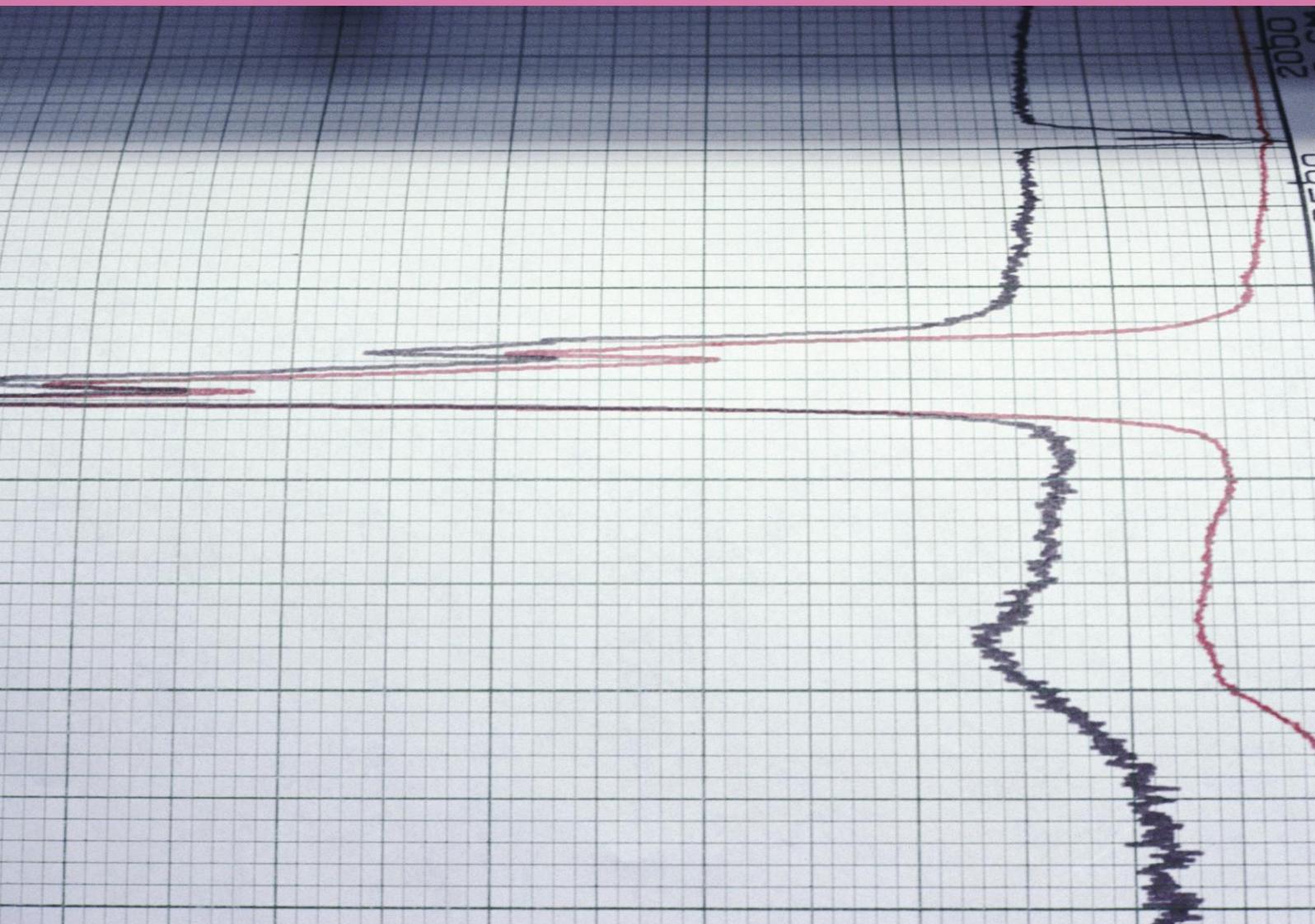


# Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung

## Pflegebericht 2011/2012



**MDS**  
Medizinischer Dienst  
des Spitzenverbandes Bund  
der Krankenkassen e.V.

## Impressum

Herausgeber:

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

Theodor-Althoff-Straße 47

45133 Essen

Telefon: 0201.8327-0

Telefax: 0201.8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

Autoren:

Uwe Brucker und Jan Seidel

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

E-Mail: j.seidel@mds-ev.de; u.brucker@mds-ev.de

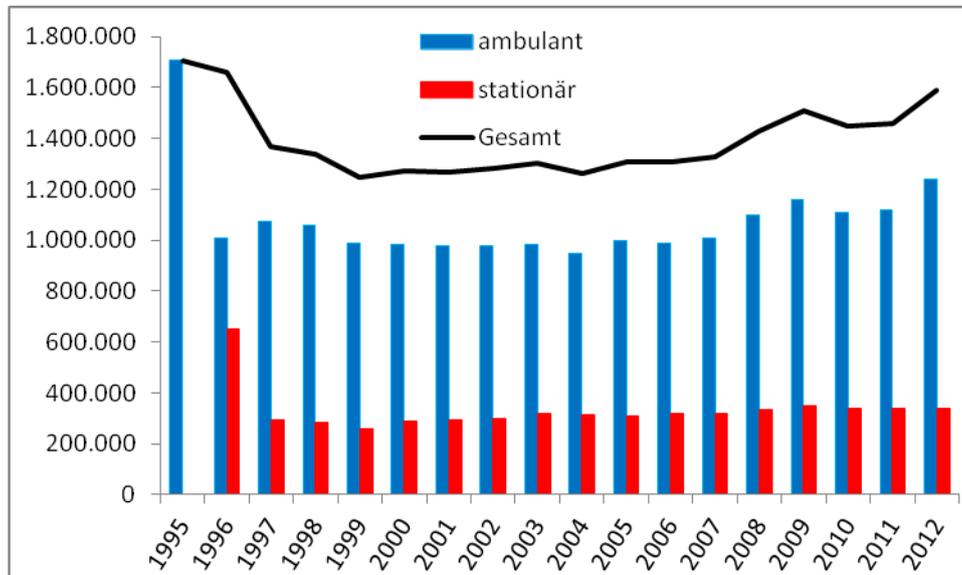
## Inhalt

1	Entwicklung des Begutachtungsaufkommens.....	2
2	Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten .....	5
3	Pflegestufenempfehlungen.....	9
4	Verzögerungsgründe und Erledigungsdauer .....	9
5	Eingeschränkte Alltagskompetenz .....	10
6	Pflegebegründende Diagnosen nach ICD 10.....	14
	Abbildungsverzeichnis .....	20
	Tabellenverzeichnis .....	20

## 1 Entwicklung des Begutachtungsaufkommens

Im Jahr 2012 begutachtete der Medizinische Dienst 1,59 Mio. Versicherte zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Nachdem sich die Anzahl der Begutachtungen in den Berichtsjahren 2010 und 2011 bei um die 1,46 Mio. Begutachtungen eingependelt hatte, bedeutet dies einen deutlichen Begutachtungszuwachs und zugleich den höchsten Stand seit den Anfangsjahren der Pflegeversicherung im Jahre 1995 (siehe Abbildung 1).

**Abbildung 1 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1995-2012**



Die Zunahme der Begutachtungen kann dabei vor allem auf eine Zunahme von Antragstellern auf ambulante Leistungen zurückgeführt werden. Während der stationäre Leistungsbereich zwischen 2011 und 2012 auf einem konstanten Niveau blieb, nahm der auftragsstarke ambulante Sektor um über 10,7 Prozent auf 1,24 Mio. zu. Mit dem Anstieg von 2011 nach 2012 setzt sich auch der langfristige Trend bei den Begutachtungszahlen fort. So stieg die Zahl der ambulanten Begutachtungen zwischen 2007 und 2012 um über 20 Prozent. Im stationären Sektor hingegen war lediglich ein Anstieg von 6,5 Prozent zu beobachten.

Diese Entwicklung resultiert aus Veränderungen von Teilen des Leistungs- und Vergütungsrechts im Pflege-Weiterentwicklungsgesetz von 2008 und dem Pflegeneuausrichtungsgesetz von 2012.

Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurde 2008 eingeführt, dass in ihrer Häuslichkeit gepflegte demenziell oder psychisch erkrankte Menschen, die zwar noch nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, gleichwohl einen hohen allgemeinen Betreuungsbedarf haben, auch Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können. Je nach durch den MDK ermittelten zweistufigen Schweregrad erhielten Versicherte mit einem im Verhältnis geringeren allgemeinen Betreuungsbedarf (erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz) jährlich bis zu € 1.200 (Grundbetrag). Versicherte mit einem im Verhältnis höheren allgemeinen Betreuungsbedarf (in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz) erhalten jährlich bis zu € 2.400 (erhöhter Betrag).

