



Institut für Public Health
und Pflegeforschung
Universität Bremen



MDS

Medizinischer Dienst
des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V.

ABSCHLUSSBERICHT

Endfassung

**Maßnahmen zur Schaffung eines neuen
Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines neuen bundesweit
einheitlichen und reliablen Begutachtungsinstruments zur
Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI**

Hauptphase 2

Verfasser: J. Windeler, S. Görres, S. Thomas, A. Kimmel, I. Langner, K. Reif, A. Wagner

Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

1	Projektnehmer	4
2	Hintergrund und Ziele	5
3	Fragestellungen.....	7
4	Studiendesign	9
4.1	Erläuterung der Studienteile.....	9
4.2	Schematische Darstellung der Studienteile	11
4.2.1	Randomisierung und Verblindung	12
5	Operationalisierung	12
5.1	Zu untersuchende Verfahren und ergänzende Erhebungen	12
5.2	Variablen	13
6	Auswahl der Studienteilnehmer	15
6.1	Studien-Regionen	15
6.2	Ein-/Ausschluss-Kriterien	16
6.3	Stichprobengrößen.....	18
7	Studienablauf	18
7.1.1	Schulungen der teilnehmenden Gutachter	18
7.1.2	Datenerhebung und Datenmanagement	20
8	Datenauswertung	22
9	Maßnahmen der Qualitätssicherung.....	22
9.1	Qualitätssicherung im Koordinationszentrum in Essen.....	22
9.2	Qualitätssicherung in den durchführenden MDK (externe Audits).....	23
9.2.1	Durchführung	23
9.2.2	Ergebnisse	24
9.2.3	Beratung	26
9.2.4	Anmerkungen und Fragen der Gutachter	27
9.3	Qualitätssicherung der Daten (Datenzentrum Bremen).....	29
9.3.1	Datenerhebung	29
9.3.2	Datenbank.....	29
9.3.3	Datenerfassung.....	30
9.3.4	Datenqualität.....	30
10	Ergebnisse	31
10.1	Beschreibung der Stichprobe.....	33
10.2	Non-Responder-Analyse.....	40
10.3	Wissenschaftliche Beurteilung der Güte des NBA.....	43
10.3.1	Reliabilität des NBA.....	43
10.3.2	Validität des NBA bei der Erfassung von Personen mit Pflegebedürftigkeit	52

10.3.3	Empfindlichkeit des NBA für wichtige Veränderungen der Pflegebedürftigkeit	60
10.4	Verteilung der Pflegestufen nach dem NBA für die derzeitigen Antragssteller	63
10.5	Vergleichende Bewertung der Ergebnisse des NBA im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen aus inhaltlicher Perspektive	70
10.6	Rehabilitationsbedarf nach dem NBA	80
10.7	Praktikabilität des NBA	85
10.8	Zusammenhang zwischen Pflege- und Hilfebedürftigkeit	87
10.9	Zusammenfassung der Ergebnisse und Optimierungsbedarf	89
10.10	Abschätzung möglicher finanzieller Folgen für die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung	91
10.10.1	Einleitung	91
10.10.2	Modelle zur Schwellenwertfestlegung	93
10.10.3	Ergebnisse	94
10.10.4	Zusammenfassung	106
11	Fazit und Leitfragen	108
12	Literaturverzeichnis	116
13	Verzeichnis der Tabellen	117
14	Verzeichnis der Abbildungen	120
15	Anhang	122
15.1	Tabellen	122
15.2	Abschätzung möglicher finanzieller Folgen für die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung – Methodisches Vorgehen	136
15.3	Gutachterbefragung	139

1 Projektnehmer

Projektbeteiligte

Studienleitungen

MDS:

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler
Ansprechpartner für die Hauptphase 2

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

Lützowstraße 53
45141 Essen
☎ (02 01) 83 27-125
Fax: (0201) 83 27-492
E-Mail: j.windeler@mds-ev.de

IPP:

Prof. Dr. Stefan Görres

Universität Bremen
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Geschäftsführender Direktor

Grazer Str. 4
28359 Bremen
☎ (0421) 218-4972
Fax: (0421) 218-4973
E-Mail: sgoerres@uni-bremen.de

Studienmitarbeiter

MDS:

Dr. Andrea Kimmel
Stefanie Thomas
Alexander Wagner

Universität Bremen:

Dr. Ingo Langner
(Bremer Institut für Präventionsforschung und
Sozialmedizin: BIPS)
Stephanie Preyer-Reupsch (BIPS)
Karl Reif (IPP)

Zur besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Zwischenbericht bei der Benennung von Personen und Personengruppen darauf verzichtet, eine beide Geschlechter ausweisende Formulierung zu verwenden. Das jeweils andere Geschlecht ist stets mitgemeint.

