

Pflegebericht 2006

**Pflegebericht des Medizinischen Dienstes
2006**

Alexander Wagner / Bernhard Fleer

Oktober 2007

Herausgeber:

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

Inhaltsverzeichnis:

1. Einleitung.....	3
2. Das Begutachtungsgeschehen im Jahre 2006.....	5
2.1 Durchgeführte Begutachtungen.....	5
2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen.....	8
2.3 Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen	10
2.4 Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen	11
2.5 Profession der Gutachter des Medizinischen Dienstes	12
3. Nicht mehr pflegebedürftig.....	14
4. Die Folgen des Schlaganfalls – ein Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit	19

1. Einleitung

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

Seit Jahren begutachten die Medizinischen Dienste jährlich fast konstant 1,3 Millionen Antragsteller. Dabei gilt die Faustregel, dass es sich in $\frac{3}{4}$ der Fälle um beantragte Leistungen der häuslichen Pflege (Geld- Sach-, Kombinationsleistungen) und in $\frac{1}{4}$ der Fälle um Leistungen der vollstationären Pflege handelt.

Die Führung einer bundeseinheitlichen Begutachtungsstatistik im vollstationären Bereich gestaltet sich zunehmend schwierig. Dies ist u.a. darin begründet, dass sich viele Versicherte, die erstmalig Leistungen der Pflegeversicherung beantragen und die die Pflege in einem Alten-/Pflegeheim wünschen, zum Zeitpunkt ihrer Antragstellung im Krankenhaus oder einer sonstigen stationären Einrichtung befinden. Die Regeln der Begutachtung sind dabei bundeslandspezifisch ausgestaltet. Auf Grundlage des § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V haben die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf der einen Seite und die zuständigen Landeskrankengesellschaften auf der anderen Seite landesspezifische Verträge und Rahmenempfehlungen geschlossen. Diese haben zur Folge, dass die MDK teilweise ein vollständiges Pflegegutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe erstellen, in anderen MDK wird dagegen ein Kurzgutachten angefertigt, in dem lediglich Pflegebedürftigkeit bzw. Nicht-Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Wird im Kurzgutachten gutachterlicherseits „Pflegebedürftigkeit“ ermittelt, wird dies in der Statistik als „Pflegestufe I“ dokumentiert. Dies hat wiederum zur Konsequenz, dass der Anteil der Pflegestufe I an allen stationären Erstbegutachtungen überschätzt, der Anteil der Pflegestufe II und III unterschätzt wird.

Der Begriff der „Pflegebiographie“ beinhaltet u.a., dass der Hilfebedarf in vielen Fällen im Zeitverlauf auch in leistungsrechtlicher Hinsicht zunimmt. Dies wird durch die Ergebnisse der Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen belegt. Bei 20.000 Versicherten gelangen die GutachterInnen des Medizinischen Dienstes jedoch nach der sozialmedizinischen Prüfung bei Pflegebedürftigen der Stufe I zum Ergebnis, dass die Kriterien der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI nicht mehr vorliegen. Der Hilfebedarf hat sich

demnach im Zeitverlauf verringert. In Kapitel 3 „Nicht mehr pflegebedürftig“ wird dieser Personenkreis analysiert.

Das Ergebnis dieser Analysen ist einfach und einleuchtend zugleich. Bei vielen dieser Versicherten handelt es sich um vergleichsweise jüngere Menschen, bei denen die Kompensationsfähigkeit von Funktionsdefiziten, auch nach einer rehabilitativen Maßnahme, stärker als bei älteren Menschen ausgeprägt ist.

Neben Krankheiten des dementiellen Formenkreises sind Schlaganfälle ein Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit. Die Ausführungen im Kapitel 4 „Der Schlaganfall als ein Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit“ kommen u.a. zu dem Ergebnis, dass der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI die Folgen dieser Krankheit, im Gegensatz zur beginnenden Demenz gut abbildet. Weiterhin wird auf die Wichtigkeit der Rehabilitation verwiesen. Die GutachtrInnen des Medizinischen Dienstes empfehlen gerade bei diesen Menschen überdurchschnittlich häufig solche Maßnahmen.

2. Das Begutachtungsgeschehen im Jahre 2006

2.1 Durchgeführte Begutachtungen

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

Im Jahr 2006 wurden durch die Gutachter des Medizinischen Dienstes 1,3 Mio. Versicherte begutachtet (siehe Tabelle 1). $\frac{3}{4}$ aller Antragsteller beantragten Leistungen der häuslichen (ambulanten) Pflege und $\frac{1}{4}$ wünschten Leistungen für die Pflege in einem Alten-/Pflegeheim. Bei knapp 10.000 Antragstellern handelte es sich um Menschen, die Leistungen für die Pflege in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen (§ 43a SGB XI) beantragten.¹

Tabelle 1

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen für die Pflegeversicherung 2005 und 2006

Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		ambulant	voll-stationär	§ 43a SGB XI	ambulant	voll-stationär	§ 43a SGB XI
2005	1.315.099	996.234	310.419	8.446	75,8	23,6	0,6
2006	1.315.254	987.590	318.155	9.509	75,1	24,2	0,7

Die Zahl der begutachteten Versicherten blieb im Vergleich zum Vorjahr konstant. Nach Leistungsbereichen differenziert zeigt sich, dass die Zahl ambulanter Antragsteller zu Gunsten solcher mit stationären Leistungen geringfügig abnahm.

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

1. Erstbegutachtungen
2. Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen und

¹ Wegen des vergleichsweise geringen Aufkommens wird dieser Leistungszweig hier nicht weiter berücksichtigt

3. Widerspruchsbegutachtungen.

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

Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen, auch nur Wiederholungs- oder Folgebegutachtungen genannt, werden bei Versicherten durchgeführt, die schon pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind und entsprechende Leistungen beziehen. Vermutet der Versicherte im Vergleich zu der vorangegangenen Begutachtung eine Zunahme seines Hilfebedarfes oder wird seitens des Heimträgers auf eine Zunahme hingewiesen (§ 87a Abs. 2 SGB XI) und stellt deswegen einen erneuten Antrag bei seiner Pflegekasse, handelt es sich um eine **Höherstufungsbegutachtung**. **Wiederholungsbegutachtungen** werden dagegen ohne Antrag des Versicherten von der Pflegekasse beim MDK in Auftrag gegeben. Dabei orientiert sich die Pflegekasse in den meisten Fällen an der entsprechenden gutachterlichen Empfehlung im Vorgutachten.

Erhebt der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse, wird diese beim MDK ein **Widerspruchsgutachten** anfordern.

In Tabelle 2 wird ausgewiesen, dass es sich in über der Hälfte aller Begutachtungen um Erstbegutachtungen handelt. 40 Prozent sind Wiederholungsbegutachtungen und 7 Prozent Widerspruchsgutachten.

