegestufe III	4,3	2,6
Gesamt (100%=)	63.897	196.509

Die Ergebnisse lassen sich bislang wie folgt zusammenfassen:

1. Die Anzahl pflegebedürftiger älterer und hochbetagter Frauen, die Leistungen nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz erhalten, liegt über der der Männer.
2. Unter den Antragstellern, die erstmalig Leistungen nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz beantragen, sind mehr Frauen als Männer. Dieser Sachverhalt bezieht sich ebenfalls auf die Gruppe der alten und hochbetagten Versicherten.
3. In den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes werden Frauen im Vergleich zu den Männern häufiger als „nicht pflegebedürftig“ begutachtet.
4. In den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes werden bei Männern häufiger die Pflegestufen II und III empfohlen.

Die letzten beiden Punkte werden u.a. dahingehend interpretiert, dass „älteren Frauen tendenziell im Rahmen der Begutachtungen zur Pflegebedürftigkeit ein geringerer Hilfebedarf zugesprochen wird...“ (Simon, 2003, S.37). Er begründet dies damit, dass die Teilnehmer des „sozialen Interaktionsprozesses“ der Begutachtung, also der Gutachter des MDK und der Versicherte, vielfältigen soziokulturellen Einflüssen ausgesetzt sind, die unmittelbar in das Ergebnis der Pflegebegutachtung einfließen (Simon, 2003, S. 36).

Diese behauptete Benachteiligung von älteren Frauen wird schon allein durch deren hohe Zahl in der Leistungsempfänger- und der Begutachtungsstatistik widerlegt. Der Medizinische Dienst begutachtet viele ältere Frauen und attestiert ihnen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes, was sich in ihrer hohen Zahl im Leistungsempfängerbestand zeigt.

Letztendlich kann damit festgehalten werden, dass die Aussage einer „systematischen Benachteiligung“ von Frauen, zumal von älteren Frauen, (M. Simon, 2004, S.227) in den Begutachtungen des Medizinischen Dienstes nicht haltbar ist. Die in soziologischer Tradition stehende Argumentation, die von einer „soziokulturellen Determiniertheit sozialer Interaktionsprozesse“ spricht, dünkt sich all zu oft in ihrer Allerweltsaussage weise.

Die Interpretation von Pflegestatistiken auf Grundlage der Aneinanderreihung von Häufigkeitszahlen schränkt den Erkenntnisgewinn und die Aussagekraft erheblich ein. Sinnvoll wäre hier der Bezug auf Bevölkerungszahlen gewesen. Aus der Epidemiologie sind dafür die Kennziffern der Prävalenz, also der Anteil des Vorkommens eines Merkmals in der Bevölkerung (z.B. der Pflegebedürftigkeit) und der Inzidenz, das ist der Anteil von Personen, die in einem Berichtszeitraum erstmals zum Bestand hinzukommen (Erstantragsteller mit Begutachtungsempfehlung „pflegebedürftig“), bekannt. Diese beiden Kennziffern sind allgemein akzeptierte und eingesetzte Indizes in der wissenschaftlichen Forschung.

Werden die Begutachtungsstatistiken ebenso wie die Statistiken der Leistungsempfänger auf Bevölkerungszahlen bezogen, zeigen sich analoge und interpretierbare Ergebnisse in Inzidenz und Prävalenz (siehe Tabelle 3). Ältere Frauen stellen im Vergleich zu den gleichaltrigen Männern häufiger einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit (Erstantragstellerinzidenz) und erhalten häufiger erstmals Leistungen der Pflegeversicherung (Inzidenz von Pflegebedürftigkeit). Dementsprechend liegt auch die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in den höheren Altersgruppen bei Frauen deutlich über der der Männer.

1. Ältere Frauen sind im Vergleich zu gleichaltrigen Männer häufiger pflegebedürftig (Prävalenz),
weil
2. mehr ältere Frauen innerhalb eines Jahres erstmalig pflegebedürftig werden (Inzidenz).