2 Hintergrund und Ziele

Zur Überarbeitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wurde durch das Bundesministerium für Gesundheit ein Beirat einberufen. Hinsichtlich des Begutachtungsinstrumentes ersuchte das Bundesministerium für Gesundheit die Spitzenverbände der Pflegekassen ein Modellvorhaben gemäß § 8 Absatz 3 SGB XI zur Erarbeitung und Erprobung eines neuen Begutachtungsinstrumentes durchzuführen. Die Spitzenverbände der Pflegekassen verständigten sich darauf ein Modellprojekt „Maßnahmen zur Schaffung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und eines Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI“ welches in drei Phasen (Vorphase, Hauptphase 1, Hauptphase 2) untergliedert ist, auszuführen.

In der Hauptphase 1 des Modellprojektes bestand die Aufgabe der modellhaften Entwicklung eines neuen, praktikablen, standardisierten und allgemein anerkannten, durch den Gesetzgeber noch nicht vorgegebenen, Begutachtungsinstrumentes.

In der im März 2008 begonnenen zweiten Projektphase wurden Eignung und mögliche Konsequenzen des in der Hauptphase 1 entwickelten Neuen Begutachtungsassessments (NBA) zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit mit wissenschaftlichen Methoden auf der Grundlage empirischen Datenmaterials evaluiert. Die zentralen Zielsetzungen der Hauptphase 2 sind zum einen die wissenschaftliche Beurteilung der Güte des NBA und zum anderen die Abschätzung der inhaltlichen und finanziellen Folgen, die sich aus einer Neufassung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der Neukonzeption des Begutachtungsinstrumentes ergeben.

Die Beurteilung der Güte des neuen Instruments umfasst Aspekte der *Reliabilität* (Objektivität bzw. Reproduzierbarkeit) und verschiedene Aspekte der *Validität* bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit. Bei der *Reliabilität* wird beurteilt, ob die Bewertung der Pflegebedürftigkeit durch das neue Instrument unabhängig vom Anwender erfolgt bzw. wie gut sich Bewertungen mit dem gleichen Instrument bei gleichen Ausgangsbedingungen wiederholen lassen. Entscheidend für eine realistische Einschätzung der Reliabilität des neuen Instruments war eine möglichst praxisnahe Gestaltung der Studienbedingungen.

Zur Beurteilung der *Validität* wurden verschiedenen Untersuchungen durchgeführt¹. Erstens wurde überprüft, wie besonders relevante Gruppen der Antragsteller im neuen Instrument berücksichtigt werden (zum Beispiel Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz sowie andere besondere Fallkonstellationen).

¹ Um die Validität anhand der Kennwerte Sensitivität und Spezifität zu bestimmen, wie es im Bereich klinischer Diagnosestudien üblich ist, müsste die „wahre“ Pflegebedürftigkeit der Studienteilnehmer bekannt sein. Dies würde üblicherweise anhand des parallelen Einsatzes eines Goldstandard-Verfahrens erreicht. Ein solches Goldstandard-Verfahren zur Ermittlung der „echten“ Pflegebedürftigkeit existiert weder für den derzeitigen noch für den neuen, noch zu konzipierenden Pflegebedürftigkeitsbegriff bzw. für die dazu gehörigen Assessmentverfahren.

Außerdem wurde die Empfindlichkeit des neuen Begutachtungsinstruments für wichtige Veränderungen der Pflegebedürftigkeit untersucht. Die Fragestellungen wurden im Rahmen einer umfangreichen, repräsentativen Studie bearbeitet. Die an der Studie teilnehmenden Versicherten wurden mit einer konsekutiven Stichprobenziehung aus dem Auftragsvolumen von Begutachtungs-/Beratungszentren von acht Medizinischen Diensten der Krankenversicherung (MDK) zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit ermittelt. Das NBA wurde dann parallel zum aktuellen, regulären Begutachtungsverfahren durch Gutachter der MDK eingesetzt. Damit erfolgte die Testung unter den realen Bedingungen der Begutachtungen zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Insgesamt wurden im Rahmen der Hauptphase 2 die folgenden Ziele festgelegt.