Diese Leistungen wurden 2012 mit dem Pflegeneuausrichtungsgesetz erweitert. Demenziell oder psychisch erkrankte Menschen, die noch nicht pflegebedürftig nach SGB XI sind, erhalten seit dem 1.1.2013 zusätzlich zum bisherigen Grundbetrag bzw. erhöhten Betrag erstmals Pflegegeld in Höhe von € 120 oder Pflegesachleistungen von bis zu € 225. Pflegebedürftige in Pflegestufe I erhalten ein um € 70 höheres Pflegegeld von € 305 und um € 215 höhere Pflegesachleistungen bis zu € 665. Pflegebedürftige in Pflegestufe II erhalten ein um € 85 höheres Pflegegeld von € 525 und um € 150 höhere Pflegesachleistungen von bis zu € 1.250.

Mit diesen ergänzenden Leistungen erstatten die Pflegekassen einen Teil der Kosten für die Inanspruchnahme qualitätsgesicherter Betreuungsleistungen im Rahmen der Tages- oder Nachtpflege,

der Kurzzeitpflege sowie sonstiger Angebote zugelassener Pflegedienste oder niedrigschwelliger Betreuungsangebote.

Der Gesetzgeber entsprach dem seit langem geäußerten Wunsch von Betroffenen, Angehörigen und deren Verbänden, den vorrangig an somatischen Kriterien orientierten Pflegebedürftigkeitsbegriff des SGB XI zu erweitern. Da der allgemeine Betreuungsbedarf nicht in Gänze Gegenstand zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ist, führte dies u.a. dazu, dass viele Menschen mit entsprechenden Beeinträchtigungen keinen Antrag stellen, da der vergleichsweise geringe Hilfebedarf in den Bereichen der Grundpflege zu keiner Pflegestufe führen würde. In diesen Fällen kann ein „isolierter Antrag auf Betreuungsleistungen“ gestellt werden, in dem im Kern nur der Betreuungsaufwand begutachtet wird. Seit Einführung dieser sogenannten G3 Gutachten ist zwar ein jährlicher Anstieg zu beobachten, jedoch geht die Mehrheit der Antragsteller eher den „regulären“ Weg der Erstantragstellung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

Die bisherigen Ausführungen bezogen sich auf Versicherte mit ambulanten Leistungen, also auf Menschen, die zu Hause betreut und gepflegt werden. Aber auch im stationären Bereich sieht das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz Verbesserungen für demenziell Erkrankte vor. Danach erhalten Pflegeeinrichtungen für Pflegebedürftige mit einem erheblichen allgemeinen Betreuungsaufwand Vergütungszuschläge bei der Versorgung. Konkret sieht das Gesetz vor, dass für 25 Pflegebedürftige eine Pflegekraft zusätzlich zur Versorgung finanziert wird.

Während es im ambulanten Bereich vornehmlich um den erstmaligen Einbezug von Menschen geht, die nach den Kriterien des Pflegeversicherungsgesetzes zwar nicht pflegebedürftig sind, wegen ihres Betreuungsaufwandes aber trotzdem Leistungen erhalten sollen, so geht es in Alten- und Pflegeheimen in erster Linie um die Verbesserung der Betreuung und Aktivierung der Heimbewohner. Leistungsrechtlich spielt die Zweistufigkeit des Verfahrens hierbei keine Rolle. Für Versicherte mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, die sich in einer vollstationären Pflegeeinrichtung befinden, haben die Einrichtungen ab dem 01.07.2008 einen Anspruch auf Vereinbarung leistungsgerechter Zuschläge zur Pflegevergütung, wenn die Einrichtung ein zusätzliches, über das normale Betreuungsangebot für pflegebedürftige Menschen hinausgehendes Angebot der Betreuung und Aktivierung dieser Heimbewohner vorhält. Durch die Bereitstellung personeller Ressourcen soll dadurch der Mehrbedarf von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz berücksichtigt werden.

Anders als im ambulanten Bereich hatten die Gesetzesänderungen in Bezug zum Begutachtungsvolumen der Medizinischen Dienste im stationären Leistungssektor keine vergleichbaren Auswirkungen hervorgerufen. Die Zahl jährlicher Begutachtungen liegt hier vergleichsweise konstant leicht oberhalb von 300.000. Wie bereits beschrieben kann der Anstieg in Begutachtungszahlen vor allem auf einen Anstieg im ambulanten Sektor zurückgeführt werden.

Die verhältnismäßig starke Zunahme der Begutachtungszahlen von 2011 nach 2012 kann neben den bereits benannten Veränderungen im Leistungs- und Vergütungsrecht der Pflegeversicherung auch im Zusammenhang stehen mit der im Pflegeneuausrichtungsgesetz angelegten Verschärfung der Fristenregelung bei der Pflegebegutachtung. Erhält der Antragsteller nicht innerhalb einer Frist von 5 Wochen von der Pflegekasse einen Bescheid über seinen Leistungsantrag, so hat er – wenn er die Fristüberschreitung nicht selbst verschuldet hat – Anspruch auf Zahlung von 70 Euro pro Woche Fristüberschreitung gegenüber seiner Pflegekasse.

Um dies zu vermeiden und die im Gesetz vorgesehenen Fristen einzuhalten, haben die MDK 2012 personelle und organisatorische Anstrengungen unternommen, um ihre Laufzeiten zu verkürzen ohne dabei ihren Service bei der Pflegebegutachtung einzuschränken. Da die Laufzeiten zum Inkrafttreten des Pflegeneuausrichtungsgesetzes ab 30.10.2012 verkürzt werden sollten, wurden im Laufe des Jahres mehr Begutachtungen durchgeführt als noch im Vorjahr.

Bei den hier beschriebenen Begutachtungen handelt es sich um sog. „Regelbegutachtungen“, die in den Begutachtungs-Richtlinien als G1 „Gutachten nach Hausbesuch“ und G2 „Gutachten nach Aktenlage“<sup>1</sup> definiert werden. Das Gutachten auf Grundlage eines Hausbesuches ist die Normbegut-

---

<sup>1</sup> Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches: S. 122/123

achtung. Es basiert auf dem Formulargutachten der Begutachtungs-Richtlinien<sup>2</sup>. Ein Gutachten, das per Aktenlage angefertigt wird, kommt im Wesentlichen dann zum Einsatz, wenn der Antragsteller vor der persönlichen Befunderhebung verstorben ist oder wenn der Hausbesuch im Einzelfall nicht zumutbar ist, z.B. bei stationärer Hospizversorgung. Als dritte Begutachtungsart kann das bereits oben erwähnte „Gutachten bei isolierter Feststellung einer Einschränkung der Alltagskompetenz“ (G3)<sup>3</sup> benannt werden. Im Rahmen dieser Begutachtung wird im Kern der Betreuungsaufwand von vorwiegend demenziell oder psychisch erkrankten Menschen festgestellt.

Zusätzlich zu diesen Begutachtungstypen wurden bereits durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz neue „Kurzbegutachtungsarten“, die sog. „Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Bearbeitungs- / Begutachtungsfrist“ (Typ G4 der Begutachtungs-Richtlinien“<sup>4</sup>) eingeführt, die mit definierten Begutachtungsfristen versehen sind. Ziel ist es, für bestimmte Fallkonstellationen, in denen dringender Handlungsbedarf besteht, in kurzer Zeit eine sozialmedizinisch fundierte Empfehlung abzugeben, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt oder nicht. Damit können dann kurzfristig weitere Schritte zur pflegerischen Versorgung eingeleitet werden. Die Feststellung einer Pflegestufe und weitere sozialmedizinische und pflegfachliche Empfehlungen werden danach in Form einer Erstbegutachtung nachgeholt.

**Tabelle 1 Begutachtungen der medizinischen Dienste nach Beauftragungsart**

<b>Begutachtungen des Medizinischen Dienstes 2011 und 2012</b>		
<b>Bezeichnung/Typ</b>	<b>Anzahl 2011</b>	<b>Anzahl 2012</b>
Regelbegutachtungen (G1 und G2 der Begutachtungs-Richtlinien) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit	1.466.082	1.589.371
Isolierter Antrag auf Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI (G3 der Begutachtungs-Richtlinien)	44.147	54.435
Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist (G4 der Begutachtungs-Richtlinien)	131.795	166.592
<b>Gesamt</b>	<b>1.642.024</b>	<b>1.810.398</b>

Insgesamt hat der Medizinische Dienst im Jahre 2012 1,81 Mio. Gutachten für die Pflegekassen erstellt. Beim Gros handelt es sich um die sog. „Regelbegutachtungen“ zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Neben der bereits beschriebenen Steigerung der Regelbegutachtungen ist auch ein Anstieg bei Begutachtungen mit verkürzter Begutachtungsfrist sowie den Isolierten Anträgen auf Betreuungsleistungen festzustellen.

Die in Tabelle 2 dargestellte Übersicht benennt die Fallkonstellationen für Begutachtungen mit verkürzter Begutachtungsfrist und die Anzahl der in den Jahren 2011 und 2012 durchgeführten Begutachtungen.

