

Analyse des Einsatzes der telefonisch gestützten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

Verfasser:

Klaus Wingenfeld¹ & Andreas Büscher²

¹Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW)

²Hochschule Osnabrück

im Auftrag des MD Westfalen-Lippe
in Zusammenarbeit mit der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste

Bielefeld, 14. September 2023

Inhalt:

1.	Einleitung	3
2.	Aufgabenstellung	4
3.	Methodisches Vorgehen	6
3.1	Literatur- und Materialrecherche	7
3.2	Auswertung der Begutachtungsdaten	8
3.3	Fokusgruppen und ergänzende Expertengespräche	11
4.	Ergebnisse der Datenauswertungen	14
4.1	Bestimmung der Datenbasis	14
4.2	Erstgutachten	19
4.2.1	Erstgutachten bei Versicherten im Privathaushalt	19
4.2.2	Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege	27
4.2.3	Erstgutachten in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen	29
4.3	Höherstufungsanträge	31
4.3.1	Höherstufungsanträge von Versicherten im Privathaushalt	31
4.3.2	Höherstufungsanträge von Versicherten in der stationären Langzeitpflege	36
4.3.3	Höherstufungsanträge aus Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen	41
4.4	Wiederholungsbegutachtungen	45
4.4.1	Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung	45
4.4.2	Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege	49
4.5	Widerspruchsbegutachtung	52
4.5.1	Widerspruchsbegutachtung bei häuslich versorgten Personen	52
4.5.2	Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege	56
4.6	Die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen	58
4.6.1	Kinder im Alter bis zu 18 Monaten	59
4.6.2	Kinder im Alter bis zu 14 Jahren	61
4.6.3	Jugendliche im Alter bis zu 17 Jahren	63
5.	Ergebnisse der Fokusgruppen mit Gutachter*innen	65
5.1	Informationserfassung und Kommunikation während der Begutachtung	65
5.2	Die Ermittlung des Pflegegrades	68
5.3	Hilfsmittel, Rehabilitation und Sicherstellung der häuslichen Versorgung	71
5.4	Vor- und Nachteile für die Antragsteller*innen	73
5.5	Zeitaufwand und Belastungspotenzial	74
5.6	Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung	75
6.	Fokusgruppe zur Perspektive der antragstellenden Personen	78
7.	Ergänzende Expertengespräche	81
8.	Forschungs- und Befragungsergebnisse zur telefonisch gestützten Einschätzung	83
8.1	Ergebnisse der Versichertenbefragungen	83
8.2	Forschungsaktivitäten	85
9.	Fazit und Empfehlungen	88
9.1	Eignung und Charakter der telefonisch gestützten Begutachtung	88
9.2	Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung	89
9.3	Einbeziehung und Ausschluss von Personengruppen	92
9.4	Qualitätssicherung	94
	Literaturverzeichnis	95

1. Einleitung

Seit mehreren Jahren ist ein deutlicher Anstieg der Zahl der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI zu verzeichnen. Zwei Faktoren fördern diesen Trend: Aufgrund der demografischen Entwicklung wächst die Zahl der pflegebedürftigen Menschen zusehends. Hinzu kommt, dass mit der Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs im Jahr 2017 die Kriterien zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit geändert wurden, wodurch nunmehr auch Personen Leistungen der Pflegeversicherung erhalten können, die zuvor keinen Anspruch darauf hatten. Beide Entwicklungen führen zu einem Anstieg der Begutachtungszahlen, der die Medizinischen Dienste (MD) vor erhebliche Herausforderungen stellt. Die seit dem Jahr 2017 zu beobachtenden Steigerungsraten sind erheblich höher als in den Jahren zuvor (BMG 2021).

Diese Entwicklungen führten zusammen mit den Erfahrungen während der Covid-19-Pandemie dazu, grundlegend über den Einsatz neuer Formen der Begutachtung nachzudenken, insbesondere über Möglichkeiten und Grenzen einer telefonisch gestützten Begutachtung. Bei dieser Form werden wesentliche Schritte der Begutachtung unter Verzicht auf einen Besuch im Wohnumfeld der Versicherten im Rahmen eines Telefongesprächs durchgeführt. Die Covid-19-Pandemie führte dazu, dass Begutachtungen auf der Grundlage entsprechender gesetzlicher Vorgaben ab Frühjahr 2020 grundsätzlich auf telefonischem Weg erfolgten (oder in Form einer Begutachtung nach Aktenlage). Die Erfahrungen mit dieser zunächst als Notlösung gedachten Verfahrensweise ließen es denkbar erscheinen, die telefonische Begutachtung perspektivisch als eine den Hausbesuch ergänzende Methode einzusetzen.

Vor diesem Hintergrund hat die Gemeinschaft der Medizinischen Dienste das Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (IPW) damit beauftragt, die Eignung der telefonisch gestützten Begutachtung zur Bestimmung der Pflegebedürftigkeit wissenschaftlich zu untersuchen. Das Projekt wurde in Zusammenarbeit mit der Hochschule Osnabrück durchgeführt. Der Projektauftrag sah im Kern vor, die während der Covid-19-Pandemie gesammelten Erfahrungen systematisch auszuwerten und auf dieser Grundlage Empfehlungen zum Einsatzfeld der telefonisch gestützten Begutachtung zu entwickeln. Hierzu wurden Daten aus den Begutachtungen während der Pandemie mit analogen Daten aus dem Jahr 2019 verglichen. Ergänzend erfolgten Befragungen von Gutachter*innen und anderen Personen, mit denen u.a. die Belange und Erfahrungen der pflegebedürftigen Menschen einbezogen wurden.

Der vorliegende, im August 2023 abgeschlossene Bericht umfasst die entsprechenden Untersuchungsergebnisse sowie die darauf aufbauenden Empfehlungen.

2. Aufgabenstellung

Im Mittelpunkt des Projekts stand die Frage, ob die telefonisch gestützte Begutachtung die an eine Begutachtung generell zu stellenden fachlichen und methodischen Anforderungen erfüllt und damit geeignet ist, zuverlässig den Grad der Pflegebedürftigkeit zu ermitteln und darüber hinaus auch andere Beurteilungen vorzunehmen, die Bestandteil des Begutachtungsauftrags sind. Es gab zu dieser Frage selbstverständlich bereits ältere Datenauswertungen und Beurteilungen, die die einzelnen Medizinischen Dienste und der Medizinische Dienst Bund während der Covid-19-Pandemie vorgenommen hatten. Denn mit dem Ausmaß, in dem die telefonisch gestützte Begutachtung während der Pandemie zum Einsatz kam, wurde Neuland betreten und erhielten die begleitende Beobachtung der Tragfähigkeit des Verfahrens sowie Maßnahmen zur Sicherstellung der Begutachtungsqualität eine große Bedeutung.

Auf der Grundlage der Erfahrungen und Datenauswertungen in dieser Zeit ließ sich annehmen, dass die *prinzipielle Eignung* der telefonisch gestützten Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit als gegeben angesehen werden konnte. Die vorliegenden Erfahrungen zeigten unter anderem, dass im Durchschnitt keine unverhältnismäßig großen Abweichungen der Begutachtungsergebnisse im Vergleich zu Begutachtungen mit Hausbesuchen¹ zu erwarten waren. Auch die Befragung der Versicherten, die im Rahmen der internen Qualitätssicherung der Medizinischen Dienste routinemäßig durchgeführt wird, zeigte keine Auffälligkeiten, die Zweifel an der prinzipiellen Eignung berechtigt erscheinen ließen.

Mit *prinzipieller Eignung* ist an dieser Stelle allerdings lediglich gemeint, dass es mit einem Verfahren grundsätzlich möglich ist, eine bestimmte Funktion zu erfüllen bzw. Beurteilungen vorzunehmen. Dies beinhaltet jedoch noch keine Aussage darüber, wie groß die Personengruppe ist, bei der tatsächlich von einer Eignung gesprochen werden kann, und wie häufig oder unter welchen Voraussetzungen ggf. von einer eingeschränkten oder von fehlender Eignung auszugehen ist. Ebenso wichtig erschien vor diesem Hintergrund die Frage nach der *Eignung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bei bestimmten Personengruppen* bzw. in den jeweiligen Lebenssituationen und Versorgungskonstellationen, in denen ein Antrag gestellt wird (z.B. Altersgruppe, Wohnsituation, Gutachtenart, bisheriger Pflegegrad oder besondere gesundheitliche Situationen). Auch das 2023 verabschiedete Pflege-Unterstützungs- und Entlastungsgesetz (PUEG) hob diesen Aspekt hervor, indem es vorschrieb, dass die zukünftige Begutachtungsrichtlinie „sowohl Personen- und Altersgruppen als auch Begutachtungsanlässe und Begutachtungssituationen, in denen eine Begutachtung durch ein strukturiertes telefonisches Interview aus fachlicher Sicht entweder nicht oder nur bei Anwesenheit einer weiteren Person, die die antragstellende Person bei der Begutachtung unterstützt, angezeigt ist“, aufzuführen hat (§ 142a Abs. 2 SGB XI). Aufgabe des vorliegenden Projekts war daher neben der Beurteilung der prinzipiellen Eignung des

¹ Der Begriff Hausbesuch wird im vorliegenden Bericht pauschal für den Besuch der Gutachter*innen in der jeweiligen Wohnumgebung der Antragsteller*innen verwendet. Von Hausbesuch ist also auch dann die Rede, wenn die Begutachtung in einer stationären Pflegeeinrichtungen oder in Räumlichkeiten des betreuten Wohnens stattfindet. Die Begriffsverwendung ist also nicht auf den Besuch in einer Privatwohnung beschränkt.

Telefoninterviews besonders die *Beantwortung der Frage, wie das Einsatzfeld des Telefoninterviews auf der Grundlage des aktuellen Stands des Wissens eingegrenzt werden sollte.*

Der Projektauftrag sah vor, die während der Covid-19-Pandemie gesammelten Erfahrungen mit der telefonischen Begutachtung systematisch auszuwerten. Eigene Feldversuche waren sowohl aus zeitlichen als auch aus methodischen Gründen nicht vorgesehen. Zur Beurteilung der vorliegenden Erfahrungen wurden Daten aus den Begutachtungen während der Pandemie mit analogen Daten aus dem Jahr 2019 verglichen und verschiedene leitfadengestützte Befragungen durchgeführt. Letztere umfassten insbesondere Befragungen von Gutachter*innen, aber auch von Vertreter*innen der Organisationen, die pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen im Zusammenhang mit dem Begutachtungsgeschehen begleiten bzw. beraten und von Mitarbeiter*innen der Pflegekassen. Ergänzend erfolgte ein fachlicher Austausch mit ausgewählten Personen, die sich eingehend mit dem Thema beschäftigt hatten (vgl. Kapitel 3).

Im Einzelnen ergaben sich für das Projekt damit folgende Fragestellungen:

- Führt die telefonisch gestützte Begutachtung auf der Ebene der Pflegegrade zu den gleichen Ergebnissen, die auch bei der Begutachtung mit Hausbesuch zu erwarten wären?
- Ist die Beurteilung der zur Ermittlung des Pflegegrades wesentlichen Sachverhalte den Gutachter*innen mit ausreichender Sicherheit möglich?
- Ist die Bearbeitung wesentlicher Aufgaben, die bei der Begutachtung neben der Feststellung von Pflegebedürftigkeit anfallen, im Rahmen einer telefonisch gestützten Begutachtung weiterhin gewährleistet? Diese Frage bezog sich insbesondere auf die Feststellung des Hilfsmittelbedarfs und der Rehabilitationsbedürftigkeit sowie die Beurteilung der Frage, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist.
- In welchen Begutachtungssituationen ergeben sich Anforderungen, aufgrund derer der Einsatz der telefonischen Begutachtung nicht empfehlenswert wäre?
- Welche Vor- und Nachteile ergeben sich für die Antragsteller*innen?
- Tritt die erwartete Aufwandsreduzierung bei der Durchführung der individuellen Begutachtung tatsächlich ein? Inwieweit ist damit zu rechnen, dass die Aufwandsreduzierung durch Mehraufwand an anderer Stelle kompensiert wird?
- Inwieweit ist die telefonisch gestützte Begutachtung mit einem besonderen Risiko des Auftretens nichtintendierter Effekte verknüpft, die den Begutachtungsauftrag der Medizinischen Dienste, die Belange der Versicherten oder die Entwicklungsperspektiven der Begutachtung nach dem SGB XI negativ beeinflussen könnten?

3. Methodisches Vorgehen

Die Auswertung der bislang vorliegenden Erfahrungen mit der telefonisch gestützten Begutachtung stützte sich auf ein mehrperspektivisches Vorgehen. Einbezogen wurden

- die mit dem Telefoninterview erzielten Begutachtungsergebnisse einschließlich der über den festgestellten Pflegegrad hinausreichenden Beurteilungen und Empfehlungen,
- die Erfahrungen und Einschätzungen von Gutachter*innen, insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeiten und Grenzen, mit dem Telefoninterview relevante Informationen zu erfassen,
- die Perspektive der Antragsteller,
- Erfahrungen der Pflegekassen,
- bereits vorliegende Erkenntnisse zum Einsatz besonderer Kommunikationsformen bei der Begutachtung, die durch Forschungsprojekte, Berichte über Praxiserfahrungen oder die Dokumentation von vergleichbaren Diskussionen über den Einsatz von Begutachtungsmethoden in anderen Ländern oder in einem anderen Anwendungskontext verfügbar waren.

Der Projektauftrag umfasste damit verschiedene Teilerhebungen bzw. Teilstudien, bei denen jeweils spezifische Methoden zum Einsatz kamen und die im Folgenden näher erläutert werden:

- eine Literatur- und Materialrecherche,
- eine vergleichende Auswertung von Begutachtungsdaten,
- qualitative Befragungen (Fokusgruppen) von erfahrenen Gutachter*innen, von Mitarbeiter*innen der Pflegekassen sowie von Personen, die über Erfahrungen und die Perspektive von Antragsteller*innen Auskunft geben konnten,
- ergänzende Konsultation von einzelnen erfahrenen Fachexpert*innen.

Kennzeichnend für das Projekt war unter anderem die Zusammenarbeit mit der „Arbeitsgruppe Telefoninterview“ der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 der Gemeinschaft der Medizinischen Dienste. Sie setzte sich aus Vertreter*innen verschiedener Medizinischer Dienste und dem Medizinischen Dienst Bund zusammen. Diese Zusammenarbeit, die sowohl organisatorische als auch inhaltliche Fragen betraf, hatte unter anderem aufgrund des gesetzten engen Zeitrahmens einen wichtigen Stellenwert. Sie ermöglichte es beispielsweise, erfahrene Gutachter*innen innerhalb einer sehr kurzen Frist für die geplanten Fokusgruppen zu gewinnen. Auch für die ergänzende fachliche Reflexion und Abklärung von Detailfragen bei der Vorbereitung von Datenauswertungen und Befragungen war die Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe sehr hilfreich. Unter anderem konnten in den insgesamt fünf Projekttreffen (Videokonferenzen) regionale Besonderheiten der Erfassung von Daten aus dem Begutachtungsgeschehen diskutiert werden, deren Kenntnis für die Dateninterpretation zum Teil sehr wichtig war.

3.1 Literatur- und Materialrecherche

Bestandteil des Projekts war zunächst eine Aufarbeitung des Stands der Erkenntnisse zum Thema Telefonbegutachtung und analoger Formen der telefonisch gestützten Einschätzung. Sie diente insbesondere dazu, die geplanten Befragungen (Fokusgruppen) methodisch vorzubereiten, sollte darüber hinaus aber auch die bislang vorliegenden Erkenntnisse verfügbar machen, die zur Beurteilung des Telefoninterviews einen Beitrag leisten können. Hierzu wurde eine national und international ausgerichtete Recherche durchgeführt, mit der die wichtigsten Erkenntnisse und ggf. auch Anforderungen im Zusammenhang mit besonderen Kommunikationsformen bei pflegefachlichen Einschätzungen berücksichtigt werden sollten.

Die Recherche für den deutschsprachigen Raum war verhältnismäßig präzise durch Suchbegriffe wie „telefonische Begutachtung“, „Telefoninterview“ und vergleichbare Begriffsvariationen in Verbindung mit Begriffen wie „Pflegeversicherung“ oder „Medizinische Dienste“ einzugrenzen. Die Suche nach Beiträgen aus anderen Ländern war aufgrund des national abweichenden Sprachgebrauchs etwas komplizierter. Im Mittelpunkt der Suchstrategie stand hier die Verknüpfung der drei Kategorien „eligibility“, „long-term care“ und „assessment“ (oder vergleichbarer Begriffsvariationen). Auch der Begriff wurde als Suchbegriff verwendet, führte aber zu vergleichsweise unspezifischen Ergebnissen. Der Begriff „telephone nursing“ hat sich im englischen Sprachraum inzwischen einigermaßen fest etabliert, reicht aber wesentlich weiter und wird vorrangig als Form der Leistungserbringung verstanden², die auch Assessmentfunktionen erfasst, meist jedoch ohne direkten Zusammenhang mit der Feststellung von Leistungsansprüchen.

Das Ergebnis dieser Recherche war überschaubar. Wissenschaftliche Forschungsberichte oder systematische Erfahrungsberichte über die telefonisch gestützte Einschätzung komplexer Sachverhalte zur Feststellung von Leistungsansprüchen sind bislang noch sehr selten, weshalb die Recherche in wissenschaftlichen Literaturdatenbanken nur selten Treffer ergab, die für das Thema unmittelbar relevant erschienen. Die Internetrecherche war in dieser Hinsicht etwas ergiebiger, führte aber naturgemäß zu zahlreichen Quellen, die eher den Charakter von Meinungsäußerungen, Informationen für die Versicherten und Angehörigen oder individuellen Erfahrungsberichten hatten, die sich für das Projekt nicht verwenden ließen.

Die Literaturauswertung umfasste auch die in Deutschland vorliegenden Berichte zur Beurteilung des Einsatzes der telefonischen Begutachtung durch die pflegebedürftigen Menschen und ihrer Angehörigen. Die wichtigsten Quellen sind in diesem Zusammenhang die Versichertenbefragungen der Medizinischen Dienste, die während der Covid-19-Pandemie unter anderem die Zufriedenheit der Versicherten mit der telefonischen Begutachtung berücksichtigten.

² “Telephone nursing the provision of nursing care over the telephone and involves the identification, assessment and management of patients’ needs. This includes telephone triage, nurse advice and care management” (Gustaffson/Eriksson 2021, 1301).

Die Ergebnisse der Literaturauswertung wurden, wie schon angemerkt, vorrangig bei den methodischen Vorbereitungen der qualitativen Befragungen im Projekt berücksichtigt. Sie werden zusammenfassend aber auch im vorliegenden Bericht dargestellt.

3.2 Auswertung der Begutachtungsdaten

Zur vergleichenden Auswertung der Ergebnisse, die mit dem Telefoninterview in der Zeit der Covid-19-Pandemie erzielt wurden, stellte der Medizinische Dienst Bund einen Auszug aus den Begutachtungsdaten zur Verfügung, der das Begutachtungsgeschehen der Jahre 2019 und 2021 sowie der ersten Jahreshälfte 2022 abbildete. Für diese Zeiträume standen Daten aus insgesamt 5.765.704 Begutachtungen zur Verfügung.

Telefonische Begutachtungen wurden bereits im Jahr 2020 in hoher Zahl durchgeführt. Die Entscheidung, Daten aus dem Jahr 2020 nicht in die Auswertung mit einzubeziehen, beruhte auf dem Umstand, dass in diesem Jahr in den Datenbeständen der Medizinischen Dienste nicht eindeutig identifizierbar war, ob es sich im Einzelfall um eine telefonisch gestützte oder eine andere Form der Begutachtung handelte. Im Datensatz wurde jenes Merkmal, das zur eindeutigen Identifizierung erforderlich war, erst im Verlauf des Jahres 2020 eingefügt und durchgängig genutzt. Um eine sichere Unterscheidung der Form der Begutachtung zu gewährleisten, wurden daher die Begutachtungsdaten ab dem Jahr 2021 genutzt. Diese Entscheidung hatte einen weiteren Vorteil: Es musste nicht befürchtet werden, dass anfängliche Unsicherheiten der Gutachter*innen bei der Durchführung einer telefonischen Begutachtung die Auswertungsergebnisse verzerren.

Es handelt sich bei dem überlassenen Material nicht um aggregierte Daten, sondern um die ursprünglichen Begutachtungsdaten, das heißt um einen Auszug aus jenen Informationen und Beurteilungen, die bei der Begutachtung beim jeweiligen Versicherten anfallen und in standardisierter Form in einer Datenbank der Medizinischen Dienste bzw. des Medizinischen Dienstes Bund zusammengefasst werden³. Im Vorfeld der Datenübermittlung wurde mit dem Auftragnehmer abgestimmt, welche Daten zur Durchführung des Auftrags erforderlich sein würden. Eine Filterung oder vorherige Bearbeitung der Daten durch den MD Bund fand nur in geringem Maße statt. Sie beschränkte sich im Wesentlichen auf die Transformation einzelner Daten zur Sicherstellung des Datenschutzes. Für die Projektbearbeitung standen also die Originaldaten zur Verfügung. Aus Gründen des Datenschutzes musste letztlich nur eine Begrenzung in Kauf genommen werden: Durch die vollständige Anonymisierung war es nicht möglich, Datensätze zu identifizieren, die aus Begutachtungen bei ein und derselben Person stammten. Das bedeutet unter anderem, dass die Häufigkeit von Widersprüchen bei der telefonisch gestützten Begutachtung mit dem verwendeten Datenmaterial nicht zuverlässig abgebildet werden konnte.

³ Daten des Gutachtendienstes der privaten Pflegeversicherung Medicproof flossen dementsprechend nicht in die Auswertung ein. Im Verlauf des Projekts wurde aber im Rahmen eines fachlichen Austausches mit den zuständigen Mitarbeiter*innen von Medicproof gemeinsam diskutiert, ob die Begutachtungsdaten der privaten Pflegeversicherung in wesentlichen Punkten zu anderen Ergebnissen führen.

Die allgemeine Auswertungsstrategie wurde bereits vor Übermittlung der Daten festgelegt. Im Grundsatz erfolgte bei der Datenanalyse ein Vergleich der Begutachtungsergebnisse aus dem Jahr 2021 (Einsatz der Telefonbegutachtung) mit den Ergebnissen aus dem Jahr 2019 (Begutachtung mit Hausbesuch). Anhand der übermittelten Daten war in einem weiteren Schritt zu spezifizieren, welche Zeiträume im Einzelnen in die vergleichende Auswertung einbezogen werden sollten, um Vergleichbarkeit sicherzustellen. Jahreszeitliche Schwankungen und Einflüsse allgemeiner gesellschaftlicher Entwicklungen im Zusammenhang mit der Covid-19-Pandemie, die das Antragsverhalten beeinflussen, und organisatorische Anpassungen (z.B. Verzicht auf bzw. zeitliches Verschieben von Wiederholungsbegutachtungen) mussten einkalkuliert werden. Dies führte letztlich dazu, dass sich die Auswertung auf den Vergleich der Zeiträume von Januar bis einschließlich Mai in den Jahren 2019 und 2021 konzentrierte und die aus anderen Zeiträumen vorliegenden Daten vor allem zu Kontrollzwecken ausgewertet wurden. Der Ansatz der vergleichenden Beurteilung (telefonisch gestützte Begutachtung vs. Begutachtung mit Hausbesuch) führte außerdem dazu, dass Begutachtungen nach Aktenlage aus dem auszuwertenden Datensatz komplett ausgeschlossen wurden.

Um die Vergleichbarkeit der Begutachtungen in den Jahren 2019 und 2021 näher beurteilen zu können, wurde zunächst das Antragsaufkommen analysiert. Aufgrund der Pandemie konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Struktur des Antragsaufkommens in den fraglichen Zeiträumen identisch war. Anhand der Unterschiede war zu entscheiden, welche Gruppenvergleiche im Einzelnen vorgenommen und welche Besonderheiten bei der Interpretation der Daten berücksichtigt werden sollten. Überprüft wurden allgemeine Charakteristika der Begutachtungen aus den gewählten Zeiträumen, vorrangig Altersverteilung, Geschlecht und Wohnsituation der Antragsteller*innen, Anlass der Begutachtung, beantragte Leistungen, bisheriger Pflegegrad und Ausprägung ausgewählter Merkmale der Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt der Begutachtung.

Der Vergleich der Begutachtungsergebnisse für die auf diesem Weg definierten Teilgruppen beinhaltete sowohl den ermittelten Pflegegrad als auch weitere Feststellungen der Gutachter*innen und die daraus abgeleiteten Beurteilungen oder Empfehlungen (z.B. Hilfsmittelbedarf). Der ermittelte Pflegegrad ist für die Beurteilung des Verfahrens von zentraler Bedeutung. Sollte sich erweisen, dass beim Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtungen in der Verteilung der Pflegegrade unter vergleichbaren Rahmenbedingungen grundlegende, nicht aufklärbare Unterschiede im Vergleich zu Begutachtungen mit einem Hausbesuch zu erwarten sind, müsste das Verfahren in Frage gestellt werden. Würde sich unter vergleichbaren Rahmenbedingungen hingegen zeigen, dass es keine oder nur geringe Abweichungen gibt, so spräche dies mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit für die Eignung des Telefoninterviews bei der betreffenden Personengruppe. Aus einem solchen Auswertungsergebnis ließe sich zumindest folgern, dass der Einsatz des Telefoninterviews nach den bisherigen Erfahrungen im Durchschnitt keine Nachteile für die Versicherten und auch keine anderen bedenkenswerten Effekte (z.B. Verschiebung der Ausgabenstruktur der Pflegeversicherung) erwarten ließe. Ähnliches gilt für andere Ergebnisse des Begutachtungsprozesses, insbesondere für die Feststellung des Hilfsmittelbedarfs, die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit, die Empfehlungen von Präventionsmaßnahmen, die

Empfehlung von Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung sowie für die Feststellung, ob die häusliche Versorgung sichergestellt ist. Auf diese Begutachtungsergebnisse richtete sich die Auswertung ebenfalls.

Bei all dem muss berücksichtigt werden, dass vergleichbare quantifizierbare Ergebnisse der Begutachtung zwar wichtige Hinweise zur Bewertung des Verfahrens beinhalten, für sich genommen aber noch nicht ausreichen, um dessen Tragfähigkeit festzustellen. Grundlegende fachliche Erwägungen und die Erfahrungen der beteiligten Akteure, insbesondere der Gutachterinnen und Gutachter, haben in diesem Zusammenhang ebenfalls einen wichtigen, eigenständigen Stellenwert. So konnte im Rahmen des Projektes nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass vom Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtungen bei bestimmten Personengruppen auch dann abgeraten werden könnte, wenn die quantitative Datenauswertung keinerlei nennenswerte Unterschiede zum Verfahren mit dem üblichen Hausbesuch erkennen lässt. Es muss stets bedacht werden, dass der Einsatz des Telefoninterviews ab dem Jahr 2020 aus der Not heraus geboren wurde. Das Ziel der Vermeidung von hohen, durch eine Covid-19-Infektion verursachten gesundheitlichen Risiken für die vulnerable Gruppe pflegebedürftiger Menschen stand hierbei im Vordergrund. Gegenüber dieser alles dominierenden Zielsetzung erschien die Sicherstellung einer optimalen Prozessqualität bei der Begutachtung weniger wichtig. Die damit angesprochene Begrenztheit der Aussagekraft von quantitativen Daten bzw. der zugrunde liegende Ansatz der mehrperspektivischen Betrachtung ist für das Verständnis des vorliegenden Berichts besonders wichtig. Unsicherheiten und Risiken, die sich nicht aus den Begutachtungsdaten, aber aus anderen Informationsquellen ergeben, waren bei der Formulierung von Empfehlungen daher ebenso zu berücksichtigen.

Unterschiede der Begutachtungsergebnisse, die bei der vergleichenden Auswertung zu Tage traten, wurden zunächst als *Auffälligkeiten* eingestuft, die der weiteren Aufklärung bedürfen. Mit ergänzenden Analysen wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die gefundenen Auffälligkeiten auf einen systematischen Unterschied, das heißt auf die unterschiedliche Form der Begutachtung (Telefoninterview oder Hausbesuch) zurückzuführen sind, ob es sich, um „natürliche“ Schwankungen im Zeitverlauf handelt oder ob letztlich doch eine unterschiedliche Stichprobenzusammensetzung verantwortlich sein könnte. Einige wichtige Auffälligkeiten wurden gemeinsam mit der AG Telefoninterview der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 der Medizinischen Dienste reflektiert.

Aus diesen und einigen weiteren Überlegungen resultierte die Entscheidung, die vergleichende Auswertung grundsätzlich nur bei definierten Personengruppen durchzuführen und die Daten so zu filtern, dass ein hohes Maß an Vergleichbarkeit gewährleistet und das Risiko statistischer Artefakte so weit wie möglich reduziert wird. Die hierbei angewendeten Regeln seien an dieser Stelle noch einmal zusammengefasst:

- Fokussierung der Auswertung auf Januar bis Mai 2019 und 2021 als Vergleichszeiträume
- Begrenzung auf den Vergleich zwischen der Begutachtung mit Hausbesuch und der telefonisch gestützten Begutachtung (Ausschluss der Begutachtung nach Aktenlage aus dem Vergleich)

-
- Getrennte Betrachtung von Personengruppen, unterschieden nach Begutachtungsart und Wohnsituation
 - Getrennte Betrachtung der Begutachtung von Kindern und Jugendlichen bis zum Erreichen des 18. Lebensjahres.

Innerhalb der so definierten Auswertungspakete wurden verschiedene Subgruppenanalysen durchgeführt, um beispielsweise Auffälligkeiten beim Vergleich verschiedener Altersgruppen zu identifizieren.

3.3 Fokusgruppen und ergänzende Expertengespräche

Um die Erfahrungen und Beurteilungen der Gutachter*innen zu erfassen, wurde eine leitfadengestützte Befragung in Form von Fokusgruppen durchgeführt. Inhaltlich im Vordergrund standen dabei die Durchführung und die Ergebnisse der Telefonbegutachtung, die Unterschiede zwischen diesem Verfahren und den üblichen Begutachtungen mit Hausbesuchen und das mögliche Einsatzfeld der Telefonbegutachtung. Auch wurde herausgearbeitet, welche Teilaufgaben im Prozess der Begutachtung als besonders schwierig empfunden wurden. Dies kann beispielsweise die Beurteilung bestimmter Fähigkeiten oder bestimmter Teilaufgaben der Selbständigkeit sein, die für die Ermittlung eines Pflegegrades relevant sind, eventuell aber auch die Erfassung von Informationen, die für die Einschätzung der häuslichen Pflegesituation benötigt werden.

In die Gruppendiskussionen konnten die Erfahrungen sämtlicher Medizinischer Dienste einbezogen werden, einschließlich des Medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherung Medicproof und des Sozialmedizinischen Dienstes der Bundesknappschaft. Die meisten Dienste wurden gebeten, zwei Personen die Teilnahme zu ermöglichen, im Falle der verhältnismäßig kleinen Dienste sollte es eine Person sein. Abgesehen von möglichst umfangreichen Begutachtungserfahrungen gab es keine Voraussetzungen für die Teilnahme an den Fokusgruppen. Im Verlauf der Durchführung zeigte sich, dass die meisten Teilnehmer*innen über langjährige Erfahrungen mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI verfügten. Ein Teil von ihnen hatte auf regionaler Ebene Leitungs- bzw. Koordinationsaufgaben und war insofern intensiver als andere Mitarbeiter*innen mit der Reflektion der Telefonbegutachtung während der Pandemie befasst. Einige wenige Teilnehmer*innen waren erst nach Ausbruch der Pandemie bei ihrem Medizinischen Dienst angestellt worden. Diese Konstellation wurde ursprünglich nicht angestrebt, führte aber zu einer Bereicherung der Fokusgruppendiskussionen, da sich diese Teilnehmer*innen mit den Anforderungen des Telefoninterviews auseinandersetzen mussten, ohne sich auf Erfahrungen mit Hausbesuchen stützen zu können. Dadurch ließ sich beispielsweise die Bedeutung der unmittelbaren Erfahrung mit Hausbesuchen auf Seiten der Gutachter*innen aus unterschiedlichen Perspektiven herausarbeiten.