Ziele der Hauptphase 2

- 1. Wissenschaftliche Beurteilung der Güte des neu entwickelten Begutachtungsinstrumentes**
 - a. Beurteilung der Reliabilität
 - b. Beurteilung der Validität (einschl. Untersuchung der Empfindlichkeit für Unterschiede bzw. Veränderungen)
- 2. Darstellung der Verteilung der Pflegestufen nach dem neu entwickelten Begutachtungsinstrument für die derzeitigen Antragsteller**
- 3. Vergleichende Bewertung der Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen zur Darstellung inhaltlicher und Abschätzung möglicher finanzieller Folgen auf die Pflegeversicherung**
 - a. Abschätzungen individueller, antragstellerbezogener Verschiebungen zwischen „alter“ und „neuer“ Pflegestufe
 - b. Abschätzung der Veränderungen zwischen der derzeitigen und der zu erwartenden „neuen“ Pflegestufenverteilung im Bestand der Leistungsempfänger und der damit zusammenhängenden Abschätzung möglicher Folgen für die Leistungsausgaben
- 4. Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs durch das neue Begutachtungsverfahren**
- 5. Abschätzung von Praktikabilität/Zeitaufwand der Begutachtung**

3 Fragestellungen

Bezogen auf die oben genannten Ziele wurden die im Folgenden dargestellten Fragestellungen bearbeitet. Ergänzend zu den Fragestellungen gemäß Angebot wurden besondere Aufgabenstellungen formuliert, die sich aus der Hauptphase 1 ergeben haben:

- die Betrachtung einer alternativen Gewichtung im Modul 3 in Hinblick auf die vergleichende Bewertung der Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen²
- die Betrachtung verschiedener Vorgehensweisen zur Operationalisierung von Härtefällen³
- die Gegenüberstellung von Pflegebedürftigkeit und der im Instrument zusätzlich ermittelten Hilfebedürftigkeit.

1. Fragestellungen bezogen auf Ziel 1:

Wissenschaftliche Beurteilung der Güte des neu entwickelten Begutachtungsinstrumentes

1.1. Reliabilität des Begutachtungsinstruments

- 1.1.1. Lassen sich die Zuordnungen zu Pflegestufen entsprechend dem neuen Instrument reproduzieren?
- 1.1.2. Wie hoch ist die Reliabilität der einzelnen Module? Lassen sich die modulspezifischen Bewertungen des Pflegebedarfs reproduzieren?
- 1.1.3. Wie stellt sich die Übereinstimmung des Instrumentes auf Ebene des Summenscores dar?

1.2. Validität des Begutachtungsinstruments bei der Erfassung von Personen mit Pflegebedürftigkeit

- 1.2.1. Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument relevante Subgruppen mit spezifisch begründeter Pflegebedürftigkeit ein?
 - 1.2.1.1. Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument PEA-Positive ein⁴?
 - 1.2.1.2. Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (insbesondere solche ohne Pflegestufe im aktuellen Verfahren) ein⁵?
 - 1.2.1.3. Wie wirken sich alternative Vorgehensweisen im neuen Begutachtungsinstrument zur Operationalisierung von Härtefällen auf deren Häufigkeit aus?

² Die Auswahl der alternativen Gewichtungen, die für die Erstellung verschiedener Szenarien verwendet werden, erfolgt auf Empfehlung der Hauptphase 1.

³ Die Vorgehensweisen entsprechen den im Abschlussbericht der Hauptphase 1 formulierten Vorgaben.

⁴ Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz gemäß § 45 a SGB XI: Die Feststellung erfolgt gemäß derzeitig gültigem Begutachtungsverfahren

⁵ Die Ermittlung kognitiver Beeinträchtigungen erfolgt anhand des in der Studie definierten Referenzverfahrens.

1.3. Empfindlichkeit des neuen Begutachtungsinstruments für wichtige Veränderungen der Pflegebedürftigkeit

- 1.3.1. Wie relevant sind individuelle, zufällige Schwankungen des Begutachtungsergebnisses bei der Zuordnung zu Pflegestufen?
- 1.3.2. Wie grenzen sich relevante Veränderungen der Pflegebedürftigkeit gegenüber individuellen, zufälligen Schwankungen in der Begutachtung ab?