Tabelle 3						
Erstantragstellerinzidenz, Inzidenz von Pflegebedürftigkeit und Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in v. Tsd. nach Alter und Geschlecht, 2003						
Altersgruppen in Jahren	Erstantrags- stellerinzidenz in v. Tsd.		Inzidenz von Pflegebedürftigkeit in v. Tsd.		Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in v. Tsd.	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
bis 19	0,94	0,68	0,57	0,40	6,13	4,77
20-65	1,77	1,56	1,16	0,98	6,75	6,05
66-80	18,69	23,16	14,34	14,98	42,29	49,18
81-90	77,06	104,02	59,58	72,20	160,03	247,25
91 und älter	124,92	191,12	103,48	153,26	330,64	584,30
Gesamt	5,22	9,32	3,87	6,32	15,23	30,32
Eigene Berechnungen. Quellen: Statistisches Bundesamt, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung						

Trotzdem bleiben Fragen offen, die allerdings in eine andere Richtung gehen. Es muss geklärt werden, weshalb ältere Frauen im Vergleich zu den gleichaltrigen Männern deutlich häufiger einen Antrag auf Pflegebedürftigkeit stellen und weshalb sie in der Prävalenz und Inzidenz deutlich häufiger pflegebedürftig sind.

Schon im Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2001/2002 wurde diese Thematik behandelt (MDS 2003, S. 36 ff.). Ausgangspunkt der Argumentation war der Befund, dass ältere Frauen in der Mehrzahl alleine leben. Aus den Daten des Mikrozensus 2001 ist bekannt, dass 23,5 v.H. der 80-85 jährigen Männer alleine leben, dagegen aber 70,2 v.H. der gleichaltrigen Frauen. Dafür sind 2 Faktoren ausschlaggebend. Zum einen macht sich hier die durchschnittlich höhere Lebenserwartung von Frauen bemerkbar, zum zweiten der Sachverhalt, dass die Altersgruppe der über 80-Jährigen der Kriegsgeneration zuzurechnen ist. Aus diesen Gründen gibt es mehr ältere und hochbetagte Frauen als Männer.

Wenn Gutachter des Medizinischen Dienstes Menschen dieser Altersgruppen begutachten treffen sie deshalb in der Mehrzahl auf zwei soziodemographische Gruppen:

1. Alleinlebende ältere Frauen.
2. Mit ihrer Ehefrau zusammenlebende ältere Männer.

Zusammenlebende Menschen teilen sich die Aufgaben der Alltagsbewältigung. Gegenseitige Unterstützung ist Kennzeichen dieser Lebensform. Alleinlebenden Menschen eröffnet sich diese Möglichkeit in der Regel nicht. Die Probleme des Alltags müssen von ihnen in Eigenregie gelöst werden. Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit werden in diesem sozialen Kontext schon ab einem vergleichsweise geringen Grad als Gefühl der Hilflosigkeit und Hil-

febedürftigkeit empfunden. Aus Berichten von Gutachtern ist bekannt, dass in diesen Fällen schon ein erhöhter hauswirtschaftlicher Hilfebedarf zur Antragstellung führt. Wenn darüber hinaus jedoch kein ausreichender Hilfebedarf in der Grundpflege festgestellt wird, muss der Gutachter entsprechend den Vorschriften des Gesetzes und den Begutachtungs-Richtlinien der auftraggebenden Pflegekasse „nicht pflegebedürftig“ im Sinnes des SGB XI empfehlen. Diese Sachverhalte begründen einerseits die hohe Antragstellerinzidenz von älteren Frauen, auf der anderen Seite jedoch auch deren höhere Ablehnungsquote.

Bei Personen, die mit ihrem Ehepartner oder einer anderen Person zusammen leben, ist diese Aufmerksamkeitsschwelle zurückgestellt. Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit können hier bis zu einem bestimmten Grad gegenseitig kompensiert werden. Dies trifft zumal für die klassische Partnerbeziehung zu, in der die Ehefrau „schon immer“ ihren Ehemann in vielen Bereichen der hauswirtschaftlichen und grundpflegerischen Versorgung unterstützt, bzw. ihn von diesen Arbeiten entbunden hat. Aus diesen Gründen liegt die Inzidenz bei den (zusammenlebenden) älteren Männern deutlich unter derjenigen der gleichaltrigen Frauen.

Schon in den Analysen des Pflegeberichtes des Medizinischen Dienstes 2001/2002 wurde berichtet, dass ältere Frauen besonders häufig mit einem Hilfebedarf ihre Pflegekarriere beginnen, der den gesetzlichen Vorgaben der Pflegestufe I entspricht (MDS 2003, S. 38 ff.). Ältere Männer hingegen werden häufiger mit einem Hilfebedarf der Pflegestufen II und III erstmals pflegebedürftig. Dieser Befund unterstützt die obigen Ausführungen. Die Schwelle, die zur Antragstellung von zusammenlebenden Versicherten führt, wird oftmals erst dann überschritten, wenn der Hilfebedarf bei der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität die physische und psychische Belastbarkeit des pflegenden Ehepartners oder der pflegenden Tochter übersteigt.