Im Mittelpunkt der Fokusgruppen mit den Gutachter*innen standen folgende Fragen:

- Welche Begutachtungsschritte sind im Rahmen der Telefonbegutachtung ohne Probleme zu erledigen, welche Begutachtungsschritte stellen für die Gutachter*innen eine Herausforderung dar?

-
- Wo liegen die wichtigsten Unterschiede zwischen der Telefonbegutachtung und der Begutachtung mit Hausbesuch?
 - Bei welchen Personengruppen und Anlässen (Gutachtenart, Versorgungsform) und aus welchen Gründen würden die Teilnehmer*innen den Einsatz der Telefonbegutachtung empfehlen, bei welchen davon abraten?
 - Welche Vor- oder Nachteile bringt die Telefonbegutachtung für die Antragsteller*innen mit sich?
 - Welche Vor- oder Nachteile bringt die Telefonbegutachtung für die Gutachter*innen selbst mit sich?
 - Inwieweit besteht ein Risiko, dass Antragsteller*innen oder Personen, die sie beraten, die Begrenzung der direkten Wahrnehmung auf Seiten der Gutachter*innen dafür nutzen, einen hohen Pflegegrad zu erreichen, der nicht den tatsächlichen Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen entspricht?

Die Fokusgruppensitzungen wurden als Videokonferenzen durchgeführt, aufgezeichnet und in anonymisierter Form transkribiert. Insgesamt wurden fünf Fokusgruppen mit zusammen knapp 30 Gutachter*innen durchgeführt.

Eine weitere Fokusgruppe setzte sich aus Personen zusammen, die über Kenntnis der Erfahrungen von Versicherten mit der Telefonbegutachtung verfügten. Einbezogen wurden ausgewählte Personen, die mit Unterstützung der Organisationen nach § 118 SGB XI zur Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen zur Teilnahme eingeladen wurden. Vertreter*innen dieser Organisationen, die das Projekt im Rahmen eines Beirats begleiteten, wurden gebeten, Personen mit einem entsprechenden Erfahrungshintergrund anzusprechen bzw. den Kontakt zu vermitteln. Die insgesamt 8 Teilnehmer*innen der Fokusgruppe waren überwiegend Personen, die Beratungsaufgaben bei Organisationen wie den Verbraucherzentralen, der Alzheimergesellschaft oder verschiedenen Selbsthilfeorganisationen wahrnehmen. Auch in diesem Fall wurde eine Videokonferenz durchgeführt, die aufgezeichnet und anschließend ausgewertet wurde. Themenschwerpunkte waren in diesem Fall:

- Erfahrungen der Versicherten und ihrer Angehörigen mit der Telefonbegutachtung während der Covid-19-Pandemie
- Befürchtungen und positive Erwartungen im Zusammenhang mit der Telefonbegutachtung
- Wünsche und Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die bei der zukünftigen Ausgestaltung der Telefonbegutachtung besonders berücksichtigt werden sollten.

Eine gesonderte Fokusgruppe (ebenfalls als Videokonferenz) wurde schließlich mit 7 Mitarbeiter*innen der Pflegekassen durchgeführt, die über Erfahrungen mit dem Antragsaufkommen und der Antragsbearbeitung während der Covid-19-Pandemie verfügten. Entsprechend ihres Erfahrungshintergrunds lagen die Diskussionsthemen und Leitfragen etwas anders als bei den übrigen Gruppen:

-
- Wie unterschied sich das Antragsverfahren bzw. die Antragsbearbeitung durch die Pflegekassen bei der Durchführung einer Telefonbegutachtung im Vergleich zur Begutachtung mit Hausbesuch?
 - Welche Themen und Sorgen beschäftigten die antragstellenden Versicherten im Vorfeld der Begutachtung? Gab es hier einen Unterschied zur Begutachtung mit Hausbesuch?
 - Welche Problemanzeichen gab es im Zusammenhang mit der telefonisch gestützten Begutachtung seitens der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen oder Betreuer*innen?
 - Gab es Auffälligkeiten im Zusammenhang mit Widersprüchen? Gab es z.B. in relevanter Zahl Widersprüche, bei denen auf die besondere Kommunikationssituation bei der telefonisch gestützten Begutachtung Bezug genommen wurde?
 - Wo liegen Vorteile oder Nachteile der telefonisch gestützten Begutachtung im Vergleich zur Begutachtung mit Hausbesuch?
 - Sollten telefonisch gestützte Begutachtungen bei bestimmten Personengruppen oder in bestimmten Situationen grundsätzlich nicht durchgeführt werden sollten? Welche sind das, und welche Gründe sprechen dafür bzw. dagegen?

Mit den Fokusgruppen wurden vielfältige, wichtige Informationen über Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Telefoninterview gewonnen. Die damit begründeten Einschätzungen der Teilnehmer*innen waren nicht immer einheitlich, zeigten jedoch in vielen zentralen Punkten Übereinstimmung. Insgesamt erwies sich die Entscheidung, zur Beurteilung der telefonisch gestützten Begutachtung nicht nur eine Auswertung von Begutachtungsdaten vorzunehmen, sondern auch das Erfahrungswissen von Gutachter*innen und anderen Beteiligten einzubeziehen, als ausgesprochen zielführend.

Wie bereits erwähnt, erfolgte ergänzend ein Austausch mit einzelnen Expertinnen und Experten, die sich aufgrund ihrer beruflichen Aufgaben bzw. Organisationszugehörigkeit, in einem Fall auch im Zusammenhang mit einer Qualifizierungsarbeit mit Daten und Erfahrungen zur Telefonbegutachtung während der Covid-19-Pandemie beschäftigten. Diese Gespräche dienten in erster Linie dem Zweck, eigene Erkenntnisse und Schlussfolgerungen vor dem Hintergrund anderer, unabhängig von den eigenen Arbeiten durchgeföhrter Auswertungen und Einschätzungen zu reflektieren. Einbezogen wurden damit insbesondere Erkenntnisse, die beim MD Bund, bei Medicproof und beim Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt gewonnen worden waren. Durch die Zusammenarbeit mit der AG Telefoninterview wurden allerdings – wenngleich vielleicht nicht in der gleichen Tiefe – auch die Erfahrungen und Einschätzungen anderer Personen einbezogen, die sich schon seit längerer Zeit mit der telefonisch gestützten Begutachtung auseinandersetzen, zum Teil in ihrer Funktion als leitende Mitarbeiter*innen, zu deren Aufgaben auch die Sicherstellung der Begutachtung nach dem SGB XI zählt.

4. Ergebnisse der Datenauswertungen

4.1 Bestimmung der Datenbasis

Wie schon angesprochen, standen für die Analyse knapp 5,77 Mio. Datensätze zur Verfügung, von denen jeder eine Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit repräsentiert. Aufgrund des Untersuchungsziels, Ergebnisse der Begutachtungen mit Hausbesuch mit denen der telefonisch gestützten Begutachtungen zu vergleichen, wurden die Daten zunächst um jene Fälle bereinigt, die nach Aktenlage entschieden wurden. Darüber hinaus wurden einige wenige Fälle ausgeschlossen, bei denen nicht eindeutig erkennbar war, in welcher Form die Begutachtung erfolgte. Die Struktur der Daten – insgesamt rund 4,80 Mio. Fälle – zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 1: Gesamtheit der verfügbaren Daten – Ausgewählte Merkmale

	2019	2021	2022 (1. Halbjahr)
Gesamtzahl der Begutachtungen*	1.854.328	1.945.929	995.820
- darunter: telefonisch gestützte Begutachtung	/	67,3 %	76,2 %
Durchschnittsalter der Antragsteller*innen	74,5 Jahre	74,1 Jahre	72,5 Jahre
Anteil der Frauen unter den Antragsteller*innen	61,1 %	60,9 %	60,3 %
Anteil der jeweiligen Gutachtenart			
- Erstgutachten	53,4 %	52,1 %	53,6 %
- Wiederholungsgutachten	2,9 %	2,2 %	3,7 %
- Höherstufungsantrag	39,4 %	40,7 %	37,4 %
- Widerspruch	4,2 %	5,0 %	5,3 %
Begutachtungsergebnis			
- Nicht pflegebedürftig	10,2 %	10,6 %	11,0 %
- Pflegegrad 1	17,8 %	19,4 %	19,8 %
- Pflegegrad 2	32,9 %	33,3 %	34,2 %
- Pflegegrad 3	23,6 %	23,0 %	22,7 %
- Pflegegrad 4	11,0 %	10,0 %	9,1 %
- Pflegegrad 5	4,4 %	3,8 %	3,2 %

*ohne Begutachtung nach Aktenlage

Anhand der ausgewählten Merkmale ergeben sich auf den ersten Blick keine besonderen Auffälligkeiten, die auf grundlegende Unterschiede in den drei berücksichtigten Jahren hindeuten. Es ist allerdings bekannt, dass im Verlauf der Pandemie die telefonisch gestützte Begutachtung in den Jahren 2021 und 2022 mit unterschiedlicher Intensität eingesetzt wurde. Daher erschien es ratsam, die Zeiträume, die in die vergleichende Analyse einbezogen werden sollten, genauer zu betrachten und die Entscheidung darüber nicht allein davon abhängig zu machen, über welche Zeiträume überhaupt Daten verfügbar sind.

Bei der Entscheidung darüber, welcher Beobachtungszeitraum für die vergleichende Auswertung zu grunde gelegt werden sollte, stellte sich insbesondere die Frage, wie mögliche Verzerrungen in den Ergebnissen aufgrund von Entscheidungen, auf einen Hausbesuch zu verzichten, ausgeschlossen werden konnten. Die Voraussetzungen, unter denen diese Entscheidungen während der Pandemie im Jahr 2021 getroffen wurden, änderten sich im Zeitverlauf. Es gab Phasen, in denen Gutachten mit Hausbesuchen ausgesetzt waren und die telefonisch gestützte Begutachtung – abgesehen von Begutachtungen nach Aktenlage – nahezu 100% aller Begutachtungen ausmachten. Es gab jedoch ebenso Phasen, in denen die Medizinischen Dienste entsprechend der rechtlichen Vorgaben nur bei jenen Personen auf Hausbesuche verzichteten, bei denen ein hohes Risiko eines schwerwiegenden Verlaufs nach einer Covid-19-Infektion bestand. Außerdem hing die Durchführung von Hausbesuchen davon ab, wie sich die jeweilige Rate der Neuinfektionen entwickelte.

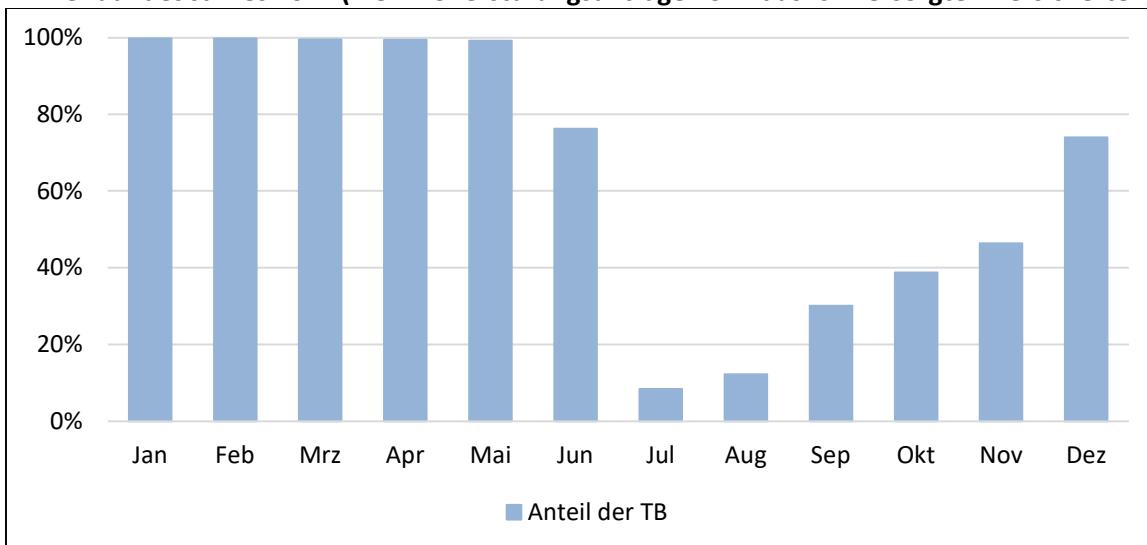
Dementsprechend war die Struktur des Begutachtungsgeschehens im Verlauf der Pandemie wechselhaft⁴. Dadurch können Selektionseffekte bei der Auswertung auftreten, die die Vergleichbarkeit der Begutachtungsergebnisse beeinträchtigen. Die Entscheidung beispielsweise, bei Personen mit ausgeprägter Vulnerabilität auf einen Hausbesuch zu verzichten, führt dazu, dass die telefonisch gestützte Begutachtung tendenziell bei Menschen mit stärker ausgeprägter Pflegebedürftigkeit zum Einsatz kam, was sich auch im Begutachtungsergebnis niederschlagen könnte.

Vor diesem Hintergrund lag es nahe, nur diejenigen Phasen in die vergleichende Auswertung einzubeziehen, bei denen nicht mit nennenswerten Selektionseffekten zu rechnen war. Deshalb wurden im Rahmen der Auswertung nicht alle telefonisch gestützten Begutachtungen aus dem Jahr 2021 einbezogen. Die Analyse beschränkte sich vielmehr auf diejenigen Zeitphasen, in denen fast vollständig auf die Durchführung von Hausbesuchen zugunsten der Telefonbegutachtung verzichtet wurde. Da auch jahreszeitliche Schwankungen im Antragsaufkommen zu berücksichtigen sind, wurden als Vergleichszeitraum die entsprechenden Monate aus dem Jahr 2019 gewählt. Glücklicherweise war der verfügbare Datensatz groß genug, um trotz des Verzichts auf die Betrachtung sämtlicher Begutachtungen der Jahre 2019 und 2021 mit großen Fallzahlen arbeiten zu können, sodass hier keine nennenswerten Einschränkungen der vergleichenden Bewertung auftraten.

Exemplarisch sei dies anhand der Entwicklung der Zahl der Begutachtungen aufgezeigt, die aufgrund eines Höherstufungsantrags von häuslich versorgten pflegebedürftigen Menschen durchgeführt wurden sind. Wie die nachfolgende Abbildung erkennen lässt, ist während der Monate Januar bis einschließlich Mai auf Hausbesuche fast vollständig verzichtet worden:

⁴ Hinzu kommt, dass das Antragsverhalten während der Pandemie ebenfalls durch das Bestreben geprägt war, Risiken für bestimmte Personengruppen zu vermeiden. Auch auf Seiten der Antragsteller spielte möglicherweise die Überlegung eine Rolle, einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung zeitlich zu verschieben. Es gibt hierzu zwar keine belastbaren Daten, ausschließen kann man Effekte des Strebens der Antragsteller*innen nach Risikovermeidung jedoch nicht.

Abb. 1: Anteil des Telefoninterviews an allen Begutachtungen mit persönlicher Befunderhebung⁵ im Verlauf des Jahres 2021 (hier: Höherstufungsanträge von häuslich versorgten Versicherten)

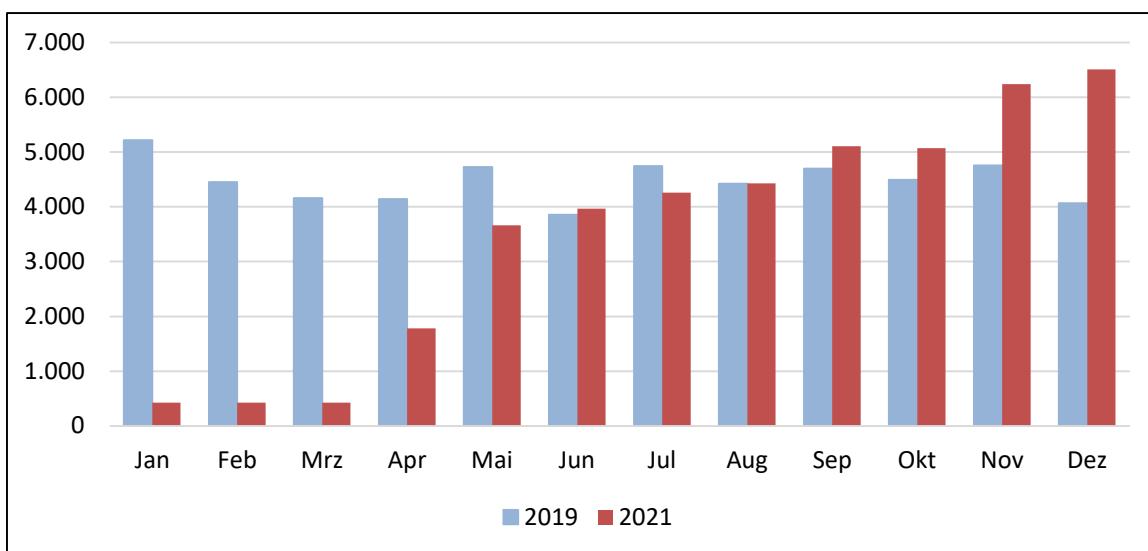


Im Juni 2021 setzten Hausbesuche allmählich wieder ein, was mit einem entsprechenden Rückgang der telefonisch gestützten Begutachtungen korrespondierte. Im Juli 2021 sank der Anteil der telefonisch gestützten Begutachtungen auf unter 10%, um in den Folgemonaten allmählich wieder anzusteigen, was mit der Entwicklung des Infektionsgeschehens in den Wintermonaten zusammenhängt. Für die Zeit von Juni bis Dezember 2021 muss also davon ausgegangen werden, dass die Entscheidung, eine telefonisch gestützte Begutachtung durchzuführen oder nicht, zu unterschiedlichen Strukturen unter den beiden Gruppen der Antragsteller*innen geführt hat.

Bei fast allen anderen Anlässen und Personengruppen, etwa bei Erstbegutachtungen, zeigt sich diese Verteilung im Zeitverlauf. Aus dem Rahmen fallen lediglich die Wiederholungsbegutachtungen, da sie anders als beispielsweise Höherstufungsanträge zeitweise ausgesetzt bzw. aufgeschoben wurden. Die nachfolgende Abbildung präsentiert die monatliche Anzahl der Wiederholungsbegutachtungen in den Jahren 2019 und 2021.

⁵ Der Begriff „persönliche Befunderhebung“ schließt sowohl Begutachtung mit Besuch im Wohnumfeld der Versicherten als auch die telefonisch gestützte Begutachtung mit ein. Ausgeschlossen bleiben hingegen Begutachtungen nach Aktenlage.

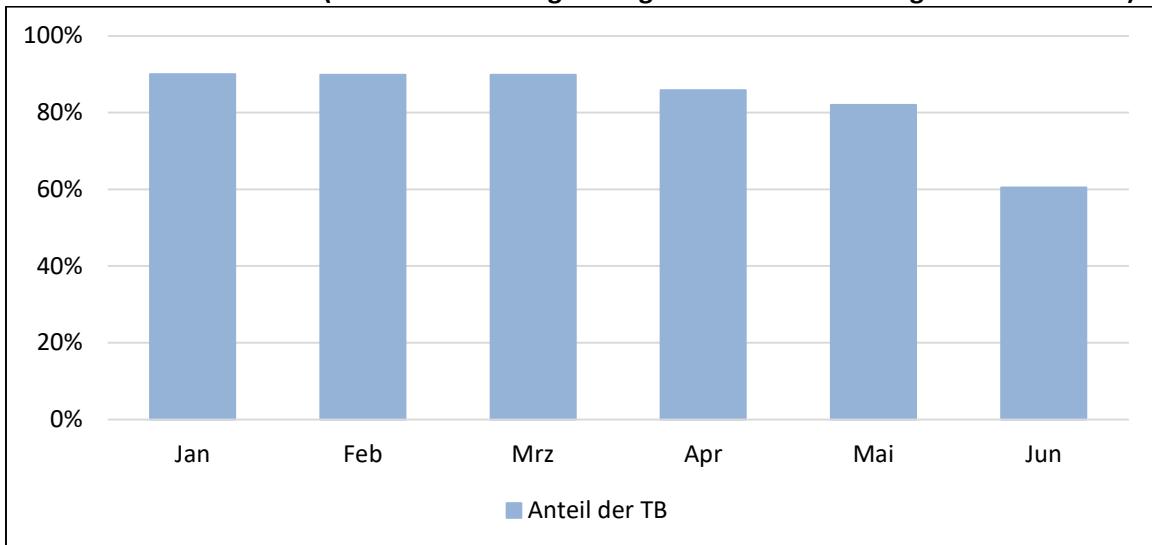
Abb. 2: Anzahl der Wiederholungsbegutachtungen mit persönlicher Befunderhebung im Verlauf der Jahre 2019 und 2021



Während sich die Wiederholungsbegutachtungen im Jahr 2019 einigermaßen gleichmäßig über das Jahr verteilen, zeigen sich 2 Jahre später große Ungleichmäßigkeiten. Bei dieser Begutachtungsart, bei der nicht die Entscheidungen der Antragsteller*innen, sondern die Entscheidungen der Pflegekasse über die Beauftragung einer Begutachtung entscheiden, ist es am ehesten möglich, zeitliche Verschiebungen vorzunehmen. Gegen Ende des Jahres 2021 steigen die Zahlen stark an, was auf gewisse Nachholeffekte hindeutet. Vergleichbare Schwankungen gibt es bei Höherstufungsanträgen oder Erstbegutachtungen nicht. Rein prozentual gesehen überwiegt die TB in den ersten fünf Monaten des Jahres 2021 zwar auch im Falle der Wiederholungsbegutachtung, doch musste hier aufgrund der Schwankungen im Zeitverlauf schließlich doch eine andere Auswertungsstrategie gewählt werden.

Auch die Entwicklung der Zahlen im Jahr 2022 bietet nicht optimale Voraussetzungen für eine vergleichende Analyse. Zur Veranschaulichung werden erneut die Begutachtungen aufgrund eines Höherstufungsantrags von häuslich versorgten pflegebedürftigen Menschen ausgewählt (Abbildung 3).

Abb. 3: Anteil des Telefoninterviews an allen Begutachtungen mit persönlicher Befunderhebung im Verlauf des Jahres 2022 (hier: Höherstufungsanträge von häuslich versorgten Versicherten)



Es zeigt sich, dass sich der Anteil des Telefoninterviews auf einem hohen Niveau bewegt, aber anders als in der Zeit von Januar bis Mai 2021 deutlich unter der 100%-Marke.

Vor diesem Hintergrund wurden die Daten aus dem Jahr 2022 ergänzend ausgewertet, aber nicht als Bezugspunkt der vergleichenden Analyse verwendet. Die Prüfung der Daten, die an dieser Stelle nur exemplarisch dokumentiert wird, führte immer wieder zu der Einschätzung, dass der sicherste Weg des Vergleichs darin besteht, die Begutachtungen in der Zeit von Januar bis Mai in den Jahren 2019 und 2021 zu nutzen. Daten, die aus anderen Monaten stammen, wurden zur Überprüfung der Stetigkeit der Ergebnisse verwendet.

Unterschiede in den Verteilungen zeigen darüber hinaus, dass die Auswertungen getrennt nach Begutachtungsarten und Wohnsituation (stationäre Einrichtung oder häusliche Umgebung) erfolgen sollten. Die Begutachtungsergebnisse, beispielsweise die Verteilung der Pflegegrade, bewegen sich je nach Personengruppe auf einem unterschiedlichen Niveau, sodass der Umstand, dass eine Personengruppe über- oder unterrepräsentiert ist, zu scheinbaren Abweichungen bei den Begutachtungsergebnissen führen würde.

Alle weiteren Detailfragen, die die Eingrenzung von Personengruppen betreffen (z.B. Differenzierung nach Altersgruppen), werden in den betreffenden Kapiteln der Datenanalyse erläutert.

4.2 Erstgutachten

Als Erstgutachten werden Gutachten bezeichnet, bei denen Versicherte, die noch keinen Pflegegrad haben, einen Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit stellen. Das bedeutet, dass die *Erstbegutachtung nicht unbedingt die erste Begutachtung* ist, die die betreffenden Versicherten erleben. Führte eine vorhergehende Begutachtung zu dem Ergebnis, dass kein Pflegegrad bzw. keine Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt, so gilt die nächste Begutachtung bei der betreffenden Person als Erstbegutachtung. Auf dieser Definition beruhen die Statistiken über die Auftragserledigung durch die Medizinischen Dienste wie auch die betreffenden Merkmalsausprägungen im analysierten Datenmaterial. Auch im Rahmen der vorliegenden Analyse bedeutet Erstbegutachtung also nicht unbedingt, dass bei den jeweiligen Personen zuvor noch keine Begutachtung stattgefunden hat. Für die Datenauswertung ist diese Unterscheidung nur von geringer Bedeutung. Für die perspektivische Ausgestaltung der telefonisch gestützten Begutachtung und darauf bezogene Empfehlungen könnte sie jedoch wichtig werden.

4.2.1 Erstgutachten bei Versicherten im Privathaushalt

Versicherte im Privathaushalt sind Personen, die nach den Angaben in den Gutachten in einer „ambulanten Wohnsituation“ allein oder gemeinsam mit Angehörigen leben. Dies sind im vorliegenden Datensatz rund 94,5 % aller Fälle mit einer Erstbegutachtung. Ausgeschlossen bleiben mit dieser Gruppendefinition Versicherte, die in einer vollstationären Pflegeeinrichtung, einer Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderungen (§ 43a SGB XI) oder einer ambulant betreuten Wohngruppe⁶ leben (vgl. Kapitel 4.2.2 und 4.2.3).

Tab. 2: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Charakteristika der Teilstichproben		
	2019	2021
Beobachtungszeitraum	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	75,8	75,3
Anteil weiblich (%)	60,9	60,5
Wohnsituation		
- alleinlebend	45,8	46,5
- nicht alleinlebend	54,2	53,5
Fallzahl	343.183	314.600

⁶ Anträge von Versicherten, die in einer ambulant betreuten Wohngruppe leben, wurden aufgrund der geringen Fallzahlen allerdings nicht ausgewertet.

Wie Tabelle 2 zeigt, weisen wichtige Merkmale der Stichproben große Ähnlichkeit auf. Das Durchschnittsalter der Personen liegt jeweils bei knapp 76 Jahren. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren gesonderte Berechnungen durchgeführt wurden. Aus diesem Grund wurden sie an dieser Stelle aus der Berechnung ausgeschlossen. Die Tabelle zeigt dementsprechend das Durchschnittsalter der Personen, die zum Zeitpunkt der Begutachtung mindestens 18 Jahre alt waren. Außerdem wird – aus Gründen des Datenschutzes – das Alter der Personen, die älter sind als 102 Jahre, im Datenmaterial standardisiert als 102 Jahre angegeben. Dadurch entsteht eine gewisse Unschärfe, die aber zu vernachlässigen ist. Da das Alter ohnehin auf ganze Jahre gerundet wurde, fällt diese Standardisierung nicht ins Gewicht.

Der Anteil der Frauen in den beiden Stichproben ist mit jeweils knapp 61 % ebenfalls sehr ähnlich. Das Gleiche gilt für die Wohnsituation der betreffenden Menschen. Gemessen an den ausgewählten Gruppenmerkmalen ist also ein hohes Maß an Vergleichbarkeit gegeben.

Zu den wichtigsten Kriterien, die bei einer vergleichenden Beurteilung der telefonisch gestützten Begutachtung zu berücksichtigen sind, gehört die Verteilung der Pflegegrade, die am Ende der Begutachtung steht. Tabelle 3 zeigt diese Anteile:

Tab. 3: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Verteilung der Pflegegrade (Prozentangaben)		
	2019 (n=343.183)	2021 (n=314.600)
Kein PG	18,9	19,3
PG 1	28,8	30,5
PG 2	38,9	37,5
PG 3	11,5	11,0
PG 4	1,6	1,4
PG 5	0,3	0,2
Gesamt	100,0	100,0

Die Daten lassen nur geringfügige Abweichungen des Anteils erkennen, mit denen die einzelnen Pflegegrade unter den rund 343.000 bzw. 314.600 Fällen vertreten sind. Die geringen Unterschiede geben keinen Anlass zu der Annahme, die beiden Formen der Begutachtung könnten zu abweichenden Ergebnissen führen⁷.

⁷ Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, weshalb für die Verteilungen bzw. die Unterschiede bei den einzelnen Pflegegraden kein Signifikanztest durchgeführt wurde. Entscheidend hierfür sind zwei Gründe. Zum einen zeigen bestimmte Signifikanztests bei so großen Stichproben meist schon bei geringfügigen, nicht relevanten Abweichungen einen Unterschied an; sie sind in diesen Fällen daher wenig hilfreich. Zum anderen liegen an dieser Stelle streng genommen keine Stichproben vor, sondern die Grundgesamtheit der Begutachtungen unter zum Teil besonderen Rahmenbedingungen (Covid-19-Pandemie). Es wird also nicht von einer Stichprobe auf ‚wahre‘ Werte in der Grundgesamtheit geschlossen und überprüft, mit welcher Wahrscheinlichkeit beispielsweise

Der empfohlene Pflegegrad ist das alltagspraktisch wichtigste Ergebnis der Begutachtung, aber ein relativ grobes Maß bei der Beurteilung der Frage, inwieweit sich durch die telefonisch gestützte Begutachtung eventuell abweichende Verteilungen bei der Feststellung von Pflegebedürftigkeit ergeben könnten. Es ist daher sinnvoll, auch auf der Ebene der Punktswerte, auf denen letztlich die Zuweisung eines Pflegegrades beruht, eine vergleichende Beurteilung vorzunehmen. So wurde im Rahmen der Analyse für jedes der Module im Begutachtungsinstrument, das für die Ermittlung des Pflegegrades relevant ist, ein Vergleich auf der Ebene der mittleren Punktswerte und der entsprechenden Standardabweichungen durchgeführt. Verglichen wurden die ungewichteten Mittelwerte, die die Feststellungen der Gutachter*innen unmittelbar widerspiegeln. Das Ergebnis zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 4: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Vergleich der ungewichteten Modulwerte				
	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	1,95	2,043	2,00	1,995
Modul 2	2,35	3,947	2,30	3,658
Modul 3	0,69	2,094	0,50	1,745
Modul 4	7,73	6,864	7,42	6,589
Modul 5	1,03	1,120	0,99	1,094
Modul 6	2,50	2,916	2,43	2,781

Wie die Gegenüberstellung der Mittelwerte erkennen lässt, gibt es zwischen den beiden Jahren bzw. zwischen den beiden Formen der Begutachtung auch hier nur geringfügige Unterschiede. Es lässt sich kein Modul erkennen, bei dem eine Abweichung besonders auffällig wäre. Auch die Standardabweichungen, die ein Maß für die Streuung darstellen, zeigen wenig Auffälligkeiten. Die Unterschiede liegen in einer Größenordnung, die die Annahme systematischer Abweichungen nicht stützt.

Im weiteren Verlauf der Analyse wurde geprüft, inwieweit die Ergebnisse für verschiedene Teilgruppen unter den häuslich versorgten Versicherten voneinander abweichen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Ergebnisse für die Erstbegutachtungen bei drei verschiedenen Altersgruppen (18 bis 64 Jahre, 65 bis 84 Jahre sowie 85 Jahre und älter).