2. Fragestellungen bezogen auf Ziel 2:

Darstellung der Verteilung der Pflegestufen nach dem neu entwickelten Begutachtungsinstrument für die derzeitigen Antragsteller

- 2.1. Wie gestaltet sich die Verteilung des Ergebnisses des neuen Begutachtungsinstruments in der Gruppe der derzeitigen Antragsteller?
 - 2.1.1. Wie gestaltet sich die Verteilung des Gesamtscores?
 - 2.1.2. Wie gestaltet sich die Verteilung der Pflegestufen?

3. Fragestellungen bezogen auf Ziel 3:

a. Bewertung der Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen aus inhaltlicher Perspektive

- 3.1. Wie verteilt sich die Gruppe der derzeitigen Antragsteller auf die neuen Pflegestufen im Vergleich zu den Pflegestufen des etablierten Begutachtungsverfahrens?
- 3.2. Welche Verteilung ergibt sich hieraus für die Prävalenz von Pflegebedürftigkeit?
 - Verteilung gemäß Standard-Bewertungssystematik (M_H)
 - Verteilung gemäß einer alternativen Itemgewichtung im Modul 3 (M_A)

b. Abschätzung der Veränderungen zwischen der derzeitigen und der zu erwartenden neuen Pflegestufenverteilung im Bestand der Leistungsempfänger und der damit zusammenhängenden Abschätzung möglicher Folgen für die Leistungsausgaben

- 3.3. Welche finanziellen Folgewirkungen ergäben sich aus der ermittelten Verteilung von Pflegestufen gemäß neuem Begutachtungsinstrument?

4. Fragestellung bezogen auf Ziel 4:

Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs

- 4.1. Wie hoch ist der Anteil der Rehabilitationsempfehlungen nach dem neuen Instrument?
- 4.2. Wie hoch ist der Anteil von Versicherten, bei denen eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen wird?

5. Fragestellungen bezogen auf Ziel 5:

Praktikabilität/Zeitbedarf

- 5.1. Wie hoch ist der Zeitaufwand der Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsverfahren?

5.2. Wie ist die Akzeptanz des neuen Begutachtungsverfahrens bei den Gutachtern?

6. Weiterführende Fragestellung aus der Hauptphase 1 zum Konzept der „Hilfebedürftigkeit“:

6.1. Gibt es einen Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit gemäß Bewertung des neuen Begutachtungsinstruments?

6.1.1. Wie hoch ist der Anteil von Versicherten, bei denen Hilfebedürftigkeit festgestellt wird?

6.1.2. Gibt es Personen, bei denen eine Hilfebedürftigkeit, aber keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird?

Alle oben erläuterten Fragestellungen wurden sowohl für Erwachsene, als auch für Kinder bearbeitet, für die eine modifizierte Version des neuen Begutachtungsinstruments entwickelt worden ist⁶. Ausgenommen davon sind lediglich die Analysen zur Abschätzung finanzieller Folgewirkungen des NBA und solche Untersuchungen, in denen Ergebnisse des Referenzverfahrens zur Feststellung kognitiver Beeinträchtigungen bei Versicherten benötigt werden. Dieses Instrument fand bei Kindern keine Anwendung.

4 Studiendesign

4.1 Erläuterung der Studienteile

Alle empirischen Erhebungen der Hauptphase 2 wurden in konsekutiv rekrutierten Stichproben vorgenommen, die im Sinne einer Querschnittsstudie ausgewertet wurden. Dies trifft auch auf die Erhebungen zu, die bei einem Teil der Versicherten zeitversetzt vorgenommen wurden. Die Evaluation des neuen Begutachtungsinstruments erfolgte grundsätzlich getrennt für Erwachsene und für Kinder. Dies war notwendig, da für Kinder eine spezielle Version des Begutachtungsinstruments zur Verfügung gestellt wurde, welches einer separaten Testung in einer eigenen Stichprobe unterzogen werden musste.

Die Studie gliedert sich in mehrere empirische Erhebungsteile, die jeweils mit bestimmten (Teil-) Zielen der Studie im Zusammenhang stehen⁷. Bei den Erhebungsteilen handelt sich jeweils für Kinder und Erwachsene um eine Erst-Erhebung in der Gesamtstichprobe und um eine bzw. zwei Zweit-Erhebungen in ausgewählten Teilstichproben der Gesamtstichprobe. Die einzelnen Studien- bzw. Erhebungsteile des Projektes werden wie folgt bezeichnet:

Studienteile für Erwachsene:

1. Umsetzungsstudie-Erwachsene (Ersterhebung)
2. Reliabilitätsstudie-Erwachsene (optionale Zweiterhebung in einer Teilstichprobe)

⁶ Die Trennung zwischen Kindern und Erwachsenen bei der Anwendung des neuen Begutachtungsverfahrens erfolgte gemäß Angaben der Hauptphase 1 (vgl. Anlagenband des Abschlussberichtes) bei Vollendung des 10. Lebensjahres.