„Pflegebedürftigkeit ist nicht monokausal auf medizinische Faktoren zurückzuführen. Da das Verfahren zum Zugang zu Leistungen aus dem Pflegeversicherungs-Gesetz per Antragstellung eingeleitet wird, ist die sozial begründete Motivationslage der Antragstellung der sozialmedizinischen Prüfung zeitlich vorangestellt. Pointiert ausgedrückt, überprüft der Medizinische Dienst mittels gesetzlicher Kriterien auch den subjektiv empfundenen Tatbestand der Hilfebedürftigkeit.“ (MDS 2003, S. 40) .

Simon ist deshalb zumindest teilweise zuzustimmen, dass die Daten der Pflegeversicherung nicht für epidemiologische Zwecke geeignet sind (Simon, 2004, S. 218). In der Tat berichten Prävalenz und Inzidenz von Pflegebedürftigkeit nicht über das „wahre“ Ausmaß in der bundesdeutschen Bevölkerung. Dazu wäre ein jährlich durchzuführendes bundesweites Screening bei über 80 Mio. Menschen notwendig. Die Daten aus der Begutachtungstätigkeit des Medizinischen Dienstes berichten allerdings über die soziale, medizinische und pflegerische

Situation von antragstellenden Menschen. Insofern steht ihr epidemiologischer Verwertungszusammenhang außer Frage.

5. Pflegebedürftige im Alter zwischen 40 und 60 Jahren

5.1 Fragestellung

Eine Altersgrenze, ab der erst Leistungen aus dem SGB XI bezogen werden können, kennt das Pflegeversicherungs-Gesetz in Deutschland nicht. Anders als z. B. in Japan, in dem der Leistungsbezug an das Erreichen des 65. Lebensjahres geknüpft ist, ist im SGB XI das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Lebensalter.

Gemeinhin werden die Leistungsbezieher aus der Pflegeversicherung assoziiert mit Hochaltigkeit, Frauenüberhang und Multimorbidität. Die Leistungsempfängerstatistik des Jahres 2003 bestätigt diese Einschätzung. Über 50 v.H. der Pflegebedürftigen sind 80 Jahre und älter und zwei Drittel sind Frauen. Diese Zahlen wenden allerdings den Blick von anderen Bevölkerungsgruppen ab, die ebenfalls einen erheblichen Hilfebedarf aufweisen. Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI ist nicht zwangsläufig mit einem hohen Lebensalter verknüpft, sondern kann sowohl bei Kindern als auch bei Personen im erwerbsfähigen Alter auftreten. Dieser Aspekt wird in der öffentlichen Diskussion und gerade auch bei der Frage nach der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung nur am Rande wahrgenommen.

Der nachfolgende Text befasst sich schwerpunktmäßig mit der Gruppe der Pflegebedürftigen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Die Leistungsempfängerstatistik weist aus, dass zum Jahresende 2003 150.000 Versicherte dieser Altersklasse pflegebedürftig waren. Anteilig stellen sie 7,7 v.H. aller Pflegebedürftigen.

5.2 Demographische Beschreibung

In Tabelle 1 ist die Anzahl der begutachteten Erstantragsteller nach Geschlecht und Altersgruppen abgebildet. Insgesamt wurden im Jahr 2003 knapp 600.000 Erstantragsteller begutachtet. Davon waren 7,3 v.H. im Alter zwischen 40 und 60 Jahren. Diese Altersgruppe stellt demnach anteilig – wie in der Leistungsempfängerstatistik - nur eine vergleichsweise kleine Gruppe unter den jährlich begutachteten Personen dar.

Ein Vergleich mit allen Erstantragstellern zeigt, dass diese Altersgruppe mit 85,6 v.H. im Vergleich zu allen Begutachteten etwas häufiger ambulante Leistungen beantragt. Der Männeranteil beträgt im ambulanten Bereich 51,3 v. H. und im vollstationären Bereich 64,5 v. H.

Diese geschlechtsspezifischen Ergebnisse stehen im deutlichen Gegensatz zur Gesamtgruppe der Erstantragsteller, bei der der Frauenanteil (ambulant 63,9 v. H., stationär 68,8 v. H.) deutlich überwiegt.