Gruppenunterschiede in der Stichprobe die tatsächlichen Verhältnisse in der Grundgesamtheit abbilden. Signifikanztests nehmen häufig Bezug auf die Frage, inwieweit die vorliegenden Verteilungen in einer Stichprobe von der Verteilung in der Grundgesamtheit abweichen könnten und von welchem Punkt an diese Abweichungen nicht mehr als zufällig betrachtet werden können. Hier entsteht also ein theoretisches Problem, das die Interpretation von Signifikanz am Ende erheblich erschwert.

Tab. 5: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Feststellung der Pflegebedürftigkeit in ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppe	Form der Begutachtung	nicht pflegebedürftig	pflegebedürftig	n
18 bis 64	HB 2019	30,6%	69,4%	57.718
	TB 2021	33,4%	66,6%	56.954
65 bis 84	HB 2019	18,8%	81,2%	203.569
	TB 2021	18,6%	81,4%	183.679
85 und älter	HB 2019	11,6%	88,4%	81.134
	TB 2021	10,9%	89,1%	72.649

HB: Begutachtung mit Hausbesuch

TB: Telefonisch gestützte Begutachtung

Die Ergebnisse lassen zunächst die allgemeine Tendenz erkennen, dass der Anteil der als pflegebedürftig anerkannten Personen mit zunehmendem Alter ansteigt. Je jünger Antragsteller*innen sind, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass bei einer Erstbegutachtung Pflegebedürftigkeit festgestellt wird. Dies gilt für beide Begutachtungsformen. Besonders deutlich wird das bei den Zahlen für die Gruppe der Personen im Alter von 18 bis 64 Jahren. Bei dieser Personengruppe wurde sowohl im Jahr 2019 als auch im Jahr 2021 bei fast einem Drittel keine Pflegebedürftigkeit festgestellt. Der Anteil liegt im Falle der telefonisch gestützten Begutachtungen mit 2,8 % etwas höher als bei der Begutachtung mit Hausbesuch. Bei den beiden anderen Altersgruppen liegt der Unterschied unter 1 %.

Möglicherweise ist jedoch weniger die Form der Begutachtung als vielmehr das Antragsverhalten der Versicherten für diese Abweichungen verantwortlich. Die Zahl der Anträge deutet darauf hin, dass der Rückgang der Erstanträge während der Pandemie bei Personen im jüngeren Alter weniger stark ausgeprägt war als bei älteren Menschen. Während die Zahl der Erstanträge in den höheren Altersgruppen (ab 65 Jahren) um rund 10% niedriger lag als im Jahr 2019, beträgt die Differenz bei den Personen im Alter von 18 bis 64 gerade einmal 1,3 %. Damit könnte einhergehen, dass Pflegebedürftigkeit in den höheren Altersgruppen zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits stärker ausgeprägt war und dadurch auch eine etwas höhere Quote der Anerkennung zustande kam. Auch in der Diskussion mit Vertreter*innen der Medizinischen Dienste wurde dieser Zusammenhang thematisiert. Er wirkt plausibel, nachweisen lässt er sich anhand der vorliegenden Daten allerdings nicht.

Bei getrennter Betrachtung der Ergebnisse für Männer und Frauen lässt sich im Falle der Erstanträge feststellen, dass der Anteil der Personen, bei denen eine bestehende Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, zwischen der Gruppe der Männer und Frauen⁸ kaum differiert. Die Differenz liegt bei maximal

⁸ Aufgrund sehr geringer Fallzahlen wurde darauf verzichtet, Ergebnisse für die als ‚divers‘ ausgewiesene Personengruppe im Datensatz näher darzulegen.

0,5%. Zwischen den Formen der Begutachtung ist bei den Ergebnissen also auch in diesem Punkt kein nennenswerter Unterschied feststellbar.

Tab. 6: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Feststellung Pflegebedürftigkeit nach Geschlecht				
	Form der Begutachtung	nicht pflegebedürftig	pflegebedürftig	n
Männer	HB 2019	18,0%	82,0%	133.709
	TB 2021	18,5%	81,5%	208.674
Frauen	HB 2019	19,8%	80,2%	123.731
	TB 2021	20,2%	79,8%	189.534

Schließlich wurde auch geprüft, inwieweit sich die Begutachtungsergebnisse bei der Gruppe der Alleinlebenden von der Gruppe der Personen, die mit anderen Angehörigen im gleichen Haushalt leben, unterscheiden. Auch hier konnten beim Vergleich der beiden Begutachtungsformen keine nennenswerten Auffälligkeiten festgestellt werden (Tabelle 7).

Tab. 7: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Wohnsituation				
	Form der Begutachtung	nicht pflegebedürftig	pflegebedürftig	n
Alleinlebend	HB 2019	23,3%	76,7%	156.970
	TB 2021	23,2%	76,8%	145.659
Nicht alleinlebend	HB 2019	15,6%	84,4%	185.451
	TB 2021	16,4%	83,6%	167.623

Die Frage, inwieweit beim Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung annähernd gleiche Verteilungen der Pflegegrade und der zugrunde liegenden Beurteilungen der Selbständigkeit zu erwarten sind, hat sicherlich die größte Bedeutung für die Beurteilung des Telefoninterviews. Es gibt jedoch weitere Ergebnisse, die für die Beurteilung von Interesse sind. Damit angesprochen ist insbesondere die Frage, inwieweit Empfehlungen oder andere Beurteilungen, die für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung relevant sein können, voneinander abweichen. Die wichtigsten Empfehlungen wurden in die Auswertung miteinbezogen.

Unter anderem haben die Gutachter*innen zu beurteilen, ob die häusliche Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt ist. Das Ergebnis des Vergleichs zwischen der Begutachtung mit Hausbesuch und der telefonisch gestützten Begutachtung zeigt die nachfolgende Tabelle:

Tab. 8: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)		
	2019 (n=343.183)	2021 (n=314.600)
Ja	97,6	96,1
Nein	1,9	0,8
k.A.	0,5	3,1
Gesamt	100,0	100,0

Die Feststellung, dass die Pflege bei häuslich versorgten Pflegebedürftigen nicht sichergestellt ist, wird im Falle der Erstanträge recht selten getroffen. Der Anteil liegt bei den Begutachtungen mit Hausbesuch bei 1,9%, bei der telefonisch gestützten Begutachtung bei 0,8%. Der Unterschied ist letztlich nicht sehr groß, angesichts des geringen Anteils der Personen, bei denen die Feststellung überhaupt getroffen wird, fällt er aber doch etwas ins Auge. Auffällig ist darüber hinaus, dass im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung in immerhin 3,1% der Fälle eine Angabe zu dieser Frage fehlte. Es handelt sich hierbei, wie Nachfragen bei den Medizinischen Diensten ergaben, um eine Informationslücke, die das verwendete elektronische Begutachtungsformular eigentlich ausschließen sollte. Für gewöhnlich handelt es sich im Begutachtungsformular um ein Pflichtfeld, und nur aus technischen Gründen war es möglich, dass die Angaben von den Gutachterinnen und Gutachtern doch nicht gemacht wurden. Das Fehlen der Angaben könnte als Ausdruck von Unsicherheit bei der Beurteilung der Frage der Sicherstellung der Versorgung interpretiert werden. Dafür spricht, dass diese Beurteilung auch im Rahmen der Fokusgruppen, deren Auswertung in einem späteren Abschnitt dargestellt wird, als Herausforderung beschrieben wurde. Da der Vergleich mit dem Jahr 2019 durch technische Faktoren erschwert wird, ist die Aussagekraft der Daten an diesem Punkt aber sehr begrenzt.

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Begutachtung ist die Feststellung der Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. die darauf aufbauende Empfehlung einer Rehabilitationsmaßnahme. Auch hier wurde geprüft, inwieweit davon ausgegangen werden kann, dass die Empfehlungen im Falle des Telefoninterviews ähnlich ausfallen wie bei der Begutachtung mit Hausbesuch. Wie Tabelle 9 zeigt, wurden Rehabilitationsempfehlungen im Jahr 2021 geringfügig seltener ausgesprochen als im Jahr 2019.

Tab. 9: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Rehabilitationsempfehlung (Prozentangaben)

	2019 (n=343.183)	2021 (n=314.600)
Ja	5,9	4,9
Nein / k.A.	94,1	95,1
Gesamt	100,0	100,0

Bei diesem Thema ist zu berücksichtigen, dass die Formulierung einer Rehabilitationsempfehlung während der Covid-19-Pandemie durch andere Faktoren beeinflusst worden sein könnte, die einen Vergleich schwer machen. So könnte im Einzelfall gerade bei den älteren Pflegebedürftigen die Frage, ob eine Rehabilitationsmaßnahme zu empfehlen ist, unter Pandemiebedingungen ggf. anders beurteilt werden als unter anderen Voraussetzungen.

Dass die Häufigkeit der Rehabilitationsempfehlungen im Jahr 2021 etwas niedriger lag als im Jahr 2019, sollte also vor dem Hintergrund der Pandemie sehr zurückhaltend interpretiert werden.

Die Formulierung von Hilfsmittelempfehlungen gehört ebenfalls zu den wichtigen Aufgaben, die im Rahmen der Begutachtung zu bearbeiten sind. Die Häufigkeit von Hilfsmittelempfehlungen lag bei der telefonisch geschützten Begutachtung niedriger als bei den entsprechenden Begutachtungen mit Hausbesuch (Tabelle 10). Der Unterschied ist zwar nicht sehr groß, aber doch größer als bei anderen Vergleichen, die bislang vorgestellt wurden.

Tab. 10: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Hilfsmittelempfehlung (Prozentangaben)

	2019 (n=343.183)	2021 (n=314.600)
Ja	35,2	31,0
Nein / k.A.	64,8	69,0
Gesamt	100,0	100,0

Bei anderen Empfehlungen verhält es sich umgekehrt. So werden auch Empfehlungen zu Veränderungen im Bereich der Heilmittel oder anderen therapeutischen Maßnahmen formuliert. Häufig beziehen sich diese Angaben auf ergotherapeutische oder physiotherapeutische Maßnahmen. Auf diesem Gebiet sind Empfehlungen im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtungen häufiger als bei den Begutachtungen mit Hausbesuch (57,4 im Vergleich zu 47,5 %).

Tab. 11: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Empfehlung zu Heilmitteln oder anderen therapeutischen Maßnahmen (Prozentangaben)

	2019 (n=300.890)	2021 (n=274.675)
Ja	47,5	57,4
Nein / k.A.	52,5	42,6
Gesamt	100,0	100,0

Ohne MD Bayern

Weitere Empfehlungen betreffen die Einleitung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen, die Ausweitung edukativer Maßnahmen zur Stärkung der Selbstpflegekompetenz oder der Pflegekompetenz der Angehörigen, präventive Maßnahmen oder weitere Empfehlungen zur Verbesserung der Pflegesituation. Wie Tabelle 12 zeigt, gibt es in diesen Fragen kein einheitliches Bild. Während im Falle der edukativen Maßnahmen und der Verbesserung der Pflegesituation kaum Unterschiede feststellbar sind, weicht das Empfehlungsverhalten bei präventiven Maßnahmen und bei den wohnumfeldverbessernden Maßnahmen etwas voneinander ab, jeweils aber in die andere Richtung. Auffällig ist, dass Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung etwas seltener ausgesprochen wurden als bei den Begutachtungen mit Hausbesuch.

Tab. 12: Erstgutachten bei häuslicher Versorgung – Weitere Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=343.183)	2021 (n=314.600)
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	7,5	4,8
Edukative Maßnahmen	2,6	2,8
Präventive Maßnahmen	19,1	22,3
Verbesserung der Pflegesituation	19,0	19,7

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der telefonisch gestützten Begutachtung im Falle der Erstbegutachtungen große Ähnlichkeit mit den Ergebnissen der telefonisch gestützten Begutachtung aufweisen. Zum Teil sind sie nahezu identisch. Dies gilt insbesondere für die Verteilung der Pflegegrade als auch für die Beurteilung der individuellen Selbstständigkeit und der Fähigkeiten auf der Ebene der einzelnen Begutachtungsmodulen. Die Abweichungen sind im Durchschnitt so gering, dass sie nicht als Hinweise auf einen systematischen, auf die Form der Begutachtung zurückzuführenden Unterschied interpretiert werden können. Es gibt bei Teilespekten, die das Empfehlungsverhalten der Gutachterinnen und Gutachter betreffen, einige Auffälligkeiten, die im weiteren Gang der Analyse noch einmal zu prüfen sind. Damit angesprochen sind die Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation (Ist die häusliche Pflege sichergestellt?) und die Empfehlung wohnumfeldverbessernder Maßnahmen. Auffälligkeiten ergeben sich auch bei Empfehlungen im Zusammenhang mit dem

Hilfsmittelbedarf und anderen Empfehlungen, allerdings in die umgekehrte Richtung (häufigere Empfehlungen im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung). Die Unterschiede sind alles in allem nicht besonders groß, sollten aber im weiteren Gang der Untersuchung erneut betrachtet werden.

4.2.2 Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege

Erstgutachten bei Heimbewohner*innen sind wesentlich seltener als Erstgutachten bei Versicherten, die in der häuslichen Umgebung leben. Im betrachteten Zeitraum von Januar bis Mai belief sich die Zahl der entsprechenden Anträge im Jahr 2019 auf rund 7.000 Fälle, im Jahr 2021 waren es im gleichen Zeitraum sogar nur knapp 4.000 Fälle. Auch hier dürfte sich, was die Fallzahlen angeht, die Covid-19-Pandemie ausgewirkt haben.

Tab. 13: Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege – Charakteristika der Teilstichproben		
	2019	2021
Beobachtungszeitraum	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	77,3	76,9
Anteil weiblich (%)	59,4	57,8
Fallzahl	7.083	3.910

Trotz der im Vergleich geringen Fallzahlen wurde die Analyse analog zu den Untersuchungsschritten, die im vorangegangenen Kapitel für die Erstgutachten beschrieben wurden, durchgeführt. Die Auswertungsergebnisse werden im Folgenden allerdings stärker zusammengefasst.

Aufgrund der geringen Fallzahlen wurde erwartet, dass es zu größeren Abweichungen kommt. Was die Pflegegradverteilung angeht, so erwies sich diese Erwartung jedoch als unbegründet. Wie die nachfolgende Tabelle zeigt, liegt die Verteilung der Pflegegrade bei Bewohner*innen stationärer Langzeitpflegeeinrichtungen bei beiden Begutachtungsformen sehr nahe beieinander. Auffälligkeiten sind nicht erkennbar.

Tab. 14: Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=7.083)	2021 (n=3.910)
Kein PG	7,6	6,6
PG 1	11,3	10,2
PG 2	34,5	34,9
PG 3	29,7	30,5
PG 4	11,8	12,8
PG 5	5,1	5,2
Gesamt	100,0	100,0

Ähnliches gilt für die Analyse der Mittelwerte und die Standardabweichungen auf der Ebene der Modulwerte. Die Mittelwerte liegen im Falle der Heimbewohner*innen mit einem Erstantrag noch näher beieinander als im Falle der häuslich versorgten Personen. Auch die Standardabweichungen als Maß für die Streuung der Werte können schon beinahe als identisch bezeichnet werden.

Tab. 15: Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege – Vergleich der ungewichteten Modulwerte				
	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	4,05	4,004	4,33	3,979
Modul 2	6,97	8,024	7,16	7,870
Modul 3	1,87	3,919	1,66	3,675
Modul 4	15,23	12,489	15,82	12,655
Modul 5	1,63	1,135	1,62	1,148
Modul 6	5,87	4,693	5,88	4,555

Die Empfehlungen der Gutachter*innen lassen sich im Falle der stationären Langzeitpflege nur begrenzt miteinander vergleichen. So wurde die Frage, ob die Versorgung in geeigneter Weise sichergestellt ist, bei beiden Begutachtungsformen im Bereich der stationären Langzeitpflege nur in sehr seltenen Einzelfällen mit „Ja“ beantwortet. Von Abweichungen kann man an dieser Stelle nicht sprechen. In den Daten zeigt sich allerdings erneut, dass es im Jahr 2021 vergleichsweise viele fehlende Angaben zu dieser Frage gab. Der Anteil belief sich immerhin auf 6,4%. Dies kann, wie gesagt, möglicherweise als Hinweis auf die Unsicherheit bei der Beurteilung dieser Frage interpretiert werden.

Ansonsten liegen die Ergebnisse für beide Begutachtungsformen, was das Empfehlungsverhalten betrifft, sehr eng beieinander. Die Unterschiede sind hier trotz geringer Fallzahlen weit weniger auffällig als bei häuslich versorgten Personen. Rehabilitationsempfehlungen wurden im Jahr 2021 geringfügig seltener ausgesprochen als im Jahr 2019 (2,3% gegenüber 2,6%), und auch bei den Hilfsmittelempfehlungen gibt es einen geringfügigen Unterschied (3,5% vs. 2,8%). Bei anderen Empfehlungen lagen die Ergebnisse noch näher beieinander.

Tab. 16: Erstgutachten bei stationärer Langzeitpflege – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=7.083)	2021 (n=3.910)
Rehabilitationsempfehlung	2,6	2,3
Hilfsmittelempfehlung	2,8	3,5
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen*	36,8	43,7
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	0,1	0,2
Edukative Maßnahmen	0,9	1,0
Präventive Maßnahmen	17,6	17,5
Verbesserung der Pflegesituation	2,3	2,1

*ohne MD Bayern (2019: n=5.391, 2021: n=3.179)

Für den Bereich der stationären Langzeitpflege lässt sich daher feststellen, dass die Daten weder bei der Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit noch bei der Formulierung von Empfehlungen einen nennenswerten Unterschied zwischen den beiden Formen der Begutachtung zeigen.

4.2.3 Erstgutachten in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen

Die Zahl der Erstanträge von Versicherten, die in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen nach §43a SGB XI leben, lag noch wesentlich niedriger als die Zahl der Erstanträge im Bereich der vollstationären Dauerpflege. Im Jahr 2019 waren es rund 2.500, im Jahr 2021 lediglich rund 1.600.

Tab. 17: Erstgutachten in Einrichtungen nach §43a SGB XI – Charakteristika der Teilstichproben

	2019	2021
Beobachtungszeitraum	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	48,5	52,4
Anteil weiblich (%)	38,0	40,3
Fallzahl	2.526	1.622

Die Pflegegradverteilung für die beiden betrachteten Zeiträume zeigt ähnlich wie bei den bisher betrachteten Personengruppen wenig Auffälligkeiten. Die Ergebnisse liegen zwar nicht so eng beieinander wie im Falle der vollstationären Dauerpflege, die Unterschiede sind jedoch sehr gering.

Tab. 18: Erstgutachten in Einrichtungen nach §43a SGB XI – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.526)	2021 (n=1.622)
Kein PG	32,1	30,4
PG 1	30,5	31,5
PG 2	25,0	26,5
PG 3	8,7	9,6
PG 4	2,6	1,6
PG 5	1,1	0,4
Gesamt	100,0	100,0

Das gilt auch für die mittleren Modulwerte, die den Pflegegraden zugrunde liegen, und deren Streuung. Die Ergebnisse des Vergleichs fallen je nach Modul unterschiedlich aus. Bei den Streuungen zeigen sich trotz sehr nah beieinander liegender Mittelwerte gewisse Unterschiede. Es ist wahrscheinlich, dass die Heterogenität der hier betrachteten Personengruppe mit dazu beiträgt, dass Abweichungen entstehen. Festzuhalten bleibt allerdings, dass für die Verteilung der Pflegegrade im Gesamtbild kein auffälliger Unterschied festzustellen ist.

Tab. 19: Erstgutachten in Einrichtungen nach §43a SGB XI – Vergleich der ungewichteten Modulwerte				
	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	0,69	2,080	0,80	1,797
Modul 2	4,33	5,710	3,47	4,315
Modul 3	1,80	3,690	1,34	2,854
Modul 4	4,74	8,491	4,57	6,776
Modul 5	1,07	0,963	1,08	0,985
Modul 6	3,73	3,597	3,13	2,872

Die Frage nach Unterschieden im Bereich der Beurteilung der Versorgungssituation bleibt an dieser Stelle außer Betracht, da nur in sehr wenigen Einzelfällen die Versorgung als nicht sichergestellt beurteilt wurde, und zwar unabhängig von der Form der Begutachtung.

Auffällig sind einige Abweichungen, die im Falle des Empfehlungsverhaltens der Gutachter*innen feststellbar sind. Bei den Anträgen von Personen, die in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen leben, gibt es eine schwache, aber relativ einheitliche Tendenz, im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtungen häufiger Empfehlungen von Hilfsmitteln (6,4 gegenüber 2,3%), Heilmitteln (32,5 gegenüber 19,0%)⁹ und Rehabilitationsmaßnahmen (0,8 gegenüber 0,4% bzw. 14 gegenüber 10 Fällen) zu formulieren. Auch bei anderen Aspekten erwiesen sich die Gutachter*innen bei der telefonisch gestützten Begutachtung als etwas ‚empfehlungsfreudiger‘.

Die Unterschiede sind jedoch gering und die Fallzahlen zum Teil sehr niedrig. Von einem systematischen, methodisch bedingten Unterschied zu sprechen, wäre nicht gerechtfertigt. Insgesamt lässt sich also auch für den Bereich der Versorgung in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung feststellen, dass es keine nennenswerten Unterschiede im Bereich der Pflegegradverteilung und einige geringfügige Unterschiede im Empfehlungsverhalten der Gutachter*innen gibt.

4.3 Höherstufungsanträge

4.3.1 Höherstufungsanträge von Versicherten im Privathaushalt

Neben den Erstanträgen stellen die Höherstufungsanträge von Menschen, die in der häuslichen Umgebung versorgt werden, die zweite quantitativ herausragende Personengruppe im Begutachtungsgeschehen dar. Die Charakteristika der Antragsteller*innen, bei denen im Jahr 2019 und 2021 in der Zeit von Januar bis Mai eine Begutachtung stattfand, weisen wie schon im Falle der Erstgutachten große Ähnlichkeit auf. Das gilt für das Durchschnittsalter¹⁰, das zum Zeitpunkt der Begutachtung in beiden Gruppen knapp unter 80 Jahren lag, ebenso wie für den Anteil der Frauen (Tabelle 20).

Die Zeitdauer, die zwischen der aktuellen Begutachtung und der vorhergehenden Zuweisung eines Pflegegrades in der Vergangenheit stand, weicht bei den beiden Personengruppen allerdings ab. Das hängt vor allen Dingen damit zusammen, dass mit der Reform der Pflegeversicherung im Jahr 2017 beim Übergang vom Pflegestufensystem zum Pflegegradsystem eine Überleitungsregelung wirksam wurde, die automatisch, d.h. ohne Durchführung einer Begutachtung zum neuen Pflegegrad führte.

⁹ Ohne MD Bayern.

¹⁰ Wie bereits in Kapitel 4.2 angemerkt, werden hier nur Personen im Alter ab 18 Jahren einbezogen. Außerdem wurde das Alter der Personen im Alter von über 102 Jahren mit einem pauschalen Wert angegeben, sodass geringfügige Abweichungen vom ‚wahren‘ Durchschnittsalter nicht auszuschließen sind.

Dies hat das Antragsverhalten (sowohl vor wie auch nach der Systemumstellung) und auch die vorliegenden statistischen Informationen über den Abstand zu einer früheren Begutachtung beeinflusst. Der Unterschied zwischen den beiden betrachteten Personengruppen ist an diesem Punkt daher einer Ausnahmesituation geschuldet. Es ist dennoch davon auszugehen, dass der zeitliche Abstand zur Reform die Vergleichbarkeit der Jahre 2019 und 2021 bis zu einem gewissen Grad beeinträchtigt. Wie weit und in welche Richtung dieser Einfluss wirkt, ist allerdings nicht zu beurteilen.

Tab. 20: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021

	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	79,6	79,5
Anteil weiblich (%)	62,6	63,8
Bisheriger PG (Monate)	18,6	25,3
Fallzahl	218.946	245.898

Auch beim bisherigen Pflegegrad gibt es gewisse Abweichungen (Tabelle 21)¹¹. Sie sind nicht sehr groß, zeigen aber insbesondere für das Jahr 2021 einen etwas höheren Anteil jener Personen, die den Pflegegrad 1 aufweisen. Das bedeutet, dass Menschen mit etwas niedrigeren Pflegegraden tendenziell häufiger einen Antrag gestellt haben als im Jahr 2019, so dass es auch bei den Begutachtungsergebnissen eher eine Tendenz geben könnte, dass bei den niedrigeren Pflegegraden und weniger bei den höheren eine Höherstufung stattfand.

Tab. 21: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=218.840)	2021 (n=245.775)
PG 1	23,7	27,2
PG 2	51,0	48,8
PG 3	20,5	19,8
PG 4	4,7	4,3
Gesamt	100,0	100,0

¹¹ Bei dieser Tabelle ist zu beachten, dass Personen, die zuvor einen Pflegegrad 5 aufwiesen, nicht einbezogen wurden. Daher weichen die Fallzahlen von den Zahlen anderer Auswertungen geringfügig ab. Entweder handelt es sich um fehlerhafte Codierungen oder Anträge, die mit dem Ziel der Rückstufung gestellt worden sind. Es handelt sich allerdings um Einzelfälle, die quantitativ nicht ins Gewicht fallen.

Tabelle 22 zeigt die Pflegegradverteilung, die bei der Begutachtung mit Hausbesuch bzw. bei der telefonisch gestützten Begutachtung erzielt worden ist. Wie ersichtlich, liegen die Unterschiede größtenteils unter 1%. Ausnahme ist lediglich der Pflegegrad 2 mit einem Unterschied von 1,6 %. Im Blick auf den oben formulierten Hinweis, dass Personen mit etwas geringer ausgeprägter Pflegebedürftigkeit möglicherweise etwas häufiger einen Höherstufungsantrag gestellt haben, dürften diese Unterschiede als erwartbar gelten. Sie sind außerdem so gering, dass von systematischen Abweichungen bei der Pflegegradverteilung nicht gesprochen werden kann.

Tab. 22: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=218.946)	2021 (n=245.898)
Kein PG	0,3	0,3
PG 1	7,0	7,4
PG 2	30,6	32,2
PG 3	39,0	38,1
PG 4	17,5	16,9
PG 5	5,6	5,1
Gesamt	100,0	100,0

Das zeigt sich auch bei der Frage, wie häufig eine Höherstufung entsprechend des Antrags Erfolg hatte. Die nachfolgende Tabelle gibt eine Übersicht über den Anteil der Fälle, bei denen ein niedrigerer, der gleiche oder ein höherer Pflegegrad festgestellt wurde.

Tab. 23: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=218.840)	2021 (n=245.775)
niedriger	1,6	1,1
unverändert	31,9	31,4
höher	66,5	67,5
Gesamt	100,0	100,0

Die Zahlen dokumentieren erneut, dass die Begutachtungsergebnisse sehr eng beieinanderliegen. In ungefähr 1% der Fälle führte die telefonisch gestützte Begutachtung häufiger zu einer Höherstufung als die Begutachtung mit Hausbesuch. Der Unterschied ist jedoch sehr gering und fällt praktisch nicht ins Gewicht.

Ergänzend wurde überprüft, wie groß die Abstände zwischen dem alten und neuen Pflegegrad ausfallen. Wieder zeigte sich, dass es kaum nennenswerte Unterschiede gibt. Im Rahmen der Begutachtung mit Hausbesuch kam es in 55,4% der Fälle zur Ermittlung des nächsthöheren Pflegegrades, im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung belief sich der Anteil auf 56,6%. Der Anteil der Personen mit Höherstufung um zwei Pflegegrade ist mit 10,1% (2019) bzw. 10,0% (2021) praktisch identisch.

Auch bei der Betrachtung der durchschnittlichen Modulwerte und ihrer Streuung ergibt sich das schon bekannte Bild: Telefonisch gestützte Begutachtung und Begutachtung mit Hausbesuch weichen bei diesen Parametern kaum voneinander ab:

Tab. 24: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Vergleich der ungewichteten Modulwerte

	2019 Mittelwert	2019 Standardabw.	2021 Mittelwert	2021 Standardabw.
Modul 1	4,77	3,632	4,81	3,434
Modul 2	6,70	7,922	6,59	7,496
Modul 3	1,73	3,592	1,42	3,148
Modul 4	19,15	11,374	18,44	11,076
Modul 5	1,84	1,260	1,83	1,231
Modul 6	6,23	4,511	6,01	4,320

Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Altersgruppen ergibt ein ähnliches Bild, wie es sich bereits im Falle der Erstanträge gezeigt hat: Generell, das heißt unabhängig von der Form der Begutachtung gibt es die Tendenz, dass ein Antrag auf Höherstufung in den höheren Altersgruppen eher bestätigt wird als bei den jüngeren Personen. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht in der Beobachtung, dass die telefonisch gestützte Begutachtung bei älteren pflegebedürftigen Menschen häufiger zu einer Höherstufung führt als die Begutachtung mit Hausbesuch. Die Unterschiede bewegen sie sich auf einem niedrigen Niveau. Bei den beiden höheren Altersgruppen beläuft sich der Unterschied auf maximal 2,1%, in der Gruppe der 18 bis 64 Jahre alten Antragsteller*innen liegt er bei 2,6%. Insgesamt sind die Unterschiede also nicht groß, auch wenn die Tendenz, dass bei den jüngeren Antragsteller*innen Abweichungen auftreten, deutlich sichtbar ist. Anhand der Daten lässt sich – dies wurde bereits bei der Analyse der Erstanträge festgestellt – nicht mit Sicherheit sagen, inwieweit diese Unterschiede auf ein anderes Antragsverhalten der jüngeren Generationen zurückzuführen sind.

Tab. 25: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	4,1%	41,5%	54,5%	22.407
	TB 2021	3,4%	44,8%	51,9%	26.610
65 bis 84	HB 2019	1,6%	33,4%	65,0%	116.370
	TB 2021	1,1%	32,9%	66,0%	126.323
85 und älter	HB 2019	0,9%	27,1%	72,0%	80.063
	TB 2021	0,5%	25,4%	74,1%	92.842

Auch im Falle der Beurteilung der Versorgungssituation und der Formulierung der darauf bezogenen Empfehlungen zeigen sich Parallelen zur Analyse der Erstgutachten. Bei der Frage, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist, urteilten die Gutachterinnen und Gutachter im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung etwas seltener als bei der Begutachtung mit Hausbesuch mit „nein“. Gleichzeitig dokumentiert der relativ hohe Anteil fehlender Angaben zu diesem Punkt möglicherweise eine gewisse Unsicherheit der Gutachterinnen und Gutachter, die Frage der Sicherstellung der Versorgung auf telefonischem Weg zu klären.

Tab. 26: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)

	2019 (n=218.946)	2021 (n=245.898)
Ja	98,4	96,2
Nein	1,6	0,8
k.A.	< 0,1	3,0
Gesamt	100,0	100,0

Die Häufigkeit, mit der Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen wurden, liegt im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung minimal niedriger (2,9 gegenüber 3,4% – Tabelle 27). Die Häufigkeit der Hilfsmittelempfehlungen weicht ein wenig voneinander ab, allerdings auch in einer Größenordnung, die zu vernachlässigen ist. Bei den Empfehlungen von Heilmitteln oder anderen therapeutischen Maßnahmen liegt die telefonisch gestützte Begutachtung ein wenig vor der Begutachtung mit dem Hausbesuch. Und auch bei den weiteren Empfehlungen zeigen sich sehr ähnliche Anteilswerte, wobei die Richtung der geringen Abweichungen der Situation bei den Erstgutachten ähnelt. Dazu gehört auch

eine geringe, aber deutliche Abweichung der Zahlen zur Empfehlung von wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.