Zwischen den Leistungsbereichen ambulant und stationär finden sich hier allerdings erhebliche Unterschiede. Im ambulanten Bereich werden zu über 50 Prozent Erstantragsteller begutachtet, in 35 Prozent der Fälle handelt es sich um Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen. Bei stationären Antragstellern handelt es sich dagegen zu über 50 Prozent um Versicherte, die schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten und wiederholt begutachtet werden. Begutachtungen von Erstantragstellern folgen hier mit anteilig 40 Prozent erst an zweiter Stelle.

Für diese Unterschiede in der Begutachtungsart zwischen den beiden Leistungsbereichen sind zwei Faktoren verantwortlich. Der vergleichsweise hohe Anteil von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen bei stationär versorgten Pflegebedürftigen ist u.a. in ihrem durchschnittlich höheren Alter und in ihrer spezifischen Pflegesituation begründet. Viele dieser Menschen sind hochbetagt und leiden an chronischen Krankheiten. Hier sind insbesondere Krankheiten des dementiellen Formenkreises zu nennen. In diesen Fällen nimmt der Hilfebedarf im Zeitverlauf oftmals sehr schnell zu. Nicht zu vergessen ist dabei

aber auch, dass das gut ausgebildete Personal in Alten-/Pflegeheimen eine leistungsrechtlich relevante Zunahme des Hilfebedarfs eher erkennt, als die (Laien-) Pflegeperson(en) zu Hause.

Tabelle 2

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen nach Gutachtenart 2005 und 2006

Antragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche
2005	1.306.653	674.101	543.396	89.156	51,6	41,6	6,8
2006	1.305.745	686.032	531.415	88.298	52,5	40,7	6,8

Antragsteller auf ambulante Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche
2005	996.234	559.307	360.579	76.348	56,1	36,2	7,7
2006	987.590	560.721	351.639	75.230	56,8	35,6	7,6

Antragsteller auf vollstationäre Leistungen							
Jahr	Durchgeführte Begutachtungen	davon					
		Häufigkeiten			in v.H.		
		Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche	Erstbegutachtungen	Höherstuf./-Wiederholbegutacht.	Widersprüche
2005	310.419	114.794	182.817	12.808	37,0	58,9	4,1
2006	318.155	125.311	179.776	13.068	39,4	56,5	4,1

Der zweite Faktor bezieht sich auf den Umstand, dass viele Alten- und Pflegeheime nur noch Versicherte aufnehmen, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes schon festgestellt worden ist. Dies hat zur Folge, dass viele stationäre Erstantragsteller im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung in die stationäre Pflege aufgenommen werden. Dieser Übergang erfolgt auf Grundlage von landesspezifischen Verträgen und Rahmenempfehlungen zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen auf der einen Seite und den zuständigen Landeskrankenhausesgesellschaften auf der anderen Seite. Grundlage hierfür ist § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V. Eine Konsequenz der landesspezifischen Übergangsregelungen ist, dass die MDK teilweise ein vollständiges Pflegegutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe im Krankenhaus erstellen, in anderen MDK wird dagegen ein Kurzgutachten

angefertigt, in dem lediglich Pflegebedürftigkeit bzw. Nicht-Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Im letzteren Fall wird erst in einer nachfolgenden Begutachtung im Alten-/Pflegeheim ein vollständiges Pflegegutachten mit der Empfehlung einer Pflegestufe erstellt. Diese Begutachtung wird jedoch in manchen Fällen als „Folgegutachten“ verschlüsselt. Dies ist ein weiterer Grund, weshalb die Quote der Höherstufungs-/Wiederholungsgutachten im stationären Bereich über der im ambulanten Bereich liegt.

2.2 Begutachtungsempfehlungen bei Erstbegutachtungen

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

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

Das in Tabelle 3 dokumentierte Ergebnis dieser gutachterlichen Tätigkeit informiert u.a. auch über den jährlichen Zugang „neuer“ pflegebedürftiger Menschen zum Bestand der Leistungsempfänger.

In knapp einem Drittel aller Erstbegutachtungen gelangten die Gutachter des Medizinischen Dienstes zum Ergebnis, dass aus sozialmedizinischer Sicht keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorlag. In 48 Prozent der Fälle empfahlen sie Pflegestufe I, in 19 Prozent Pflegestufe II und in 4 Prozent Pflegestufe III.

Bei Erstantragstellern auf häusliche Pflege stellten die Medizinischen Dienste in 32 Prozent der auftraggebenden Pflegekasse fest, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, in 48 Prozent wurde Pflegestufe I ermittelt, in 16 Prozent Pflegestufe II und in 3,5 Prozent Pflegestufe III.

Im stationären Bereich liegt der Anteil der Begutachtungsempfehlung „nicht pflegebedürftig“ mit 15 Prozent nur halb so hoch wie im häuslichen Bereich. Dies hängt auch mit dem in Kapitel 2.1 erwähnten Sachverhalt zusammen, dass die meisten Alten- und Pflegeheime in den meisten Fällen nur noch Bewohner neu aufnehmen, bei denen Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes schon festgestellt wurde. Der Anteil der Empfehlung Pflegestufe I bewegt sich mit 47 Prozent auf einem dem häuslichen Bereich vergleichbaren Niveau. In 32 Prozent wird Pflegestufe II, in 7 Prozent Pflegestufe III empfohlen.

Tabelle 3

Von den Medizinischen Diensten durchgeführte ambulante und vollstationäre Begutachtungen in v.H. nach Begutachtungsempfehlung 2005 und 2006

Erstantragsteller auf ambulante und vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2005	674.101	29,3	47,1	19,1	4,5
2006	686.032	29,0	47,9	19,0	4,2

Erstantragsteller auf ambulante Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2005	559.307	32,2	47,4	16,4	4,0
2006	560.721	32,1	48,3	16,2	3,5

Erstantragsteller auf vollstationäre Leistungen					
Jahr	Durchgeführte Erstbegutachtungen	davon in v.H.			
		nicht pfl.-bed.	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
2005	114.794	15,3	45,3	32,2	7,2
2006	125.311	15,0	46,5	31,5	7,1

Rundungsfehler

Die Pflegestufenstatistik im stationären Sektor bedarf der Erläuterung. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, wird in einigen MDK bei Überleitungsfällen vom Krankenhaus in die vollstationäre Pflegeeinrichtung ein Kurzgutachten im Krankenhaus erstellt. Als gutachterliche Empfehlung erfolgt dann die Feststellung, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes vorliegt oder nicht. Die gegebenenfalls vorliegende Pflegestufe wird erst in einer nachfolgenden körperlichen Befunderhebung im Alten-/Pflegeheim ermittelt. Die Verschlüsselung im Kurzgutachten bei der Empfehlung „Pflegebedürftig“ erfolgt über den Schlüssel für Pflegestufe I. Aus diesem Grund wird in der entsprechenden Statistik der Tabelle 3 der Anteil der Pflegestufe I überschätzt und der Anteil der Pflegestufen II und III unterschätzt.