⁷ Die Ziele der Kinder-Studienteile entsprechen denen der jeweiligen Studienteile bei Erwachsenen.

3. Referenzstudie-Erwachsene (optionale Zweiterhebung in einer weiteren Teilstichprobe).

Studienteile für Kinder:

4. Umsetzungsstudie-Kinder (Ersterhebung)
5. Reliabilitätsstudie-Kinder (optionale Zweiterhebung in einer Teilstichprobe).

Für die **Umsetzungsstudien** wurden alle Versicherte im Studienkollektiv an einem Begutachtungstermin von jeweils einem Gutachter hintereinander erst anhand des derzeit gültigen und anschließend anhand des neuen Begutachtungsinstruments begutachtet. Für die Studie wurden hierbei erstens eine Auswahl der anhand des derzeit gültigen Instrumentes erhobenen Daten dokumentiert sowie die Gesamtheit der Daten, die anhand des neuen Instrumentes erhoben worden sind.

Die Daten der Umsetzungsstudie dienen primär zur Untersuchung der methodischen Güte des Instrumentes (Ziel 1). Des weiteren werden sie zur Ermittlung des Rehabilitationsbedarfs durch das neue Begutachtungsverfahren (Ziel 4) herangezogen. Abschließend bilden die Daten der Umsetzungsstudie-Erwachsene die Grundlage für im Rahmen der Auswertung vorzunehmende Modellierungen, die der vergleichenden Bewertung der Ergebnisse des neuen Begutachtungsverfahrens im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen dienen und so eine Abschätzung inhaltlicher und finanzieller Folgewirkungen des neuen Begutachtungsinstruments auf die Pflegeversicherung ermöglichen (Ziele 3 a und b).

Für die **Reliabilitätsstudien** wurde eine zufällige Stichprobe von Antragsstellern aus den Umsetzungsstudien gezogen (jeweils für Kinder bzw. Erwachsene). Bei diesen Antragsstellern erfolgte nach Abschluss der Umsetzungsstudie eine Zweiterhebung mit dem neuen Begutachtungsinstrument durch einen zweiten Gutachter. Die Ergebnisse der beiden Erhebungen mit dem neuen Begutachtungsinstrument (Ersterhebung: Umsetzungsstudie; Zweiterhebung: Reliabilitätsstudie) werden zur Beurteilung von Reliabilität und Objektivität des neuen Begutachtungsinstruments sowie zur Abschätzung der Empfindlichkeit des Instrumentes für wichtige Veränderungen herangezogen (Ziel 1 a und 1 b). Überdies ermöglicht die Reliabilitätsstudie die Abschätzung des Zeitbedarfs bei Anwendung des neuen Begutachtungsinstruments: Während in der Umsetzungsstudie jeglicher Zeitbedarf neben dem reinen Ausfüllen von Erhebungsbögen sowohl für das bisher gültige, als auch für das neue Instrument veranschlagt werden muss, kann bei der Reliabilitätsstudie der gesamte Zeitaufwand bei der Begutachtung als genau der Aufwand ausgewertet werden, der für die Begutachtung anhand des neuen Begutachtungsinstruments anfällt (Ziel 5).

Für die **Referenzstudie** erfolgte in einer zweiten zufälligen Stichprobe von Antragstellern der Umsetzungsstudie bei Erwachsenen der Einsatz des Referenzverfahrens⁸, das der vom Begutachtungsverfahren bzw. -Instrument unabhängigen Feststellung kognitiver Einschränkungen dient. Die Erhebung erfolgte ebenfalls als Zweiterhebung zeitversetzt nach Durchfüh-

⁸ Als Referenzverfahren wurde der TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung) eingesetzt. Weitere Angaben zum Referenzverfahren: vgl. Abschnitt 4.2.1.

rung der ersten Begutachtung. Durch den Rekrutierungsablauf war gewährleistet, dass ein Versicherter entweder an der Reliabilitäts- oder an der Referenzstudie teilnehmen konnte⁹. Die Referenzstudie dient der Bewertung der Güte bezüglich der Erkennung bzw. des Umgangs des Instrumentes mit Personen mit kognitiven Einschränkungen (Teilziel 1 a).