Tabelle 1				
Erstantragsteller insgesamt und im Alter zwischen 40 und 60 Jahren nach Geschlecht und beantragter Leistungsart				
	Erstantragsteller		Erstantragsteller zwischen 40 und 60 Jahren	
	Anzahl	in v.H.	Anzahl	in v.H.
ambulant	487.164	82,8	36.902	85,6
davon:				
Männer	175.749	36,1	18.923	51,3
Frauen	311.415	63,9	17.979	48,7
stationär	101.261	17,2	6.231	14,4
davon:				
Männer	31.566	31,2	4.019	64,5
Frauen	69.695	68,8	2.212	35,5
Gesamt	588.425		43.133	

Ein weiteres charakteristisches Merkmal dieser Altersgruppe ist ihre pflegerelevante Wohnsituation und damit ein Aspekt ihrer pflegerischen Versorgung. Neben dem hohen Anteil von Versicherten in dieser Altersgruppe, die in ihrer häuslichen Umgebung versorgt werden, sticht zusätzlich die hohe Zahl von zusammenlebenden Personen hervor. Über zwei Drittel leben mit ihrer Pflegeperson zusammen in einem Haushalt. Das lässt darauf schließen, dass ein Großteil dieses Personenkreises verheiratet ist und vom Ehepartner pflegerisch versorgt wird.

5.2 Begutachtungsempfehlungen

In Tabelle 2 sind die Begutachtungsempfehlungen von Erstantragstellern auf ambulante und stationäre Leistungen insgesamt und von der Personengruppe der 40 bis 60-Jährigen dokumentiert. Bei allen Erstantragstellern stellten die Gutachter des Medizinischen Dienstes in 29,9 v.H. „nicht pflegebedürftig“ im Sinne des Gesetzes fest. In 46,4 v.H. empfahlen sie Pflegestufe I, in 19,4 v.H. Pflegestufe II und in 4,3 v.H. Pflegestufe III. Im Vergleich dazu wurde in der Gruppe der 40 bis 60-Jährigen mit anteilig 37,1 v.H. häufiger keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes festgestellt. Auf der anderen Seite liegt die Quote der Empfehlung Pflegestufe III fast doppelt so hoch.

Dieser Befund eröffnet die Frage nach der „Schwere“ von Pflegebedürftigkeit in beiden Gruppen. In der 2. Statistikabbildung der Tabelle 2 wurden dazu die Begutachtungsempfehlungen nur auf die Personenkreise bezogen, bei denen der Medizinische Dienst eine erhebliche Pflegebedürftigkeit festgestellt hat.

Tabelle 2		
Erstantragsteller insgesamt und mit Empfehlung "pflegebedürftig" in v.H. nach Begutachtungsempfehlung, 2003		
Alle Erstantragsteller		
Begutachtungsempfehlungen	Erstantragsteller Gesamt	Erstantragsteller zwischen 40 und 60 Jahren
	in v.H.	in v.H.
Nicht pflegebedürftig	29,9	37,1
Pflegestufe I	46,4	36,1
Pflegestufe II	19,4	19,3
Pflegestufe III	4,3	7,5
Erstantragsteller mit Empfehlung "pflegebedürftig"		
Begutachtungsempfehlungen	Erstantragsteller Gesamt	Erstantragsteller zwischen 40 und 60 Jahren
	in v.H.	in v.H.
Pflegestufe I	66,2	57,4
Pflegestufe II	27,7	30,7
Pflegestufe III	6,1	11,9

Danach weisen 66,2 v.H. aller Erstantragsteller einen Hilfebedarf auf, der den gesetzlichen Kriterien der Pflegestufe I entspricht. In 27,7 v.H. wird Pflegestufe II und in 6,1 v.H. Pflegestufe III empfohlen. In der Gruppe der 40-60-Jährigen werden dagegen vergleichsweise häufiger die hohen Pflegestufen II und III festgestellt.

Diese Ergebnisse zeigen, dass viele der 40 bis 60-Jährigen nicht im Sinne des Gesetzes pflegebedürftig sind. Liegt jedoch Pflegebedürftigkeit vor, äußert sich diese in einem hohen Hilfebedarf, der leistungsrechtlich den Pflegestufen II und III entspricht.

5.3 Pflegebegründende Diagnosen

Erkrankungen des Kreislaufsystem (18,1 v.H.), psychische und Verhaltensstörungen (17,2 v.H.), Symptome und abnorme klinische Laborbefunde (16,2 v.H.) – darunter insbesondere

Senilität –und Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (14,8 v.H.) sind die häufigsten Krankheitsbilder bei der Gesamtheit von Erstantragstellern auf ambulante und stationäre Leistungen. Erstantragsteller im Alter zwischen 40 und 60 weisen ein anderes Krankheitsspektrum auf. Fast ein Viertel dieses Personenkreises leidet an Krebs (23,0 v.H.). In der Häufigkeit folgen dann psychische und Verhaltensstörungen (17,9 v.H.), Krankheiten des Kreislaufsystem (14,7 v.H.) und Krankheiten des Nervensystems (14,5 v.H.). Krebserkrankungen und Krankheiten, die dem psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreis zuzurechnen sind, bilden somit das Gros der Krankheiten von Erstantragstellern in dieser Altersgruppe.