2.3 Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen

In Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen werden Versicherte begutachtet, die schon Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Es wird u.a. geprüft, ob sich der im vorangegangenen Pflegegutachten festgestellte Hilfebedarf und die daraus abzuleitende Pflegestufenempfehlung verändert haben oder gleich geblieben sind. Rund ein Drittel aller Pflegebedürftigen wird innerhalb eines Jahres wiederholt begutachtet. Damit erfüllen Folgegutachten zwei Funktionen. Zum einen wird der Hilfebedarf der pflegebedürftigen Versicherten stetig angepasst, zum anderen wird das Leistungsgeschehen der Pflegekassen einer kontinuierlichen Überprüfung unterzogen.

Die Ergebnisse der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2006 sind in der nachfolgenden Tabelle 4 dokumentiert.

Tabelle 4

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung 2006

ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	46,1	8,1	45,8
Pflegestufe II	53,2	10,2	36,6
Pflegestufe III	83,0	17,0	-

vollstationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Pflegestufe I	28,5	1,8	69,7
Pflegestufe II	39,8	3,9	56,3
Pflegestufe III	77,1	22,9	-

In vielen Fällen nimmt der leistungsrechtlich relevante Hilfebedarf im Zeitverlauf zu. In 46 Prozent ehemaliger Pflegebedürftiger der Stufe I und in 37 Prozent ehemaliger Pflegebedürftiger der Stufe II – jeweils mit ambulanten Leistungen – wird in der Folgebegutachtung ein Hilfebedarf festgestellt, der die Bedingungen der nächst höheren Pflegestufe erfüllt. Diese „Höherstufungsquoten“ sind im vollstationären Bereich noch

stärker ausgeprägt. 70 Prozent aller ehemaligen Pflegestufen-I-Empfänger und 56 Prozent aller ehemaligen Pflegestufen-II-Empfänger haben in der wiederholten Begutachtung einen Hilfebedarf der meist jeweils nächst höheren Pflegestufe. Die Tatsache, dass stationär versorgte Menschen durchschnittlich älter sind und oftmals an chronischen und schnell voranschreitenden Krankheiten leiden, begründet die Unterschiede in den Ergebnissen von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen zwischen ambulantem und stationärem Leistungsbereich.

In 17 Prozent der ambulanten und in 23 Prozent bei vollstationär gepflegten Menschen der Pflegestufe III kamen die Gutachter auf Grund der sozialmedizinischen Prüfung zur Empfehlung, dass der Hilfebedarf nicht mehr den Voraussetzungen der Pflegestufe III entspricht. Dieses Ergebnis ruft oftmals Unverständnis hervor. Dieser Sachverhalt ist jedoch vor dem Hintergrund zu sehen, dass eine Pflegeperson für die vollständige Übernahme einer Verrichtung einen geringeren Zeitaufwand benötigt als für die Anleitung und Beaufsichtigung des Pflegebedürftigen bei der eigenständigen Durchführung. Kann der Pflegebedürftige bestimmte Verrichtungen auch mit Anleitung und Unterstützung der Pflegeperson nicht mehr eigenständig durchführen, muss die Pflegeperson diese Verrichtungen teilweise oder vollständig übernehmen. Dies führt gegebenenfalls dazu, dass sich der Zeitaufwand für die Hilfeleistung verringert und deshalb in manchen Fällen eine niedrigere Pflegestufe empfohlen wird.

2.4 Ergebnisse der Widerspruchsbegutachtungen

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

Der Gutachter überprüft zunächst die Feststellungen des Vorgutachtens dahingehend, ob alle Aspekte berücksichtigt und richtig beurteilt worden sind. Im Weiteren wird die zwischenzeitliche Änderung der Pflegesituation geprüft, evtl. Änderungen werden entsprechend dokumentiert. Der letzte Aspekt ist oftmals von Bedeutung, da zwischen Begutachtung des Medizinischen Dienstes, Leistungsbescheid der Pflegekasse und Widerspruch des Versicherten üblicherweise mehrere Wochen verstreichen können. In diesem Zeitraum kann insbesondere ein zwischenzeitlich eingetretener akuter Krankheitsvorfall die Sachlage in Bezug zum Hilfebedarf erheblich verändert haben, was schon aus sachlogischen Gründen eine Überprüfung der vorangegangenen Entscheidung

erforderlich macht. Neben „echten“ Widersprüchen werden unter der Rubrik „Widerspruchsbegutachtungen“ deshalb auch solche Fallkonstellationen subsumiert, die der Sachlage einer Höherstufungsbegutachtung entsprechen.

In Tabelle 5 sind die Ergebnisse der Widerspruchsgutachten dokumentiert. Im ambulanten Bereich bestätigen die Widerspruchsgutachter in rd. 60 Prozent der Fälle die Begutachtungsempfehlung des Vorgutachtens. In rd. 35 Prozent empfehlen sie eine höhere Pflegestufe.

Tabelle 5

Vergleich der Pflegestufenempfehlung des Vorgutachtens mit der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung 2006

ambulant			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Nicht pflegebedürftig	65,2	-	34,8
Pflegestufe I	60,6	2,5	36,9
Pflegestufe II	59,2	3,0	37,8

vollstationär			
Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung	in v.H. (Nicht-) Änderung der Pflegestufenempfehlung in der Widerspruchsbegutachtung		
	gleiche Pflegestufenempfehlung	niedrigere Pflegestufenempfehlung	höhere Pflegestufenempfehlung
Nicht pflegebedürftig	46,7	-	53,3
Pflegestufe I	44,3	1,6	54,1
Pflegestufe II	54,0	2,6	43,4

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

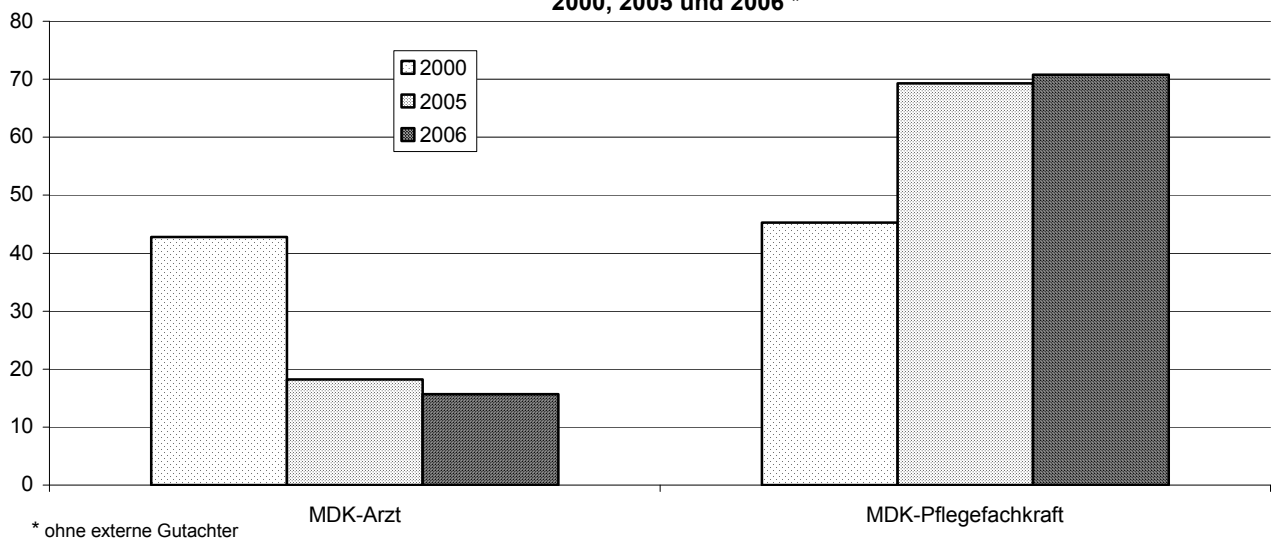
2.5 Profession der Gutachter des Medizinischen Dienstes