Von den rund 167.000 (2012) Begutachtungen dieses Typs entfallen über 90 Prozent auf die Fallkonstellation 1. Dabei handelt es sich in vielen Fällen um den Übergang in die vollstationäre Pflege. Es ist festzuhalten, dass in einigen Bundesländern landesspezifische Regelungen existieren, nach denen auch in den benannten Fallkonstellationen vollständige Erstgutachten mit Empfehlung einer Pflegestufe anzufertigen sind.

<sup>2</sup> Ebda.: S.125 ff.

<sup>3</sup> Ebda.: S.123/124

<sup>4</sup> Ebda. S. 124

**Tabelle 2 Übersicht Begutachtungen mit verkürzter Begutachtungsfrist**

Begutachtungen in Fällen mit verkürzter Begutachtungsfrist			
Fallkonstellation/en	Begutachtungsfrist	Durchgeführte Begutachtungen	
		2011	2012
1. Der Antragsteller befindet sich im Krankenhaus oder in einer stationären Rehabilitationseinrichtung und es liegen Hinweise vor, dass zur Sicherstellung der ambulanten oder stationären Weiterversorgung und Betreuung eine Begutachtung in der Einrichtung erforderlich ist oder es wurde die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person angekündigt.	Innerhalb einer Woche	123.562	149.351
2. Der Antragsteller befindet sich in einem Hospiz.		4.787	4.442
3. Der Antragsteller wird ambulant palliativ versorgt.		292	229
4. Der Antragsteller befindet sich in häuslicher Umgebung, ohne palliativ versorgt zu werden, und die Inanspruchnahme von Pflegezeit nach dem Pflegezeitgesetz gegenüber dem Arbeitgeber der pflegenden Person wurde angekündigt.	Innerhalb von zwei Wochen	3.154	5.131

## 2 Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten

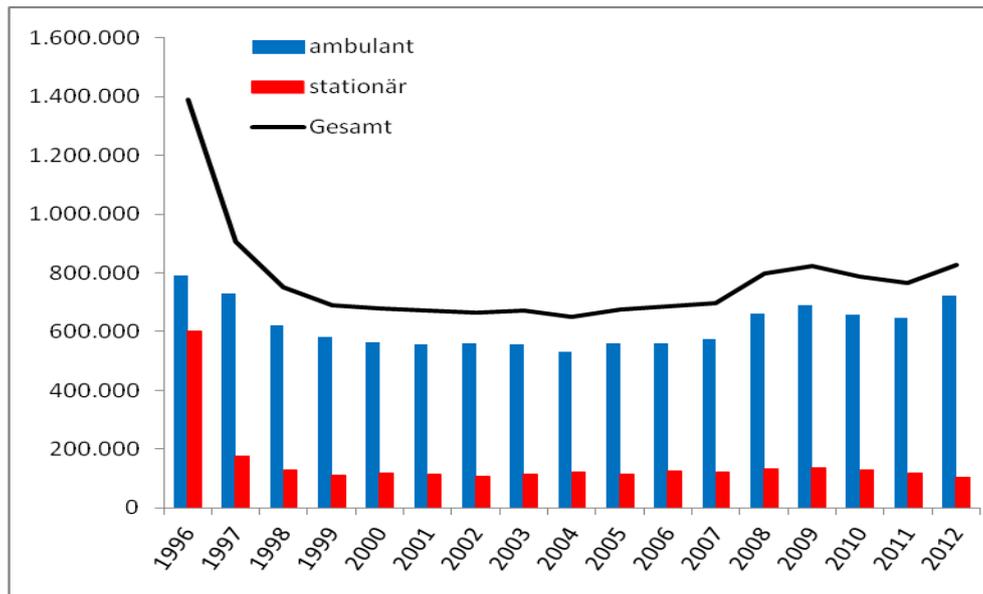
Erstbegutachtungen werden in den Fällen durchgeführt, bei denen der Versicherte zum Zeitpunkt der Antragstellung noch keine Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung erhält. Die Abbildung 2 informiert in diesem Sinne im Falle von festgestellter Pflegebedürftigkeit über den jährlichen Neuzugang (Inzidenz von Pflegebedürftigkeit) zum Bestand (Prävalenz von Pflegebedürftigkeit) der Pflegebedürftigen. Alle Erstgutachten bilden die Zahl der jährlichen Antragsteller ab (Antragstellerinzidenz).

Lässt man die Einführungsjahre außer Acht dann bewegte sich die Zahl jährlicher Antragsteller vergleichsweise konstant knapp unterhalb der 700.000-Marke. Mit dem Inkraft-Treten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes zum 1.7.2008 stieg die Zahl um 100.000 deutlich an. Der bisherige Höhepunkt wurde 2009 mit fast 824.000 Erstantragstellern erreicht. In den Jahren 2010 und 2011 gingen die Zahlen zunächst wieder leicht zurück. Mit der Umsetzung des Pflegeneuausrichtungsgesetzes gab es im Jahr 2012 einen erneut starken Anstieg auf einen neuen Höchstwert von 828.000 Erstbegutachtungen.

Wie bereits oben erläutert geht diese Entwicklung vor allem auf den ambulanten Leistungssektor zurück. Mit 723.000 ambulanten Erstbegutachtungen wurde im Jahr 2012 der höchste Wert seit 1997 erreicht. Die Zahlen im stationären Sektor gehen dagegen seit 2009 deutlich zurück. Mit knapp 105.000 stationären Erstbegutachtungen ist der niedrigste Wert seit Einführung der Pflegeversicherung festzustellen.

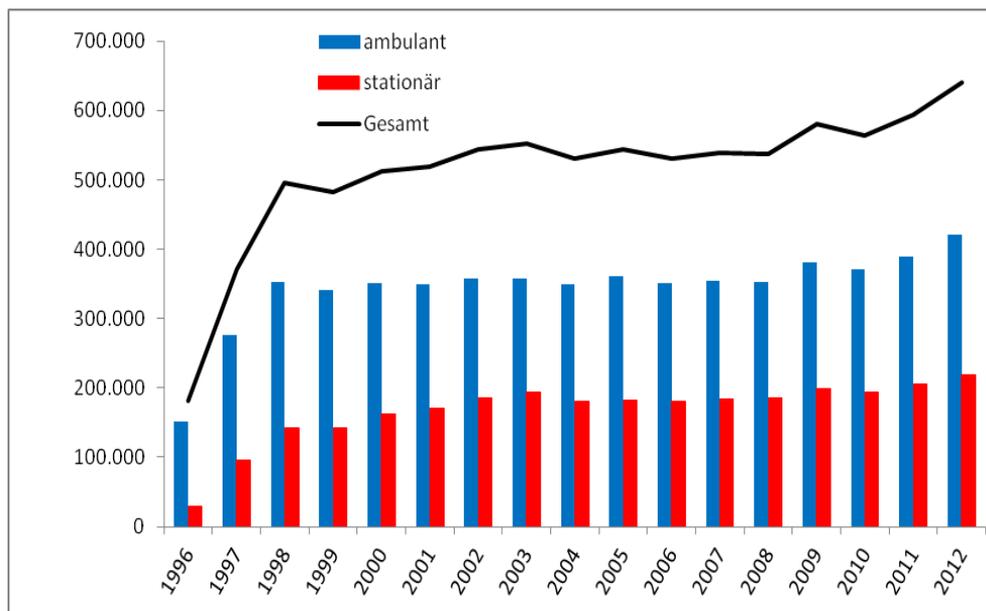
Eine Interpretation dieser Verlaufskurve wurde schon im vorangegangenen Kapitel gegeben. Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sieht u.a. vor, dass nun auch Pflegebedürftige mit gewünschten ambulanten Leistungen, einer eingeschränkten Alltagskompetenz und einem Hilfebedarf unterhalb den Kriterien der Pflegestufe I gesonderte Leistungen erhalten können. Diese Änderung des Leistungsrechts führte dazu, dass viele Versicherte erstmalig überhaupt einen Erstantrag stellten. Es kann angenommen werden, dass sich diese Entwicklung mit Einführung der erweiterten Leistungen für demenziell erkrankte Menschen in Folge des Pflegeneuausrichtungsgesetzes noch verstärken wird.

**Abbildung 2 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Erstbegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012**



Unter dem Sammelbegriff „Folgegutachten“ werden Begutachtungen bei Versicherten verstanden, die bei der Antragstellung schon pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind. Bei Änderungsgutachten wird von den Betroffenen oder deren Angehörigen ein leistungsrechtlicher Zuwachs des Hilfebedarfs vermutet, weswegen sie bei ihrer Pflegekasse eine erneute Begutachtung beantragen. Höherstufungsantrag ist aus diesem Grunde auch ein weiterer Begriff für die Begutachtungsart. Gibt die Pflegekasse eine erneute Begutachtung in Auftrag, spricht man von einer Wiederholungsbegutachtung. Die Pflegekasse wird sich in ihrem Handeln in den meisten Fällen auf die entsprechende Empfehlung des Gutachters des Vorgutachtens beziehen.