Tab. 27: Höherstufungsanträge bei häuslicher Versorgung – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=218.946)	2021 (n=245.898)
Rehabilitationsempfehlung	3,4	2,9
Hilfsmittelempfehlung	22,7	19,4
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen*	45,2	54,6
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	6,7	4,2
Edukative Maßnahmen	1,7	1,9
Präventive Maßnahmen	19,0	21,8
Verbesserung der Pflegesituation	16,7	17,6

*ohne MD Bayern (2019: n=191.749, 2021: n=213.712)

Im Gesamtbild ergibt sich für die vergleichende Beurteilung der telefonisch gestützten Begutachtung bei Höherstufungsanträgen (Personen in der häuslichen Umgebung) folgendes Fazit: Sowohl die Verteilung der Pflegegrade als auch andere Parameter, die Unterschiede bei der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit aufzeigen können, lassen nur sehr geringe Unterschiede zwischen den beiden Formen der Begutachtung erkennen. Auch bei der Beurteilung der häuslichen Versorgungssituation bzw. bei der Häufigkeit, in der Empfehlungen zur Verbesserung oder Sicherstellung der Versorgung formuliert wurden, zeigen sich nur geringe Unterschiede. Die Themen, die im Hinblick auf Abweichungen besonders auffallen, sind die gleichen Themen, wie sie bereits im Falle der Erstgutachten herausgearbeitet worden sind: die Beurteilung der Sicherstellung der Versorgungssituation und die Häufigkeit, in der wohnumfeldverbessernde Maßnahmen empfohlen werden. Bei diesen Themen scheinen Gutachter*innen im Zusammenhang mit der telefonisch gestützten Begutachtung etwas zurückhaltender zu agieren als bei Begutachtungen mit Hausbesuch. Die Unterschiede sind jedoch – das sei abschließend noch einmal betont – sehr gering.

4.3.2 Höherstufungsanträge von Versicherten in der stationären Langzeitpflege

Höherstufungsanträge von Versicherten, die dauerhaft in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden, sind wesentlich häufiger als Erstanträge aus diesem Versorgungsbereich. In den fünf Monaten des Jahres 2019, die an dieser Stelle betrachtet werden, gab es knapp 78.000 Begutachtungen dieser Art. Zwei Jahre später, während der Covid-19-Pandemie, belief sich die Zahl der Anträge im gleichen Jahreszeitraum allerdings nur auf rund 59.400. Es ist anzunehmen, dass das Antragsverhalten stark durch die Pandemie beeinflusst worden ist.

Die Merkmale der Teilstichproben aus den beiden Jahren dokumentieren einen hohen Grad der Vergleichbarkeit (Tabelle 28). Das Durchschnittsalter lag in beiden Gruppen bei knapp 84 Jahren, der Anteil der Frauen belief sich auf rund 70%. Der zeitliche Abstand zur vorhergehenden Begutachtung betrug im Jahr 2019 im Mittel 20,1 Monate, im Jahr 2021 26,9 Monate. Hier dürfte erneut der Einfluss der Pflegereform 2017 bzw. das Überleitungsverfahren von den Pflegestufen zu den Pflegegraden eine Rolle gespielt haben.

Tab. 28: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021

	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	83,8	83,5
Anteil weiblich (%)	70,7	69,9
Bisheriger PG (Monate)	20,1	26,9
Fallzahl	77.709	59.371

Die Verteilung der Pflegegrade der Versicherten, die einen Antrag auf Höherstufung gestellt haben, ist erwartungsgemäß recht ähnlich (Tabelle 29). Den größten Unterschied gibt es beim Pflegegrad 2. Er war im Jahr 2019 mit 40,5% innerhalb der Gruppe der Antragsteller*innen vertreten, im Jahr 2021 waren es nur 37,4%.

Tab. 29: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=77.670)	2021 (n=59.328)
PG 1	3,8	3,1
PG 2	40,5	37,4
PG 3	38,9	41,6
PG 4	16,8	17,9
Gesamt	100,0	100,0

Die Verteilung der ermittelten Pflegegrade, die im Rahmen der Begutachtung ermittelt wurde, liegt in beiden Jahren wieder sehr nah beieinander. Es zeigt sich erneut, dass die telefonisch gestützte Begutachtung eine leichte (sehr leichte) Tendenz zeigt, höhere Pflegestufen zu ermitteln als die Begutachtung mit Hausbesuch. Aussagekräftiger als die bloße Verteilung der Pflegegrade ist jedoch, wie bereits in den vorhergehenden Ausführungen angemerkt, der Anteil der Begutachtungen, die zu einem höheren Pflegegrad führten. Die entsprechenden Anteile lagen mit 78,8% (2019) und 79,5% (2021) wieder

sehr nah beieinander. Das Ergebnis ist fast identisch. Auch nähere Auswertungen dazu, um wie viele Stufen eine Veränderung des Pflegegrades erfolgte, zeigten keine nennenswerten Unterschiede.

Tab. 30: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=77.709)	2021 (n=59.371)
Kein PG	0,0	0,0
PG 1	0,5	0,4
PG 2	8,3	7,1
PG 3	33,5	31,6
PG 4	37,1	39,6
PG 5	20,6	21,3
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 31: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege –Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)

	2019 (n=77.670)	2021 (n=59.328)
niedriger	0,6	0,4
unverändert	20,6	20,1
höher	78,8	79,5
Gesamt	100,0	100,0

Erwartungsgemäß zeigen auch die Mittelwerte der ungewichteten Modulergebnisse und die dazugehörigen Standardabweichungen keine besonderen Unterschiede. Auch hier führte die telefonisch gestützte Begutachtung zu Ergebnissen, die mit den Ergebnissen der Begutachtungen mit Hausbesuch nahezu identisch sind.

Tab. 32: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Vergleich der ungewichteten Modulwerte

	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	7,53	4,353	7,73	4,193
Modul 2	14,54	10,391	14,72	9,907
Modul 3	3,38	5,201	3,12	4,911
Modul 4	29,15	12,295	29,50	12,180
Modul 5	2,16	1,024	2,19	0,996
Modul 6	10,45	4,687	10,51	4,426

Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach den drei Altersgruppen dokumentiert ebenfalls die große Ähnlichkeit der Begutachtungsergebnisse. Die bei anderen Personengruppen auffallenden Abweichungen in der Altersgruppe der Personen von 18 bis 24 Jahren sind hier allerdings nicht erkennbar.

Tab. 33: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	2,1%	30,5%	67,4%	3.406
	TB 2021	1,3%	30,6%	68,1%	2.875
65 bis 84	HB 2019	0,7%	22,4%	76,9%	33.042
	TB 2021	0,4%	21,9%	77,7%	25.113
85 und älter	HB 2019	0,4%	18,3%	81,3%	41.222
18 bis 64	TB 2021	0,2%	17,7%	82,1%	31.340

Die Feststellung, dass die Pflege nicht in geeigneter Weise sichergestellt ist, kam so gut wie gar nicht vor. Auffällig ist jedoch aufs Neue der hohe Anteil der fehlenden Angaben bei der telefonisch gestützten Begutachtung. Er beläuft sich hier immerhin auf rund 10% (Tabelle 34). Wie schon angemerkt, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen, ob hinter diesem Wert tatsächlich eine gewisse Unsicherheit auf Seiten der Gutachterinnen und Gutachter steht. Im Bereich der stationären Langzeitpflege, wo in der Regel stabilere Versorgungsbedingungen herrschen als in der häuslichen Umgebung, wäre das ein sehr hoher Wert.

Tab. 34: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)		
	2019 (n=77.670)	2021 (n=59.328)
Ja	99,9	89,9
Nein	0,1	0,0
k.A.	0,0	10,1
Gesamt	100,0	100,0

Schließlich wurden auch wieder die gutachterlichen Empfehlungen in den betrachteten Zeitphasen miteinander verglichen. Die Zahl bzw. der Anteil der Fälle, bei denen die Gutachterinnen und Gutachter zu dem jeweiligen Thema eine Empfehlung ausgesprochen haben, weist keine nennenswerten Unterschiede auf. Die geringe Häufigkeit, in der hier Empfehlungen formuliert worden sind, dürfen für die Verhältnisse der stationären Langzeitpflege als typisch gelten. Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen beispielsweise wurden extrem selten thematisiert. Wenn Gutachter*innen in stationären Pflegeeinrichtungen zu dem Schluss kommen, dass das Wohnumfeld nicht geeignet ist, handelt es sich in aller Regel um ein gravierendes Qualitätsdefizit. Es geht hier allerdings nur um Einzelfälle.

Tab. 35: Höherstufungsanträge bei stationärer Langzeitpflege – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=77.670)	2021 (n=59.328)
Rehabilitationsempfehlung	0,6	0,6
Hilfsmittelempfehlung	1,5	1,0
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen	32,3	39,7
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	<0,1	<0,1
Edukative Maßnahmen	0,4	0,3
Präventive Maßnahmen	13,3	12,0
Verbesserung der Pflegesituation	0,8	0,6

*ohne MD Bayern (2019: n=65.338, 2021: n=54.765)

Zusammenfassend ist festzustellen, dass auch die Begutachtungen, die aufgrund von Höherstufungsanträgen von Heimbewohner*innen durchgeführt werden, in den beiden betrachteten Zeiträumen sehr ähnlich sind. Nennenswerte Unterschiede zwischen den Begutachtungen mit Hausbesuch und der telefonisch gestützten Begutachtungen gibt es nach den vorliegenden Erkenntnissen bei Höherstufungsanträgen im Heimbereich nicht.

4.3.3 Höherstufungsanträge aus Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen

Die Zahl der Höherstufungsanträge von Menschen, die in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen leben, lag in den ausgewählten Zeiträumen in etwa so niedrig wie die Zahl der Erstanträge, die aus diesem Versorgungsbereich stammen. Die Merkmale der Teilstichprobe entsprechen dem, was bei den betrachteten Personengruppe zu erwarten ist: Das Durchschnittsalter lag verhältnismäßig niedrig, und der Anteil von Frauen in den beiden Teilstichproben lag ziemlich genau bei 50%. Die Verteilung der bisherigen Pflegegrade stimmt in etwa überein, zumindest in den Größenordnungen.

Tab. 36: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021		
	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	61,6	63,5
Anteil weiblich (%)	50,2	50,4
Bisheriger PG (Monate)	24,2	36,6
Fallzahl	2.508	1.964

Tab. 37: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.508)	2021 (n=1.961)
PG 1	10,1	18,7
PG 2	49,2	46,9
PG 3	28,7	26,3
PG 4	11,8	8,1
Gesamt	100,0	100,0

Es fällt auf, dass Personen mit dem Pflegegrad 1 einen auffällig hohen Anteil bei den Anträgen ausmachen, bei denen das Telefoninterview zum Einsatz kam.

Die ermittelten Pflegegrade als Ergebnis der Begutachtungen zeigen in den beiden Teilgruppen verschiedene Abweichungen. Es fällt auf, dass bei den Begutachtungen im Jahr 2021 eine Verschiebung der Häufigkeiten hin zu den geringen Pflegestufen besteht. So wurde der Pflegegrad 5 lediglich in 10% der Fälle ermittelt, was deutlich niedriger ist als die 17,5 %, die im Jahr 2019 erreicht worden sind. Auch der Pflegegrad 4 liegt mit einem etwas geringeren Anteil unter den Zahlen für das Jahr 2019.

Tab. 38: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.508)	2021 (n=1.964)
Kein PG	0,4	0,4
PG 1	5,2	8,0
PG 2	13,6	21,9
PG 3	33,1	34,1
PG 4	30,3	25,6
PG 5	17,5	10,0
Gesamt	100,0	100,0

Wie schon angemerkt, ist die Veränderung des Pflegegrades im Falle der Höherstufungsanträge aussagekräftiger als deren reine Verteilung. Auch hier zeigt sich, dass die Höherstufungsanträge im Jahr 2021 etwas seltener Erfolg hatten als 2019 (66,2% gegenüber 71,5%). Analog dazu lag auch der Anteil der Fälle, bei denen der neue Pflegegrad um 2 Stufen höher lag als der alte, prozentual im Jahr 2021 etwas niedriger.

Auch hier lässt sich feststellen, dass sich die Ergebnisse zumindest in der gleichen Größenordnung bewegen und die Unterschiede nicht sehr groß sind. Sie fallen aber etwas deutlicher aus als in den Teilgruppen, die bisher betrachtet worden sind.

Tab. 39: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.508)	2021 (n=1.961)
niedriger	3,0	2,8
unverändert	25,6	31,0
höher	71,5	66,2
Gesamt	100,0	100,0

Trotz dieser Unterschiede zeigen die mittleren ungewichteten Punktewerte bei den einzelnen Modulen durchaus Ähnlichkeit. Auffällige Abweichungen zeigen sich beim Modul 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) sowie bei Modul 4 (Selbstversorgung) des Begutachtungsinstruments.

Tab. 40: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Modulwerte (ungewichtet) (Mittelwerte)

	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	5,20	5,036	4,27	4,408
Modul 2	15,07	10,002	11,84	9,008
Modul 3	4,43	6,616	3,60	5,245
Modul 4	24,66	14,979	20,30	14,197
Modul 5	1,97	1,188	1,88	1,136
Modul 6	10,25	4,795	8,58	4,646

Bei der Betrachtung der Ergebnisse für die einzelnen Altersgruppen finden sich die angesprochenen Unterschiede relativ gleichmäßig wieder. Nur bei den Personen im Alter ab 85 Jahren ist die Abweichung zwischen den Jahren 2019 und 2021 relativ gering. Zu berücksichtigen sind bei diesen Auswertungen allerdings die geringen Fallzahlen, die dazu führen, dass bereits 10 oder 20 Personen mit ihren Begutachtungsergebnissen dazu beitragen, dass Unterschiede in den Ergebnissen sichtbar werden.

Tab. 41: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	4,4%	29,3%	66,2%	1.511
	TB 2021	4,6%	36,3%	59,1%	1.028
65 bis 84	HB 2019	0,6%	20,0%	79,4%	661
	TB 2021	1,0%	26,5%	72,5%	676
85 und älter	HB 2019	0,9%	19,6%	79,5%	336
	TB 2021	0,4%	21,4%	78,2%	257

Etwas anders gestaltet sich die Situation bei der Frage, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Hier ergeben sich durchaus vergleichbare Ergebnisse. Die fehlenden Werte bei der Beurteilung der häuslichen Pflegesituation bewegen sich auf einem sehr niedrigen Niveau. Im Grundsatz zeigen sich die Tendenzen, die auch bei den anderen Personengruppen zu beobachten waren.

Tab. 42: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)

	2019 (n=2.508)	2021 (n=1.964)
Ja	99,3	97,8
Nein	0,7	0,4
k.A.	0,0	1,8
Gesamt	100,0	100,0

Tabelle 43 zeigt die Häufigkeit der gutachterlichen Empfehlungen zu jenen Maßnahmen, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung verglichen werden. Die Unterschiede zwischen den beiden Formen der Begutachtung sind, mit Ausnahme der Hilfsmittelempfehlungen und der Empfehlung der Heilmittel, gering. Durchgängig zeigt sich eine leichte Tendenz, dass bei telefonisch gestützten Begutachtungen etwas häufiger Empfehlungen ausgesprochen werden.

Tab. 43: Höherstufungsanträge aus Einrichtungen nach §43a SGB XI – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=2.508)	2021 (n=1.964)
Rehabilitationsempfehlung	0,7	1,0
Hilfsmittelempfehlung	3,1	5,7
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen*	23,5	34,3
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	0,0	0,5
Edukative Maßnahmen	0,6	1,5
Präventive Maßnahmen	10,2	12,9
Verbesserung der Pflegesituation	1,4	3,0

*ohne MD Bayern (2019: n=2.174, 2021: n=1.811)

Im Vergleich zeigen sich bei der Gruppe der Versicherten, die in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen leben und einen Höherstufungsantrag gestellt haben, einige Unterschiede zwischen den beiden Formen der Begutachtung. Die hohe Übereinstimmung, die im Falle der ermittelten Pflegegrade bei den anderen bislang analysierten Personengruppen offenkundig wurde, wird bei dieser Teilgruppe nicht erreicht. Zu betonen ist allerdings, dass sich die Unterschiede auf einem niedrigem Niveau bewegen und die Fallzahlen verhältnismäßig klein sind.

4.4 Wiederholungsbegutachtungen

Die vergleichende Untersuchung der Wiederholungsbegutachtung erfolgt zwar nach dem gleichen Muster wie die Analyse der anderen Begutachtungsarten, allerdings muss die Datenbasis nach etwas anderen Regeln gebildet werden. Wie bereits angesprochen, wurden Wiederholungsbegutachtungen im Verlauf der Pandemie phasenweise ausgesetzt bzw. verschoben. Sie wurden im Jahr 2021 erst ab der Jahresmitte wieder verstärkt durchgeführt und verteilen sich daher über den Verlauf dieses Jahres sehr ungleichmäßig. Da im Einzelnen nicht aufklärbar ist, wie dies die Struktur des Antragsaufkommens beeinflusst hat, wurde im Rahmen des vorliegenden Projekts entschieden, die Jahre 2019 und 2021 in Gänze miteinander zu vergleichen. Auf eine Selektion einzelner Monate wurde also verzichtet. Gegenübergestellt wurden vielmehr alle Wiederholungsbegutachtungen mit Hausbesuch, die im Jahr 2019 stattfanden, und die telefonisch gestützten Wiederholungsbegutachtungen, die im Jahr 2021 durchgeführt worden sind.

Insgesamt lag die Zahl der telefonisch durchgeführten Wiederholungsbegutachtungen von Personen, die *nicht* in der häuslichen Umgebung versorgt werden sehr niedrig. Aufgrund der geringen Fallzahl ($n=149$) bleibt die Gruppe der Menschen, die in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 43a SGB XI leben, bei der nachfolgenden Untersuchung der Wiederholungsbegutachtungen außer Betracht.

4.4.1 Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung

Wie Tabelle 44 zeigt, lagen Alter und Geschlechterproportionen bei den betrachteten Personengruppen im Falle der Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung nah beieinander. Das Durchschnittsalter der Antragsteller*innen sowie der Anteil der Frauen waren im Jahr 2019 etwas höher als im Jahr 2021. Die Verteilung der Pflegegrade (Tabelle 45) lässt keine besonderen Unterschiede erkennen.

Tab. 44: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021		
	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Dez	Jan - Dez
Durchschnittsalter (Jahre)	62,9	60,1
Anteil weiblich (%)	55,5	53,0
Bisheriger PG (Monate)	16,8	21,8
Fallzahl	35.430	10.240

**Tab. 45: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung –
Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)**

	2019 (n=35.263)	2021 (n=10.218)
PG 1	14,3	13,6
PG 2	53,6	51,4
PG 3	24,3	26,6
PG 4	6,1	6,8
PG 5	1,8	1,6
Gesamt	100,0	100,0

Die mit der Wiederholungsbegutachtung ermittelten Pflegegrade weisen, wie Tabelle 46 erkennen lässt, Verteilungen ohne nennenswerte Unterschiede auf. Beim Anteil der Personen, bei denen der bestehende Pflegegrad bestätigt wurde, gibt es nur einen sehr geringen Abstand (Tabelle 47). Die Abweichung zwischen den Anteilen der Höherstufungen in den beiden Personengruppen liegt bei knapp 2%. Die Unterschiede sind also alles in allem sehr gering.

**Tab. 46: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung –
Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)**

	2019 (n=35.430)	2021 (n=10.240)
Kein PG	12,0	12,0
PG 1	18,9	18,5
PG 2	41,9	41,1
PG 3	20,3	21,6
PG 4	5,3	5,3
PG 5	1,6	1,5
Gesamt	100,0	100,0

**Tab. 47: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung –
Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)**

	2019 (n=35.263)	2021 (n=10.218)
niedriger	32,6	33,6
unverändert	58,8	59,7
höher	8,6	6,7
Gesamt	100,0	100,0

Auch die weiteren Vergleiche, die Rahmen der Analyse durchgeführt wurden, ergaben wie schon bei den anderen Begutachtungsarten keine besonders auffälligen Unterschiede. Die Ergebnisse werden an dieser Stelle nur zusammengefasst, Details sind bei Bedarf aus den nachfolgenden Tabellen zu entnehmen, deren Aufbau den vorangegangenen Ausführungen entspricht und daher schon vertraut sein dürfte.

- Die mittleren Punktswerte der einzelnen Module des Begutachtungsinstruments liegen nahe beieinander, ebenso die Standardabweichungen dieser Punktswerte.
- Der Vergleich der Ergebnisse der beiden Begutachtungsformen nach Altersgruppen zeigt bis auf eine Ausnahme ebenfalls keine Auffälligkeiten. Diese Ausnahme betrifft Antragsteller*innen im Alter ab 85 Jahren. Hier ergab die telefonisch gestützte Begutachtung in rund 29% der Fälle eine Rückstufung, bei den Begutachtungen mit Hausbesuch waren es lediglich 22%. Allerdings bezieht sich der Wert 29% auf nur 320 Personen – eine sehr geringe Gruppengröße, die zufällige Abweichungen wahrscheinlicher macht.
- Im Blick auf die Beurteilung der Frage, ob die häusliche Versorgung sichergestellt ist, zeigt sich das schon bekannte Bild. Im Vergleich der beiden Begutachtungsformen gibt es nur geringfügige Unterschiede, im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung aber erneut deutlich mehr Fälle mit fehlenden Angaben.
- Die Häufigkeit der gutachterlichen Empfehlungen liegt bei den beiden Begutachtungsformen sehr nah beieinander.

Tab. 48: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Modulwerte (ungewichtet) (Mittelwerte)

	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	2,77	2,938	2,81	2,908
Modul 2	2,69	4,890	2,69	4,372
Modul 3	1,43	3,180	1,22	2,855
Modul 4	10,76	9,285	10,60	9,144
Modul 5	1,53	1,497	1,57	1,545
Modul 6	3,41	3,659	3,41	3,420

Tab. 49: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	35,7%	56,3%	8,0%	16.568
	TB 2021	35,4%	58,3%	6,3%	5.543
65 bis 84	HB 2019	30,8%	60,5%	8,7%	16.702
	TB 2021	31,6%	61,6%	6,8%	4.355
85 und älter	HB 2019	21,8%	65,0%	13,2%	1.993
	TB 2021	29,1%	57,8%	13,1%	320

Tab. 50: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)

	2019 (n=35.430)	2021 (n=10.240)
Ja	98,5	96,4
Nein	1,2	0,8
k.A.	0,3	2,8
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 51: Wiederholungsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=35.430)	2021 (n=10.240)
Rehabilitationsempfehlung	4,2	3,3
Hilfsmittelempfehlung	13,0	9,5
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen*	41,2	43,5
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	5,1	4,5
Edukative Maßnahmen	3,2	3,2
Präventive Maßnahmen	18,2	17,9
Verbesserung der Pflegesituation	9,2	8,1

*ohne MD Bayern (2019: n=29.310, 2021: n=7.875)

Im Gesamtbild zeigt sich damit, dass auch im Falle der Wiederholungsbegutachtung bei häuslich versorgten Antragsteller*innen nur geringe Abweichungen aufgetreten sind. Sie bewegen sich nicht in einer Größenordnung, die auf einen systematischen, durch die Begutachtungsform selbst bedingten Unterschied hindeuten könnte.

4.4.2 Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege

Die Zahl der Fälle, bei denen auf telefonischem Weg eine Wiederholungsbegutachtung in der stationären Langzeitpflege im Jahr 2021 durchgeführt wurde, ist im Datensatz sehr gering. Es handelt sich um nur knapp 700 Personen, während es im Jahr 2019 immerhin rund 2.900 Wiederholungsbegutachtungen in diesem Setting gab. Aufgrund dieser geringen Fallzahlen werden nicht alle Analysen durchgeführt, die Ergebnisse wären zum Teil nicht aussagekräftig.

Ein Vergleich der Charakteristika der beiden Personengruppen zeigt, dass trotz der sehr unterschiedlichen Gruppengröße in etwa vergleichbare Strukturen vorhanden sind (Tabellen 52 und 53). Dies gilt auch für die Verteilung der Pflegegrade, die den Versicherten vor der Wiederholungsbegutachtung zugeordnet waren. Hier zeigt sich ein leichter Überhang der höheren Pflegegrade in der Gruppe der Personen mit telefongestützter Begutachtung, was aber mit den geringen Fallzahlen und der damit gegebenen höheren Wahrscheinlichkeit von Abweichungen zusammenhängen könnte. Im Großen und Ganzen scheint aber Vergleichbarkeit gegeben zu sein.

Tab. 52: Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021		
	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Dez	Jan - Dez
Durchschnittsalter (Jahre)	71,7	68,2
Anteil weiblich (%)	55,6	54,0
Bisheriger PG (Monate)	15,8	22,9
Fallzahl	2.905	692

Tab. 53: Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.854)	2021 (n=692)
PG 1	3,3	2,3
PG 2	28,2	23,4
PG 3	34,3	33,2
PG 4	21,8	26,2
PG 5	12,4	14,8
Gesamt	100,0	100,0

Die Verteilung der neu ermittelten Pflegegrade zeigt bei den beiden Personengruppen sehr große Ähnlichkeit. Die Abweichungen der Anteilswerte für den jeweiligen Pflegegrad liegen bei maximal 2% (Tabelle 54). Bei Betrachtung der Veränderung des Pflegegrads zeigt sich allerdings, dass die Ergebnisse der telefonisch gestützten Begutachtungen für die Versicherten etwas schlechter ausfallen. Wie Tabelle 55 zeigt, führte die Wiederholungsbegutachtung in rund 27% der Fälle zu einer Rückstufung (Hausbesuche: 21%).

Tab. 54: Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.905)	2021 (n=692)
Kein PG	2,1	1,6
PG 1	4,4	5,6
PG 2	26,0	24,0
PG 3	33,7	33,5
PG 4	20,3	20,5
PG 5	13,4	14,7
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 55: Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.854)	2021 (n=687)
niedriger	21,0	26,8
unverändert	61,4	58,7
höher	17,7	14,6
Gesamt	100,0	100,0

Die nähere Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Altersgruppen führt zu einer eher unerwarteten Struktur. Sie dokumentiert, dass Rückstufungen insbesondere bei den höheren Altersgruppen anfallen. Bei den anderen, bisher analysierten Begutachtungsarten war diese Tendenz nicht erkennbar.

Tab. 56: Wiederholungsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)					
Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	26,9%	62,4%	10,7%	832
	TB 2021	28,1%	63,8%	8,1%	260
65 bis 84	HB 2019	20,0%	63,5%	16,6%	1462
	TB 2021	27,1%	56,8%	16,1%	347
85 und älter	HB 2019	14,6%	54,3%	31,1%	560
	TB 2021	21,3%	50,0%	28,8%	80

Noch einmal sei darauf hingewiesen, dass die Bedeutung dieser Unterschiede nicht überschätzt werden darf. So ist die Altersgruppe der Personen ab 85 Jahre lediglich mit 80 Bewohner*innen besetzt. Kleine Schwankungen bei den Begutachtungszahlen im Zeitverlauf können zu einer unverhältnismäßig hohen Abweichung der Ergebnisse zwischen den Begutachtungsformen führen.

Auf die Darstellung weiterer Vergleiche zwischen den Begutachtungsergebnissen wird an dieser Stelle verzichtet, weil die Fallzahlen zu gering sind. So wurde beispielsweise die Frage, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist, nur in seltenen Einzelfällen (4 von 692 Personen) verneint. 2019 war eine solche Feststellung ebenfalls sehr selten (1 von 2.905 Personen). Bei solchen Größenverhältnissen verbietet sich ein Vergleich. Auch beim Vergleich des Empfehlungsverhaltens ergeben sich bei einer geringen Fallzahl schnell hohe Abweichungen, die nichts über die Verlässlichkeit oder die Risiken aussagen, die mit einer Form der Begutachtung verknüpft sind.

Am Ende bleibt der Gesamteindruck, dass die telefonisch gestützte Wiederholungsbegutachtung zu annähernd gleichen Ergebnissen führt wie die Begutachtung mit Hausbesuch. Gewisse Abweichungen sind vorhanden, sie lassen sich auf der Basis des verfügbaren Materials nicht aufklären. Bis zu einem gewissen Grad waren die Abweichungen zu erwarten, da im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung mit Selektionseffekten aufgrund von Entscheidungen während der Covid-19-Pandemie gerechnet werden musste, die es im Jahr 2019 nicht gegeben hat.

4.5 Widerspruchsbegutachtung

4.5.1 Widerspruchsbegutachtung bei häuslich versorgten Personen

Die Häufigkeit von Begutachtungen, die aufgrund eines Widerspruchs gegen ein vorhergehendes Begutachtungsergebnis durchgeführt werden, wäre theoretisch ein sehr guter Parameter für Stärken oder Schwächen einer Begutachtungsform. Mit dem vorhandenen Datenmaterial ist dieser Parameter jedoch nicht verfügbar. Hierzu wäre es erforderlich gewesen, die anonymisierten Fälle in der Datenbank miteinander zu verknüpfen, so dass erkennbar wird, welche Fälle ein und derselben Person zuzuordnen sind. Dies konnte aus Gründen des Datenschutzes nicht gewährleistet werden. Vor diesem Hintergrund wurde die Analyse der Ergebnisse von Widerspruchsgutachten in ähnlicher Weise durchgeführt wie die Analyse bei anderen Begutachtungsarten.

Die Tabellen 57 und 58 zeigen zunächst wieder die Charakteristika der beiden Teilstichproben, die dem Vergleich zugrunde liegen. Altersstruktur, Geschlechterverteilung und auch die bisherigen Pflegegrade legen den Eindruck einer guten Vergleichbarkeit nahe. Auffällig ist allerdings, dass die Zahl der Widersprüche im betrachteten Zeitraum im Jahr 2021 deutlich größer war als ihm Jahr 2019. Dies ist möglicherweise mit Nachholeffekten zu erklären, die mit verzögerten Prozessen im Corona-Jahr 2020 zusammenhängen. Auch der Zeitabstand zur vorhergehenden Begutachtung war in der Corona-Zeit offenbar etwas länger.

Tab. 57: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021		
	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	73,1	72,8
Anteil weiblich (%)	62,7	63,3
Bisheriger PG (Monate)	11,8	15,0
Fallzahl	27.726	34.417

Tab. 58: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=27.714)	2021 (n=34.403)
Kein PG	28,0	24,5
PG 1	36,5	36,6
PG 2	23,3	25,9
PG 3	10,5	11,0
PG 4	1,7	2,0
PG 5	<0,1	<0,1
Gesamt	100,0	100,0

Die bei den Widerspruchsbegutachtungen ermittelten Pflegegrade zeigen für die beiden betrachteten Jahre eine sehr ähnliche prozentuale Verteilung (Tabelle 59). In dieser Hinsicht unterscheiden sich die Widerspruchsbegutachtungen nicht von den anderen Begutachtungsarten. Wie in den vorhergehenden Ausführungen dargestellt, ist bei allen Begutachtungsarten, die bislang betrachtet wurden, von nur geringen Abweichungen der Ergebnisse auszugehen. Die Widerspruchsbegutachtung macht hier keine Ausnahme. Nicht nur die Verteilung der Pflegegrade zeigt für die beiden Begutachtungsformen ein ähnliches Profil, sondern auch der Anteil der Personen, die mit ihrem Widerspruch Erfolg hatten (55,0% im Jahr 2021 und 56,4% im Jahr 2019). Mittelwerte und Standardabweichung der Punktewerte, die auf modularer Ebene ermittelt worden sind, zeigen ebenfalls große Ähnlichkeit (Tabelle 61). Ausnahmen oder gar Ausreißer gibt es in diesem Fall, im Unterschied zu anderen Begutachtungsarten, nicht bzw. wenig. Auch bei der Veränderung der Pflegegerade zeigt sich, dass die telefonisch gestützte Begutachtung wenig von der Begutachtung mit Hausbesuch abweicht.