Der Gesetzgeber sieht in § 18 Abs. 6 SGB XI vor, dass Ärzte und Pflegefachkräfte die Begutachtungen von antragstellenden Versicherten durchführen. Diese Vorgabe hat zu

einer erheblichen Veränderung im Personalbestand der Medizinischen Dienste geführt. Waren vor der Pflegeversicherung so gut wie keine Pflegefachkräfte in den Medizinischen Diensten beschäftigt, so weist die Personalstatistik zum Jahresende 2006 annähernd 1.300 Angehörige dieser Berufsgruppe aus. Pflegefachkräfte sind fast ausschließlich mit Aufgaben im Rahmen der Pflegeversicherung betraut.²

Zu Beginn der Begutachtungstätigkeit für die Pflegeversicherung führten mehrheitlich Ärzte die Einzelfallbegutachtungen durch. Noch im Jahre 2000 betrug ihr Anteil an allen Begutachtungen 43 Prozent (siehe Abbildung 1³). 6 Jahre später hat sich dieses Bild gewandelt. Über 70 Prozent der Begutachtungen wurden im Jahre 2006 von Pflegefachkräften durchgeführt.

Abbildung 1
Profession der Gutachter in v. H. , die die Begutachtungen durchführten,
2000, 2005 und 2006 *



Der Hauptschub dieses Prozesses datiert auf die Jahre zwischen 2001 und 2003. Aber auch zwischen 2005 und 2006 setzte sich dieser Vorgang, allerdings in weit abgeschwächter Form, fort.

² Neben den versichertenbezogenen Einzelfallbegutachtungen führen Pflegefachkräfte mehrheitlich die Qualitätsprüfungen ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen durch.

³ Die prozentualen Anteile addieren sich nicht auf 100 Prozent, da von den Medizinischen Diensten beauftragte externe Gutachter (ebenfalls Ärzte und Pflegefachkräfte) nicht aufgeführt sind.

3. Nicht mehr pflegebedürftig

Die Ergebnisse der Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen in Kapitel 2.3 zeigen, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist. In vielen Fällen nimmt im Zeitverlauf der Hilfebedarf zu. Dies ist darin begründet, dass die meisten Pflegebedürftigen an chronischen, schnell voranschreitenden Krankheiten leiden, was in der Folge mit zunehmenden Einschränkungen in der Handlungsfähigkeit einhergeht. Krankheiten des dementiellen Formenkreises sind dafür ein typisches Beispiel. In manchen Fällen gelangen die Gutachter des Medizinischen Dienstes in den Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen jedoch zum Ergebnis, dass sich der Hilfebedarf im Vergleich zum Vorgutachten, auch in leistungsrechtlicher Hinsicht, verringert hat. In Tabelle 4 (Kapitel 2.3) wird diese Sachlage unter der Rubrik „niedrigere Pflegestufe“ dokumentiert. Bei Pflegebedürftigen der Stufe I bedeutet diese gutachterliche Empfehlung, dass sie als „nicht (mehr) pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ keine Leistungen der Pflegeversicherung mehr beziehen werden. Dieser Sachverhalt tritt bei rund 20.000 Versicherten der Pflegestufe I jährlich auf.

An dieser Stelle drängen sich zwei Fragen auf.

1. Um welchen Personenkreis handelt es sich, bei dem der Hilfebedarf im Zeitverlauf in einem Maße abnimmt, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes nunmehr nicht mehr vorliegt?
2. Gibt es belegbare Faktoren, die ursächlich mit dem Rückgang des Hilfebedarfs in Zusammenhang stehen?

In Tabelle 6 sind die Ergebnisse von Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen dokumentiert. Zur Grundgesamtheit zählen Pflegebedürftige, die zum Zeitpunkt der Begutachtung Leistungen der Pflegestufe I erhalten haben.

Tabelle 6

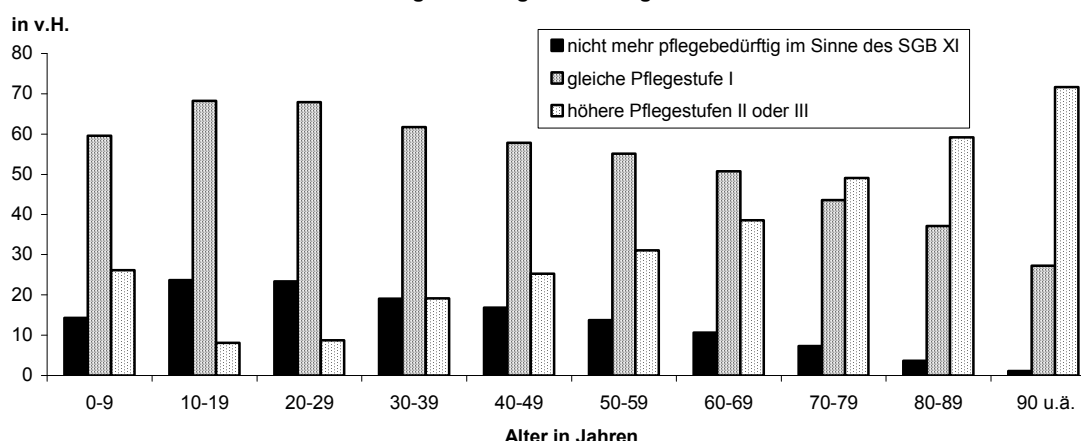
Ergebnisse in der Wiederholungs- / Höherstufungsbegutachtung von Pflegebedürftigen der Pflegestufe I

Ergebnis in der Wiederholungs- / Höherstufungsbegutachtung	Gesamt		Altersgruppen in Jahren			
	Anzahl	in v.H.	bis 19	20-65	66-80	81 u.ä.
nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	20.578	6,2	19,0	14,2	7,6	2,7
gleiche Pflegestufe I	135.084	40,7	63,9	56,0	44,1	33,8
höhere Pflegestufen II oder III	176.571	53,1	17,0	29,8	48,3	63,5
Gesamt	332.233	100,0	14.170	34.906	105.272	177.885

In 6 Prozent der Fälle kamen die Gutachter des Medizinischen Dienstes zum Ergebnis, dass sich der Hilfebedarf verringert hat und Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes nun nicht mehr vorliegt. Dabei handelt es sich um die o.g. 20.000 Versicherten. In 40 Prozent bestätigen Sie den der Pflegestufe I entsprechenden Hilfebedarf des Vorgutachtens und in 53 Prozent hat der Hilfebedarf erheblich zugenommen, so dass jetzt Leistungen der Pflegestufen II bzw. III empfohlen werden.