**Abbildung 3 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Folgebegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012**



Die in Abbildung 3 dargestellte Entwicklung der letzten Jahre folgt im Wesentlichen der bei den bereits vorgestellten Erstgutachten. Auch für Folgegutachten ist mit 640.000 Begutachtungen ein neu-

er Höchststand festzustellen. Unterschiede zu der Entwicklung von Erstbegutachtungen bestehen lediglich im stationären Leistungssektor. Neben einem höheren Anteil an stationären Fällen an den Gesamtzahlen, kann anders als bei Erstgutachten eine leichte Zunahme stationärer Folgebegutachtungen in den letzten Jahren festgestellt werden.

Seit dem Berichtsjahr 2011 können erstmalig Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen differenziert ausgewiesen werden. In Tabelle 3 ist zu erkennen, dass Änderungsgutachten das Gros der Folgegutachten ausmachen. Und sich die Anteile zwischen den beiden Berichtsjahren nur unwesentlich verändert haben.

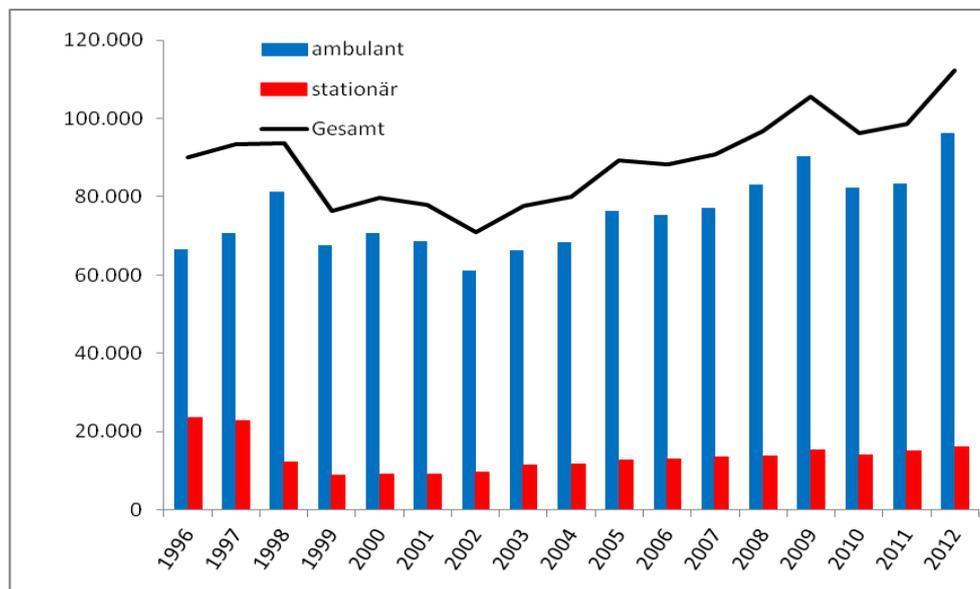
**Tabelle 3 Verteilung Änderungs- und Wiederholungsgutachten bei Folgebegutachtungen 2011 und 2012**

Jahr	Ambulant			Stationär		
	Gesamt	Anteil in v. H.		Gesamt	Anteil in v. H.	
		Änderungs- gutachten	Wiederholungs- gutachten		Änderungs- gutachten	Wiederholungs- gutachten
2011	388.815	72,1	27,9	205.358	86,5	13,5
2012	420.862	73,7	26,3	219.428	83,8	16,2

Widerspruchsgutachten werden MDK-seitig erstellt, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Pflegekasse erhebt. Das ist die formal-rechtliche Definition des Begriffs. In vielen Fällen verbergen sich dahinter aber auch Gutachten von Versicherten, bei denen sich der Hilfebedarf zwischen Begutachtung und Ende der Widerspruchsfrist deutlich erhöht hat. Dies ist vor dem Hintergrund des hohen Alters und der oftmals progredient verlaufenden Krankheitsbilder zu verstehen.

Zwar hat die Anzahl der Widerspruchsgutachten im Zeitverlauf zugenommen, der Anteil an den Gesamtregelgutachten blieb dabei mit geringen Schwankungen seit dem Jahr 2003 bei ca. 7 Prozent konstant.

**Abbildung 4 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Widerspruchsgutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012**



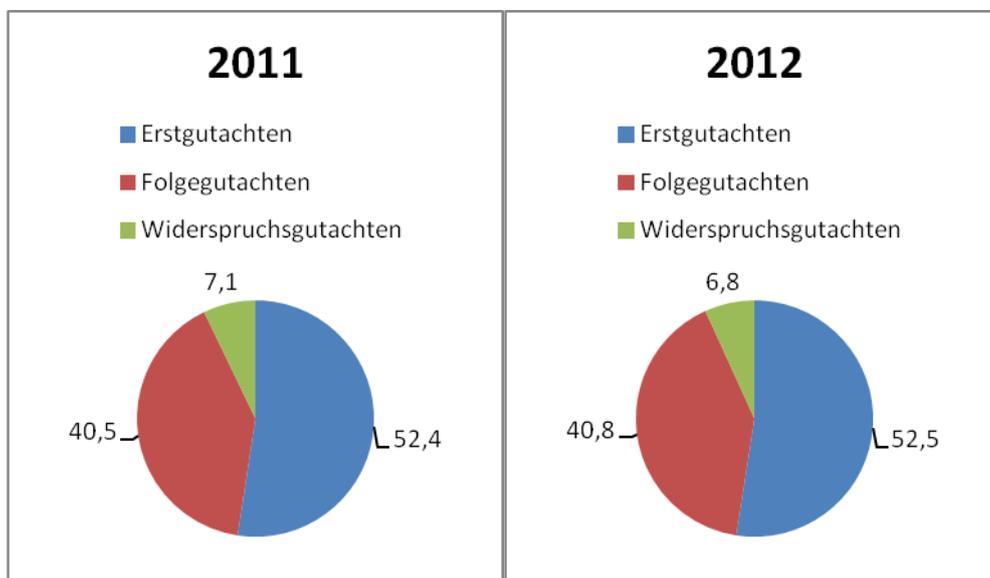
Mit den beschriebenen Gutachtenarten nimmt der Medizinische Dienst vielfältige Funktionen wahr. In den Erstgutachten wird geprüft, ob Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes erstmalig vorliegt. Damit wird der jährliche Zugang zum Bestand der Pflegebedürftigen beschrieben. Eventuelle Änderungen am schon vormals festgestellten leistungsrelevanten Hilfebedarf werden in den Folgegutach-

ten überprüft. Die Anpassung des veränderten Hilfebedarfs an die neue pflegerische Situation und damit auch die Steuerung leistungsrechtlicher Voraussetzungen sind eine weitere wichtige Aufgabe im Spektrum der MDK-Tätigkeit. Es hat sich dabei gezeigt, dass die Versicherten bzw. deren Angehörigen an dieser Stelle die entsprechenden Impulse setzen.

In der Gesamtbetrachtung sind Erstbegutachtungen mit etwas über 50 Prozent das Hauptbetätigungsfeld der Medizinischen Dienste im Bereich der Feststellung von Pflegebedürftigkeit. Knapp dahinter rangieren mit ca. 40 Prozent die Folgebegutachtungen. Widerspruchsbegutachtungen werden in ca. 7 Prozent aller Begutachtungen durchgeführt. Veränderungen zwischen den Jahren 2011 und 2012 sind dabei verschwindend gering.

Das konstante Gesamtniveau für stationäre Regelbegutachtungen, welche in Abbildung 1 dargestellt wurde, geht insgesamt betrachtet auf einen Rückgang von Erstbegutachtungen bei gleichzeitigem Anstieg der Folgebegutachtungen zurück. Im ambulanten Sektor hingegen ist eine Zunahme bei Erst- und Folgegutachten zu beobachten.

**Abbildung 5 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten in v.H. 2011**



### 3 Pflegestufenempfehlungen

Zu den zentralen Aufgaben der MDK-Begutachtung gehört die Empfehlung an die auftraggebende Pflegekasse, ob Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe des SGB XI besteht und welche Pflegestufe vorliegt.

In den Jahren 2011 und 2012 wurde insgesamt bei über zwei Drittel der Erstantragsteller auf ambulante und stationäre Leistungen Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI festgestellt. Der Anteil dieser Antragsteller, die sich auf die Pflegestufen I bis III verteilen, ist dabei von 68,4 Prozent im Jahr 2011 auf 67,9 Prozent im Jahr 2012 zurückgegangen.

**Tabelle 2 Begutachtungsempfehlungen bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern 2011 und 2012**

	nicht pfl.-bed.	pflegebedürftig unterhalb Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
<b>ambulant in v.H.</b>					
2011	8,6	25,7	49,6	13,0	3,0
2012	4,7	29,6	51,0	12,0	2,7
<b>stationär in v.H.</b>					
2011	3,9	12,3	46,4	29,3	8,0
2012	2,3	14,4	47,8	28,6	6,9
<b>stationär und ambulant in v.H.</b>					
2011	7,9	23,7	49,1	15,5	3,8
2012	4,4	27,7	50,6	14,1	3,2

Diese Entwicklung ist auf das veränderte Antragsverhalten der Versicherten in Folge der oben bereits genannten Gesetzesänderungen zurückzuführen. Durch die neuen Leistungen für Menschen, die an einer dementiellen Krankheit leiden, aber noch nicht pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind, stellen nun auch Versicherte mit einem vergleichsweise niedrigen Hilfebedarf einen Antrag zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit.