4.2 Schematische Darstellung der Studienteile

Die Anordnung der Umsetzungs-, Reliabilitäts- und Referenzstudien lässt sich schematisch wie folgt darstellen:

Anordnung der empirischen Erhebungen				
Untersuchungs- teil	A	B	C	D
Zeitachse				
Instrument	Derzeitiges Begut- achtungsverfahren	Neues Begutach- tungsinstrument	Neues Begutach- tungsinstrument	Referenz- Verfahren
Gutachter	Erster Gutachter (Zugangsgutachter)		Zweiter Gutachter	Untersucher (geschulter Anwender des Referenzverfahrens)
Teilnehmer:	- Erwachsene - Kinder n = 1.300 n = 300		n = 300 n = 100	n = 250 (keine)
Verwertung der Studienteile für die Auswertung	Umsetzungsstudie			
		Daten fließen ein →	Reliabilitätsstudie	
	Daten fließen ein →			Referenzstudie

Erläuterungen

Die Untersuchungsteile A und B stellen die *Umsetzungsstudie* dar. Es fand eine gleichzeitige Anwendung des alten und des neuen Begutachtungsinstrumentes zum Zeitpunkt t_1 statt.

Für die Untersuchung der Reliabilität wurden Daten aus den Untersuchungsteilen B (Teil der *Umsetzungsstudie*) und C herangezogen (*Reliabilitätsstudie*): Es fand hierfür also eine zeitversetzt zweimalige Anwendung des neuen Begutachtungsinstrumentes zu den Zeitpunkten t_1 und t_{2-REL} durch zwei verschiedene Gutachter statt.

⁹ Es fand eine randomisierte Zuteilung zur Reliabilitäts- oder Referenzstudie statt, somit war eine gleichzeitige Teilnahme an Reliabilitätsstudie und Referenzstudie ausgeschlossen (vgl. auch Kapitel 4.2.1).

Für die Untersuchung der Sensitivität und Spezifität in Hinblick auf den Einsatz bei Personen mit kognitiven Einschränkungen wurden Daten der *Umsetzungsstudie* (Studienteile A und B) und des Studienteils D ausgewertet (*Referenzstudie*). Das ausgewählte Referenzverfahren kam nach der Umsetzungsstudie zum Zeitpunkt t_{2-REF} in einer zufälligen Stichprobe der Gesamtstichprobe Erwachsener zum Einsatz.

4.2.1 Randomisierung und Verblindung

Im Rahmen der Umsetzungsstudien fand in allen Fällen erst das gültige und anschließend das NBA Anwendung. Von einer unabhängigen Erhebung durch jeweils zwei verschiedene Gutachter bzw. besonderen Maßnahmen zur Verblindung wurde abgesehen, da die Gefahr einer verzerrten Begutachtung anhand des neuen Instrumentes nach Anwendung des alten Instrumentes nicht gegeben ist.

Die Reliabilitäts- bzw. Referenzstudien wurden jeweils nur in einer zufällig gezogenen Teilstichprobe der gesamten Studienpopulation durchgeführt. Die Zuweisung zu der Referenz- bzw. Reliabilitätsstudie erfolgte durch die Koordinationsstelle im MDS (Essen) gemäß einer dort gelagerten Randomisierungsliste¹⁰.

5 Operationalisierung

5.1 Zu untersuchende Verfahren und ergänzende Erhebungen

In den verschiedenen Studienteilen (Umsetzungsstudie, Reliabilitätsstudie, Referenzstudie) wurden verschiedene Variablen pro Versichertem erhoben.

Das primär zu untersuchende Verfahren stellte das Assessment innerhalb des neu entwickelten Formulargutachtens dar (neues Begutachtungsinstrument), welches in pseudonymisierter Form direkt als Erhebungsbogen diente. Das Instrument kam in der Umsetzungsstudie bei allen Studienteilnehmern zum Einsatz. Des weiteren wurden in der Umsetzungsstudie bei allen Versicherten ausgewählte Informationen aus der derzeit gültigen Begutachtung auf weiteren Erhebungsbögen dokumentiert.

Bei den Personen, die zusätzlich zur Umsetzungsstudie an der Reliabilitätsstudie teilnahmen, wurden ein zweites Mal die (zweiten) Ergebnisse des neuen Assessments dokumentiert, das bei Durchführung des vollständigen neuen Formulargutachtens durch einen zweiten Gutachter resultierte. Außerdem wurde bei den Teilnehmern an der Reliabilitätsstudie die Dauer der Begutachtung, die bei Durchführung des vollständigen Formulargutachtens (Assessment und darüber hinaus gehende Informationen) benötigt wird, erhoben.