In der altersdifferenzierten Aufstellung zeigt sich eine deutliche Altersabhängigkeit. Generell gilt, dass Höherstufungen in die Pflegestufen II bzw. III mit zunehmendem Alter anteilig zunehmen, wogegen die Empfehlung „nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI“ mit steigendem Alter abnimmt. Dieser Alterszusammenhang besitzt, wie Abbildung 2 verdeutlicht, sogar eine kontinuierliche Ausprägung.

Abbildung 2
Ergebnis in den Höherstufungs- / Wiederholungsbegutachtungen bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I



Mit Ausnahme der Kinder zwischen 0 und 9 Jahren geht der nicht mehr der Pflegestufe I entsprechende Hilfebedarf mit steigendem Alter zurück⁴. Höherstufungen in die Pflegestufen II bzw. III nehmen dagegen in den höheren Altersgruppen zu.

Die leistungsrechtliche Empfehlung des Medizinischen Dienstes basiert u.a. auf der Feststellung des zeitlichen Hilfebedarfs in der Grundpflege. Laut Gesetz muss der tägliche

⁴ Bei Kindern muss in einer Hinsicht auf die Besonderheiten der Begutachtung hingewiesen werden. Der Gutachter ermittelt in diesen Fällen zunächst den tatsächlichen, faktischen Hilfebedarf. Die so ermittelten Zeitwerte werden dann von den in den Begutachtungs-Richtlinien festgesetzten Zeiten des „Pflegetaufwandes eines gesunden Kindes“ subtrahiert. Da sich diese Normzeiten mit zunehmendem Alter verringern, wird auch in den Fällen, in denen der ermittelte Hilfebedarf gleich bleibt, ein höherer, gegebenenfalls leistungsrechtlich relevanter, Hilfebedarf berücksichtigt. Dies erklärt den vergleichsweise hohen Anteil von Höhergruppierungen in die Pflegestufen II und III bei Kindern.

Hilfebedarf für die Pflegestufe I in den drei Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) mindestens 46 Minuten betragen.

In Tabelle 7 wird der grundpflegerische Hilfebedarf bei Versicherten der Stufe I, bei denen in der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung wiederum Pflegestufe I empfohlen wird, mit denjenigen verglichen, die nicht mehr pflegebedürftig sind. Die Daten dokumentieren, dass bei letzterer Gruppe der Hilfebedarf erheblich abgenommen hat. Er beträgt nur noch 1/3 im Vergleich zu Pflegebedürftigen der Stufe I. Diese Drittelung bezieht sich auf alle drei Bereiche der Grundpflege.

Tabelle 7

In der Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtung ermittelter durchschnittlicher Hilfebedarf in Minuten bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I

Ergebnis in der Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtung	Mittlerer* Hilfebedarf in Minuten in den Bereichen der Grundpflege			
	Körperpflege	Ernährung	Mobilität	Grundpflege gesamt
nicht mehr pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	11,1	2,0	6,3	19,4
gleiche Pflegestufe I	36,8	7,0	18,3	62,1

* Mittelwert

Weitere Analysen zeigen, dass ein Grund für den Rückgang des Hilfebedarfs bei den Nicht-Mehr-Pflegebedürftigen u.a. darin zu suchen ist, dass bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (Bewegen, Waschen/Kleiden, Ernähren, Ausscheiden) in vielen Fällen keine Fremdhilfe mehr notwendig ist. Die entsprechenden Handlungen können, wenn auch in manchen Fällen nur verlangsamt und/oder unter dem Einsatz von Hilfsmitteln, selbstständig ausgeführt werden.

Welche Faktoren stehen ursächlich in Zusammenhang mit dem Rückgang des Hilfebedarfs und der zurückgewonnenen Handlungskompetenz? Ein erster Faktor ist schon oben benannt worden, das Alter. Wenn nun jüngere Pflegebedürftige anteilig häufiger aus dem Leistungsbezug ausscheiden, dann kann dies ein Hinweis dafür sein, dass bei Menschen in diesen Altersgruppen unter besonderen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen Defizite in körperlicher und geistiger Hinsicht schneller und besser kompensiert werden können. Vor diesem Aspekt kann dann weiter gefragt werden, ob dieser Personenkreis an speziellen, typischen Krankheiten leidet, die diesen Prozess in besonderem Maße ermöglichen.

In Tabelle 3 sind die 4 häufigsten ersten pflegebegründenden Diagnosen (Hauptgruppen des ICD-10) abgebildet. Sie decken 60 Prozent der dokumentierten Krankheiten ab. Ein erster Überblick zeigt, dass auf dieser Ebene keine gravierenden Unterschiede zwischen Pflegebedürftigen, die in Pflegestufe I verbleiben und solchen Versicherten, bei denen kein der Pflegestufe I entsprechender Hilfebedarf mehr besteht, festzustellen sind.

Der Schlaganfall ist die häufigste Krankheit von denen, die unter der Rubrik „Krankheiten des Kreislaufsystems“ zusammengefasst sind. Arthropathien stehen an erster Stelle bei den „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes“. Bei „Psychischen und Verhaltensstörungen“ finden sich zwischen den in der Tabelle 8 dargestellten Versichertengruppen Unterschiede. Geistig behinderte Kinder und Jugendliche bilden die Mehrheit bei derjenigen Menschen, bei denen in der Folgebegutachtung keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes mehr festgestellt werden konnte. Krankheiten des dementiellen Formenkreises sind die häufigsten pflegebegründenden Diagnosen von (älteren) Pflegebedürftigen, die in der Pflegestufe I verbleiben. Verletzungen an den äußeren Extremitäten schließlich werden unter die Hauptgruppe „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte Folgen äußerer Ursachen“ subsumiert.