Die deutlichen Unterschiede bei der Verteilung des Ergebnisses ‚nicht pflegebedürftig‘ und ‚pflegebedürftig unterhalb Pflegestufe I‘ können darauf zurückgeführt werden, dass die statistische Erfassung der Kategorie ‚pflegebedürftig unterhalb Pflegestufe I‘ erst im Jahre 2012 bundesweit vollständig umgesetzt wurde und im Jahre 2011 demnach noch der Kategorie ‚nicht pflegebedürftig‘ zugeordnet wurden.

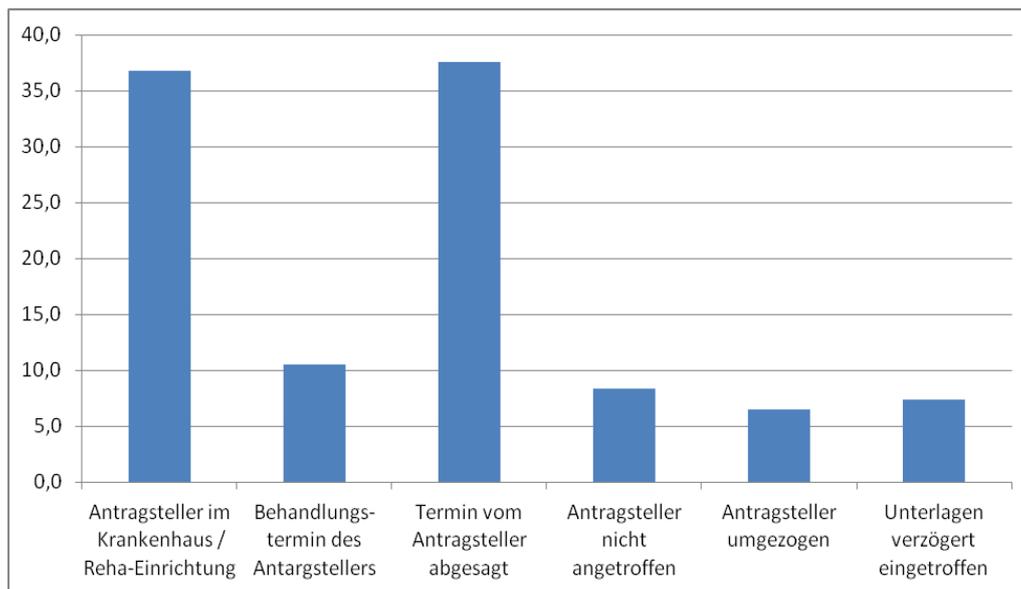
Im stationären und ambulanten Leistungssektor erhält jeweils ca. die Hälfte der Versicherten eine Empfehlung der ‚Pflegestufe I‘. Bei Erstantragstellern auf vollstationäre Pflege wird anteilig häufiger Pflegebedürftigkeit festgestellt, wobei gleichzeitig vor allem die Pflegestufen II und III häufiger empfohlen werden.

### 4 Verzögerungsgründe und Erledigungsdauer

Die schnelle Bearbeitung von Begutachtungsaufträgen ist von zentraler Bedeutung in der Logistik der Auftragsbearbeitung. Die Zeit (gemessen in Tagen) zwischen Eingang des Gutachtenauftrages beim MDK und Versand des fertigen Pflegegutachtens an die auftraggebende Pflegekasse wird Erledigungsdauer oder auch Laufzeit genannt.

Nach Eingang des Auftrages wird mit dem Antragsteller bzw. dessen Angehörigen ein Termin zur Begutachtung vereinbart. Danach werden beim MDK EDV-gestützte Verfahren eingesetzt, um sinnvolle und effiziente Tourenplanungen für die Gutachter/innen zu erstellen. In manchen Fällen kommt es nicht zu dem vereinbarten Begutachtungstermin, etwa weil der Termin vom Antragsteller abgesagt wird oder sich der Antragsteller zwischenzeitlich in einem Krankenhaus oder einer Reha-Einrichtung befindet.

**Abbildung 6 Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren bei Regelbegutachtungen die der MDK nicht zu verantworten hat (Mehrfachnennungen möglich)**



Insgesamt kam es bei 10,4 Prozent aller Regelbegutachtungen (Erst- Folge- und Widerspruchsgutachten) zu Verzögerungen, die die jeweiligen Medizinischen Dienste nicht zu verantworten hatten. Für das Berichtsjahr 2012 wurden die verschiedenen Verzögerungsgründe, die nicht durch die MDK zu verantworten sind, erstmals bundesweit vollständig erfasst (siehe Abbildung 6). Die häufigsten Ursachen für solche Verzögerungen sind demnach, dass sich der Antragsteller zum geplanten Begutachtungstermin in einem Krankenhaus oder einer Rehaeinrichtung befindet oder der Antragsteller den Termin absagt.

Für die Berechnung der Laufzeiten werden Fälle, bei denen einer der Verzögerungsgründe zum Tragen kommen, nicht mit einbezogen. Im Vergleich zum Vorjahr konnte die durchschnittliche Erledigungsdauer von Regelbegutachtungen durch Medizinischen Dienste von 26,5 auf 25,8 Tage verkürzt werden.

## 5 Eingeschränkte Alltagskompetenz

Bereits das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008 hat Personen mit demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen auch dann einen Rechtsanspruch auf Leistungen aus der Pflegeversicherung eingeräumt, wenn die Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI (§§ 14 und 15 SGB XI) nicht vorliegen. Diese Personen müssen zwar einen Hilfebedarf im Bereich der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung haben, allerdings unterhalb der Minutenwerte von Pflegestufe I. Mit diesen ergänzenden Leistungen aus § 45a SGB XI werden Personen, die noch zu Hause leben von den Pflegekassen ein Teil der Kosten für die Inanspruchnahme so genannter niedrigschwelliger Angebote erstattet; das sind z. B. der Besuch einer Tagespflegeeinrichtung oder die Betreuung durch eine „Tagespflegekraft“. Die ergänzenden Leistungen sind gestaffelt, je nach Intensität der Ausprägung des „allgemeinen Betreuungsbedarfs“: in der ersten Stufe werden monatlich 100 € erstattet, in der zweiten Stufen werden mit 200 € im Monat der sog. erhöhte Betrag erstattet.

Durch das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (PNG), das am 30.10.2012 in Kraft getreten ist, werden die Leistungen für Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) erweitert. Die Möglichkeiten der zusätzlichen Betreuung auf Versicherte mit erheblichem allgemeinem Betreuungsbedarf werden auf den teilstationären Bereich ausgeweitet. Zudem können Pflegebedürftige und ihre Angehörigen neben den Leistungskomplexen mit den Pflegediensten flexible Zeitvolumen vereinbaren, was insbesondere den Bedürfnissen von Menschen mit Demenz gerecht werden soll.

Die Zahl der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), die zu Hause wohnen, ambulante Leistungen aus der Pflegeversicherung beantragt und eine Pflegestufe erhalten haben, liegt über die Pflegestufen verteilt in den Jahren 2011 und 2012 stabil bei etwa einem Drittel. Dabei zeigt sich ein Zusammenhang zwischen der Höhe der Pflegestufe und dem Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz: mit der Zunahme der Pflegestufe nimmt auch der Anteil von PEA zu.

Bemerkenswert ist der Anteil von jeweils etwa 13 Prozent Antragstellern in den Jahren 2011 und 2012, deren täglicher Hilfebedarf bei den Verrichtungen des täglichen Lebens noch nicht mindestens 45 Minuten umfasst und die demnach keine Pflegestufe erhalten haben: insgesamt haben 16,3 Prozent dieser Menschen einen Hilfe- und Pflegebedarf, der sich aus gerontopsychiatrischen begründeten Veränderungen ableiten lässt. Das sind Personen mit mindestens erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz, aber einem Hilfebedarf an Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung, der unter 45 Minuten am Tag (unterhalb Pflegestufe I) liegt. Diese Personen haben Anspruch auf Leistungen nach § 45a SGB XI und mit dem PNG auch auf Leistungen nach § 124 SGB XI. Diese Zahlen gehen im Jahr 2012 nochmals geringfügig nach oben auf 17 Prozent der Antragsteller, die unterhalb der Pflegestufe I eingestuft worden sind.