Bei den ausgewählten Personen, die zusätzlich zur Umsetzungsstudie an der Referenzstudie teilnahmen, wurden alle Einzelergebnisse des Referenzverfahrens dokumentiert. Als Referenzverfahren kam der „Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsab-

¹⁰ Zu Einzelheiten der Verblindung und Randomisierung wird auf das Studienprotokoll (S. 22ff) verwiesen.

grenzung“ (TFDD¹¹) zum Einsatz. Auf die beiden Items zur Depressionsabgrenzung wurde im Rahmen der Studie verzichtet. Bei dem TFDD handelt es sich um ein gemischtes Assessmentverfahren zur Feststellung kognitiver Einschränkungen, mit dem eine besonders hohe Sensitivität für die Entdeckung beginnender Kognitionsstörungen erreicht werden kann. Zusätzlich erfolgte in allen Studienteilen eine Dokumentation ergänzender Variablen, die zur Beschreibung des Studienkollektivs notwendig sind. Hierzu zählen insbesondere solche Variablen, die der Beschreibung von die Studienteilnahme verweigernden oder die Teilnahme abbrechenden Versicherten dienen.

Die Dokumentation aller Erhebungen erfolgte bei laufender Begutachtung schriftlich auf koordinierten Dokumentationsbögen, die anhand einer eindeutigen Schlüsselnummer für jeden Studienteilnehmer gekennzeichnet waren.

Zusätzlich zu den Erhebungen an den Versicherten wurden alle Gutachter, die Zweiterhebungen im Rahmen der Reliabilitätsstudie durchgeführt haben, zu Aspekten der Praktikabilität des neuen Verfahrens befragt. Ein Muster des entsprechenden Erhebungsbogens findet sich im Anhang.

5.2 Variablen

Im folgenden werden die wesentlichen und auswerterelevanten Erhebungsinstrumente bzw. Variablen dargestellt.

1. Allgemeine studienrelevante Variablen

Für die allgemeine Beschreibung des Studienkollektivs sowie in Hinblick auf geplante stratifizierte bzw. adjustierte Analysen wurden folgende allgemeine Variablen erhoben:

- Geschlecht des Versicherten
- Alter des Versicherten (Geburtsjahr)
- Beantragten Leistungsart (Geldleistungen, Kombileistungen; Sachleistungen; vollstationäre Leistungen; Leistungen nach § 43a SGB XI; keine Angabe/nicht zu ermitteln)
- Begutachtungsart (Erstgutachten; Höherstufungsgutachten; Wiederholungsgutachten)
- Pflegestufenempfehlung der vorangegangenen Begutachtung (nur bei Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtungen) (Pflegestufe I; Pflegestufe II; Pflegestufe III; Härtefall; keine Angabe/nicht zu ermitteln).

2. Dokumentation bei Abbrechern und Versicherten, die die Teilnahme an der Studie bzw. an Studienteilen ablehnen

Es fand eine differenzierte Dokumentation der Gründe statt, die zur Verweigerung an der Studien bzw. an Studienteilen geführt hatte sowie der Gründe, die einen Abbruch der Studie im Verlauf zur Folge hatten.

¹¹ Ihl, R., Grass-Kapanke, B., Lahrem, P., Brinkmeyer, J., Fischer, S., Gaab, N. et al. (2000). Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). Fortschritte der Neurologie Psychiatrie, 68, 413-422.

- Ablehnungen der Teilnahme an den Studien (Umsetzungsstudie, Reliabilitäts- bzw. Referenzstudie wurden differenziert erhoben (Ablehnung durch Versicherten und/oder Angehörigen und/oder Mitbewohner des Versicherten).
- Die Dokumentation der Ausfälle während der Erhebungen erfolgte differenziert nach Grund für den Ausfall (Versicherte(r) ist erschöpft, eingeschlafen; Versicherte(r) hat aus anderen Gründen abgebrochen; Angehöriger, Pflegeperson hat abgebrochen; sonstiges).