Die hohe Anzahl von Pflegebedürftigen im Alter zwischen 40 und 60 Jahren, bei denen der Medizinische Dienst Pflegestufe II und III festgestellt hat, resultiert aus dem hohen Anteil von an Krebs Erkrankten. Bei 45 v.H. dieser Versicherten sind (bösartige) Neubildungen die erste pflegebegründende Diagnose.

Versicherte zwischen 40 und 60 Jahren, bei denen der Medizinische Dienst keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes festgestellt hat, leiden überproportional häufig an Erkrankungen des psychiatrischen und hirnorganischen Formenkreises. In knapp 40 v.H. diagnostizierten die Gutachter psychische und Verhaltensstörungen, sowie Krankheiten des Nervensystems. Ihr Hilfebedarf in Bezug auf die Verrichtungen nach § 14 SGB XI ist demnach (noch) nicht so hoch, als dass ihnen nach den Kriterien des Gesetzes Leistungen aus dem Pflegeversicherungs-Gesetz zustehen. Auch Sachleistungen nach dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz stehen diesem Personenkreis nicht zu, da diese an die Pflegebedürftigkeit nach dem geltenden (somatisch orientierten) Pflegebedürftigkeitsbegriff geknüpft sind.

An diesem Punkt zeigen sich Schwächen der derzeitigen Gesetzeslage. Bei älteren Versicherten mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder psychischen Erkrankungen geht eine eingeschränkte Alltagskompetenz zumeist mit weiteren Hilfebedarfen in den somatisch orientierten Verrichtungen nach § 14 SGB XI zusammen. Bei diesem Personenkreis hat der Krankheitsverlauf zudem oftmals einen Stand erreicht, an dem die Einsichtsfähigkeit in die Verrichtungen des täglichen Lebens allmählich sehr stark verlustig geht. In diesen Fällen wird der Gutachter diese fehlende Einsichtsfähigkeit als anrechenbares Kriterium bei der Feststellung auf Pflegebedürftigkeit hinzuziehen. Diese Gründe führen dazu, das ältere Versicherte mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, einer geistigen Behinderung oder einer psychischen Erkrankung in den meisten Fällen als pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes anerkannt werden.

Bei der hier thematisierten Gruppe der 40 bis 60-Jährigen mit diesen Krankheitsbildern gelten andere Ausgangsbedingungen. Es handelt sich vorwiegend um Personen, die keine oder nur geringe körperlich bedingte Hilfebedarfe in den Verrichtungen der Grundpflege nach § 14 SGB XI haben. Zudem wird ihre fehlende Einsichtsfähigkeit noch nicht so weit ausgeprägt sein, als dass ihnen nach den geltenden Begutachtungs-Richtlinien ein leistungsrechtlich relevanter Hilfebedarf angerechnet werden kann. Deshalb fallen sie aus dem Raster der Pflegebedürftigkeit und sind im Sinnes des SGB XI „nicht erheblich pflegebedürftig“.

Diese Nichtberücksichtigung stößt bei vielen Angehörigen auf Unverständnis und führt deshalb zu einer vergleichsweise hohen Widerspruchsquote. Dies ist verständlich, da viele der Versicherten im psychosozialen Bereich auf Fremdhilfe angewiesen sind. „Soziale Bereiche des Lebens wahrnehmen“, „Antrieb/Beschäftigung“, „Stimmung“ und „Situatives Anpassen“ sind dabei die häufigsten Bereiche, in denen die Gutachter eine Auffälligkeit feststellen, die einen erheblich Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand erfordern. Dieser spezielle Hilfebedarf kann allerdings bislang nicht zur Feststellung auf Pflegebedürftigkeit herangezogen werden.

6. Literatur

MDS (2004) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg): Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 1. Bericht des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Essen 2004.

MDS (2003) Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. : Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 2001/2002. Essen 2003.

Simon (2003) Simon, Michael: Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. 2. überarbeitete Ausgabe, Hannover 2003.

Online: <http://www.efh-hannover.de/> (Stand: 14.03.2005)

Simon (2004) Simon, Michael: Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. In: Journal of Public Health. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 2004; S.218 ff.

Herausgeber / Kontakt:

MDS e.V.
Lützowstraße 53
45141 Essen
Telefon: 0201 / 8327-155
Telefax: 0201 / 8327-3-100
E-Mail: a.wagner@mds-ev.de
Internet: <http://www.mds-ev.org/>