**Tabelle 3 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen 2011 und 2012**

	in erheblichem Maße	in erhöhtem Maße	Gesamt
2011			
unterhalb Pflegestufe I	12,7	3,6	16,3
Pflegestufe I	17,6	9,1	26,7
Pflegestufe II	18,9	17,3	36,2
Pflegestufe III	18,0	15,9	33,9
2012			
unterhalb Pflegestufe I	13,2	3,8	17,0
Pflegestufe I	17,7	8,7	26,4
Pflegestufe II	19,4	12,2	31,6
Pflegestufe III	17,8	12,3	30,1

Betrachtet man das Alter von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz, so ist der Anteil der Pflegebedürftigen unterhalb der Pflegestufe I über alle Alterskohorten hinweg recht stabil zwischen 16 und 18 Prozent; einzig die Altersgruppe der unter 65 Jährigen ist mit einem Anteil von 21,4 Prozent etwas erhöht, weil darin die größte Kohorte (die aller unter 65 Jährigen) Eingang gefunden hat. Das Bild zeigt sich auch in den Altersgruppen bis 90 Jahre in den Pflegestufen I (bei 24,2 Prozent) Pflegestufen II (zwischen 20,9 und 26,1 Prozent) und Pflegestufe III (zwischen 24,1 und 25,1 Prozent) stabil. Allerdings steigt der Anteil der Personen mit in erheblichem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz mit zunehmendem Alter in den Pflegestufen II und III deutlich an.

**Tabelle 4 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Alter 2012**

PEA	nicht pflegebed.	pflegebed. unterhalb Pflege- stufe I	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
<b>bis 65 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	5,3	14,2	12,1	12,0	14,8
in erhöhtem Maße	2,3	7,2	12,1	8,8	9,3
<b>Ges. (N=)</b>	<b>8.172</b>	<b>38.572</b>	<b>41.365</b>	<b>13.380</b>	<b>4.021</b>
<b>66-80 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	5,5	12,2	16,0	15,8	15,3
in erhöhtem Maße	1,7	3,6	8,2	10,3	9,8
<b>Ges. (N=)</b>	<b>11.652</b>	<b>73.899</b>	<b>114.438</b>	<b>30.614</b>	<b>7.704</b>
<b>81-90 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	5,7	14,1	20,0	23,4	20,3
in erhöhtem Maße	1,9	3,8	8,7	14,6	14,0
<b>Ges. (N=)</b>	<b>10.850</b>	<b>76.667</b>	<b>147.606</b>	<b>29.049</b>	<b>5.643</b>
<b>91 Jahre und älter</b>					
in erheblichem Maße	4,8	13,2	20,1	26,8	24,4
in erhöhtem Maße	2,0	3,5	7,4	14,1	14,5
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.763</b>	<b>12.738</b>	<b>37.627</b>	<b>7.982</b>	<b>1.551</b>

Der Anteil der Frauen, die in erheblichem oder erhöhtem Maße in ihrer Alltagskompetenz eingeschränkt sind, ist im ambulanten Bereich in den Pflegestufen unterhalb von Pflegestufe und in der Pflegestufe deutlich höher als der bei Männern. Dabei ist der Unterschied am deutlichsten im Bereich der in erheblichem Maße eingeschränkten Alltagskompetenz. Im Bereich der im erhöhten Maße eingeschränkten Alltagskompetenz nivellieren sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede. Auch in den Pflegestufen II und II sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede deutlich geringer.

**Tabelle 5 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Geschlecht 2012**

PEA	nicht pflegebed.	pflegebed. unterhalb Pflege- stufe I	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
<b>Männer</b>					
in erheblichem Maße	10,7	35,6	44,6	51,9	52,7
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.043</b>	<b>5.528</b>	<b>14.748</b>	<b>9.755</b>	<b>2.736</b>
<b>Frauen</b>					
in erheblichem Maße	11,5	31,2	44,9	51,8	53,6
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.250</b>	<b>8.652</b>	<b>29.173</b>	<b>15.423</b>	<b>3.651</b>

Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit im stationären Bereich weicht insoweit von der im ambulanten Bereich ab, als der Medizinische Dienst nur feststellt, ob es sich beim Antragsteller in mindestens erheblichem Maße um eine PEA handelt. Der Grund dafür liegt in der leistungsrechtlichen Besonderheit im stationären Bereich (§ 87 b SGB XI). Der Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA), die im Pflegeheim wohnen und eine Pflegestufe haben, liegt über die Pflegestufen verteilt in den Jahren 2011 und 2012 stabil bei etwa der Hälfte der Bewohner. Auch in der

vollstationären Versorgung zeigt sich eine Korrelation von Pflegestufe und Anteil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz: je höher die Pflegestufe desto größer der Anteil der PEA.

Ein Drittel der Menschen, die in vollstationären Einrichtungen leben und deren Hilfebedarf unterhalb der Pflegestufe I liegt, sind Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz. Es zeigt sich, dass der Anteil der Personen mit gerontopsychiatrisch bedingtem Pflege- und Unterstützungsbedarf deutlich höher liegt als im ambulanten Bereich. Weiterhin lebt in Pflegeheimen eine Anzahl von Menschen (bundesweit waren 2012 ca. 15.000 ohne Pflegestufe), die eine erhebliche oder in erhöhtem Maße eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, die keine Sachleistungen aus der Pflegeversicherung erhalten (es sind ca. 5.000 Menschen).

**Tabelle 6 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen 2012**

	eingeschränkte Alltagskompetenz in v. H.	
	2011	2012
unterhalb Pflegestufe I	32,3	32,7
Pflegestufe I	46,6	49,3
Pflegestufe II	53,1	53,3
Pflegestufe III	62,2	55,9

Die Altersgruppen korrelieren dabei auf stabilem Niveau mit dem Anteil der Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz. Unterhalb der Pflegestufe I liegt der Anteil noch bei 17 Prozent, er steigt in Pflegestufe I auf 30,1 Prozent und in Pflegestufe II auf 36,3 Prozent. In Pflegestufe III nimmt der Anteil wieder ab auf 31,2 Prozent, was möglicherweise mit der Zusammensetzung der pflegebegleitenden Diagnosen in der Pflegestufe erklärt werden kann. (vgl. dort)

**Tabelle 7 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Alter 2012**

PEA	nicht pflegebed.	pflegebed. unterhalb Pflegestufe I	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
<b>bis 65 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	8,3	36,8	30,4	31,4	38,4
<b>Ges. (N=)</b>	<b>675</b>	<b>2.689</b>	<b>3.706</b>	<b>2.907</b>	<b>965</b>
<b>66-80 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	8,9	27,4	31,8	30,6	32,6
<b>Ges. (N=)</b>	<b>699</b>	<b>4.336</b>	<b>11.958</b>	<b>8.014</b>	<b>2.176</b>
<b>81-90 Jahre</b>					
in erheblichem Maße	8,7	21,1	33,0	35,3	31,1
<b>Ges. (N=)</b>	<b>732</b>	<b>5.500</b>	<b>20.643</b>	<b>10.526</b>	<b>2.370</b>
<b>91 Jahre und älter</b>					
in erheblichem Maße	7,0	17,0	30,1	36,3	31,2
<b>Ges. (N=)</b>	<b>187</b>	<b>1.655</b>	<b>7.614</b>	<b>3.731</b>	<b>876</b>

Abweichend vom ambulanten Bereich sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern am Anteil der Versicherten, die in erheblichem Maße eine eingeschränkte Alltagskompetenz aufweisen, in den Pflegeheimen über alle Pflegestufen hinweg nahezu ausgeglichen.

**Tabelle 8 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht 2012**

PEA	nicht pflegebed.	pflegebed. unterhalb Pflege- stufe I	Pflege- stufe I	Pflege- stufe II	Pflege- stufe III
	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.	in v.H.
<b>Männer</b>					
in erheblichem Maße	10,7	35,6	44,6	51,9	52,7
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.043</b>	<b>5.528</b>	<b>14.748</b>	<b>9.755</b>	<b>2.736</b>
<b>Frauen</b>					
in erheblichem Maße	11,5	31,2	44,9	51,8	53,6
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.250</b>	<b>8.652</b>	<b>29.173</b>	<b>15.423</b>	<b>3.651</b>

## 6 Pflegebegründende Diagnosen nach ICD 10

Betrachtet man die Begutachtungsergebnisse aus dem Berichtszeitraum unter dem Gesichtspunkt der ersten pflegebegründenden Diagnose, bedarf es einer methodischen Vorbemerkung. In der neueren Diskussion über Pflegebedürftigkeit ist man sich weitgehend darin einig, dass die Krankheiten und andere gesundheitlichen Probleme und Störungen, wie sie systematisch im ICD 10 zusammengefasst sind, pflegebegründend sein können. Sie sind jedoch –im Unterschied zu Hilfen im Sinne von medizinischer Therapie- nicht der unmittelbare Bezugspunkt von pflegerischer Unterstützung und Hilfe. Aus den in der traditionellen Diktion des SGB XI sog. pflegebegründenden Diagnosen lassen sich Beeinträchtigungen körperlicher oder psychischer wie kognitiver Funktionen oder Fähigkeiten herleiten, die auch soziale Aspekte mit umfassen. Die gesundheitlichen Probleme können körperliche oder psychische Belastungen zur Folge haben, die das Verhalten und Handeln des betroffenen Versicherten unterschiedlich beeinflussen können.