Tab. 59: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=27.726)	2021 (n=34.417)
Kein PG	12,0	10,6
PG 1	24,7	24,4
PG 2	35,3	35,7
PG 3	19,5	20,6
PG 4	7,1	7,2
PG 5	1,4	1,5
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 60: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=27.714)	2021 (n=34.403)
niedriger	1,7	0,8
unverändert	42,0	44,1
höher	56,4	55,0
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 61: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Modulwerte (ungewichtet) (Mittelwerte)

	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	2,98	2,990	3,25	3,006
Modul 2	3,46	5,450	3,55	5,312
Modul 3	1,56	3,423	1,30	3,109
Modul 4	11,26	9,828	11,49	9,763
Modul 5	1,39	1,312	1,40	1,294
Modul 6	3,67	3,727	3,75	3,625

Die Aufschlüsselung der Ergebnisse nach Altersgruppen zeigt ebenfalls keine besonderen Unterschiede zwischen den Begutachtungen mit Hausbesuch und der telefonisch gestützten Begutachtung (Tabelle 62).

Tab. 62: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	3,0%	49,8%	47,2%	6.691
	TB 2021	1,5%	52,8%	45,7%	8.764
65 bis 84	HB 2019	1,4%	41,6%	57,0%	15.465
	TB 2021	0,7%	43,0%	56,4%	18.670
85 und älter	HB 2019	0,7%	33,6%	65,7%	5.558
	TB 2021	0,5%	36,2%	63,3%	6.969

Zur Frage der Sicherstellung der häuslichen Versorgung findet sich wieder ein schon bekanntes Muster. Bei den Begutachtungen mit Hausbesuch wurde etwas häufiger festgestellt, dass die Pflege nicht in geeigneter Weise sichergestellt ist. Im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung hingegen gibt es wieder relativ viele Fälle mit fehlender Angabe. Dieses Fehlen ist, wie schon ausgeführt, nicht eindeutig zu interpretieren, könnte aber zumindest teilweise Ausdruck der Unsicherheit der Gutachter*innen sein, die Sicherstellung der Versorgung auf der Grundlage eines Telefonats zu beurteilen.

Tab. 63: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Ist die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt? (Prozentangaben)

	2019 (n=27.726)	2021 (n=34.417)
Ja	97,8	96,0
Nein	1,8	0,8
k.A.	0,4	3,2
Gesamt	100,0	100,0

Auch die Häufigkeit, mit der die Gutachter*innen Empfehlungen aussprechen, zeigt eine bereits bekannte Struktur. In ihr fällt auf, dass Rehabilitationsempfehlungen und Hilfsmittelempfehlungen in einem sehr geringen Maße bei der telefonisch gestützten Begutachtung seltener formuliert wurden als bei der Begutachtung mit Hausbesuch. Bei anderen Empfehlungen ist es tendenziell umgekehrt. Zu beachten ist der Unterschied in der Häufigkeit von Empfehlungen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen. Die Daten lassen erkennen, dass im Falle der Begutachtungen mit Hausbesuch in dieser Hinsicht erkennbar häufiger Empfehlungen ausgesprochen worden sind als im Falle der telefonisch gestützten Begutachtung. Auch diese Abweichung deutete sich bereits bei anderen Begutachtungsarten an. Sie ist nicht sehr groß, war aber während der Datenauswertungen wiederholt zu beobachten.

Tab. 64: Widerspruchsbegutachtung bei häuslicher Versorgung – Gutachterliche Empfehlungen (Prozentangaben)

	2019 (n=27.726)	2021 (n=34.417)
Rehabilitationsempfehlung	5,7	4,6
Hilfsmittelempfehlung	22,5	19,5
Empfehlung von Heilmitteln oder anderen therap. Maßnahmen*	47,9	59,4
Wohnumfeldverbessernde Maßnahmen	6,3	3,7
Edukative Maßnahmen	3,3	3,6
Präventive Maßnahmen	20,7	23,4
Verbesserung der Pflegesituation	16,5	16,8

*ohne MD Bayern (2019: n=24.627, 2021: n=30.375)

Geht man von diesen Resultaten aus, so ließe sich feststellen, dass die telefonisch gestützte Widerspruchsbegutachtung ähnlich wie die anderen Begutachtungsarten nur wenig Unterschiede zu den Begutachtungen mit Hausbesuch aufweist.

4.5.2 Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege

Für den Bereich der stationären Langzeitpflege wurden insgesamt rund 6.000 Fälle in die Auswertung einbezogen, darunter 3.000 Personen, bei denen eine telefonisch gestützte Begutachtung stattfand. Das Durchschnittsalter, der Anteil der Heimbewohner*innen und auch die Verteilung der bisherigen Pflegegrade bilden vergleichbare Strukturen in den beiden betrachteten Personengruppen ab. Personen, die eine Telefonbegutachtung erhielten, weisen allerdings eine gewisse Tendenz zu den höheren Pflegegraden auf (Tabelle 65 und 66).

Tab. 65: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021

	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	80,9	81,1
Anteil weiblich (%)	64,8	67,1
Bisheriger PG (Monate)	14,7	21,0
Fallzahl	3.127	2.964

Tab. 66: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=3.121)	2021 (n=2.962)
Kein PG	5,1	3,0
PG 1	13,9	9,1
PG 2	31,8	32,8
PG 3	37,0	38,6
PG 4	12,1	16,4
PG 5	0,2	0,1
Gesamt	100,0	100,0

Die Ergebnisse der vergleichenden Auswertung bewegen sich in den schon bekannten Bahnen, das heißt es gibt keine besonders großen Abweichungen zwischen den beiden betrachteten Personengruppen (Tabelle 67 bis 69). Die Anteilswerte der neuen Pflegegrade liegen nahe beieinander, und die leichte Tendenz zu höheren Pflegegraden in der Gruppe der Bewohner*innen aus dem Jahr 2021 bildet sich auch hier wieder ab (Tabelle 67). Es fällt auf, dass der Anteil der Personen mit telefonischer Begutachtung, denen ein höherer Pflegegrad zugesprochen wurde, rund 4% niedriger liegt als in der Vergleichsgruppe mit Präsenzbegutachtung. Auch dies mag in Teilen den unterschiedlichen Ausgangssituationen geschuldet sein. Die Mittelwerte und Standardabweichungen für die Modulwerte liegen wieder sehr nah beieinander.

Tab. 67: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=3.127)	2021 (n=2.964)
Kein PG	0,7	0,6
PG 1	3,3	2,9
PG 2	17,8	15,9
PG 3	36,8	36,8
PG 4	30,6	30,6
PG 5	10,9	13,2
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 68: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=3.121)	2021 (n=2.962)
niedriger	1,0	1,0
unverändert	29,5	34,0
höher	69,2	64,9
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 69: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Modulwerte (ungewichtet) (Mittelwerte)				
	2019	2019	2021	2021
	Mittelwert	Standardabw.	Mittelwert	Standardabw.
Modul 1	6,54	4,319	7,00	4,175
Modul 2	10,80	9,436	10,43	9,277
Modul 3	3,48	5,453	3,28	5,388
Modul 4	24,45	12,689	24,72	12,754
Modul 5	2,11	1,098	2,12	1,152
Modul 6	8,57	4,674	8,52	4,638

Der Vergleich der Begutachtungsergebnisse nach Altersgruppen zeigt ebenfalls gewisse Unterschiede, wobei an dieser Stelle die Anerkennung eines höheren Pflegegrades eher in den jüngeren Altersgruppen erfolgte. Bei den Personen ab 65 Jahren überwiegt zwar auch beim Einsatz des Telefoninterviews die Anerkennung eines höheren Pflegegrades, allerdings werden hier die Werte der Präsenzbegutachtungen nicht erreicht.

Tab. 70: Widerspruchsbegutachtung bei stationärer Langzeitpflege – Veränderung des Pflegegrades in ausgewählten Altersgruppen (Prozentangaben)

Altersgruppe	BG-Art	geringer	gleich	höher	n
18 bis 64	HB 2019	2,5%	42,3%	55,2%	281
	TB 2021	1,1%	40,4%	58,5%	272
65 bis 84	HB 2019	0,9%	30,8%	68,3%	1.506
	TB 2021	1,4%	34,2%	64,4%	1.398
85 und älter	HB 2019	0,8%	25,6%	73,6%	1.334
	TB 2021	0,6%	32,5%	66,9%	1.292

Die Frage nach Unterschieden bei der Beurteilung der Versorgungssituation bleibt an dieser Stelle außer Betracht, weil nur bei insgesamt 3 Personen eine kritische Versorgungssituation festgestellt wurde und die Auswertung daher zu keinen verwertbaren Aussagen führte. Auch bezüglich des Empfehlungsverhaltens der Gutachter*innen zeigen die Daten keine besonderen Unterschiede zwischen den beiden Personengruppen, allerdings werden Empfehlungen (mit Ausnahme von präventiven Maßnahmen und Heilmitteln beziehungsweise anderen therapeutischen Maßnahmen) so selten ausgesprochen, dass auch hier eine vergleichende Auswertung keine belastbaren Aussagen ermöglicht.

Die Varianz der Begutachtungsergebnisse (Pflegegrade) liegt bei Heimbewohner*innen, bei denen eine Widerspruchsbegutachtung stattfand, somit etwas höher als bei anderen Begutachtungsarten. Inwieweit dies tatsächlich auf die Begutachtungsform und nicht auf die Struktur der betrachteten Personengruppen zurückzuführen ist, lässt sich jedoch nicht feststellen. Zumindest ein Teil der Unterschiede könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Heimbewohner*innen mit telefonisch gestützter Begutachtung im Durchschnitt etwas stärker pflegebedürftig waren.

4.6 Die Begutachtung von Kindern und Jugendlichen

Bei der Gruppe der Kinder und Jugendlichen wurde von vornherein eine gesonderte Analyse des Einsatzes der telefonisch gestützten Begutachtung festgelegt. Das hängt damit zusammen, dass die Zahl der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu anderen Personengruppen, die von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, recht gering ist und in der Altersspanne von 0 bis 17 Jahren, die an dieser Stelle betrachtet wird, mit unterschiedlichen Subgruppen zu rechnen ist, die sich signifikant unterscheiden. Ein weiterer Grund besteht darin, dass die Funktionsweise des 2017 verwendeten Begutachtungsinstruments bei der Generierung des Begutachtungsergebnisses altersspezifische Fragen

besonders gewichtet. Schließlich stellt die Kinderbegutachtung auch unter fachlichen Gesichtspunkten eine besondere Situation dar, weil sie – dies wurde bereits bei der Entwicklung des Begutachtungsinstruments betont und auch methodisch berücksichtigt – eher als bei den Erwachsenen durch bestimmte soziale Komponenten geprägt ist, insbesondere durch die Ausprägung der Beziehung zwischen dem pflegebedürftigen Kind und seinen Eltern.

4.6.1 Kinder im Alter bis zu 18 Monaten

Für die Gruppe der sehr jungen Kinder, die nicht älter als anderthalb Jahre sind, gibt es seit 2017 ein vereinfachtes Begutachtungsverfahren, bei dem lediglich ein Teil der bei den anderen Altersgruppen berücksichtigten Aspekte der Selbständigkeit beurteilt wird. Wie im Verlauf der nachfolgenden Ausführungen noch aufzuzeigen sein wird, sehen die im Rahmen des Projekts befragten Gutachterinnen und Gutachter bei der Personengruppe der sehr jungen Kinder gute Voraussetzungen für den Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung. Die Begutachtung sei an dieser Stelle auf die Beurteilung von Sachverhalten begrenzt, die sich auf telefonischem Weg relativ leicht abbilden lassen.

Die folgende Datenauswertung ist begrenzt auf jene Kinder im Alter von bis zu 18 Monaten, die in der häuslichen Umgebung leben. Andere Konstellationen kommen nur vereinzelt vor und lassen sich auf Grund geringer Fallzahlen statistisch nicht auswerten. Einbezogen wurden damit 2.341 Erstbegutachtungen mit Hausbesuch und 2.537 Begutachtungen mit Telefoninterview.

Die folgende Tabelle 71 zeigt die Verteilung der Pflegegrade als wichtigstes Ergebnis der Erstbegutachtung bei den betreffenden Kindern.

Tab. 71: Erstbegutachtung bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=2.341)	2021 (n=2.537)
Kein PG	16,9	17,7
PG 2	29,3	32,7
PG 3	31,1	31,6
PG 4	21,4	17,5
PG 5	1,2	0,6
Gesamt	100,0	100,0

Die Anteilswerte liegen relativ nah beieinander. Sie zeigen bei den Pflegegraden 4 und 5 einen gewissen Abstand: Im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung wurden diese beiden Pflegegrade etwas seltener ermittelt als bei der Präsenzbegutachtung. Da bei der Gruppe der sehr jungen Kinder von unterschiedlichsten gesundheitlichen Konstellationen auszugehen ist, die den Grad der Pflegebedürftigkeit beeinflussen, sollten diese Abweichungen nicht überbewertet werden. Es fehlen allerdings

aussagekräftige Daten, mit denen die Vergleichbarkeit der Ergebnisse wie bei den bislang durchgeföhrten Auswertungen beurteilt werden könnte.

Weitere Ergebnisse der Begutachtung lassen sich bei der Gruppe der Kinder im Alter bis zu 18 Monaten nicht gegenüberstellen. Empfehlungen zu den Themen, die bei den Erwachsenen Antragsteller*innen betrachtet wurden, spielen im Begutachtungsalltag bei dieser Personengruppe offenbar nur in Einzelfällen eine Rolle. Unterschiede lassen sich auf statistischem Weg hier nicht abbilden. Gleiches gilt für die Beurteilung der Versorgungssituation, die nur in sehr seltenen Einzelfällen als problematisch beurteilt wurde. Die einzige relevante Empfehlung betrifft Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation, die bei der Präsenzbegutachtung bei 5,9% und bei der telefonisch gestützten Begutachtung bei 6,1% der Fälle formuliert wurden.

Die Fallzahlen bei den Höherstufungsanträgen liegen deutlich niedriger als bei den Erstanträgen. Wie im Falle dieser Anträge das Begutachtungsergebnis ausgefallen ist, zeigt Tabelle 72. Der jeweilige Anteil der Begutachtungen, bei denen ein unveränderter und ein höherer Pflegegrad festgestellt worden ist, liegt recht nahe beieinander. Bei diesen geringen Fallzahlen und vor dem Hintergrund der schon angesprochenen Heterogenität gesundheitlicher Konstellationen bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten war mit diesem Ergebnis nicht unbedingt zu rechnen.

Tab. 72: Höherstufungsantrag bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)

	2019 (n=162)	2021 (n=198)
niedriger	5,6	5,6
unverändert	42,0	40,9
höher	52,5	53,5
Gesamt	100,0	100,0

Damit deutet sich an, dass auch bei Kindern im Alter bis zu 18 Monaten beim Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung Ergebnisse zu erwarten sind, die mit den Ergebnissen der Begutachtungen mit Hausbesuch vergleichbar sind. Aufgrund der Heterogenität des Datenmaterials bzw. der damit abgebildeten Lebenssituationen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist diese Aussage jedoch weniger belastbar als analoge Schlussfolgerungen bei den Analysen der Erwachsenenbegutachtung.

4.6.2 Kinder im Alter bis zu 14 Jahren

Rund 27.000 Erstbegutachtungen bei häuslich versorgten Kindern im Alter zwischen 18 Monaten und 15 Jahren standen aus den Jahren 2019 und 2021 zur Auswertung zur Verfügung. Die Tabelle 73 zeigt einige Charakteristika der verwendeten Teilstichproben aus diesen Jahren. Durchschnittsalter und Geschlechterverteilung können bei den betrachteten Personengruppen als vergleichbar gelten.

Tab. 73: Erstbegutachtung bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021		
	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	7,0	6,8
Anteil weiblich (%)	34,3	33,1
Fallzahl	13.972	12.842

Die Pflegegradverteilung als Ergebnis der Begutachtungen zeigt ebenfalls große Ähnlichkeit, die Abweichungen sind sehr gering:

Tab. 74: Erstbegutachtung bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=13.972)	2021 (n=12.842)
Kein PG	9,4	9,8
PG 1	18,2	19,3
PG 2	41,4	43,5
PG 3	27,3	25,4
PG 4	2,5	1,5
PG 5	1,1	0,5
Gesamt	100,0	100,0

Die Merkmale der betrachteten Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021 zeigen auch bei den Höherstufungsanträgen große Ähnlichkeit. Die Fallzahlen liegen hier deutlich niedriger, was aber im Falle der Kinderbegutachtung durchaus zu erwarten war. Recht ähnlich ist auch die Verteilung der bisherigen Pflegegrade bei den Höherstufungsanträgen. Bei der Gruppe der Kinder mit telefonisch gestützter Begutachtung zeigt sich allerdings ein leichter Trend zu den niedrigen Pflegegraden, was auf eine im Durchschnitt etwas geringere Pflegebedürftigkeit der betreffenden Kinder hindeutet. Nach diesen Parametern dürfte eine annähernde Vergleichbarkeit der Gruppen dennoch gegeben sein.

Tab. 75: Höherstufungsanträge bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Charakteristika der Teilstichproben aus den Jahren 2019 und 2021

	2019	2021
Begutachtungen im Zeitraum:	Jan - Mai	Jan - Mai
Durchschnittsalter (Jahre)	6,4	6,4
Anteil weiblich (%)	36,4	37,2
Fallzahl	4.426	5.594

Tab. 76: Höherstufungsanträge bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Bisheriger Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=4.424)	2021 (n=5.591)
PG 1	15,8	18,7
PG 2	42,5	44,1
PG 3	31,1	28,9
PG 4	10,6	8,3
PG 5	0,0	0,0
Gesamt	100,0	100,0

Die Pflegegrade, die bei Höherstufungsanträgen bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren festgestellt wurden sind, werden in Tabelle 77 dargestellt. Die Tabelle präsentiert eine inzwischen schon bekannte Struktur, bei der vergleichsweise große Ähnlichkeiten der Verteilung deutlich werden. Es zeigt sich, wie bei den bisherigen Pflegegraden der gleichen Personengruppe, ein gewisser Trend zu den niedrigen Pflegegraden bei der telefonisch gestützten Begutachtung. Zum Teil dürfte dies auf die im Durchschnitt etwas geringere Pflegebedürftigkeit der betreffenden Kinder im Vorfeld der Begutachtung zurückzuführen sein. Dem entsprechen auch die Zahlen, die in der Tabelle 78 den Anteil der Personen dokumentieren, bei denen eine Veränderung des Pflegegrades stattfand. Die Anteilswerte zeigen hier recht geringe Unterschiede. Im Großen und Ganzen lässt sich damit feststellen, dass das wichtigste Begutachtungsergebnis – die Verteilung der Pflegegrade bzw. etwaige Veränderungen der bisherigen Pflegegrade – bei der hier betrachteten Personengruppe beim Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung keine besonderen Abweichungen erwarten lässt.

Tab. 77: Höherstufungsanträge bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=4.426)	2021 (n=5.594)
Kein PG	0,7	0,7
PG 1	6,4	7,2
PG 2	23,3	26,8
PG 3	43,0	43,9
PG 4	20,8	17,3
PG 5	5,8	4,1
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 78: Höherstufungsantrag bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)

	2019 (n=4.424)	2021 (n=5.591)
niedriger	3,7	3,6
unverändert	41,2	42,8
höher	55,1	53,6
Gesamt	100,0	100,0

4.6.3 Jugendliche im Alter bis zu 17 Jahren

Abschließend seien einige Daten zur Gruppe der Jugendlichen präsentiert, also der Personen, die im Rahmen der vorliegenden Untersuchung älter als 14 Jahre, aber jünger als 18 Jahre sind. Die drei folgenden Tabellen präsentieren jeweils die Ergebnisse der Erstbegutachtungen und der Begutachtungen aufgrund von Höherstufungsanträgen für diese Personengruppe.

Tab. 79: Erstbegutachtung bei Jugendlichen – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)

	2019 (n=1.003)	2021 (n=867)
Kein PG	24,2	27,8
PG 1	22,2	25,8
PG 2	34,5	33,8
PG 3	14,5	9,3
PG 4	3,1	2,2
PG 5	1,5	1,0
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 80: Höherstufungsanträge bei Kindern im Alter bis zu 14 Jahren – Neuer Pflegegrad (Prozentangaben)		
	2019 (n=333)	2021 (n=417)
Kein PG	1,5	1,7
PG 1	9,0	14,6
PG 2	28,5	32,1
PG 3	35,1	32,4
PG 4	17,1	15,3
PG 5	8,7	3,8
Gesamt	100,0	100,0

Tab. 81: Höherstufungsantrag bei Jugendlichen – Veränderung des Pflegegrades (Prozentangaben)		
	2019 (n=333)	2021 (n=417)
niedriger	10,5	11,0
unverändert	47,7	54,7
höher	41,7	34,3
Gesamt	100,0	100,0

Bei beiden Begutachtungsarten zeigt sich ein Trend hin zur Überbetonung der niedrigeren Pflegegrade bei der telefonisch gestützten Begutachtung. Bei den Höherstufungsanträgen zeigt sich, dass dies damit zusammenhängt, dass ein bestehender Pflegegrad häufiger bestätigt wurde als bei der Begutachtung mit Hausbesuch. Die Fallzahlen sind allerdings klein, sodass die Unterschiede nicht überbewertet werden sollten.

5. Ergebnisse der Fokusgruppen mit Gutachter*innen

Dank der Bemühungen in der „Arbeitsgruppe Telefoninterview“ der Sozialmedizinischen Expertengruppe 2 ist es gelungen, innerhalb sehr kurzer Zeit erfahrene Gutachter*innen aus allen Medizinischen Diensten und Regionen für die Fokusgruppen zu gewinnen. In der Regel waren 2 Vertreter*innen der jeweils beteiligten Dienste anwesend. Ausnahmen gab es aufgrund kurzfristiger terminlicher Engpässe oder Erkrankungen. Bei kleineren Diensten wurde von vornherein festgelegt, dass lediglich eine Person einbezogen werden sollte. Beteiligt waren auch Gutachter*innen des Sozialmedizinischen Dienstes der Bundesknappschaft und des Medizinischen Dienstes der privaten Krankenversicherung Medicproof. Die Teilnehmer*innen verfügten über umfangreiche Erfahrungen, die sich sowohl auf die Begutachtung mit Hausbesuch als auch auf die telefonisch gestützte Begutachtung während der Covid-19-Pandemie erstreckten. Insgesamt wurden 5 Fokusgruppen durchgeführt, die letzte im Mai 2023. Die Teilnehmer*innen erhielten vorab einen Fragenkatalog, der die Themen abdeckte, die in den Gruppen erörtert werden sollten. Die Sitzungen wurden als Videokonferenzen durchgeführt und zum Zweck der Protokollierung aufgezeichnet. Alle Aufnahmen wurden nach vollzogener Protokollierung wieder gelöscht.

5.1 Informationserfassung und Kommunikation während der Begutachtung

Ein wichtiges Thema im Rahmen der Fokusgruppen bestand in den Besonderheiten der telefonisch gestützten Begutachtung auf der Ebene der Information und Kommunikation. Das Ziel bestand unter anderem in der Beantwortung der Frage, inwieweit diese besondere Art der Kommunikation zu Problemen führt, die die gutachterlichen Einschätzungen beeinträchtigen könnte. Es bedarf keiner Erläuterung, dass ein Telefonat wesentlich stärkere Begrenzungen mit sich bringt als das persönliche Gespräch in der Wohnumgebung der Versicherten. Abgesehen von der unmittelbaren Wahrnehmung der Wohnumgebung und der beteiligten Personen können auch durch Gestik und Mimik der Gesprächspartner*innen zusätzliche Eindrücke gesammelt werden, die bei Detailfragen durchaus wichtig sein können. Entscheidend ist jedoch nicht, dass es grundsätzlich einen Unterschied zwischen der Kommunikation bei einem Hausbesuch und der telefonischen Kommunikation gibt. Wichtig ist vielmehr die Frage, ob und ggf. inwieweit diese besonderen Rahmenbedingungen des Telefoninterviews dazu führen, dass von einer wesentlichen Beeinträchtigung des gutachterlichen Auftrags gesprochen werden muss.

Im Verlauf der Fokusgruppendiskussion wurde betont, dass eine telefonisch gestützte Begutachtung völlig unproblematisch ablaufen könne, wenn die wesentlichen Kommunikationsvoraussetzungen erfüllt seien und eine ausreichende Vorinformation über die Lebenssituation und die gesundheitliche Situation der Antragsteller*innen vorhanden sei. Die Informationslage im Einzelfall und die Voraussetzungen für die telefonische Kommunikation seien entscheidend. Neben den unproblematischen Begutachtungen habe es in der Zeit der Covid-19-Pandemie jedoch auch Faktoren gegeben, die die Durchführung der Begutachtung wesentlich erschwerten.

Die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen sprachen in diesem Zusammenhang die unterschiedlichsten Aspekte an. Sie verwiesen zunächst einmal darauf, dass die technischen Voraussetzungen die Kommunikation erheblich erschweren können. Angesprochen war damit schlicht die technische Qualität der Telefone, die von den Versicherten und ggf. ihren Angehörigen genutzt wurden. Im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtungen wurden die Geräte häufig laut gestellt, so dass die Sprachübermittlung nicht mehr durch den Telefonhörer, sondern über ein eingebautes Mikrofon übermittelt wurde. Damit konnten auch anwesende Dritte, meist Angehörige der Versicherten, unmittelbar einbezogen werden. Bei einem Teil der Begutachtungen führte dies zu einer Minderung der Tonqualität, die die Kommunikation erschwerte. Für alle Beteiligten stellte eine schlechte Tonqualität angesichts der relativ langen Dauer des Telefonats jedoch eine erhebliche Erschwernis dar, weil beispielsweise die Gesprächspartner*innen wiederholt gebeten werden mussten, das Gesagte zu wiederholen. Trotz dieser Probleme bestand seitens der Gutachter*innen die Einschätzung, dass die für die Begutachtung erforderlichen Informationen eingeholt werden konnten. Technische Probleme können diesen Prozess jedoch verlängern.

Ähnlich beurteilt wurden Situationen, in denen die Kommunikation durch Beeinträchtigungen des Hörvermögens der Versicherten oder die Nutzung von Hörgeräten, die nicht optimal eingestellt waren, erschwert war. Auch dabei waren häufige Nachfragen erforderlich und es gab Missverständnisse. Auch in diesen Fällen konnten nach Einschätzung der Gutachter*innen die erforderlichen Informationen erfasst werden. Als problematisch wurde beschrieben, dass solche Situationen Ermüdungserscheinungen auf beiden Seiten mit sich bringen und somit den zeitlichen Aufwand erhöhen können.

Stärker als beim Hausbesuch wirkte sich die begrenzte Fähigkeit eines Teils der Versicherten aus, komplexe oder sehr spezifische Informationen zu übermitteln wie beispielsweise ärztliche Diagnosen aus verfügbaren Arztbriefen oder die Namen von Medikamenten oder Wirkstoffen. Oftmals, aber keinesfalls immer, konnte diese Problematik durch die Anwesenheit von Angehörigen kompensiert werden, wobei auch diese Probleme bei der Übermittlung der entsprechenden Informationen haben konnten. Somit mussten die Informationen durch die Versicherten vorgelesen und bei Bedarf buchstabiert werden, damit die Gutachter*innen sicher sein konnten, die Informationen richtig verstanden zu haben. In diesen Fällen war die Kommunikation deutlich erschwert.

Ein grundsätzliches Kennzeichen der telefonisch gestützten Begutachtung besteht darin, dass Sachverhalte nicht durch eine direkte Beobachtung erfasst werden können. Die Gutachter*innen müssen die entsprechenden Informationen durch die Befragung der Versicherten bzw. Angehörigen einholen. Das bedeutet, dass bei der telefonisch gestützten Begutachtung viel häufiger als im Rahmen des Hausbesuches sehr differenzierte Fragen seitens der Gutachter*innen gestellt werden müssen, damit diese sich ein konkretes Bild von Abläufen und Situationen machen können. Dieses Vorgehen war, so die Einschätzung der meisten Gutachter*innen, zunächst gewöhnungsbedürftig, konnte aber nach einiger Erfahrung im Alltag der Begutachtung recht gut umgesetzt werden. Auch waren Schulungen und Handlungsleitfäden, die von den jeweiligen Medizinischen Diensten zur Verfügung gestellt wurden, eine

große Hilfestellung bei der Umsetzung. Durch eine Anpassung der Kommunikation ließ sich also die fehlende Möglichkeit der direkten Wahrnehmung und Beobachtung durchaus kompensieren. Dies gelang nach den Erfahrungen der Fokusgruppenteilnehmer*innen umso besser, je mehr Erfahrung die Gutachter*innen hatten und je intensiver sie die jeweilige Befragung vorbereiteten.

Das Fehlen der direkten Wahrnehmung durch kleinschrittige Nachfragen zu kompensieren, prägt insgesamt die Kommunikation im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung. Diese Situation wurde in den Fokusgruppen gerne damit beschrieben, dass man das Gefühl habe, als würde bei der Begutachtung ein wichtiges Sinnesorgan fehlen. Es wurde darauf hingewiesen, dass es zum Teil sogar mehrere Sinnesorgane seien, weil auch Gerüche in der Wohnung bei einem Telefonat nicht wahrgenommen werden können.

An dieser Stelle wird deutlich, wie wichtig bestimmte *Kontextinformationen* sind, um den gutachterlichen Auftrag umzusetzen. Diese Kontextinformationen (z.B. die Beschaffenheit der Umgebung, die Art und Weise, wie sich eine Person bewegt und wie sie spricht, welche Emotionen sie ausstrahlt, wie sie mit der Kommunikationssituation umgeht etc.) sind im Prozess der gutachterlichen Beurteilung insbesondere dann von Bedeutung, wenn Schilderungen der Versicherten oder ihrer Angehörigen einzuordnen und zu bewerten sind. Die Gutachter*innen waren sich darin einig, dass diese Möglichkeit der direkten Beobachtung von Kontexten im Telefoninterview spürbar fehlt und ebenfalls durch kleinschrittiges Nachfragen kompensiert werden muss.

Die Möglichkeit der Versicherten und ihrer Angehörigen, sich verbal auszudrücken, hatte aus der Sicht der Gutachter*innen bei der telefonisch gestützten Begutachtung einen wesentlich höheren Stellenwert als bei einer Begutachtung mit Hausbesuch. Das betrifft zunächst einmal Personen, für die Deutsch eine Fremdsprache darstellt. Die Fragen, die die Gutachter*innen stellen, sind überwiegend keine besonders komplexen Fragen. Grundsätzlich sind Gutachter*innen gehalten, sich klar und möglichst einfach auszudrücken. Dennoch stößt die Kommunikation an eine Grenze, wenn die Antragsteller*innen nur über geringe Deutschkenntnisse verfügen und keine Angehörigen anwesend sind, die in der Kommunikation vermitteln. Darauf wurde wiederholt und eindringlich hingewiesen. Die Gutachter*innen schilderten Situationen, in denen die Deutschkenntnisse so begrenzt waren, dass die Begutachtung abgebrochen werden musste. Perspektivisch sei es aus der Sicht der Gutachter*innen daher empfehlenswert, die telefonisch gestützte Begutachtung nicht in Situationen einzusetzen, in denen bereits auf sprachlicher Ebene Probleme zu erwarten sind. Zwar treten, so die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen, analoge Probleme auch bei Hausbesuchen auf, doch könnten sie bei Hausbesuchen durch die unmittelbare Wahrnehmung – auch von Gestik und Mimik – wesentlich abgemildert werden.