Tabelle 8

In der Wiederholungs-/Höherstufungsbegutachtung ermittelte erste pflegebegründende Diagnose* bei Pflegebedürftigen der Pflegestufe I (Auswahl)

Ergebnis in der Wiederholungs-/Höherstufungs-begutachtung	Anzahl	davon in v.H.			
		Krh. des Kreislauf-systems	Krh. des Musk.-Skelett-Systems u.des Bindegewebes	Psychische und Verhaltens-störungen	Verletzungen (.) andere Folgen äußerer Ursachen
nicht mehr pflegebed.im Sinne des SGB XI	20.477	18,0	17,2	12,7	11,7
gleiche Pflegestufe I	135.138	17,7	18,2	19,2	4,8

* Hauptgruppen

Für Zwecke der Pflegeversicherung hat die Klassifikation der Krankheiten nach ICD-10 quasi „statischen“ Charakter⁵. Die Angaben dokumentieren zwar eine bestimmte Krankheit, ohne dass jedoch daraus unmittelbar auf Funktionsfähigkeiten/-defizite und einen spezifischen Hilfebedarf geschlossen werden kann. Die Angabe eines ICD-Codes informiert nicht detailliert über die Krankheitsfolgen. Ein Schlaganfall bspw. kann auf der einen Seite einen vergleichsweise niedrigen Hilfebedarf nach sich ziehen, auf der anderen Seite wird

⁵ Zudem ist zu berücksichtigen, dass die diagnostischen Möglichkeiten eines Gutachters im Rahmen eines Haus- / Heimbisuches eingeschränkt sind.

ein Schlaganfall mit komatösem Ausgang in vielen Fällen einen Hilfebedarf nach sich ziehen, der den Kriterien der Pflegestufe II oder III entspricht. Es ist deshalb naheliegend, dass die „Schwere“ der Krankheit und die daraus folgenden Funktionsdefizite bei Menschen, die als „nicht-mehr-pflegebedürftig“ aus dem Leistungsbezug der Pflegeversicherung ausscheiden, nicht so gravierend sind, wie bei denjenigen, bei denen der Hilfebedarf gleich blieb oder sogar zunahm. Weiterhin muss das geringere Alter in Betracht gezogen werden. Es ist auffallend, dass die Gutachter in den Folgegutachten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens „Bewegen“ und „Waschen“ häufig die Notwendigkeit einer Fremdhilfe nicht mehr feststellen. Die selbstständige Ausführung ist in diesen Fällen (zeitlich) verlängert oder wird durch den Einsatz von Hilfsmitteln ermöglicht. Dies spricht dafür, dass bei Jüngeren die Kompensationsfähigkeit von Funktionsdefiziten, auch nach einer Rehabilitation, deutlich stärker ausgeprägt ist.

Aus den Ergebnissen der Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen ist bekannt, dass Pflegebedürftigkeit kein statischer Zustand ist. Der Hilfebedarf nimmt in vielen Fällen im Zeitverlauf zu. Angesichts von rd. 2 Mio. pflegebedürftigen Menschen stellen die 20.000 Versicherten, bei denen der Hilfebedarf leistungsrelevant abgenommen hat, eine Sondergruppe dar.

4. Die Folgen des Schlaganfalls – ein Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit

In Deutschland erleiden jedes Jahr 160.000 Menschen erstmalig einen Schlaganfall, wobei jeder Dritte (37,5%) innerhalb des ersten Jahres verstirbt. Im Zeitraum 1990 bis 2003 ging die Sterblichkeit beim Schlaganfall deutlich zurück, was auf bessere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zurückgeführt wird. Die Sterblichkeit in Deutschland liegt damit unterhalb des EU-Durchschnitts.

Die jährliche Inzidenzrate in der Gesamtbevölkerung beträgt laut Erlanger Schlaganfallregister 182 Neuerkrankungen/100.000 Einwohner. Männer sind mit 200 Fällen pro 100.000 männliche Personen häufiger betroffen als Frauen (170 pro 100.000). Das Lebenszeitrisiko eines Schlaganfalls ist bei Frauen höher als bei Männern. In einer Veröffentlichung des BMG „Primärprävention von Schlaganfällen bei Frauen“⁶ wird beschrieben, dass eine von sechs Frauen aber nur einer von zwölf Männern an den Folgen eines Schlaganfalls verstirbt. „Frauen sind in der Regel 5-6 Jahre älter, wenn sie einen Schlaganfall erleiden und weisen altersbedingt eine höhere Komorbidität auf als Männer“. Ein Schlaganfall ist bei Frauen ein häufiger Grund für den Einzug in ein Pflegeheim.

25 Prozent der Schlaganfall-Patienten, die aus der Akutklinik entlassen werden, benötigen dauernde Hilfe und umfassende Betreuung. Weitere 28 Prozent sind zumindest zeitweise auf Hilfen bei alltäglichen Verrichtungen angewiesen. Somit ist der Schlaganfall der häufigste Grund für erworbene Behinderungen im Erwachsenenalter. Ca. 20 Prozent der Erkrankten sind unter 50 Jahre alt. 85 Prozent der Schlaganfälle treten jenseits des 60. Lebensjahres auf.

Nach Angaben des Kompetenznetzes Schlaganfall⁷ sind fast 2/3 der Patienten, die einen Schlaganfall überleben, behindert und dauerhaft auf fremde Hilfe angewiesen. An den Folgen der Erkrankung leiden aktuell etwa eine Million Menschen in Deutschland. Eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit des Betroffenen, oft verbunden mit der Aufgabe der eigenen Häuslichkeit und dem Umzug in eine Pflegeeinrichtung, ist eine häufige Folge des Ereignisses Schlaganfall. Von den rund 100.000 Schlaganfallpatienten in Deutschland, die das erste Jahr überleben, sind insgesamt rund 64.000 pflegebedürftig und dauerhaft auf

⁶ Quelle: http://209.85.135.104/search?q=cache:lv-dBpcZYCsJ:www.bmg.bund.de/cln_041/nn_603808/SharedDocs/Download/DE/Ministerium/Oeffentliche-Ausschreibungen/primaerpraevention-schlaganfall,templateId%3Draw,property%3DpublicationFile.pdf/primaerpraevention-schlaganfall.pdf+prim%C3%A4rpr%C3%A4vention+von+schlaganf%C3%A4llen+bei+frauen&hl=de&ct=clnk&cd=1&gl=de, Stand 16.09.2007

⁷ Quelle: <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/>

fremde Hilfe angewiesen. 15 Prozent dieser Schlaganfallpatienten müssen am Ende des ersten Jahres in einer Pflegeeinrichtung versorgt werden.

Der Schlaganfall ist eine "schlagartig" auftretende Schädigung der Hirnfunktion und –struktur, die überwiegend durch eine plötzliche Unterbrechung der Blutzufuhr (Ischämie), zum Teil aber auch durch eine akute Blutung entsteht. Synonyme der Bezeichnung „Schlaganfall“, der gekennzeichnet ist durch einen unvermittelt („schlagartig“) einsetzenden Ausfall bestimmter Funktionen des Gehirns, sind Begriffe wie Apoplex oder Hirninsult. 80 – 85 Prozent der Schlaganfälle sind ischämisch, .d.h. durch Durchblutungsstörungen, 15 – 20 Prozent durch intracerebrale und subarachnoidale Blutungen bedingt.