Diagnosen nach ICD 10 sagen daher als solche noch nichts über die Art, den Grad, die Dauer oder die Abhängigkeit von Fremdhilfe, also über Pflegebedürftigkeit aus.

„Funktionelle Einbußen, Belastungen und Anforderungen sind demnach für sich genommen noch kein Merkmal für Pflegebedürftigkeit. Für sich genommen begründen sie keinen Bedarf an pflegerischer Unterstützung. Erst wenn das betroffene Individuum nicht (mehr) in der Lage ist, sie selbstständig zu bewältigen (d. h. erforderliche Selbstpflegeaktivitäten oder elementare Lebensaktivitäten autonom durchzuführen, die genannten Belastungen und Anforderungen autonom zu bewältigen etc.) und daher auf personelle Hilfe angewiesen ist, wird von Pflegebedürftigkeit gesprochen.“<sup>5</sup>

Aus Gründen der Übersichtlichkeit werden die folgenden Ergebnisse für die übergeordneten Hauptgruppen von ICD 10 dargestellt. Ein Überblick über die Gruppen gibt Tabelle 9.

<sup>5</sup> Vgl. dazu ausführlich: K. Wingenfeld; A. Büscher et.al.: Recherche und Analyse von Pflegebedürftigkeitsbegriffen und Einschätzungsinstrumenten. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung Band 1 (Hrsg.: GKV-Spitzenverband). Berlin 2011.

**Tabelle 9 Hauptgruppen nach ICD 10**

Hauptgruppen nach ICD 10	
1=bestimmte infektiöse Krankheiten	14=Krankheiten des Urogenitalsystems
2=Neubildungen	15=Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
3=Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	16=Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
4=Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankheiten	17=Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
5=Psychische und Verhaltensstörungen	18=Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind
6=Krankheiten des Nervensystems	19=Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
7=Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	20=Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
8=Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	
9=Krankheiten des Kreislaufsystems	
10=Krankheiten des Atmungssystems	
11=Krankheiten des Verdauungssystems	
12=Krankheiten der Haut und der Unterhaut	
13=Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	

Im Wissen um die relative Aussagekraft der pflegebegründenden Diagnosen nach ICD 10 im Hinblick auf die Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI fällt im ambulanten Bereich folgendes auf:

In der Altersgruppe der unter 19 Jährigen sind bis zur Pflegestufe II die Gruppen über die Pflegestufen konstant: den höchsten Anteil bilden Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von der Gruppe mit angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Bereits in der Pflegestufe II ist der Anteil der jungen Menschen mit einer Krebserkrankung als erster pflegebegründende Diagnose am zweithäufigsten; in der Pflegestufe II ist diese Diagnose mit 21,9 Prozent am häufigsten.

In der großen Altersgruppe der 20 bis 65 Jährigen ist im Bereich der Nichtpflegebedürftigen und der Personen mit der Pflegestufe I der Anteil der Versicherten mit der pflegebegründenden Diagnose „psychische und Verhaltensstörungen“ am größten. In den höheren Pflegestufen dominieren die pflegebegründenden Diagnosen der Neubildungen (Krebserkrankungen) sowie der Krankheiten des Kreislaufsystems und des Nervensystems.

Bei den 66 bis 80 Jährigen bestimmen über alle Pflegeeinstufungen hinweg drei pflegebegründende Diagnosen das statistische Bild: Es sind die „psychischen und Verhaltensstörungen“, die Krankheiten des Kreislaufsystems sowie die Krebserkrankungen. Letztgenannte sind in den höheren Pflegestufen am häufigsten als pflegebegründend dokumentiert.

Die pflegebegründende Diagnose bei den 81 bis 90 Jährigen wird bis zur Pflegestufe I von den Multimorbiditätssymptomen aus dem Kapitel 18 des ICD 10 bestimmt (vgl. Erläuterungen weiter unten). In den höheren Pflegestufen II und III sind die höchsten Anteile auf die Diagnosen der Krebserkrankungen und der Krankheiten des Kreislaufsystems verteilt.

In der Altersgruppe der 91 Jährigen und Älteren tritt in den unteren Pflegestufen vermehrt die pflegebegründende Diagnose der Muskel-Skeletterkrankungen in Erscheinung; in den höheren Pflegestufen sind es dagegen überwiegend Symptombeschreibungen aus dem Kapitel 18 des ICD 10. Es handelt sich dabei nicht um Diagnosen im engeren Sinne wie in den meisten anderen Kapiteln des ICD 10. Im Vorspann des Kapitels 18 des ICD 10 (Version 2013) heißt es zu diesem Kapitel: Die Kategorien dieses Kapitels enthalten im allgemeinen weniger genau bezeichnete Zustände und Symptome, die ohne die zur Feststellung einer endgültigen Diagnose notwendigen Untersuchungen des Patienten mit etwa gleicher Wahrscheinlichkeit auf zwei oder mehr Krankheiten oder auf zwei oder mehr Organsysteme hindeuten. Im Grunde genommen könnten alle Kategorien in diesem Kapitel mit dem Zusatz "ohne nähere Angabe", "unbekannter Ätiologie" oder "vorübergehend" versehen werden.

Im Kapitel 18 des ICD 10 finden sich eine ganze Reihe von Symptomen, die bei hochaltrigen, multimorbiden Versicherten zu finden sind, wie z. B. Störungen des Ganges und der Mobilität, Tremor, Immobilität; Gangunsicherheit; aber auch Störung der Atmung; abnorme Blutdruckwerte ohne Diagnose; Schluckbeschwerden; Bauch- und Beckenschmerzen; Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen wie z.B. Stuhlinkontinenz und Symptome, die das Harnsystem betreffen

wie z.B. Schmerzen beim Wasserlassen, Harninkontinenz usw. Diese Symptome sind typisch für hochaltrige Personen mit hohem Pflegebedarf.

**Tabelle 10 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Alter (die jeweils drei häufigsten Nennungen)2012**

bis 19 Jahre									
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	31,0	5	54,4	5	49,9	5	37,6	2	21,9
17	16,5	17	13,7	17	19,2	2	18,5	6	21,3
4	12,0	6	7,3	2	9,8	17	17,7	5	20,8
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.178</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>5.742</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>8.308</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.567</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>244</b>
20-65 Jahre									
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	29,0	5	21,8	2	28,1	2	61,6	2	76,8
2	11,9	13	13,7	6	13,5	9	11,7	9	7,0
9	11,2	9	12,1	9	12,8	6	8,5	6	6,7
<b>Ges. (N=)</b>	<b>6.994</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>32.830</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>33.057</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>11.813</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>3.777</b>
66-80 Jahre									
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
9	1.769,0	13	19,8	5	16,5	2	44,2	2	69,2
13	16,1	5	15,7	2	16,4	9	17,6	9	11,9
5	15,7	18	15,2	9	14,7	5	10,0	5	4,6
<b>Ges. (N=)</b>	<b>11.652</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>73.899</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>114.438</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>30.614</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>7.704</b>
81-90 Jahre									
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
18	21,9	18	26,5	18	25,8	2	22,9	2	46,2
13	21,7	13	21,5	5	19,4	9	20,5	9	19,5
9	16,6	5	15,9	13	18,8	5	18,3	5	12,4
<b>Ges. (N=)</b>	<b>10.850</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>76.667</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>147.606</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>29.049</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>5.643</b>
91 Jahre und älter									
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
18	32,7	18	40,0	18	41,7	18	33,2	18	27,9
13	17,8	13	18,3	5	16,7	5	18,7	9	23,4
9	17,1	5	12,9	13	16,4	9	18,6	2	20,8
<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.763</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>12.738</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>37.627</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>7.982</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.551</b>

Die pflegebegründenden Diagnosen weisen im Bereich der Pflegestufen II und III einen hohen Übereinstimmungsgrad bei Frauen und Männern auf. Die häufigste Diagnose in diesen beiden Pflegestufen sind geschlechterübergreifend die Krebserkrankten, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und Psychischen - und Verhaltensstörungen. In den Pflegeeinstufungen bis einschließlich der Pflegestufe I fällt auf, dass Frauen relativ häufig mit der pflegebegründenden Diagnose von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes vertreten sind, wohingegen bei den Männern die psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von den Krankheiten des Kreislaufsystems im Vordergrund stehen.