Die Problematik betrifft jedoch nicht allein Personen, für die Deutsch eine Fremdsprache ist. Wiederholt wurden Erfahrungen geschildert, in denen auch Gesprächspartner*innen, für die Deutsch offenkundig keine Fremdsprache darstellt, sich nur begrenzt sprachlich artikulieren konnten. Dies kann mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, aber auch mit sozialen Faktoren wie dem Bildungsgrad zusammenhängen. Der klassische Fall im gutachterlichen Alltag seien dementiell Erkrankte, die sich noch sehr

gut artikulieren könnten und teilweise auf überzeugende Art und Weise Sachverhalte schilderten, die so nicht zutreffend seien. Sie neigen teilweise dazu, ihre eigenen Fähigkeiten wesentlich positiver darzustellen als sie in Wirklichkeit sind. Oftmals müssen diese Informationen oder Schilderungen durch die Angehörigen, die bei einer Begutachtung anwesend sein sollten, korrigiert werden. Dies führt auch zu Belastungen der Beteiligten: Wenn demenziell Erkrankte im Rahmen eines Gesprächs ständig von ihren Angehörigen korrigiert werden, wirkt sich das zum Teil auch auf emotionaler Basis aus und verstärkt ggf. die Belastung, die durch die Situation der Begutachtung für sich genommen entsteht. Trotz der geschilderten Probleme wurden durch die Gutachter*innen nicht empfohlen, bestimmte Personengruppen aufgrund sprachlicher Probleme von der telefonischen Begutachtung grundsätzlich auszuschließen. Entscheidend ist ihrer Ansicht nach die Gesamtkonstellation, also auch die Anwesenheit von Angehörigen, die in der Kommunikation vermitteln können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verschiedene Aspekte die Kommunikation im Rahmen der Begutachtung beeinträchtigen können, diesen jedoch durch angepasste Gesprächsstrategien begrenzt werden kann. Dadurch erhöht sich zum Teil der Aufwand für die Begutachtung, die Feststellung der Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht grundsätzlich gefährdet. Hingewiesen wurde darauf, dass die erhöhte Belastung in den genannten Konstellationen nicht nur auf Seiten der Gutachter*innen, sondern ebenso auf Seiten der Versicherten und ihrer Angehörigen besteht.

Vor diesem Hintergrund wurde darauf verwiesen, dass während der Covid-19-Pandemie durch die vorhergehende Kommunikation (z.B. bei der Terminabstimmung) bereits eine gewisse Vorinformation über die zu erwartende Kommunikationssituation vorhanden war. Dieser Vorinformation maßen die Gutachter*innen eine große Bedeutung bei. Sie half ihnen, sich auf etwaige besondere Anforderungen der anstehenden telefonischen Befragung zu vorzubereiten. Im Hinblick auf die weitere Entwicklung unterstrichen die Gutachter*innen die Bedeutung einer Vorinformation, die es ihnen ermöglicht, etwaige Komplikationen im Gespräch zu antizipieren und sich unter Umständen dazu zu entscheiden, besser einen Hausbesuch durchzuführen. Außerdem tragen Vorinformationen über Diagnosen und bisherige Pflegeerfahrungen dazu bei, die bei der Telefonbegutachtung gewonnenen Informationen einordnen zu können.

5.2 Die Ermittlung des Pflegegrades

Einen besonders wichtigen Stellenwert nahm im Rahmen der Fokusgruppen die Beurteilung der Frage ein, ob die Ermittlung des Pflegegrades bzw. die Beurteilung der wesentlichen Sachverhalte, die zur Ermittlung des Pflegegrades zu erfassen sind, den Gutachter*innen bei der telefonisch gestützten Begutachtung mit ausreichender Sicherheit möglich ist. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Gutachter*innen gehalten sind, sich selbst ein Bild von den Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der jeweiligen Person zu machen und nicht nur Schilderungen der Angehörigen oder der Antragsteller*innen selbst zu übernehmen. Dies macht das Besondere der Begutachtung aus. Die Gutachter*innen agieren als Sachverständige, nicht als Interviewer*innen, die mit einem Fragebogen wie bei

empirischen Erhebungen andere Personen befragen. Insofern ist die Frage nach der Zuverlässigkeit der Einschätzungen im Rahmen des Telefoninterviews grundsätzlich zu beantworten, nicht nur bezogen auf Situationen, in denen eine telefonische Kommunikation durch technische oder sprachliche Probleme erschwert ist.

Im Rahmen der Fokusgruppen wurden das Begutachtungsinstrument und das Formular, das im Rahmen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit zu verwenden ist, Abschnitt für Abschnitt durchgegangen. Für jeden Abschnitt wurden die Teilnehmer*innen um die Beantwortung der Frage gebeten, inwieweit ihren Erfahrungen nach Begrenzungen existieren, die geforderten Informationen zu erfassen.

Ein grundsätzlicher Unterschied zum Hausbesuch besteht aus der Sicht der befragten Gutachter*innen darin, dass ihnen weniger Möglichkeiten zur Verfügung stehen, Aussagen ihrer Gesprächspartner*innen zu verifizieren, zu falsifizieren oder zu spezifizieren. Wenn also beispielsweise danach gefragt wird, wie selbstständig eine Person bei der Körperpflege ist, sind direkte Beobachtungen der Art und Weise, wie sie sich bewegt und wo ggf. motorische Begrenzungen wirksam werden, eine wesentliche Zusatzinformation, die hilft, Angaben der befragten Personen zur Selbstständigkeit zu beurteilen. Diese Möglichkeit besteht im Rahmen des Telefoninterviews nicht in der Form, wie sie bei einem Hausbesuch besteht. Was Gutachter*innen normalerweise durch direkte Beobachtung erfassen können, müssen sie auch an diesem Punkt durch Befragungen der Versicherten bzw. ihrer Angehörigen in Erfahrung bringen. Verwiesen wurde beispielsweise auf die Beobachtung der Art und Weise, wie eine Person die Haustür öffnet, um den/die Gutachter*in eintreten zu lassen. Bereits hier erhalten sie einen Eindruck der Motorik, des Gangbildes, der kommunikativen Fähigkeiten und anderer Aspekte. Der ganz gewöhnliche Umgang bei der persönlichen Begegnung liefere bereits viele wichtige Kontextinformationen, die für die Beurteilung von Aussagen zur Selbstständigkeit oder zu beeinträchtigten Fähigkeiten von Bedeutung sind.

Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass es weniger Möglichkeiten gibt, Einschätzungen der Fähigkeiten bzw. der Selbstständigkeit aus anderen Feststellungen abzuleiten. Nahezu alles muss erfragt werden. So lassen sich zum Beispiel Gutachter*innen ausführlich Alltagsvorgänge schildern, und zwar so differenziert, wie sie es bei einem Hausbesuch sehr wahrscheinlich nicht tun würden. Man kann diesen Prozess der gutachterlichen Einschätzung nicht wie einen standardisierten Ablauf beschreiben. Verschiedene Informationen fließen zusammen: die direkte Antwort auf die Frage der Selbstständigkeit, Informationen über das Gangbild oder Beeinträchtigungen der Motorik, die im Rahmen der Befunderhebung erfasst werden, und auch das Verhalten, dass bei der persönlichen Begegnung direkt wahrgenommen wird. Alle Detailinformationen werden von den Gutachter*innen abgewogen und zu einer Beurteilung verdichtet, und dies sind im Falle des Hausbesuchs nicht nur die mündlich übermittelten Informationen. Darin besteht die besondere Herausforderung bei der telefonisch gestützten Begutachtung, weil diese verschiedenen Detailinformationen erfragt und nicht unmittelbar durch direkte Beobachtung erfasst werden können. Auch hier betonten die Gutachter*innen nachvollziehbar, es sei keineswegs unmöglich oder extrem schwierig, diese über kleinschrittige Nachfragen zu erfassen. Es erfordere allerdings sehr viel Konzentration und eine gute Vorbereitung, weil von der

Gesprächsführung sehr viel abhänge. Eine unglückliche Gesprächsführung könne leichter dazu führen, dass die Sicherheit der Beurteilung, die die Gutachter*innen anstreben, nicht erreicht wird. Dies war, nebenbei bemerkt, einer der Gründe, weshalb die telefonisch gestützte Begutachtung von den Gutachter*innen mehrfach als wesentlich anspruchsvoller beschrieben wurde als die Begutachtung mit einem Hausbesuch.

Bei der Frage, welche Einschätzungen aus der Sicht der Gutachter*innen besondere Herausforderungen darstellen, ergab sich kein einheitliches Bild. Hier spielt offenbar die Individualität der Gutachter*innen und ihre jeweilige Vorerfahrung eine große Rolle. Zum Teil beschrieben die Teilnehmer*innen es als besonders herausfordernd, kognitive und psychische Aspekte zu beurteilen, während andere Gutachter*innen meinten, dass die körperlichen Fähigkeiten im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung schwer zu beurteilen seien. Als relativ unproblematisch galt lediglich – hierin bestand Einigkeit – die Bearbeitung der Module 5 und 6 des Begutachtungsinstruments. Das Modul 5 umfasst Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Umgang mit krankheits- und therapiebedingten Belastungen oder Anforderungen. Da hier die Beurteilung der Situation sehr stark davon abhängt, welche Behandlungsmaßnahmen oder anderen therapeutischen Maßnahmen durchgeführt werden und welche individuellen krankheitsbedingten Belastungen vorliegen, ist es nach Auskunft der Gutachter*innen verhältnismäßig leicht, sich ein verlässliches Bild zu machen. Typische Beispiele sind die Medikamenteneinnahme oder die Erfassung von Körperzuständen oder die Gabe von Insulin. Von der Sache her ist die Einschätzung der Selbstständigkeit bei den Aspekten, die im Modul 5 des Begutachtungsinstruments versammelt sind, telefonisch offenbar sehr gut machbar.

Auch zum Modul 6 äußerten sich die Teilnehmer*innen der Fokusgruppen recht positiv. Darin geht es um die Einschätzung der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte. Im Verlauf der Diskussion wurde deutlich, dass hier vor allem deshalb wenig Herausforderungen gesehen wurden, weil die Selbstständigkeit in diesem Lebensbereich in hohem Maße von kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen abhängt. Sind diese einmal erfasst, so fällt es den Gutachterin offenbar recht leicht, eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit im Alltagsleben und in der Ausgestaltung sozialer Beziehungen zu erfassen.

Insgesamt waren sich die teilnehmenden Gutachter*innen darin einig, dass die zur Einschätzung der Selbstständigkeit erforderlichen Beurteilungen und damit die Voraussetzungen zur Ermittlung des Pflegegrades auf der Basis eines Telefongespräches im Grundsatz möglich sind. Voraussetzung sei, dass die Kommunikation nicht allzu sehr durch Erschwernisse, die zu Beginn des Kapitels angesprochen worden sind, beeinträchtigt ist. Erneut wurde hervorgehoben, welcher hohe Stellenwert Vorinformationen zur gesundheitlichen Situation beizumessen ist. Es sei wesentlich einfacher und zuverlässiger, den Pflegegrad bei einer telefonisch gestützten Begutachtung zu ermitteln, wenn bereits zuvor eine Begutachtung stattgefunden hat und die Informationen aus dieser Begutachtung vorhanden sind. Durch die damit verfügbaren Kontextinformationen falle es den Gutachter*innen wesentlich leichter, die auf mündlichem Weg übermittelten Informationen einzuordnen und im Blick auf ihre Relevanz für die Ermittlung des Pflegegrades zu beurteilen.

5.3 Hilfsmittel, Rehabilitation und Sicherstellung der häuslichen Versorgung

Neben der Feststellung des Pflegegrades gibt es einige andere wichtige Einschätzungen, die bei der Begutachtung nach dem SGB XI erfolgen. In den Fokusgruppen wurden insbesondere die Aspekte Hilfsmittelbedarf, Rehabilitationsbedürftigkeit, die Sicherstellung der häuslichen Versorgung und einige weitere Fragen angesprochen. Einbezogen war auch die Frage nach der Beurteilung der Selbstständigkeit im Bereich der Haushaltsführung und bei außerhäuslichen Aktivitäten, die zwar nicht in die Feststellung des Pflegegrades einfließt, aber beispielsweise für die Erarbeitung eines Versorgungsplans von Bedeutung sein können.

Die *Feststellung des Hilfsmittelbedarfs* wurde von den befragten Gutachter*innen als weitgehend unproblematisch beschrieben. Es sei sehr gut möglich, die aktuell genutzten Hilfsmittel auf telefonischem Weg in Erfahrung zu bringen und auch einen darüber hinaus reichenden Bedarf an Hilfsmitteln durch eine Befragung zu identifizieren. Das Fehlen der unmittelbaren Beobachtung führe hier zu keiner wesentlichen Begrenzung.

Ähnlich beurteilten die Befragten die Voraussetzungen zur Formulierung von Empfehlungen zur Prävention. Auch hier sahen sie bei der telefonisch gestützten Begutachtung keine wesentlichen Unterschiede im Vergleich zum Hausbesuch. Erneut wurde darauf verwiesen, dass die Situationseinschätzung durch aussagekräftige Vorinformationen wesentlich erleichtert werde.

Auch bei der Frage nach der Einschätzung der Rehabilitationsbedürftigkeit bzw. bei der Formulierung einer Empfehlung zur Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme waren sich die Gutachter*innen weitgehend einig darin, dass die Beurteilung der Situation im Rahmen einer telefonisch gestützten Begutachtung im Vergleich zum Hausbesuch nicht wesentlich schwieriger sei. Gleichzeitig hoben sie hervor, dass es im Rahmen des Telefoninterviews nur sehr begrenzte Möglichkeiten gäbe, etwaigen Vorbehalten der Versicherten durch Erläuterungen entgegenzuwirken und sie dazu zu motivieren, die Durchführung einer Rehabilitation in Betracht zu ziehen. Rehabilitationsmaßnahmen würden von pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen teilweise mit hohem Aufwand und großen Mühen assoziiert, so dass die Schwelle, sich zu einer solchen Maßnahme zu entschließen, mitunter sehr hoch liegt. In dieser Hinsicht kann die Beratung während der Begutachtung ein wichtiges Mittel sein, mehr Akzeptanz herzustellen und eventuell auch unbegründete Ängste und Sorgen im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme zu relativieren. Zu motivieren ist nicht primär der Auftrag der Gutachter*innen, aber in ihrem Selbstverständnis gehört dies offenbar dazu. Bezogen auf die Rehabilitationsempfehlung lässt sich also feststellen, dass in den Fokusgruppen keine nennenswerten Begrenzungen der Telefonbegutachtung gesehen wurden, dass aber die besondere Kommunikationssituation es sehr erschwert, pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen zu motivieren, die Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme ernsthaft in Betracht zu ziehen. Dieser Aspekt, auch dies wurde im Rahmen der Gespräche betont, war während der Zeit der Covid-19-Pandemie noch einmal besonders wichtig. Neben den Bedenken, die einige pflegebedürftige Menschen ohnehin gegenüber den erwarteten Mühen im Zusammenhang mit einer Rehabilitationsmaßnahme hatten, gesellte sich die Sorge, unter den

Bedingungen einer Pandemie vermeidbare gesundheitliche Risiken durch soziale Kontakte, die im Rahmen einer Rehabilitationsmaßnahme unvermeidlich sind, einzugehen.

Die ergänzende Einschätzung im Bereich der Haushaltsführung und der außerhäuslichen Aktivitäten stellt aus der Sicht der Gutachter*innen ebenfalls keine Herausforderungen beim Telefoninterview dar. Zum einen sei die Einschätzung, ob bei diesen Alltagsaktivitäten Einschränkungen der Selbstständigkeit vorliegen, ohnehin in einer vereinfachten Form vorzunehmen (selbstständig vs. nicht selbstständig), so dass keine Spezifizierung der Selbstständigkeit zu erfolgen hat. Damit sei nur ein geringer Schwierigkeitsgrad verbunden. Zum anderen sind die angesprochenen Aktivitäten relativ leicht kommunizierbar – etwa im Unterschied zur Beurteilung von Verhaltensweisen, kognitiven Einbußen oder psychischen Problemlagen, deren Erfassung doch wesentlich anspruchsvoller sei.

Während der Begutachtung ist auch die Frage zu beantworten, ob die Pflege der versorgten Person in geeigneter Weise sichergestellt ist. Die Gutachter*innen haben u.a. zu beurteilen, ob die pflegebedürftigen Menschen eine ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung erhalten und ob sie in einem Umfeld leben, in denen sie keinen besonderen Risiken ausgesetzt sind. Im Unterschied zu anderen Teilfragestellungen, die im Rahmen der Fokusgruppen thematisiert worden sind, sahen die Gutachter*innen in diesem Punkt wesentliche Nachteile der telefonisch gestützten Begutachtungen im Vergleich zum Hausbesuch. Während sich viele Informationen, die bei Hausbesuchen durch die unmittelbare Beobachtung oder andere Formen der Wahrnehmung in Erfahrung gebracht werden, vielleicht mühsam, aber doch in ausreichender Art und Weise durch eine mündliche Befragung erfassen lassen, hatten die meisten Gutachter*innen Zweifel daran, ob dies uneingeschränkt auch für die Frage nach der Sicherstellung der Versorgung gelten kann. Dabei verwiesen sie nicht nur auf die fehlende Möglichkeit, Sachverhalte wahrzunehmen, die sich über eine direkte Befragung nur begrenzt thematisieren lassen. Auch ist aus der Sicht der Gutachter*innen von Bedeutung, dass die Versicherten und Angehörigen es häufig vermeiden, Probleme im Versorgungsalltag offen anzusprechen, und Fragen der Gutachter*innen nicht hinreichend beantworten. Hier, so die Einschätzung der meisten Gutachter*innen, sei es unbedingt erforderlich, Kontextinformationen zu haben, anhand derer die telefonisch gewonnenen Informationen überprüft werden können. Hier stoße das Telefoninterview tatsächlich an seine Grenzen. Die Gutachter*innen betonten, dass die Individualität des Einzelfalls zu berücksichtigen sei und sie der pauschalen These, die Versorgungssituation ließe sich während eines Telefonats nicht sicher beurteilen, nicht zustimmen. Liege eine Vorinformation in Form eines vorangegangenen, aussagekräftigen Gutachtens vor, sei die Einschätzung wesentlich leichter zu treffen als in einer Situation, in der erstmalig die Versorgungssituation zu beurteilen ist. Insgesamt war auffallend, wie sehr das Thema der Sicherstellung der häuslichen Versorgung nach den Erfahrungen der Gutachter*innen sich in seinem Schwierigkeitsgrad von den anderen Themen, die bei der Begutachtung zu bearbeiten sind, abhob. Letztlich erwies sich die Einschätzung der häuslichen Pflegesituation als größte Herausforderung für die TB. Während die Gutachter*innen der Überzeugung waren, viele Herausforderungen bei anderen gutachterlichen Aufgaben kompensieren bzw. durch eine angepasste Kommunikationsstrategie bewältigen zu können, sahen sie bei der Einschätzung der häuslichen Pflegesituation ernstzunehmende

Grenzen. Sie hielten diese Aufgabe zwar für prinzipiell lösbar, sahen aber systematische Hindernisse und Probleme.

5.4 Vor- und Nachteile für die Antragsteller*innen

Der Fragenkatalog, der dem Gruppeninterview zugrunde lag, umfasste auch einige Themen, die die Antragsteller*innen und weniger die Arbeit der Gutachter*innen betraf. Die Teilnehmer*innen hatten zahlreiche Eindrücke dazu gesammelt, wie die pflegebedürftigen Menschen und ihre Angehörigen auf die Situation der telefonisch gestützten Begutachtung reagieren und welche Belastungen, vielleicht aber auch welche Vorteile für sie besonders wichtig sein könnten.

Erwartungsgemäß wurde als einer der wichtigsten Vorteile des Telefoninterviews die Möglichkeit benannt, weit entfernt lebende Angehörige in den Begutachtungsprozess einzubeziehen, ohne dass hierzu eine aufwändige Reise erforderlich wird. Es gibt zwar keine belastbaren Daten zu diesem Thema, aber es ist wahrscheinlich, dass durch diese erweiterten Möglichkeiten mehr Angehörige in die Begutachtung einbezogen wurden als bei einer Begutachtung mit Hausbesuch. Dies kann für bestimmte Personengruppen wichtig sein. In der analogen Fokusgruppe mit Personen, die aus dem Beratungsgeschehen heraus die Situation der Versicherten und ihrer Angehörigen kennen und diese auch bei Begutachtungen begleiten, kam der Hinweis, dass bei alleinlebenden Personen durchaus nicht immer gewährleistet ist, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung Angehörige anwesend sein können, auch wenn dies aufgrund der Beeinträchtigungen des pflegebedürftigen Menschen sinnvoll wäre. Hier bietet die TB eine Möglichkeit, die Schwelle zur Beteiligung bzw. zur Anwesenheit von Angehörigen zu senken.

Hingewiesen wurde des Weiteren darauf, dass ein Telefonat eine wesentlich geringere Störung des Alltagslebens darstellt als der Hausbesuch eines Medizinischen Dienstes. Dies spielt zwar nicht bei allen Antragsteller*innen, aber doch bei einer relevanten Gruppe durchaus eine Rolle. Der Hausbesuch ist grundsätzlich ein Eindringen in die Intimsphäre der betreffenden Personen und löst zum Teil eine hohe Anspannung aus. Das Telefonat hat in dieser Hinsicht weit weniger belastendes Potenzial für die Antragsteller*innen. In Fachgesprächen, die im Verlauf des Projekts unabhängig von den Fokusgruppen mit Vertreter*innen der Medizinischen Dienste geführt worden sind, wurde betont, dass besonders bei psychisch belasteten oder psychisch kranken Menschen die telefonisch gestützte Begutachtung sogar wesentlich bessere Chancen dafür bietet, dass eine direkte Kommunikation mit den Antragsteller*innen überhaupt zustande kommt. Durch die direkte Begegnung mit Gutachter*innen kann es zu einer Überlastung kommen mit der Folge, dass die Kommunikation verweigert wird.

Als einen wesentlichen Nachteil bezeichneten die Gutachter*innen die schon angesprochene Begrenzung der Möglichkeit, Probleme der Wohn- und Versorgungssituation zu erkennen. Hier sei das Risiko, dass wichtige Probleme wie eine Unterversorgung oder besondere Gefährdungen im Lebensalltag nicht in Gänze erfasst werden, letztlich doch höher als bei einer Situation mit Hausbesuch.

Die Gutachter*innen wurden auch danach gefragt, ob sie den Eindruck hätten, dass die größere soziale Distanz, die eine TB kennzeichnet, genutzt wird, um eventuell durch bewusste Verzerrung von Informationen über die gesundheitliche Situation, die Selbstständigkeit oder auch die Wohnsituation ein für die Antragsteller*innen besseres Begutachtungsergebnis zu erzielen. Da – wie schon ausgeführt – die Erfassung der häuslichen Alltagssituation wesentlich schwieriger ist als im Falle eines Hausbesuchs, spricht auf den ersten Blick einiges für diese Hypothese. Die Aussagen der Befragten waren an diesem Punkt eindeutig: Der Versuch, durch bestimmte Informationen ein gutes Begutachtungsergebnis zu erzielen, gehöre zum Alltag der Medizinischen Dienste und habe nichts mit der Form der Begutachtung zu tun. Das heißt, das mit entsprechenden Absichten sowohl bei der telefonisch gestützten Begutachtung als auch bei der Begutachtung mit Hausbesuch zu rechnen sei. Die Teilnehmer*innen an den Fokusgruppen waren nicht der Meinung, dass im Rahmen des Telefoninterviews solche Versuche häufiger Erfolg haben könnten als bei der Begutachtung mit Hausbesuch.

Auch der These, die TB könnte die Schwelle zur Antragstellung senken und damit zu noch höheren Antragszahlen führen als dies aktuell zu beobachten sei, standen die Gutachter*innen skeptisch gegenüber. Sie konnten dies aus ihrer Erfahrung heraus nicht bestätigen und hielten solche Effekte für unwahrscheinlich. Die Entscheidung zu einer Antragstellung werde von vielen Faktoren beeinflusst, unter denen der Umstand, ein Telefonat führen zu müssen, keine wesentliche Rolle spielen dürfte.

5.5 Zeitaufwand und Belastungspotenzial

Thema in den Fokusgruppen war auch die Frage, inwieweit durch die TB nach Erfahrung der Gutachter*innen mit einer Reduzierung von Aufwand und Belastungen zu rechnen sei. Die Vermeidung von Fahrtzeiten führt zu einer wesentlichen Zeitsparnis, doch könnte der Zeitgewinn durch andere Erfordernisse aufgezehrt werden.

Hierzu war das Meinungsbild sehr unterschiedlich. Angemerkt wurde, dass ggf. etwas mehr Zeitaufwand für die Vor- und Nachbereitung der Gutachten aufgewendet werden müsse. Mehraufwand bei der Vorbereitung falle an, wenn man sich auf eine TB besonders sorgfältig vorbereite und im Einzelfall eine besondere Problematik vorliege, für deren Erfassung eine besondere Fragestrategie erforderlich ist. Zusätzlicher Aufwand im Anschluss könne in Einzelfällen dadurch entstehen, dass ergänzende Informationen eingeholt würden, die im Rahmen des Telefonats nicht erfasst werden konnten. Im Großen und Ganzen fallen diese Unterschiede nach Einschätzung der Gutachter*innen jedoch kaum ins Gewicht.

Einen eindeutig höheren Stellenwert, sowohl zeitlich als auch von der Belastung her, habe die Kommunikationssituation selbst. Die Teilnehmer*innen betonten einvernehmlich, dass die Durchführung einer TB den Gutachter*innen wesentlich mehr abverlange als die Begutachtung mit Hausbesuch. Bei gleichem Zeitaufwand sei die psychische und kognitive Belastung deutlich grösser. Dies hänge damit zusammen, dass das telefonisch geführte Gespräch keine innere Pause erlaube, da dies rasch zu einer

Kommunikationsstörung führen könne. Die Gutachter*innen seien außerdem genötigt, bewusst und zielgerichtet durch kleinschrittige Fragen die Informationen zu erfassen, die ansonsten auf relativ einfache Art und Weise über die direkte Beobachtung zugänglich ist. Während der Covid-19-Pandemie, in der die Gutachter*innen den ganzen Arbeitstag über und an mehreren Tagen in der Woche telefonisch gestützte Begutachtungen durchgeführt haben, sei die Belastung sehr groß gewesen, ungleich größer als bei den Begutachtungen mit Hausbesuch. Dies habe sich zum Teil auch nach Dienstschluss in Form fehlender Bereitschaft zur Kommunikation ausgewirkt. Bis auf einige wenige Ausnahmen meinten die Gutachter*innen, sich nicht vorstellen zu können, auf Dauer ausschließlich telefonisch gestützte Begutachtungen durchzuführen.

Auch häufige Abbrüche des Begutachtungsprozesses aufgrund von Kommunikationsproblemen könnten das Potenzial an Zeiteinsparung, das in der telefonisch gestützten Begutachtung liegt, relativieren. Genaue Zahlen konnten im Rahmen der Fokusgruppen nicht in Erfahrung gebracht werden, aber die beteiligten Gutachter*innen verwiesen verschiedentlich darauf, dass sie nach ihren bisherigen Erfahrungen bei einer TB deutlich häufiger mit einem Abbruch des Begutachtungsprozesses rechnen müssten als bei Begutachtungen mit Hausbesuch. Die Häufigkeit könnte allerdings durch eine gute Vorbereitung und gute Vorinformationen reduziert werden.

Als Ergebnis der Fokusgruppen lässt sich festhalten, dass es ratsam ist, die Situationen, in denen eine TB stattfinden soll, sehr bewusst auszuwählen und möglichst aussagekräftige Vorinformationen zur Verfügung zu stellen. Diese Vorinformation ermöglicht es, einen Teil der Situationen zu vermeiden, in denen die Kommunikation als problematisch empfunden wird oder im Extremfall sogar abgebrochen werden muss. Wenn bekannt ist, in welchen Fällen Schwierigkeiten zu erwarten sind, kann von einer TB Abstand genommen werden.

5.6 Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung

Einen wichtigen Stellenwert nahm schließlich auch die Frage ein, in welchen Situationen nach den Erfahrungen der Gutachter*innen ein Einsatz des Telefoninterviews tragfähig und empfehlenswert wäre und in welchen Situationen besser davon Abstand genommen werden sollte. Auch hier war das Meinungsbild unter den Gutachter*innen relativ einheitlich. Aufgrund des hohen Stellenwerts, den die Gutachter*innen der Vorinformation zuwiesen, hielten sie es für sinnvoll, wenn die erste Begutachtung mit einem Hausbesuch verbunden ist. Dabei wurden zwei Arten von Vorinformation angesprochen. Zum einen handelt es sich um Informationen, die unmittelbare Bedeutung für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit haben, also etwa Informationen über die gesundheitliche Situation und die Versorgungssituation. Zum anderen geht es um Informationen, die helfen, die zu erwartende Kommunikationssituation einzuschätzen. Hat bereits eine Begutachtung stattgefunden und wurden die Erfahrungen bei dieser Begutachtung nachvollziehbar dokumentiert, so seien beide Arten von Informationen verfügbar. Damit hätten die Gutachter*innen zwar kein lückenloses und auch kein aktuelles Bild, aber wichtige Anhaltspunkte für die Ausrichtung ihrer Fragen und Einschätzungen.

Unter dieser Voraussetzung sei gewährleistet, dass Konstellationen mit besonderen Herausforderungen bei nachfolgenden Begutachtungen bekannt sind und eine begründete Entscheidung für den Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung getroffen werden kann. Ein Pflegegrad könne dann in aller Regel zuverlässig ermittelt werden. Aufgaben, die größere Herausforderungen mit sich bringen wie zum Beispiel die Beurteilung der häuslichen Pflegesituation, ließen sich dann ebenfalls wesentlich besser lösen. Somit wurden Wiederholungsbegutachtungen und die Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags als primäre Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung gesehen. Den Einsatz bei Erstbegutachtung – so die Haupttendenz in den Fokusgruppen – hielten die Teilnehmer*innen zwar für vertretbar, die Bedingungen seien aber ungünstiger als bei einer Wiederholungsbegutachtung oder einer Begutachtung aufgrund eines Höherstufungsantrags.

Bezüglich der Frage, inwieweit die TB als geeignetes Verfahren bei Widersprüchen angesehen werden könne, entstand ein gemischtes Bild. Keineswegs waren die Gutachter*innen der Auffassung, Widersprüche sollten nach Möglichkeit ausschließlich in Form eines Hausbesuches bearbeitet werden. Im Gegenteil waren sie der Meinung, dass sich die TB bei bestimmten Widersprüchen als Verfahren geradezu anbiete. Bei vielen Widersprüchen handele es sich um die Aufgabe, Detailfragen zu beantworten, bei denen zum Teil bereits die Begründung des Widerspruchs zentrale Hinweise zur Aufklärung des Sachverhalts beinhaltet. Gut begründete Widersprüche ließen sich relativ leicht entscheiden und insofern sehr gut mit einer TB bearbeiten. Dies gelte besonders dann, wenn es nicht um die Frage gehe, ob Sachverhalte korrekt erfasst worden sind, sondern um die Frage, ob die erfassten Sachverhalte zutreffend bewertet wurden. Es gäbe allerdings auch Widersprüche, bei denen die Feststellung der Sachverhalte selbst strittig und es daher ratsam ist, eine Begutachtung mit Hausbesuch durchzuführen. Insgesamt waren die Gutachter*innen daher der Meinung, es sollte im Einzelfall geprüft und entschieden werden, ob Widersprüche in Form einer TB bearbeitet werden können oder nicht.