Neben den körperlichen belasten auch die psychischen Folgen der Erkrankung den Betroffenen. Charakteristische Symptome des Schlaganfalls sind eine Halbseitenlähmung (Hemiparese) der kontralateralen Seite, Bewusstseins-, Wahrnehmungs-, Sprach- oder Schluckstörungen sowie Sehstörungen. Nicht selten kommen psychiatrische Symptome wie Depression, wahnhafte Störungen oder auch Abwehrverhalten hinzu.

In diesem Bericht werden die Daten von Versicherten vorgestellt, die im Jahr 2006 einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben (Erst- und Folgegutachten). Es handelt sich um eine rein deskriptive Darstellung von Verteilungen bestimmter Merkmale von Antragstellern, bei denen die Gutachter des MDK als pflegebegründende Diagnose „Schlaganfall“ angegeben haben. Hierzu gehören die im ICD 10 unter „zerebrovaskuläre Krankheiten“ zusammengefassten Diagnosegruppen I 60 bis I 64 und die unter I 69 beschriebenen Folgen eines Schlaganfalls. Die Diagnosegruppen I 65 – I 68 werden bewusst nicht in die Auswertung einbezogen, da dort Erkrankungen wie Gefäßverengungen (Stenosen) beschrieben werden, die aber noch nicht zu Schädigungen des Gehirns und daraus resultierenden Funktionsstörungen geführt haben.

Übersicht der einbezogenen ICD 10 Diagnosegruppen

- I 60 Subarachnoidalblutung:
- I 61 Intrazerebrale Blutung
- I 62 Subdurale Blutung (nicht traumatisch)
- I 63 Hirninfarkt:
- I 64 Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
- I 69 Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit

Nachfolgend soll diese Personengruppe in Bezug auf die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI analysiert werden.

Laut Pflegestatistik des Medizinischen Dienstes stellen Krankheiten und Gesundheitsprobleme aus vier Krankheitsgruppen die häufigsten pflegebegründenden

Diagnosen im Sinne des SGB XI dar. Tabelle 9 zeigt die Verteilung auf die vier ICD-10-Kapitel.

Tabelle 9

**Erste pflegebegründende Diagnose (Auswahl) bei
Erst- und Folgebegutachtungen**

Krankheiten	in v.H.
Psychische und Verhaltensstörungen	23,0
Krankheiten des Kreislaufsystems	17,0
<i>davon: I60 bis I64, I69</i>	55,5
Symptome u. abnorme klin. Befunde und Laborbefunde	14,3
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	13,9
Gesamt (N=)	866.101

An erster Stelle der pflegebegründenden Diagnosen stehen die psychischen und Verhaltensstörungen (einschl. Demenzerkrankungen) mit 23 Prozent der Antragsteller, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems mit 17 Prozent. Von diesen 17 Prozent sind ca. 55 Prozent der Antragsteller Menschen, die einen Schlaganfall (I 60-I 64, I 69) als pflegebegründende Diagnose aufweisen. Damit sind von den 870.000 Antragstellern des Jahres 2006 rund 80.000, d.h. fast 10 Prozent, von einem Schlaganfall betroffen. Es ist nicht auszuschließen, dass die tatsächliche Zahl noch höher liegt, da in manchen Fällen Krankheiten verschlüsselt werden, die die Folgen von Schlaganfällen darstellen so z.B. Hemiparesen.

Laut Erlanger Schlaganfallregister sind Frauen hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung weniger häufig von einem Schlaganfall betroffen als Männer. Bezogen auf die Antragsteller für Leistungen der Pflegeversicherung im Jahr 2006 (siehe Tabelle 2) sind ca. 55 Prozent der Antragsteller weiblich und ca. 45 Prozent männlich. Im Verhältnis zur Gesamtstatistik (65,8% Frauen, 34,2% Männer) wird erneut deutlich, dass Frauen hier deutlich in der Mehrheit sind (Pflegebedürftigkeit ist weiblich). Hier zeigt sich auch das eingangs erwähnte höhere Lebenszeitrisiko für Schlaganfall bei Frauen.

Die Altersverteilung in Tabelle 10 weist aus, dass die Hauptbetroffenengruppe mit rd. 48 Prozent die 66-80-Jährigen sind. In den höheren Alterstruppen nimmt der Anteil der Schlaganfälle als pflegebegründende Diagnose ab. Weitere Analysen zeigen, dass insbesondere Menschen nach dem Eintritt ins Rentenalter besonders häufig von dieser Krankheit betroffen sind.

Tabelle 10

Geschlechts- und Altersstruktur in Erst- und Folgebegutachtungen insgesamt und bei Versicherten mit den Diagnosen I60-I64, I69

	Diagnose I60-I64, I69 in v.H.	Gesamt in v.H.
Männer	45,1	34,2
Frauen	54,9	65,8
bis 19 Jahre	0,2	3,5
20-65 Jahre	16,8	12,2
66-80 Jahre	48,4	36,1
81-90 Jahre	29,7	37,4
91 Jahre und älter	4,8	10,8

In Tabelle 11 sind die Begutachtungsergebnisse bei Antragstellern mit Schlaganfall als erste pflegebegründende Diagnose im Vergleich zur Gesamtpopulation dargestellt. Ca. 13 Prozent der Antragsteller mit der Diagnose Schlaganfall wurden bei der Begutachtung als „nicht pflegebedürftig“ eingestuft. Diese Prozentzahl liegt in der Gesamtstatistik um 7 Prozent höher. Versicherte, die einen Schlaganfall erlitten haben, werden damit häufiger als mindestens „erheblich pflegebedürftig“ eingestuft, als Versicherte ohne diese Diagnose.

Tabelle 11

Begutachtungsempfehlungen in Erst- und Folgebegutachtungen insgesamt und bei Versicherten mit den Diagnosen I60-I64, I69

	Diagnose I60-I64, I69 in v.H.	Gesamt in v.H.
nicht pflegebedürftig	12,9	20,0
Pflegestufe I	34,2	41,3
Pflegestufe II	39,7	29,0
Pflegestufe III	13,2	9,7

Antragsteller mit Schlaganfall werden im Vergleich zur Gesamtzahl häufiger in die Pflegestufe II, III und seltener in Pflegestufe I eingestuft. Hier wird die besondere Bedeutung der Auswirkungen des Schlaganfalls im Hinblick auf schwerwiegende Beeinträchtigungen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und auf ein hohes Maß an Abhängigkeit von fremder Hilfe deutlich. Diese Ergebnisse sind mit den in der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2006) genannten Daten vergleichbar.