**Tabelle 11 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen)2012**

Männer														
ICD	nicht pflegebed.		ICD	pflegebed. unterhalb Pflegestufe I		ICD	Pflegestufe I		ICD	Pflegestufe II		ICD	Pflegestufe III	
	in v.H.			in v.H.			in v.H.			in v.H.			in v.H.	
	9	18,0		5	19,5		5	18,3		2	39,8		2	62,2
	5	17,9		9	17,0		18	17,4		9	17,7		9	13,3
	18	12,9		18	16,0		9	16,1		5	11,9		5	5,8
<b>Gesamt (N=)</b>	<b>12.651</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>70.883</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>134.488</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>40.770</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>10.332</b>	
Frauen														
ICD	nicht pflegebed.		ICD	pflegebed. unterhalb Pflegestufe I		ICD	Pflegestufe I		ICD	Pflegestufe II		ICD	Pflegestufe III	
	in v.H.			in v.H.			in v.H.			in v.H.			in v.H.	
	13	19,8		13	22,7		18	23,1		2	31,3		2	57,0
	5	17,3		18	21,2		13	19,8		9	17,4		9	14,6
	18	16,2		5	16,7		5	18,0		5	14,7		5	8,9
<b>Gesamt (N=)</b>	<b>19.786</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>130.993</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>206.548</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>40.255</b>		<b>Gesamt (N=)</b>	<b>8.587</b>	

Mit Hinweis auf die Vorbemerkung zu den pflegebegründenden Diagnosen im ambulanten Bereich, gilt für die Zahlen im stationären Bereich im Berichtszeitraum folgendes:

In der Altersgruppe der unter 19 Jährigen sind auch im Bereich der stationären Pflege bis zur Pflegestufe II die Gruppen über die Pflegestufen konstant: Den höchsten Anteil bilden Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen, gefolgt von der Gruppe mit angeborenen Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien. Bereits in der Pflegestufe II ist der Anteil der jungen Menschen mit einer Krebserkrankung als erster pflegebedürftiger Diagnose am zweithäufigsten. In der Pflegestufe III sind die Diagnosen Krankheiten des Nervensystems und Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien mit je 30 Prozent am häufigsten.

In der Altersgruppe der 20 bis 65 Jährigen ist im Bereich der Nichtpflegebedürftigen und der Personen mit den Pflegestufen I und II der Anteil der Versicherten mit der pflegebegründenden Diagnose „Psychische - und Verhaltensstörungen“ am größten. In den höheren Pflegestufen dominieren die pflegebegründenden Diagnosen der Neubildungen (Krebserkrankungen) sowie der Krankheiten des Kreislaufsystems und des Nervensystems (Pflegestufe III).

Bei den 66 bis 80 Jährigen bestimmen auch im stationären Bereich über alle Pflegeeinstufungen hinweg drei pflegebegründende Diagnosen das statistische Bild: Es sind die „psychischen und Verhaltensstörungen“, die Krankheiten des Kreislaufsystems sowie die Krebserkrankungen. Letztgenannte sind wie im ambulanten Bereich auch in den höheren Pflegestufen am häufigsten als pflegebegründend dokumentiert.

Die pflegebegründende Diagnose bei den 81 bis 90 Jährigen im stationären Bereich wird über nahezu alle Pflegestufen hinweg bestimmt von den Diagnosen der Psychischen - und Verhaltensstörungen. In den höheren Pflegestufen II und III kommen mit sehr hohen Anteilen die Diagnosen der Krebserkranken und der Krankheiten des Kreislaufsystems hinzu.

In der Altersgruppe der 91 Jährigen und älteren wird bis zur Pflegestufe I von den Multimorbiditätssymptomen aus dem Kapitel 18 des ICD 10 bestimmt.

In den Pflegestufen II und III kommen die pflegebegründenden Diagnosen der Psychischen - und Verhaltensstörungen und der Krankheiten des Kreislaufsystems als die häufigsten Diagnosen vor.

**Tabelle 12 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen)**

bis 19 Jahre											
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	46,7	5	68,8	5	48,1	2	25,0	6	30,0		
7	13,3	17	15,6	6	14,8	5	25,0	17	30,0		
17	13,3	4	3,1	16	11,1	6	16,7	2	10,0		
<b>Ges. (N=)</b>	<b>22</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>51</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>39</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>15</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>12</b>		
20-65 Jahre											
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	66,0	5	64,5	5	40,6	2	40,8	2	40,8		
2	7,4	9	7,1	2	17,8	9	22,2	9	20,6		
6	5,1	6	4,2	9	14,0	5	11,6	6	20,1		
<b>Ges. (N=)</b>	<b>653</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>2.638</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>3.667</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>2.892</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>953</b>		
66-80 Jahre											
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	246,0	5	45,0	5	37,5	2	29,4	2	38,5		
9	11,4	18	11,8	9	14,1	9	27,7	9	26,6		
2	8,8	9	10,8	2	12,7	5	19,4	5	13,8		
<b>Ges. (N=)</b>	<b>699</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>4.336</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>11.958</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>8.014</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>2.176</b>		
81-90 Jahre											
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
5	20,9	18	27,9	5	34,9	5	29,1	9	30,2		
18	20,6	5	25,5	18	21,4	9	26,2	2	24,5		
9	15,4	13	13,0	9	13,1	2	15,1	5	23,3		
<b>Ges. (N=)</b>	<b>732</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>5.500</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>20.643</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>10.526</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>2.370</b>		
91 Jahre und älter											
ICD	nicht pflegebed.	ICD	pflegebed. unterhalb Pfl.-stufe I	ICD	Pflege-stufe I	ICD	Pflege-stufe II	ICD	Pflege-stufe III	ICD	Pflege-stufe III
	in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.		in v.H.
18	36,1	18	36,2	18	34,1	5	30,0	9	31,6		
5	17,7	5	19,2	5	27,6	18	25,3	5	26,1		
9	13,3	13	13,3	9	13,1	9	21,6	18	16,0		
<b>Ges. (N=)</b>	<b>187</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>1.655</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>7.614</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>3.731</b>	<b>Ges. (N=)</b>	<b>876</b>		

Die pflegebegründenden Diagnosen weisen im Bereich der Pflegestufen II und III einen hohen Übereinstimmungsgrad bei Frauen und Männern auf. Die häufigste Diagnose in diesen beiden Pflegestufen sind bei den Männern die Krebserkrankungen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems und der Psychischen - und Verhaltensstörungen. Bei den Frauen dominieren die Diagnosen Psychische - und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Kreislaufsystems zu gleichen Anteilen in der Pflegestufe II.

In der Pflegestufe III sind die pflegebegründenden Diagnosen der Krebserkrankungen und der Krankheiten des Kreislaufsystems nahezu gleich verteilt.

**Tabelle 13 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen)**

Männer									
ICD	nicht pflegebed. in v.H.	ICD	pflegebed. unterhalb Pflegestufe I in v.H.	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
				ICD	in v.H.	ICD	in v.H.	ICD	in v.H.
5	44,2	5	43,0	5	34,8	2	25,8	2	31,6
9	10,8	18	15,2	9	16,2	9	25,7	9	25,0
18	9,5	9	12,1	18	15,4	5	21,6	5	16,5
<b>Gesamt (N=)</b>	<b>1.043</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>5.528</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>14.748</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>9.755</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>2.736</b>
Frauen									
ICD	nicht pflegebed. in v.H.	ICD	pflegebed. unterhalb Pflegestufe I in v.H.	Pflegestufe I		Pflegestufe II		Pflegestufe III	
				ICD	in v.H.	ICD	in v.H.	ICD	in v.H.
5	35,0	5	34,6	5	34,9	5	25,5	9	29,6
18	15,5	18	22,3	18	21,2	9	25,5	2	29,1
9	11,1	13	11,5	9	12,1	2	19,3	5	18,6
<b>Gesamt (N=)</b>	<b>1.250</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>8.652</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>29.173</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>15.423</b>	<b>Gesamt (N=)</b>	<b>3.651</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1995-2012.....	2
Abbildung 2 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Erstbegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012 .....	6
Abbildung 3 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Folgebegutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012 .....	6
Abbildung 4 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Widerspruchsgutachten zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach beantragter Leistungsart 1996-2012 .....	7
Abbildung 5 Von den Medizinischen Diensten durchgeführte Erst-, Folge- und Widerspruchsgutachten in v.H. 2011 .....	8
Abbildung 6 Gründe für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren bei Regelbegutachtungen die der MDK nicht zu verantworten hat (Mehrfachnennungen möglich) .....	10

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Begutachtungen der medizinischen Dienste nach Beauftragungsart	4
Tabelle 2 Übersicht Begutachtungen mit verkürzter Begutachtungsfrist.....	5
Tabelle 3 Verteilung Änderungs- und Wiederholungsgutachten bei Folgebegutachtungen 2011 und 2012 .....	7
Tabelle 2 Begutachtungsempfehlungen bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern 2011 und 2012 .....	9
Tabelle 3 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen 2011 und 2012 .....	11
Tabelle 4 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Alter 2012 .....	12
Tabelle 5 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Geschlecht 2012 .....	12
Tabelle 6 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen 2012	13
Tabelle 7 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Alter 2012 .....	13
Tabelle 8 PEA bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht 2012 .....	14
Tabelle 9 Hauptgruppen nach ICD 10 .....	15
Tabelle 10 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Alter (die jeweils drei häufigsten Nennungen)2012 .....	16
Tabelle 11 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern ambulanter Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen)2012.....	17
Tabelle 12 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen) .....	18
Tabelle 13 Erste pflegebegründende Diagnose (Hauptgruppen ICD 10) bei Regelbegutachtungen von Erstantragstellern stationärer Leistungen nach Geschlecht (die jeweils drei häufigsten Nennungen) .....	19