Auffällig war in allen Fokusgruppen, dass ganz eindeutig die telefonisch gestützte Begutachtung bei *häuslich versorgten* Antragsteller*innen im Vordergrund stand. Zwar wurde versucht, im Laufe des Gesprächs davon zu abstrahieren, die konkreten Diskussionsbeiträge und Problembeschreibungen machten aber deutlich, dass die Gutachter*innen fast immer die Versorgung in der Häuslichkeit vor Augen hatten. Die Begrenzungen und Herausforderungen des Telefoninterviews, die in den Fokusgruppen beschrieben wurden, beziehen sich so gut wie ausnahmslos auf die häusliche Situation. Umgekehrt waren die Gutachter*innen der Auffassung, dass die Telefonbegutachtung in stationären Pflegeeinrichtungen bzw. grundsätzlich dann, wenn beruflich Pflegende als Gesprächspartner*innen zur Verfügung stehen, in der telefonischen Kommunikation wesentlich erleichtert ist. Dementsprechend sahen die Befragten für die telefonisch gestützte Begutachtung bei stationärer Langzeitpflege deutlich weniger Herausforderungen als im Falle der häuslichen Versorgung.

Angesichts der großen Bedeutung, die die befragten Gutachter*innen der Information im Vorfeld der Begutachtung zuschrieben, hielten sie es auch für sinnvoll, beim Übergang zu einem Regelverfahren einen maximalen Zeitabstand für Hausbesuche festzuschreiben. Wie dieser definiert sein könnte, ließ

sich im Rahmen der Fokusgruppen allerdings nicht konkretisieren. Es wurden exemplarisch Zeitmargen genannt, die bei 2 bis 3 Jahren Abstand lagen. Oder es wurde umgekehrt darauf hingewiesen, dass es schwer vorstellbar sei, viele Jahre weder den pflegebedürftigen Menschen selbst noch seine Wohnsituation unmittelbar zu erleben. Stets wurden solche Angaben mit dem Hinweis verbunden, dass es keine Kriterien gäbe, aus denen sich ein Zeitabstand fachlich ableiten ließe.

Als empfehlenswert bezeichneten die befragten Gutachter*innen den Einsatz des Telefoninterviews bei Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten, bei denen grundsätzlich eine vereinfachte Begutachtung stattfindet. Zur Anwendung kommen hier die Module 3 „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ und 5 „Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen“ des Begutachtungsinstruments. Außerdem wird erfasst, ob eine Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und beider Beine vorliegt und ob gravierende Probleme bei der Nahrungsaufnahme bestehen, die zu einem außergewöhnlich komplexen Hilfebedarf im Bereich der Ernährung führen. Bei dieser Personengruppe waren sich die Gutachter*innen einig, dass die Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit Hilfe einer TB ohne Probleme möglich ist.

Bei Kindern, die älter sind als 18 Monate, ist diese vereinfachte Begutachtung nicht vorgesehen. Bei diesen älteren Kindern standen die Gutachter*innen dem Einsatz des Telefoninterviews eher skeptisch gegenüber. Bei einem Telefonat mit Kindern (z.B. mit Kindern im Vorschulalter) kommt unabhängig von der Begutachtungssituation oft kein Dialog zustande. Wenn dann noch, so der Hinweis der Gutachter*innen, psychische Problemlagen hinzukommen, geraten die Gutachter*innen an eine Grenze. Die unmittelbare Beobachtung und die direkte Interaktion sei bei der Begutachtung von Kindern sehr wichtig, um die gesundheitliche Situation und Krankheitsfolgen realistisch erfassen zu können. Darüber hinaus sei es von großer Bedeutung, zu erleben, wie die Präsenz der Eltern auf das Verhalten der Kinder wirkt.

In Situationen, in denen bereits eine palliative Versorgung erforderlich sei oder die Antragsteller*innen eine aufwändige, belastende Therapie absolvieren, spricht aus der Sicht der Gutachter*innen vieles dafür, bevorzugt eine telefonisch gestützte Begutachtung durchzuführen. Zum Teil sei in der Vergangenheit die Form der Begutachtung nach Aktenlage in solchen Situationen gewählt worden, wenn es die Umstände des Einzelfalls ermöglichten. Das Telefoninterview biete die Chance, die Häufigkeit der für die Betroffenen oftmals belastenden Hausbesuche der MD noch häufiger als bisher zu vermeiden.

Ähnlich wurde die Situation von Personen mit psychischen Erkrankungen beschrieben. Auch bei ihnen müsse eventuell damit gerechnet werden, dass ein Hausbesuch eine sehr hohe Belastung darstellt, die eine weitere Kommunikation verhindert. Je nach Erkrankung könne das Telefoninterview eine gute Alternative bieten. Die für manche der angesprochenen Personen sehr wichtige soziale Distanz wird gewahrt, gleichzeitig besteht, anders als bei der Begutachtung nach Aktenlage, die Möglichkeit der verbalen Kommunikation.

Analog zur Schilderung ihrer Erfahrungen empfahlen die Gutachter*innen, bei Personen mit ausgeprägter Schwerhörigkeit, die eine stetige Kommunikation am Telefon fast unmöglich mache, eher einen Hausbesuch durchzuführen, wenn dies nicht durch gut informierte Angehörige kompensiert werden könne. Gleiches gilt für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und sprachlichen Problemen, die keinen kognitiven Hintergrund haben, sondern eventuell mit der nationalen Herkunft der Versicherten oder sozialen Barrieren zusammenhängen. In all diesen Fällen, deren Gemeinsamkeit in einer starken Einschränkung der Kommunikation während eines Telefonats besteht, sei der Einsatz des Telefoninterviews nicht zu empfehlen, wenn nicht durch die Präsenz Angehöriger garantiert ist, dass die benötigten Informationen bereitgestellt werden können. Abschließende Ein- und Ausschlusskriterien gäbe es allerdings nicht. Hier müsse im Einzelfall beurteilt und entschieden werden.

6. Fokusgruppe zur Perspektive der antragstellenden Personen

Fokusgruppe mit Vertreter*innen der Organisationen für die Wahrnehmung der Rechte und Interessen pflegebedürftiger Menschen

Die Einbeziehung der Perspektive der zu begutachtenden Personen und ihrer Angehörigen ist bei der Beurteilung von Formen der Begutachtung zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit eine wichtige, aber auch herausfordernde Aufgabe. Schriftliche Befragungen zur Zufriedenheit mit der telefonisch gestützten Begutachtung wurden ab dem Jahr 2020 als Teil der regelmäßigen Versichertenbefragung zur Beurteilung des Begutachtungsgeschehens durchgeführt. Ihre Ergebnisse haben allerdings begrenzte Aussagekraft und geben keinen Aufschluss über Detailfragen.

Die Erfahrungen der Antragsteller*innen und ihrer Angehörigen wurden daher im Rahmen einer gesonderten Fokusgruppe im Juli 2023 erörtert. Teilgenommen haben insgesamt acht Personen aus Organisationen, die pflegebedürftige Menschen im Zusammenhang mit der Feststellung von Pflegebedürftigkeit begleiten und beraten. Vertreten waren die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, die Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE e.V.), der Sozialverband VdK, der Verein „Wir pflegen e.V.“ sowie die Verbraucherzentralen Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Sachsen-Anhalt.

Thematisch ging es in der Diskussion um drei Fragen:

- Erfahrungen mit der Telefonbegutachtung während der Covid-19-Pandemie
- Befürchtungen und Erwartungen im Zusammenhang mit der Telefonbegutachtung
- Wünsche und Interessen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen, die bei der zukünftigen Ausgestaltung der Telefonbegutachtung besonders berücksichtigt werden sollten.

Die Diskussion begann mit der Darlegung einzelner Erfahrungen, ging jedoch fließend in den Austausch zu Befürchtungen und Erwartungen sowie Wünschen und Interessen über. Als grundsätzlich zu beachtender Aspekt wurde in der Diskussion festgehalten, dass sich in der Regel Personen, bei denen es

Probleme mit der Begutachtung gegeben hat oder die mit der Begutachtung aus unterschiedlichen Gründen unzufrieden waren, an Beratungsstellen wenden, so dass aufgrund einer Anhäufung problematischer Erfahrungen dort kein repräsentatives Bild entstehen kann. Die meisten Teilnehmer*innen hatten aus diesem Grund im Vorfeld der Fokusgruppendiskussion zur Vorbereitung weitere Erkundigungen in ihrem Umfeld eingeholt, um ein möglichst breit gestütztes Bild einbringen zu können.

Die Erfahrungen, von denen die Teilnehmer*innen berichteten, waren vielfältig, wobei sich einige Muster herauskristallisierten. Zunächst einmal wurde herausgestellt, dass die telefonische Begutachtung zu einem erhöhten Beratungs- und Unterstützungsbedarf geführt hat, weil diese neue Form für die Versicherten unbekannt und daher mit vielen Unsicherheiten behaftet war. Die Teilnehmer*innen rechneten damit, dass an dieser Stelle auch zukünftig ein erhöhter Informations- und Beratungsbedarf vorhanden sein wird. Als grundsätzlich hilfreich wurde es bezeichnet, wenn es seitens der Medizinischen Dienste oder der Pflegekassen im Vorfeld ausreichende und verständliche Informationen zur Begutachtung, zum Verlauf der Begutachtung sowie der im Rahmen der Begutachtung zu erwartenden Fragen angeboten würde.

Als Personengruppe, die besonderer Beachtung bedarf, wurde wiederholt die Gruppe alleinlebender Personen genannt. Werden sie bei einer Begutachtung nicht durch Angehörige unterstützt, bestehe im Falle des Telefoninterviews erfahrungsgemäß ein deutlich höheres Risiko als bei der Begutachtung mit Hausbesuch, dass die Situation nicht adäquat erfasst wird. Die Problematik bei Alleinlebenden bestehe insbesondere darin, dass oftmals nicht in ausreichendem Maß Informationen zum Begutachtungsgeschehen vorliegen und daher Unsicherheit besteht, um was es im Einzelnen geht und welche Informationen relevant sind. Außerdem sei es in diesen Fällen nur eingeschränkt möglich, etwaige problematische Aspekte der Pflegesituation zu erkennen, die im Fall einer Präsenz (der Gutachter*innen oder anderer Personen) gesehen, gerochen oder gehört werden können. Sofern keine An- oder Zugehörigen oder Mitarbeiter*innen von Pflegediensten oder andere Vertrauenspersonen anwesend sind, könne dies zu Problemen führen. Dies habe sich insbesondere bei Personen gezeigt, die von kognitiven Beeinträchtigungen – wenn vielleicht auch nur von leichten – oder gar einer diagnostizierten demenziellen Erkrankung betroffen sind.

Auch bei Personen mit depressiver Stimmungslage bzw. einer diagnostizierten Depression wurden diese Erfahrungen berichtet. Betont wurde jedoch auch, dass die beschriebene Problematik fehlender Information und Unterstützung alleinlebender Personen auch bei der Präsenzbegutachtung besteht, bei der jedoch die offenkundigen Probleme besser erkannt würden.

Zu den Gesamterfahrungen während der Pandemie wurde angemerkt, dass die Unterschiede zwischen den beiden Formen der Begutachtung überschaubar waren und bei einem Telefoninterview nicht von einer grundsätzlich schlechteren Situation für die begutachteten Personen ausgegangen werden kann. Zum Teil bestand der Eindruck, dass zu Beginn der Pandemie „großzügiger“ begutachtet wurde, dies sich jedoch schnell wieder relativiert habe. Vereinzelt wurde auf einen Rückgang von Hilfsmittelverordnungen hingewiesen.

Angemerkt wurden auch bessere Erfahrungen mit der telefonischen Begutachtung gegenüber einer Präsenzbegutachtung, aus der der Wunsch resultierte, diese Form der Begutachtung auch zukünftig verfügbar zu haben. Beispielhaft illustriert wurde dies für die Begutachtung bei schwer erkrankten Kindern, für die eine Begutachtung im häuslichen Umfeld viel Unruhe mit sich bringen kann und eine telefonische Begutachtung mit weit weniger Belastung einhergeht.

Deutlich wurde in der Fokusgruppe, dass ein erhöhter Aufwand für die Gutachter*innen bei der Telefonbegutachtung gegenüber der Präsenzbegutachtung erwartet wird. Diese Einschätzung bezog sich insbesondere auf den Vorbereitungsaufwand, der bei einer telefonischen Begutachtung anfalle. Die Teilnehmer*innen konnten von Erfahrungen berichten, nach denen Gutachter*innen während der telefonischen Begutachtung teilweise sehr gut, teilweise überhaupt nicht vorbereitet wirkten. Es wurde von Begutachtungen berichtet, die nur 25-30 Minuten gedauert hätten. Diese unterschiedlichen Erfahrungen weisen darauf hin, dass die Umsetzung der telefonischen Begutachtung nicht allen Gutachter*innen unmittelbar gleichermaßen gut gelungen ist.

Ein weiterer Diskussionsschwerpunkt bestand in der Situation von Personen mit sehr seltenen Erkrankungen. Bei der Begutachtung dieser Personengruppe bestünde nach den Erfahrungen der Teilnehmer*innen ein erheblicher Optimierungsbedarf, wobei hier nicht zwischen Präsenz- und Telefonbegutachtung unterschieden wurde. Vielmehr gebe es grundsätzliche Probleme bei der Begutachtung dieser Personen, was nicht mit der Begutachtungsform, sondern mit begrenztem Wissen und begrenzten Erfahrungen der Gutachter*innen zusammenhänge. Sind Symptome und Verläufe seltener Erkrankungen zu wenig bekannt, könnten auch die Auswirkungen auf die individuelle Selbständigkeit der betroffenen Personen nicht zuverlässig eingeschätzt werden.

Bestätigt wurden Erfahrungen, die auch Gutachter*innen bereits in Fokusgruppen geäußert hatten und Probleme bei der telefonischen Begutachtung für Menschen mit Hörbeeinträchtigungen oder Beeinträchtigungen der Sprache bzw. Stimme betreffen. Auch begrenzte Deutschkenntnisse wurden als erschwerender Faktor benannt.

Diskutiert wurde etwas länger über die Nutzung der Telefonbegutachtung in Widerspruchsverfahren. Begutachtungen aufgrund von Widersprüchen würden in einigen Regionen ausschließlich oder nahezu ausschließlich nach Aktenlage erfolgen. Gegenüber dieser Praxis wurde die Nutzung der Telefonbegutachtung bei Widersprüchen als Fortschritt betrachtet. Dem Einsatz des Telefoninterviews bei Widersprüchen standen die Teilnehmer*innen also eher positiv gegenüber.

Für Personen mit einer dementiellen Erkrankung wurde die Einschätzung formuliert, dass die Begutachtung mit Hausbesuch teilweise die bessere Lösung sei. Begründet wurde dies weniger mit etwaigen Unsicherheiten bei der Ermittlung des Pflegegrades, sondern damit, dass die direkte Begegnung eine bessere Grundlage für die Interaktion darstellt. Bleibt die Kommunikation auf ein Telefonat

beschränkt, sei es für die Gutachter*innen viel schwieriger, selbst ein Gespräch mit der betreffenden Person zu führen und Informationen nicht nur von den Angehörigen einzuholen.

Als Befürchtung wurde geäußert, dass der telefonischen Begutachtung aus ökonomischen Gründen oder aufgrund von Zeitdruck und hoher Arbeitslast ein Vorrang gegenüber der Präsenzbegutachtung eingeräumt wird und es zu kürzeren Begutachtungsdauern kommen könnte. Die Teilnehmer*innen sahen zwar die Herausforderungen, die mit zunehmenden Antragszahlen für die Medizinischen Dienste entstehen, waren aber übereinstimmend der Auffassung, dass eine schnelle Begutachtung grundsätzlich keine gute Begutachtung sein könne.

7. Ergänzende Expertengespräche

In Ergänzung zu den Fokusgruppen, deren Ergebnisse in den vorangegangenen Ausführungen geschildert wurden, wurden eine weitere Fokusgruppe und ergänzende Gespräche mit Institutionen oder einzelnen Fachexpert*innen durchgeführt, die einen einschlägigen Erfahrungshintergrund auf dem Feld der Begutachtung aufweisen. Die Ergebnisse dieser Gespräche bestätigen weitgehend die Erfahrungen und Einschätzungen, die in den bisher vorgestellten Fokusgruppen präsentiert wurden. Es seien an dieser Stelle lediglich einzelne Punkte, die eine besondere Hervorhebung verdienen, noch einmal genannt.

Nach den ergänzenden Befragungen verdient die *Situation psychisch Erkrankter* eine besondere Aufmerksamkeit, wenn über den Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung nachgedacht wird. Bei einem Teil dieser Menschen könnte der Besuch eines Medizinischen Dienstes als erhebliche Belastung erfahren werden mit der Folge, dass eine Kommunikation mit dem Antragsteller bzw. der Antragstellerin in der Begutachtungssituation nicht zustande kommt. Die Erfahrung der Medizinischen Dienste zeigt, dass diese Problematik durch den Einsatz des Telefoninterviews verschärft werden kann. In anderen Fällen kann sich die telefonisch gestützte Begutachtung jedoch auch als ungeeignete Kommunikationsform erweisen, die von psychisch erkrankten pflegebedürftigen Menschen nicht akzeptiert wird. Das bedeutet, dass nicht die Diagnose einer Erkrankung, sondern die Symptomatik bzw. die Belastungssituation im Einzelfall entscheidend dafür ist, ob ein Hausbesuch angezeigt ist oder eine telefonisch gestützte Begutachtung der bessere Weg wäre. Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass Vor- und Nachteile der telefonisch gestützten Begutachtung bei dieser Personengruppe im Einzelfall geprüft werden sollten.

Des Weiteren gab es einen Austausch mit der Mitarbeiterin eines Medizinischen Dienstes, die sich vertiefend mit *statistischen Auswertungen* von Begutachtungsdaten aus der Corona-Zeit auseinandergesetzt hat, und mit Expert*innen von Medicproof, dem Medizinischen Dienst der privaten Pflegeversicherung. Zweck der Gespräche war insbesondere, sich über die Ergebnisse von Datenanalysen auszutauschen und zu überprüfen, ob die unterschiedlichen Datenbestände zu den gleichen

Schlussfolgerungen führen. Auf der Grundlage dieser Gespräche lässt sich feststellen, dass die Ergebnisse der Datenauswertungen, die im vorliegenden Bericht vorgestellt wurden, im Großen und Ganzen mit den Ergebnissen der jeweiligen Gesprächspartner*innen übereinstimmen.

Im Rahmen des Projekts wurde schließlich auch eine gesonderte *Fokusgruppe mit Vertreter*innen der Pflegekassen* durchgeführt. Auch diese Fokusgruppe bestätigte an verschiedenen Punkten die Erkenntnisse, die bereits in anderen Zusammenhängen gewonnen werden konnten. Es traten allerdings einige Themen und Fragestellungen in den Vordergrund, die in den vorhergehenden Gesprächen nicht in der gleichen Deutlichkeit thematisiert worden sind.

Dazu gehört beispielsweise das Erfordernis, trotz der ungewöhnlichen Situation, die im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtungen entsteht, auf Vollständigkeit der gutachterlichen Feststellungen zu achten, um die Voraussetzungen für einen rechtskräftigen Bescheid zu gewährleisten. Es scheint im Verlauf der Pandemie vereinzelt aufgrund besonders belastender Arbeitssituationen vorgekommen zu sein, dass wichtige Informationen fehlten. Zwar, so wurde in der Fokusgruppe betont, handele es sich wohl um Einzelfälle, doch seien diese während der Pandemie gehäuft vorgekommen. Die Teilnehmer*innen dieser Fokusgruppe verzeichneten darüber hinaus vermehrt Beschwerden von Versicherten, die sich über Zeitdruck in der Begutachtungssituation beklagten. Die Diskussion lief an diesem Punkt auf das Fazit hinaus, dass ein besonderer Zeitdruck, wie er wohl während der Pandemie vermehrt aufgetreten sein muss, die Qualität des strukturierten Telefoninterviews aus der Sicht der Versicherten erheblich beeinträchtigen kann.

Hervorgehoben wurde in der Fokusgruppe, dass ein erhöhter Informations- und Beratungsbedarf in der Phase der telefonisch gestützten Begutachtungen vorhanden war. Der Kontakt zwischen den Versicherten und den Pflegekassen war offenkundig auch intensiver. Dies bestätigt Hinweise, die auch in anderen Fokusgruppen formuliert worden sind.

Exakte Daten liegen zwar nicht vor, doch es bestand bei den Teilnehmer*innen der Eindruck, dass die Grenzen der Kommunikation bei den Versicherten durchaus mehr Kritik als bei Begutachtungen mit Hausbesuch ausgelöst hatten. Versicherte hätten mehrfach darauf hingewiesen, dass die individuelle Problematik von den Medizinischen Diensten nicht ausreichend wahrgenommen worden sei. Ein wichtiges Thema sei in diesem Zusammenhang die Einschätzung des Hilfsmittelbedarfs gewesen. Es habe hier aber deutliche regionale Unterschiede gegeben.

In Bezug auf die Personengruppen, für die eine telefonisch gestützte Begutachtung als möglich oder sinnvoll bezeichnet wurde, bestätigten die Vertreter*innen der Pflegekassen die Einschätzungen, die auch in den anderen Fokusgruppen formuliert worden sind. Die Einbeziehung von Personen mit Verständnisproblemen oder Sprachbarrieren, mit kognitiven Einschränkungen, von Kindern, alleinstehenden hochbetagten Menschen und auch von Situationen, in denen Widersprüche zu klären sind, verdienen nach Einschätzung der Teilnehmer*innen bei der Entscheidung für oder gegen ein

Telefoninterview sorgfältige Abwägung. Die Teilnehmer*innen betonten die Bedeutung klarer Zielgruppendefinitionen für einen reibungslosen Regelbetrieb.

Betont wurde im Verlauf der Diskussion darüber hinaus, wie wichtig es ist, Akzeptanz für die telefonisch gestützte Begutachtung zu schaffen. Die Erfahrung, dass die Situation der Antragsteller*innen adäquat erfasst wird und nicht zu befürchten ist, dass das Ergebnis von den Ergebnissen der Begutachtung mit Hausbesuch abweicht, seien von größter Bedeutung. Es wurde ebenfalls betont, dass dies im Zuge der weiteren Erfahrungen, u.a. mit der vom Gesetzgeber vorgesehenen Evaluation, mit größter Sorgfalt nachgewiesen werden sollte.

8. Forschungs- und Befragungsergebnisse zur telefonisch gestützten Einschätzung

8.1 Ergebnisse der Versichertenbefragungen

In jedem Jahr führen die Medizinischen Dienste eine Versichertenbefragung durch, mit der sie die Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung nach dem SGB XI erfassen. Im Rahmen der 2021 und 2022 durchgeführten Befragungen wurde die Zufriedenheit mit der telefonisch gestützten Begutachtung gesondert erhoben. Damit liegen Daten dazu vor, wie die Versicherten diese neue Form der Begutachtung bewerten.

Für das Jahr 2021 lagen hierzu Angaben von 13.400 Versicherten vor. Die Rücklaufquote belief sich auf 39,0%. Ein Jahr später waren es mehr als 18.000 Fragebögen bei einer Rücklaufquote von 40,3%.

Die Fragen, die für die Beurteilung des strukturierten Telefoninterviews verwendet wurden, sind größtenteils mit jenen Fragen zur Begutachtung mit Hausbesuch identisch. Neben der allgemeinen Zufriedenheit mit der Pflegebegutachtung wurden, wie auch schon vor 2021, drei Themenbereiche berücksichtigt:

- Informationen über die Pflegebegutachtung
- Kontakt zur Gutachterin oder zum Gutachter
- Gesprächsführung der Gutachterin oder des Gutachters.

Bei allen Fragen wurde eine dreistufige Skala verwendet, die mit den Antwortkategorien „zufrieden“, „teilweise zufrieden“ und „unzufrieden“ operiert. Daneben wurde auch erfragt, wie wichtig das mit der Frage angesprochene Thema aus der Perspektive der Versicherten war. Interessant für das vorliegende Thema ist neben den Angaben zu diesen standardisiert erhobenen Bewertungen eine offene Frage, bei der die Angaben der Versicherten thematisch zusammengefasst worden sind. Außerdem gab es einige wenige Fragen, die sich ausschließlich auf das Telefoninterview bezogen.

Das Ergebnis der Versichertenbefragung in den beiden Jahren lässt sich schnell zusammenfassen: Die telefonisch gestützte Begutachtung wurde insgesamt sehr ähnlich bewertet wie die Begutachtung mit Hausbesuch, und auch bei der Bewertung der einzelnen Aspekte, die der Fragebogen berücksichtigt, zeigten sich fast identische Ergebnisse. Der Anteil der Befragten, die zufrieden mit diesen Aspekten waren, lag überwiegend in einer Marge zwischen 80% und 95%.

Eine der Fragen, die sich explizit auf die Merkmale der telefonisch gestützten Begutachtung bezogen, betrifft die Telefonverbindung. Auch hier wurden hohe Zufriedenheitsraten erreicht. In beiden Jahren äußerten rund 92% der Befragten, dass sie mit der Telefonverbindung zufrieden gewesen seien. Rund 8% gaben an, nur teilweise zufrieden oder unzufrieden zu sein. Ähnliche Ergebnisse wurden bei der Beurteilung des Hinzuziehens weiterer Personen erreicht.

Interessant sind die Ergebnisse der Auswertung der Freitextangaben, die der Fragebogen enthielt. 16,1% der Befragten im Jahr 2021 bzw. 17,9% im Jahr 2022 brachten an dieser Stelle ihren Wunsch nach einer Begutachtung mit Hausbesuch zum Ausdruck. In etwa jede sechste Person signalisierte damit, dass die telefonisch gestützte Begutachtung nicht ihren persönlichen Präferenzen entsprach.

Insgesamt ergaben sich für die telefonisch gestützte Begutachtung aber gute Ergebnisse, sie wurde nicht schlechter bewertet als die Begutachtung mit Hausbesuch. Etwas einschränkend muss festgestellt werden, dass bei Zufriedenheitsbefragungen dieser Art im Gesundheitsbereich regelmäßig sehr hohe Zufriedenheitsraten erreicht werden, weshalb die Nutzung der Kategorie Zufriedenheit in Patientenbefragungen oder ähnlich ausgerichteten Studien kritisch diskutiert wird. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Begutachtungen unter den schwierigen Bedingungen der Pandemie stattfanden. Schwer zu beurteilen ist, inwieweit das Antwortverhalten der Befragten positiv durch den Umstand beeinflusst wurde, dass die Medizinischen Dienste trotz Pandemie und zahlreicher Einschränkungen des sozialen Lebens sicherstellen konnten, dass eine Begutachtung stattfand und damit eine zügige Entscheidung über die angestrebten Leistungsansprüche ermöglicht wurde. Dagegen spricht, dass auch im Jahr 2019 ähnlich hohe Zufriedenheitsraten erreicht worden sind, damals lagen die Ergebnisse sogar minimal besser als in den Jahren 2021 und 2022; demnach wird die Pandemie wahrscheinlich keinen besonders großen Einfluss auf die Bewertungen der Versicherten gehabt haben.

Trotz dieser leichten Einschränkung lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die telefonisch gestützte Begutachtung aus der Sicht der Versicherten im Durchschnitt keineswegs schlechter abschneidet als die Begutachtung mit Hausbesuch. Wäre die Beurteilung unter den Befragten anders gewesen, hätte sich dies in Unterschieden zwischen den Zufriedenheitsraten abgebildet.

8.2 Forschungsaktivitäten

Schon seit vielen Jahren beschäftigt sich die internationale Forschung mit den Möglichkeiten und Grenzen der telefonischen Kommunikation bei der Begleitung von Patient*innen und pflegebedürftigen Menschen. Die Anlässe und Kontexte, in denen diese Kommunikation erforscht wurde, unterscheiden sich allerdings sehr. Die Covid-19-Pandemie führte dazu, dass sich Forschungsvorhaben zunehmend auch mit der Frage beschäftigten, wie verlässlich Einschätzungen sein können, die auf telefonischem Weg gewonnen worden sind. Die Frage nach der Verlässlichkeit unterscheidet sich jedoch, was die fachlichen und methodischen Anforderungen angeht, je nach Verwendungskontext. Hier findet man auf internationaler Ebene ein relativ breites Spektrum an Fragestellungen und Forschungsanlässen vor, deren Schwerpunkte im Folgenden kurz umrissen werden sollen.

Die vorliegenden Studien setzen zum Teil einen Schwerpunkt auf die Herausforderungen der Aufgabe, ohne Möglichkeit der direkten Wahrnehmung den körperlichen und mentalen Status von Personen verlässlich einzuschätzen und konzentrieren sich damit auf messmethodische Fragen (Gibbons et al. 2022, Custodero et al. 2021). Die Erfahrungen mit der Covid-19-Pandemie regten weltweit dazu an, die Möglichkeit der Durchführung von Assessments unter Verzicht auf einen persönlichen Kontakt zu überprüfen (DiGiovanni et al. 2020). Die Eignung des bekannten Instruments interRAI beispielsweise wurde im Verlauf der Pandemie im Hinblick auf Möglichkeiten und Grenzen der Durchführung telefonischer Einschätzungen getestet. So gingen Schumacher et al. (2023) der Frage nach, ob sich durch das telefonisch generierte Assessment eine ausreichende Grundlage für die individuelle Versorgungsplanung und Koordination im Rahmen sektorenübergreifender Versorgungskonzepte ergab. Die Ergebnisse fielen positiv aus, zeigten allerdings auch, dass die Kommunikationsbegrenzungen bei kognitiv beeinträchtigten Personen hierbei besondere Beachtung verdienen und Kompensationsstrategien in Form der Hinzuziehung von anderen Personen erforderlich machen.

Eine schon etwas ältere Studie von Huda et al. (2016) ergab, dass die telefonische Einschätzung von Beeinträchtigungen bei Patient*innen mit multipler Sklerose zu vergleichbaren Ergebnissen führt und mit vergleichbarer Verlässlichkeit durchgeführt werden kann wie eine Einschätzung im Rahmen einer persönlichen Befragung und direkten Beobachtung. Einzelne Studien zeigen die Bedeutung auf, die einer Anpassung der Kommunikationsstrategie zukommt, wenn die Möglichkeit einer direkten Beobachtung fehlt (Pettinari/Jessopp 2001). Bei der Einschätzung von Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu Forschungszwecken, bei denen es in hohem Maße auf Genauigkeit ankommt, zeigten sich während der Covid-19-Pandemie zum Teil Probleme und Einschränkungen (Brundle et al. 2022).

Ein weiterer Schwerpunkt der Forschung liegt auf der Beurteilung der telefonischen Kommunikation durch die Patient*innen bzw. Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen (Mattisson et al. 2023). Über eine Studie, die sich mit Erfahrungen mit Einschätzungsprozessen ähnlich der Pflegebegutachtung in Deutschland beschäftigte, berichten Marcinkiewicz und Kolleg*innen (Marcinkiewicz et al. 2021a und 2021b). Auf der Grundlage von zwei Befragungen von Antragsteller*innen wurden u.a. technische Schwierigkeiten, Hörbeeinträchtigungen, Informationen im Vorfeld des Telefonats, die Hinzuziehung

weiterer Personen (z.B. Angehörige) und weitere Aspekte thematisiert. In dieser Studie zeigte sich, dass die Mehrheit der Antragsteller*innen der Telefonbegutachtung positiv gegenüberstand. Außerdem gab es Hinweise darauf, dass Faktoren wie Bewertungsergebnisse, Geschlecht und Alter die Beurteilung der Befragten beeinflussen können. Studien dieser Art, bei denen die Einschätzung der Fähigkeiten bzw. der gesundheitlichen Situation mit dem Vorgehen bei der Begutachtung in Deutschland wenigstens annähernd vergleichbar sind, haben nach wie vor allerdings Seltenheitswert.