Im Folgenden wird der verrichtungsbezogene Hilfebedarf im Vergleich zur Gesamtzahl der Antragsteller analysiert (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12

Verrichtungen mit Hilfebedarf in Erst- und Folgebegutachtungen insgesamt und bei Versicherten mit den Diagnosen I60-I64, I69

	Diagnose I60-I64, I69 in v.H.	Gesamt in v.H.
Waschen	93,4	91,2
Duschen/Baden	69,5	70,3
Zahnpflege	82,7	71,2
Kämmen/Rasieren	80,6	71,8
Darm-/Blasenentleerung	81,3	73,2
Mundgerechte Zubereitung der Nahrung	81,7	70,9
Aufnahme der Nahrung	50,1	47,9
Aufstehen/Zu-Bett-Gehen	69,9	60,7
An-/Auskleiden	93,9	91,5
Gehen	55,0	48,9

Antragsteller mit Schlaganfall haben bei den meisten Verrichtungen einen erhöhten Hilfebedarf. Am ausgeprägtesten ist der Unterschied zur Gesamtzahl der Antragsteller bei den Verrichtungen Zahnpflege (+11 Prozent), bei der mundgerechten Zubereitung der Nahrung (+10 Prozent), beim Aufstehen und Zu-Bett-gehen (+9 Prozent), beim Kämmen und Rasieren (9 Prozent), aber auch bei der Darm- und Blasenentleerung (8 Prozent) und beim Gehen (6 Prozent).

Im Vergleich zur Gesamtstatistik besteht insgesamt ein erhöhter verrichtungsbezogener Hilfebedarf. Dies bestätigt den starken Zusammenhang der Diagnose Schlaganfall mit Beeinträchtigungen der Verrichtungen wie er auch in anderen Publikationen geschildert wird. Bedingt durch die Auswirkungen des Schlaganfalls auf Motorik und Feinmotorik ist der Hilfebedarf in den Bereichen Kämmen, Rasieren oder auch Zahnpflege besonders hoch.

Die Auswirkungen eines Schlaganfalls werden über den aktuell geltenden Pflegebegriff gut abgebildet. Hierbei fehlt zwar der kognitiv-emotionale Bereich, aber der ausgeprägte „Verrichtungsbezug“ der Erkrankung korreliert mit dem verrichtungsbezogenen Pflegebedürftigkeitsbegriff, was auch in der niedrigen Ablehnungsquote und in höheren Pflegestufen zum Ausdruck kommt. Das jetzige Begutachtungsverfahren mit dem zugrunde gelegten Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI bildet Versicherte mit eher somatischen Einschränkungen besser ab als z.B. Demenzkranke im Anfangsstadium ihrer Erkrankung.

Wie die nachfolgende Tabelle 13 zeigt, beantragten Versicherte mit Schlaganfall weniger Geld- und Sachleistungen und dafür etwas mehr Kombinationsleistungen. Der Anteil der vollstationären Pflege liegt mit ca. 27 Prozent um fast 4 Prozent über dem der Gesamtstatistik.

Tabelle 13

**Beantragte Leistungen in Erst- und Folgegutachten insgesamt
und bei Versicherten mit den Diagnosen I60-I64, I69**

	Diagnose I60-I64, I69 in v.H.	Gesamt in v.H.
Geldleistung	42,6	46,5
Sachleistung	13,5	15,5
Kombinationsleistung	16,7	14,4
Vollstationäre Pflege	27,2	23,5

Der höhere Anteil an vollstationärer Pflege deckt sich mit dem Trend, der auch in anderen Publikationen beschrieben wird. In Folge des Ereignisses Schlaganfall ist häufiger vollstationäre Pflege erforderlich.

Die Gesamtzahl von Menschen mit Schlaganfall, die als Personen mit „erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ eingestuft wird, entspricht nahezu der Verteilung in der Gesamtstatistik. Antragsteller mit Schlaganfall werden nicht häufiger als Person mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz eingestuft als andere Antragsteller.

Empfehlungen von Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung (Heilmittel, Medizinische Rehabilitation) werden von den MDK-Gutachtern bei Antragstellern mit Schlaganfall häufiger gegeben, als bei anderen Antragstellern. Wie die nachfolgende Tabelle 14 zeigt, steht die Empfehlung von Krankengymnastik mit 21 Prozent an erster Stelle der empfohlenen Leistungen. Ergotherapie, Logopädie und Leistungen der medizinischen Rehabilitation werden seltener, aber im Vergleich zur Gesamtgruppe in größerem Umfang empfohlen (außer Logopädie).

Diese Empfehlungen korrelieren mit den Beeinträchtigungen im Bereich der Verrichtungen und zeigen, dass die Funktionsfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit des Antragstellers, nach Einschätzung des Gutachters, durch rehabilitative Leistungen als positiv beeinflussbar bewertet wird. Die schlaganfallbedingten Schädigungen mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen der Verrichtungen lassen vermuten, dass bei Umsetzung des Anspruchs „Rehabilitation vor/bei Pflege“ auch mehr Empfehlungen von Leistungen mit

rehabilitativem Charakter von den MDK Gutachtern bei diesem Krankheitsbild ausgesprochen werden. Diese Annahme wird durch die vorliegenden Zahlen bestätigt. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass es sich bei Leistungen mit „rehabilitativer Zielsetzung“ nicht ausschließlich um Leistungen der medizinischen Rehabilitation, sondern auch um nicht-komplexe Leistungen wie Heilmittel handelt.

Tabelle 14

Gutachterliche Empfehlungen in Erst- und Folgebegutachtungen insgesamt und bei Versicherten mit den Diagnosen I60-I64, I69

	Diagnose I60-I64, I69 in v.H.	Gesamt in v.H.
Krankengymnastik	20,8	7,6
Ergotherapie	7,4	1,2
Logopädie	0,8	6,0
Rehamaßnahmen	5,0	2,3

Die dargestellten Daten zeigen, dass der Schlaganfall eine Erkrankung mit ausgeprägten Krankheitsfolgen hinsichtlich Funktions- und Strukturschädigungen sowie Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe ist und einen Hauptgrund für Pflegebedürftigkeit darstellt. Deutlich wird, dass der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI die Folgen des Krankheitsbildes „Schlaganfall“ im Gegensatz zur beginnenden Demenzerkrankung gut abbildet.

Versicherte mit der Diagnose Schlaganfall

- werden vom MDK-Gutachter weniger häufig als „nicht erheblich pflegebedürftig“ eingestuft.
- haben einen niedrigeren Anteil an PS I als die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen.
- haben einen höheren Anteil an PS II und III als die Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen.
- haben einen erhöhten verrichtungsbezogenen Hilfebedarf (im Vergleich zur Gesamtgruppe der Pflegebedürftigen).
- erhalten häufiger Empfehlungen des MDK-Gutachters für Leistungen mit rehabilitativer Zielsetzung als andere Antragsteller.

Nicht überprüft werden kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten, inwieweit – und ggf. mit welchem Erfolg – bereits vor Beantragung von Leistungen der Pflegeversicherung Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt wurden. Offen bleibt auch, inwieweit sich die im Rahmen der Pflegebegutachtung empfohlenen Leistungen, im Sinne einer Reduzierung der Pflegebedürftigkeit, auf die Pflegestufe bei einer Wiederholungsbegutachtung auswirkten.

Auch die Frage, ob die empfohlene Leistung auch durchgeführt wurde kann nicht überprüft werden.