Schon seit Längerem gibt es in anderen Ländern Forschungsarbeiten, die sich mit der Frage beschäftigen, inwieweit es gelingt, anrufende Patient*innen an jene Stellen weiterzuleiten, die für ihre gesundheitliche Problematik zuständig sind. Auch hier geht es um die Möglichkeiten und Grenzen, auf telefonischem Weg die Patientensituation zuverlässig zu erfassen (Graversen et al. 2020, Tran et al. 2017), aber mit anderer Zielsetzung als bei Studien, die sich um die methodische Beurteilung von Einschätzungsverfahren bemühen.

Weitere Arbeiten (z.B. Rysst Gustafsson/Eriksson 2021, Yliluoma/Palonen 2020) legen einen Schwerpunkt auf die Möglichkeiten und Grenzen der telefonischen Beratung. Sie operieren häufig mit dem Begriff „telephone nursing“. Die Frage der zuverlässigen Erfassung der gesundheitlichen Situation bildet hierbei eine Teilfragestellung, da wirksame Beratung voraussetzt, dass die Situation der Patient*innen bzw. pflegebedürftigen Menschen adäquat erfasst wird. Auch ethische Aspekte fanden hier Aufmerksamkeit in der Forschung (z.B. Holmström/Höglund 2007). Andere Studien setzten sich zum Ziel, den Einfluss von Rahmenbedingungen zu beurteilen, unter denen eine telefonische Einschätzung bzw. die telefonische Kommunikation stattfindet, und darauf aufbauend Qualitätsanforderungen an die Gestaltung der Kommunikationssituation zu formulieren. Ein aktueller Review (Rysst Gustafsson/Eriksson 2021) berücksichtigt dabei Aspekte wie Ermüdungserscheinung, Wartezeiten am Telefon, Unruhe in der räumlichen Umgebung, Kommunikationsverhalten wie aktives Zuhören, Qualifikation und individuelle Kompetenz sowie weitere Einflussfaktoren. Dabei ging es allerdings um die telefonische Kommunikation im Bereich „telephone nursing“ insgesamt, nicht um spezifische Einschätzungs- oder Beratungsaufgaben.

Es gibt also, so lässt sich zusammenfassend feststellen, eine zunehmende Forschungsaktivität rund um das Thema telefonisch gestützte Einschätzung, allerdings oft mit anderen Schwerpunkten, was die internationale Forschung angeht. Beiträge, die sich direkt auf einen Kontext beziehen, der mit der Begutachtung in der deutschen Pflegeversicherung vergleichbar wäre, sind sehr selten und auch nur bedingt vergleichbar. Es gibt zwar Forschung zu allgemeinen methodischen Anforderungen telefonisch gestützter Einschätzungen, aber die Anforderungen, die bei ihnen zu beachten sind, unterscheiden sich je nach Funktion der Einschätzung. Geht es um Forschungsvorhaben, stellen sich beispielsweise andere Anforderungen als bei der Beurteilung der Frage, an welche Fachkolleg*innen ein Anrufer im Gesundheitswesen weiter zu leiten ist. Bei der Versorgungsplanung sind andere Aspekte wichtig als in einem allgemeinen Beratungskontext, der von der telefonischen Kommunikation getragen wird. Das deutsche Begutachtungsverfahren stellt bestimmte Anforderungen, die über die allgemeinen methodischen Anforderungen an den Einsatz von Einschätzungsinstrumenten hinausreichen.

Forschungsarbeiten zur telefonisch gestützten Begutachtung in Deutschland liegen bislang kaum vor. Es gibt zahlreiche Stellungnahmen und Erfahrungsberichte, die zur Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen der telefonisch gestützten Begutachtung sicher einen wichtigen Beitrag leisten, die jedoch wenig empirisch gestützte Ergebnisse bieten. Die verschiedenen Veröffentlichungen der Medizinischen Dienste gaben schon früh im Verlauf der Pandemie Auskunft über wichtige Ergebnisse der telefonisch gestützten Begutachtung, enthielten jedoch meist keine differenzierten Analysen. Diese Veröffentlichungen sowie die Veröffentlichung der Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste in den Jahren 2021 und 2022 (vgl. das nachfolgende Kapitel) und schließlich auch Stellungnahmen zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungssystems waren oftmals Anlass zu Diskussionsbeiträgen, die sich in Zeitschriften wie dem Ärzteblatt oder anderen Publikationen wiederfinden. Daneben gab und gibt es kleinere empirische Arbeiten, bei denen allerdings eine kritische Beurteilung angezeigt ist, da sie aus einer bestimmten Interessenlage heraus entstanden sind. Ein Beispiel hierfür sind Befragungen von Unternehmen, die Beratungsleistungen im Zusammenhang mit der Pflegebegutachtung anbieten (vgl. z.B. Familiara GmbH 2023).

Der Stand der Forschung ist also, so lässt sich zusammenfassend feststellen, noch relativ schwach entwickelt, zumindest in den Bereichen, aus denen unmittelbar Erfahrungen und Handlungsorientierung zur Ausgestaltung der telefonisch gestützten Begutachtung abgeleitet werden könnten. Nur am Rande sei auf die Diskussion hingewiesen, die es seit einigen Jahren zum Thema Telemedizin oder auch Telegenursing gibt. Hier bleiben weitere Forschungs- und Entwicklungsergebnisse abzuwarten. Die derzeitigen Aktivitäten zur Überprüfung der Frage, inwieweit eine videogestützte Begutachtung zukünftig eine Erweiterung der Begutachtungsformen darstellen könnte, stellt jedoch sicherlich neben der telefonisch gestützten Begutachtung die wichtigste Entwicklungslinie dar.

Obwohl sich Anwendungskontexte unterscheiden, gibt es doch einige Gemeinsamkeiten. Es fällt auf, dass die zentralen Themen, die bei der Ausgestaltung einer telefonisch gestützten Einschätzung zu beachten sind, unabhängig von den Anwendungskontexten immer wieder diskutiert werden. Die Rahmenbedingungen, die Herausforderungen und Probleme, die im Rahmen einer telefonisch gestützten Kommunikation zu beachten sind und in der internationalen Forschung thematisiert werden, zeigten zahlreiche Überschneidungen mit den Themen, die auch im Rahmen der Fokusgruppen in der vorliegenden Studie angesprochen wurden. Sie akzentuieren das Erfordernis eines strukturierten, planvollen und auf die individuelle Situation der Versicherten abgestimmten Vorgehens und einer entsprechenden Kommunikationsstrategie.

9. Fazit und Empfehlungen

Die vorliegende Untersuchung hatte die Aufgabe, auf der Grundlage der Erfahrungen mit der telefonisch gestützten Begutachtung während der Covid-19-Pandemie die Frage zu beantworten, inwieweit diese Form der Begutachtung als prinzipiell geeignet gelten kann, Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI festzustellen, und welche Einsatzfelder nach dem derzeitigen Stand der Kenntnisse für den Einsatz dieser Form der Begutachtung empfohlen werden können. Hierzu wurden umfangreiche Datenauswertungen vorgenommen und Expertengespräche bzw. Fokusgruppen mit erfahrenen Personen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern durchgeführt.

Die nachfolgenden Ausführungen fassen die Ergebnisse dieser Arbeiten zusammen und unterbreiten Empfehlungen dazu, unter welchen Voraussetzungen die telefonisch gestützte Begutachtung nach den vorliegenden Erkenntnissen eingesetzt werden sollte, welche Begrenzungen beachtet werden sollten und welche begleitenden Maßnahmen bei der Implementierung bzw. Nutzung dieser Begutachtungsform im Regelbetrieb empfehlenswert sind.

9.1 Eignung und Charakter der telefonisch gestützten Begutachtung

1. Prinzipielle Eignung der telefonisch gestützten Begutachtung

Die telefonisch gestützte Begutachtung kann als prinzipiell geeignet gelten, Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI in der aktuellen Fassung, das heißt mit den aktuellen Kriterien zur Ermittlung von Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten, die bei der Bestimmung eines Pflegegrades verwendet werden, festzustellen und auch darüber hinausgehende Funktionen der Begutachtung abzudecken. Die Auswertung der Daten aus dem Begutachtungsgeschehen der Jahre 2019 und 2021 ergab, dass mit dem Einsatz des Telefoninterviews keine grundlegend anderen Begutachtungsergebnisse zu erwarten sind als bei der Begutachtung mit Hausbesuch. Dies gilt sowohl für die Ermittlung der Pflegegrade als auch für andere Begutachtungsergebnisse, insbesondere für die Empfehlungen, die die Gutachter*innen im Rahmen ihres Auftrags zu entwickeln haben. Die im Rahmen der Untersuchung durchgeführten Fokusgruppen und Expertengespräche bestätigten dieses Ergebnis: Die prinzipielle Eignung des Verfahrens wurde nicht in Frage gestellt, sondern hervorgehoben, verbunden mit dem Hinweis, dass die Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung mit Bedacht festgelegt werden sollten. Die Datenauswertung hat keine Hinweise auf Personengruppen oder gutachterliche Aufgaben ergeben, bei denen der Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung zu gravierenden Problemen oder unerwarteten Ergebnissen führen könnte. Einschränkend muss man dabei feststellen, dass die Datenauswertungen nicht die Situation der Versicherten im Einzelfall abbilden können. Auch ist zu berücksichtigen, dass die vorliegenden, umfangreichen Erfahrungen unter den Bedingungen der Covid-19-Pandemie gesammelt wurden, also in einer Ausnahmesituation, in der das Antragsverhalten ebenso wie Entscheidungen zur Ausgestaltung der Arbeit der Medizinischen Dienste und ihrer Mitarbeiter*innen besonderen Einflüssen unterlagen.

2. Die telefonisch gestützte Begutachtung als ergänzendes Verfahren

Die telefonisch gestützte Begutachtung wird als ergänzender Ansatz zur Begutachtung mit Hausbesuch bzw. zur Begutachtung mit persönlicher Begegnung im Lebensumfeld des*der Versicherten gesehen, die nach wie vor als Standard gilt. „Ergänzend“ heißt, dass sie ebenso wie die Begutachtung nach Aktenlage in bestimmten, näher zu definierenden Fällen statt einer Begutachtung mit Hausbesuch (alternativ) genutzt werden kann. Die Begutachtung mit Hausbesuch bleibt jedoch das Zentrum bzw. der Standard des 2017 eingeführten Begutachtungsverfahrens in der aktuellen Form, an dessen Regeln und Funktionen sich alle anderen Verfahren messen lassen müssen. Im Verlauf der Jahre werden ggf. weitere Formen der Feststellung von Pflegebedürftigkeit, etwa die derzeit beforschten videotugestützten Begutachtung, hinzukommen. Für die telefonisch gestützte Begutachtung gilt ebenso wie für andere Verfahren, dass die Begutachtung mit Hausbesuch der handlungsleitende fachliche Bezugsrahmen bleibt.

3. Die telefonisch gestützte Begutachtung als Aufgabe von Sachverständigen

Die besondere Form der Kommunikation im Rahmen der telefonisch gestützten Begutachtung ändert daher nichts am Auftrag der Gutachter*innen und an den methodischen Anforderungen bei der Durchführung einer Begutachtung. Vor dem Hintergrund der Entwicklung in anderen Ländern, aber auch im Blick auf die Diskussion über das Begutachtungsverfahren in Deutschland sollte der besondere Charakter der Begutachtung als Aufgabe von Sachverständigen nicht aus dem Blick geraten. Auch die telefonisch gestützte Begutachtung hat besonderen Charakter und darf nicht mit mündlichen Befragungen gleichgesetzt werden, wie sie im Rahmen der empirischen Sozialforschung oder ähnlichen Zusammenhängen üblich sind. Vor diesem Hintergrund ist der Begriff „Telefoninterview“ – auch wenn er im vorliegenden Bericht genutzt wurde und sich auch ansonsten schon sehr verbreitet hat – möglicherweise eine suboptimale Lösung, die außerhalb von Fachkreisen Missverständnisse fördern könnte.

9.2 Einsatzfelder der telefonisch gestützten Begutachtung

4. Erstmalige Begutachtung

Beim gegenwärtigen Stand der Erfahrungen sollte bei der erstmaligen Begutachtung ein Hausbesuch bzw. eine persönliche Begegnung mit der antragstellenden Person in ihrem Lebensumfeld stattfinden. Der Begriff „erstmalige Begutachtung“ bezieht sich dabei auf Situationen, in denen ein Medizinischer Dienst zum ersten Mal bei einer antragstellenden Person Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und der Fähigkeiten beurteilt, um festzustellen, ob und in welchem Grad Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI vorliegt. Der Begriff „erstmalige Begutachtung“ ist daher nicht mit dem geläufigen Begriff „Erstbegutachtung“ identisch. Dieser wird für die Begutachtung von Versicherten verwendet, die keine

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI aufweisen und daher keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, was jedoch nicht ausschließt, dass bereits zuvor eine Antragstellung und eine Begutachtung (oder gar mehrere) stattgefunden haben.

Die Empfehlung, die erstmalige Begutachtung mit einem Hausbesuch zu verbinden, ergibt sich *ausdrücklich nicht* aus der Feststellung, die telefonisch gestützte Begutachtung sei mit prinzipiellen Begrenzungen für diesen Bereich verbunden. Die im Rahmen des Projekts durchgeführten Datenauswertungen, aber auch die Befragungsergebnisse lassen eine solche pauschale Beurteilung nicht zu. Es zeigten sich allerdings gewissen Auffälligkeiten bei der Einschätzung der häuslichen Wohnsituation und auch einige Unterschiede bei den Empfehlungen der Gutachter*innen zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen, die mit der fehlenden Möglichkeit der direkten Beobachtung zusammenhängen könnten. Davon abgesehen gibt es beim Einsatz bei Erstanträgen keine grundlegenden Unterschiede zum Einsatz bei Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtungen.

Ausschlaggebend für die Empfehlung sind folgende Punkte:

- Bei der erstmaligen Begutachtung liegen noch keine differenzierten Informationen zu Sachverhalten vor, die die Gutachter*innen zu beurteilen haben. Besonders die Begrenzung der unmittelbaren Erfahrung, wie die antragstellende Person agiert, wie sich ihre gesundheitlichen Beeinträchtigungen in ihrer Lebensumgebung auswirken und wie diese Lebensumgebung gestaltet ist, können bei komplexen gesundheitlichen Problemlagen die Sicherheit der gutachterlichen Einschätzung beeinträchtigen. Hat hingegen bereits zu einem früheren Zeitpunkt eine Begutachtung stattgefunden und liegen damit wichtige Kontextinformationen vor, so ist es für die Gutachter*innen wesentlich einfacher, die Aussagen der Antragstellenden, ihrer Angehörigen oder anderer Bezugspersonen nachzuvollziehen und zu deuten, sodass damit auch von den Gutachter*innen vornehmende Bewertungen sicherer werden. Besonders die Fokusgruppen mit den Gutachter*innen, aber auch die Aussagen von anderen Befragten dokumentieren den hohen Stellenwert der Vorinformation für die Feststellungen und Beurteilungen, die im Rahmen der Begutachtung stattfinden.
- Bei einer zweiten, späteren Begutachtung, die ggf. mit Hilfe eines strukturierten Telefoninterviews durchgeführt wird, haben Gutachter*innen dementsprechend eine deutlich bessere Informationsgrundlage. Der Grundsatz, dass am Anfang ein Hausbesuch durchgeführt wird, schafft also eine Grundlage, auf der folgende Telefonbegutachtungen wesentlich einfacher und mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sicherer durchgeführt werden können.

Wünschenswert wäre es, perspektivisch Ausnahmen zu ermöglichen, denn bei bestimmten Personengruppen kann die telefonisch gestützte Begutachtung das Verfahren auch für die Antragsteller*innen wesentlich erleichtern. Dies gilt vorrangig für Menschen mit einer psychischen Erkrankung, für die sich eine Begutachtung als sehr belastend erweisen kann und bei denen die größere soziale Distanz, die mit einem Telefonat verbunden ist, die emotionale Bewältigung dieser Situation wesentlich fördert. Bei welchen Personen dies zutrifft oder zutreffen könnte, lässt sich allerdings nur im Einzelfall feststellen. Abschließende Kriterien für solche Situationen lassen sich derzeit und voraussichtlich auch nicht in der Zukunft benennen.

5. Mindestfrequenz von Hausbesuchen

Es ist empfehlenswert, vorläufig einen maximalen Zeitabstand für die Durchführung von Hausbesuchen festzuschreiben. Dies ergibt sich aus dem hohen Stellenwert, den eine verlässliche Vorinformation für die Durchführung der telefonisch gestützten Begutachtung hat. Es gibt hierfür derzeit keine empirisch belastbaren Kriterien. Wir schlagen, gestützt auf die Ergebnisse der Fokusgruppen, für *häuslich versorgte Versicherte* vorläufig einen Maximalabstand von 36 Monaten festzulegen, dessen Angemessenheit im weiteren Verlauf zu prüfen ist. Dementsprechend sollte von einer telefonisch gestützten Begutachtung bei dieser Personengruppe abgesehen werden, wenn der letzte Hausbesuch bzw. die letzte persönliche Begegnung mit dem Antragsteller mehr als 36 Monate zurückliegt.

Bei Versicherten, die in Einrichtungen der stationären Langzeitpflege versorgt werden, gibt es dieses Erfordernis nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie nicht. Durch die Möglichkeit, Fachpersonal in die Begutachtung einzubeziehen, bestehen für die Gutachter*innen in der Regel wesentlich bessere Grundlagen für die notwendige Informationserfassung und die entsprechenden Einschätzungen, auch wenn im Einzelfall ein größerer Zeitabstand gegeben ist.

6. Höherstufungsanträge und Wiederholungsbegutachtungen

Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen stellen einen Bereich dar, für den der Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung unter bestimmten Voraussetzungen prinzipiell empfohlen werden kann. Die vorliegende Untersuchung ergab keine Hinweise auf systematische Probleme, die so schwer wiegen, dass vom Einsatz bei Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen Abstand genommen werden sollte. Es gibt auch keine Gründe, weshalb ein bestimmter Versorgungsbereich aus dieser Empfehlung ausgeklammert werden sollte. Die Datenauswertungen ergaben einige Auffälligkeiten beim Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung in Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung. Deren Ausprägung hält sich jedoch in Grenzen und ließ sich nicht näher aufklären. Sie sollten daher eher Anlass für Optimierungsbemühungen und weitere Analysen sein. Es gibt allerdings Personengruppen und Versorgungskonstellationen, bei denen im Einzelfall auch Höherstufungs- und Wiederholungsbegutachtungen ausgenommen sein sollten (vgl. Nr. 8-10).

7. Begutachtung bei Widersprüchen

Vom Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung bei Widersprüchen sollte vorerst abgesehen werden. Der Gesetzgeber hat mit dem Pflege-Unterstützungs- und Entlastungsgesetz den Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung in diesem Bereich vorläufig ausgeschlossen. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die anstehende Übergangsphase zu einem Verfahren im Regelbetrieb, aber auch im Hinblick auf die unterschiedlichen Sichtweisen, die bei einem Widerspruch gegen den Bescheid der Pflegekasse zum Tragen kommen, nachvollziehbar und konsequent.

Nach den vorliegenden Erkenntnissen ist es allerdings nicht zwingend erforderlich, die Bearbeitung von Widersprüchen aus dem Anwendungsfeld der telefonisch gestützten Begutachtung auch zukünftig komplett auszuschließen. Dafür sprechen die Ergebnisse und Empfehlungen, die aus den

Fokusgruppendiskussionen hervorgingen. Hier wurde die telefonisch gestützte Begutachtung sogar für einen Teil der Widerspruchsverfahren als besonders geeignet angesehen. Angesprochen waren damit beispielsweise gut begründete Widersprüche, bei denen nicht die Feststellung, sondern die Bewertung von festgestellten Sachverhalten strittig ist. Auch wurde darauf hingewiesen, dass es derzeit Tendenzen gebe, Widersprüche vermehrt nach Aktenlage zu entscheiden. Die telefonisch gestützte Begutachtung wurde in dieser Hinsicht mehrheitlich als bessere Alternative gesehen. Die Datenauswertung ergab keine wesentlichen Hinweise, die einer solchen Einschätzung entgegenstehen.

Es wird daher empfohlen, den Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung *perspektivisch*, nachdem weitere Erfahrungen mit der neuen Begutachtungsform im Regelbetrieb gesammelt worden sind, zur Bearbeitung von Widersprüchen in definierten Fällen zu ermöglichen.

9.3 Einbeziehung und Ausschluss von Personengruppen

8. Begutachtung bei Kindern

Bei der *Begutachtung von Kindern, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben*, sollte die telefonisch gestützte Begutachtung nicht zum Einsatz kommen. Zwar ergaben die Datenauswertungen keine Hinweise auf besonders problematische Ergebnisse, doch ist die Kinderbegutachtung für gewöhnlich mit deutlich höheren Anforderungen verknüpft als die Begutachtung von Erwachsenen. Daher kommt der Möglichkeit der unmittelbaren Wahrnehmung und Interaktion in der Begutachtungssituation ein besonderer Stellenwert zu. Dies gilt für das Verhalten des Kindes, seine Fähigkeiten und Begrenzungen, für den Einfluss der Beziehung zwischen Kind und Eltern und für verschiedene weitere Sachverhalte. Es wird daher für die Einführung der telefonisch gestützten Begutachtung in den Regelbetrieb empfohlen, diese Personengruppe aus dem Einsatzfeld dieser Begutachtungsform auszuklammern.

Für *ältere Kinder bzw. Jugendliche im Alter ab 15 Jahren* bestehen diese Bedenken nicht im gleichen Maße. Hier dürften im Regelfall bessere Voraussetzungen für die besondere Kommunikation bestehen, die bei der telefonisch gestützten Begutachtung entsteht. Die näheren Umstände sollten aber im Einzelfall geklärt werden. Zeichnet sich im Einzelfall ab, dass keine hinreichende Kommunikation gewährleistet ist, sollte ein Hausbesuch veranlasst werden.

Perspektivisch, nachdem also weitere Erfahrungen im Regelbetrieb gesammelt worden sind, sollte außerdem für *junge Kinder im Alter bis zu 18 Monaten*, bei denen ein vereinfachtes Begutachtungsverfahren zum Einsatz kommt, der Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung ermöglicht werden.

9. Einzelfallprüfungen bei Personen mit kognitiven und/oder psychischen Beeinträchtigungen oder seltenen Erkrankungen

Es wird empfohlen, bei bestimmten Personengruppen die Voraussetzungen bzw. die Durchführbarkeit einer telefonisch gestützten Begutachtung (bei Höherstufungsanträgen und Wiederholungsbegutachtungen) sorgfältig zu prüfen. Dazu gehören:

- alleinlebende Personen mit einer diagnostizierten dementiellen Erkrankung oder erheblichen kognitiven Beeinträchtigungen
- alleinlebende Personen mit psychischen Erkrankungen, sofern ein Hausbesuch für sie keine untragbare Belastung darstellt,
- Personen mit sehr seltenen chronischen Erkrankungen.

Je nach den Voraussetzungen im Einzelfall können Umstände vorliegen, die einen Hausbesuch nahelegen. Im Hinblick auf Personen mit „sehr seltenen“ chronischen Erkrankungen ist festzustellen, dass es zur Abgrenzung dieser Personengruppe keine abschließenden oder konsistenten Kriterien gibt. Insbesondere bleibt die Abgrenzung „seltener“ und „sehr“ seltener Erkrankungen schwierig. Es wird dennoch an dieser Formulierung festgehalten, um zu verdeutlichen, dass weniger die Erkrankung selbst sondern eher die Kenntnisse und Erfahrungen der Gutachter*innen entscheidend sind. Ist gewährleistet, dass die betreffenden Gutachter*innen mit dem Krankheitsbild vertraut sind, so sind auch Menschen mit Erkrankungen, die als „sehr“ selten gelten, nicht unbedingt aus der telefonisch gestützten Begutachtung auszuschließen.

10. Sicherstellung der Kommunikationsvoraussetzungen

Bei folgenden Personengruppen sollte eine telefonisch gestützte Begutachtung nur dann in Betracht gezogen werden, wenn die Begleitung durch eine vertraute Bezugsperson gewährleistet ist:

- Personen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen
- Personen mit gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der sprachlichen Verständigung
- Personen, mit denen eine sprachliche Verständigung aus anderen Gründen schwierig ist
- Jugendliche im Alter ab 15 und unter 18 Jahren.

9.4 Qualitätssicherung

11. Erfahrung der Gutachter*innen

Eine telefonisch gestützte Begutachtung sollte nur von Gutachter*innen durchgeführt werden, die bereits einige Monate lang Erfahrungen mit Hausbesuchen gesammelt haben.

12. Qualitätssicherung ergänzen

Es wird empfohlen, die interne Qualitätssicherung in der MD-Gemeinschaft weiterzuentwickeln, um weitere Erfahrungen mit der telefonisch gestützten Begutachtung zu sammeln, die für die Optimierung dieser Begutachtungsform nutzbar gemacht werden können. Dabei sollten folgende Aspekte besondere Aufmerksamkeit erfahren:

- Hinreichende Dokumentation der Feststellungen und Erfahrungen im Rahmen der erstmaligen Begutachtung: Neben den Informationen, die für den Auftrag der Begutachtung von unmittelbarer Bedeutung sind, gewinnen mit dem Einsatz der telefonisch gestützten Begutachtung auch Informationen über die zu erwartende Kommunikationssituation an Bedeutung, die gegenwärtig vielleicht noch nicht die entsprechende Aufmerksamkeit finden.
- Förderung der Gutachter*innen bei der Entwicklung und Optimierung spezifischer Kommunikationsstrategien.
- Belastung der Gutachter*innen: Die außergewöhnlichen Umstände während der Pandemie führten sicherlich zu Ausnahmesituationen und hohen Belastungen für die Gutachter*innen. Wie im Verlauf der Studie deutlich wurde, bestehen beim strukturierten Telefoninterview und den damit verbundenen Kommunikationsstrategien hohe Belastungen. Es ist daher empfehlenswert, die Verdichtung dieser Kommunikationsanforderungen, wie sie während der Pandemie unvermeidlich waren, im Regelbetrieb der telefonisch gestützten Begutachtung zu vermeiden.

13. Perspektiven

Mit dem Übergang der telefonisch gestützten Begutachtung in den Regelbetrieb werden Erkenntnisse und Erfahrungen gesammelt, die helfen, das System im Laufe der Jahre zu optimieren. Regelungen, die derzeit (für den Einstieg in das System) angemessen erscheinen, werden dabei noch einmal überprüft. Das gilt auch für die im vorliegenden Bericht empfohlenen Maßnahmen und Regelungen. Auch sie sollten Gegenstand der Evaluationsbemühungen sein, die der Gesetzgeber mit § 142a SGB XI festgeschrieben hat.

Literaturverzeichnis

- Brundle, C./Heaven, A./Clegg, A. (2022): Eligibility screening older research participants using remote cognitive assessment-experiences and reflections from a primary care randomizes controlled trial. *Trials* 23, Nr. 1
- Custodero, C./Senesi, B./Pinna, A./Floris, A./Vigo, M./Fama, M. (2021): Validation and implementation of telephone-administered version of the Multidimensional Prognostic Index (TELE-MPI) for remote monitoring of community-dwelling older adults. *Aging clinical and experimental research* 33, Nr. 12, 3363–3369
- DiGiovanni, G./Mousaw, K./Lloyd, T./Dukelow, N./Fitzgerald, B./D'Aurizio (2020): Development of a telehealth geriatric assessment model in response to the COVID-19 pandemic. *Journal of geriatric oncology* 11, Nr. 5, 761–763
- Familiara GmbH (Hg.) (2023) Umfrage zur Pflegegrad-Begutachtung vor und während der Corona-Pandemie. <https://www.familiara.de/wp-content/uploads/Familiara-MDK-Umfrage.pdf>
- Graversen, D. S./Christensen, M. B./Pedersen, A. F./Carlsen, A. H./Bro, F./Christensen, H. C. (2020): Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: a quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. *BMC family practice* 21 Nr. 1, 84
- Holmström, I./Höglund, A. T. (2007): The faceless encounter: ethical dilemmas in telephone nursing. In: *Journal of clinical nursing* 16 Nr. 10, 1865–1871
- Huda, S./Cavey, A./Izat, A./Mattison, P./Boggild, M./Palace, J. (2016): Nurse led telephone assessment of expanded disability status scale assessment in MS patients at high levels of disability. *Journal of the neurological sciences* 362, 66–68
- Marcinkiewicz, A./Lucey, G./Pinto, C. (2021a): Claimant experience of telephone-based health assessments for PIP, ESA and UC. [United Kingdom]: Department for Work and Pensions. DWP research report Nr. 999
- Marcinkiewicz, A./Lucey, G./Pinto, C./Taylor, I./Taylor, B./Cheesbrough, S. (2021b): Claimant experience of telephone-based health assessments for PIP, ESA and UC. Research and analysis. Hg. v. GOV.UK. Department for Work and Pension. London ([https://www.gov.uk/government/publications/claimant-experience-of-telephone-based-health-assessments-for-pip-esa-and-uc](https://www.gov.uk/government/publications/claimant-experience-of-telephone-based-health-assessments-for-pip-esa-and-uc/claimant-experience-of-telephone-based-health-assessments-for-pip-esa-and-uc), 23.08.2023)
- Mattisson, M./Börjeson, S./Årestedt, K./Lindberg, M. (2023): Role of interaction for caller satisfaction in telenursing-A cross-sectional survey study. *Journal of clinical nursing* 32 Nr. 15-16, 4752–4761
- MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (Hg.) (2020): Versichertenbefragung der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung 2019. Essen
- Medicproof (Hg.) (2022): Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung Gesamtbericht 2021. Köln
- Medicproof (Hg.) (2023): Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung 2022. Köln
- Medizinischer Dienst Bund (Hg.) (2022): Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes 2021. Essen
- Medizinischer Dienst Bund (Hg.) (2023): Versichertenbefragung zur Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes 2022. Essen
- Pettinari, C. J./Jessopp, L. (2001): "Your ears become your eyes": managing the absence of visibility in NHS Direct. *Journal of advanced nursing* 36 Nr. 5, 668–675
- Rysst Gustafsson, S./Eriksson, I. (2021): Quality indicators in telephone nursing - An integrative review. *Nursing open* 8 Nr. 3, 1301–1313
- Schumacher, C. L./Correia, R./Hogeveen, S./Salter, M./Donaldson, B. (2023): Implementing the interRAI Check-Up Comprehensive Assessment: Facilitating Care Planning and Care Coordination during the Pandemic. In: *International journal of integrated care* 23 (2), Nr. 5
- Smith, J. R./Gibbons, L. E./Crane, P. K./Mungas, D. M./Glymour, M. M./Manly, J. J. et al. (2023): Shifting of Cognitive Assessments Between Face-to-Face and Telephone Administration: Measurement Considerations. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences* 78 Nr. 2, 191–200

Tran, D. T./Gibson, A./Randall, D./Havard, A./Byrne, M./Robinson, M. et al. (2017): Compliance with telephone triage advice among adults aged 45 years and older: an Australian data linkage study. In: BMC health services research 17 Nr. 1, 512

Yliluoma, P./Palonen, M. (2020): Telenurses' experiences of interaction with patients and family members: nurse-caller interaction via telephone. In: Scandinavian journal of caring sciences 34 Nr. 3, 675–683