3. Variablen aus dem gültigen Begutachtungsverfahren

Bezüglich des derzeit aktuellen Begutachtungsverfahrens wurden ausgewählte Informationen bzw. Begutachtungsergebnisse im Rahmen der Studie dokumentiert (d.h. gemäß Angaben im Begutachtungsformular in den Erhebungsbogen der Studie übertragen). Hierbei handelte es sich im wesentlichen um die ermittelten Zeitbedarfe und Pflegestufenempfehlungen, die Ergebnisse des Assessments zur Feststellung von Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) sowie um soziodemographische Angaben (vgl. Erhebungsbogen im Anhang).

4. Erhebungen anhand des neuen Begutachtungsinstruments

Alle Erhebungen anhand des neuen Begutachtungsinstruments wurden vollständig im Rahmen der Studie dokumentiert und ausgewertet.

Das neue Begutachtungsinstrument umfasst insgesamt drei Teile. Der erste Teil beinhaltet allgemeine Angaben zum Antragsteller und zur Begutachtungssituation, Informationen zur Versorgungssituation und zur Pflegeperson bzw. den Pflegepersonen, Angaben zu Erkrankungen, Funktionseinschränkungen sowie zur bisherigen Entwicklung gesundheitlicher Problemstellungen. Die Fragen des zweiten Teils dienen der Befunderhebung. Der dritte Teil umfasst die acht Skalen bzw. Module des NBA zur Einschätzung von Beeinträchtigungen der Selbständigkeit bei der Durchführung von Aktivitäten und der Gestaltung von Lebensbereichen. Zusätzlich zu den acht Modulen beinhaltet der dritte Teil des neuen Begutachtungsinstruments außerdem Fragen zu besonderen pflegerischen Bedarfskonstellationen, zur Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs sowie Fragen zu präventionsrelevanten Risiken.

In der Umsetzungsstudie kam lediglich der dritte Teil des neuen Begutachtungsinstruments zur Anwendung. Im Rahmen der Reliabilitätsstudie wurde das neue Begutachtungsinstrument in seiner vollständigen Fassung (Formulargutachten) eingesetzt.

5. Erhebungen anhand des Referenzverfahrens: TFDD

Als Referenzverfahren wurde der TFDD ohne den Teil zur Depressionsabgrenzung eingesetzt. Die Angaben für die 9 Einzelitems des Tests (d.h. ohne Depressionsteil) wurden dokumentiert. Die Bewertungen der Antworten bzw. Reaktionen für einzelne Items sowie die Auswertung des Tests erfolgt gemäß offizielltem Durchführungsmanual (vgl. Anhang)¹².

¹² Bei der Anwendung am Probanden werden für die Bearbeitung aller Items jeweils Punkte vergeben, die maximale Punktzahl pro Item im Test variiert zwischen 4 und 12 Punkten. Zur Auswertung des Tests wird die Summe der Punkte gebildet, die maximale Summe im Demenzteil beträgt 50 Punkte. Der vorgeschlagene Cut-off zur Abgrenzung einer Demenz liegt bei 35 Punkten.

Im Einzelnen handelt es sich um folgende Aufgaben bzw. Items:

- Unmittelbare Reproduktion:
 1. Abfrage von 7 in der Umgangssprache unterschiedlich vorkommenden Wörtern, die dem Probanden zuvor vorgelesen worden sind.
- Zeitliche Orientierung:
 2. Frage nach dem Datum
 3. Frage nach möglichen Jahreszeiten
 4. Frage nach aktueller Jahreszeit
 5. Frage nach Monaten, die zu dieser Jahreszeit gehören.
- Anweisungen befolgen:
 6. Graduelle Überprüfung der Fähigkeit, eine vorgegebene Bewegungsabfolge durchzuführen.
- Konstruktive Praxis:
 7. Überprüfung der Fähigkeit, eine Uhr inkl. Uhrzeit zu zeichnen (Uhrentest nach Schema von Sunderland¹³; Auswertung gemäß offiziellem Manual des TFDD).
- Verzögerte Reproduktion:
 8. Abfrage der 7 bei Item 1 vorgelesenen und anschließend selbst gelesenen Wörter.
- Wortflüssigkeit:
 9. Abfrage von bis zu 10 Tiernamen.

6. Erhebungen zur Praktikabilität

Die Erhebung zur Praktikabilität erfolgten größtenteils über Freitext-Variablen. Für einen Überblick sei auf den Anhang verwiesen.

6 Auswahl der Studienteilnehmer

6.1 Studien-Regionen

Die Auswahl der Modellregionen erfolgte vor der Zielvorgabe, dass die in die Studien eingehenden Begutachtungsaufträge ein repräsentatives Abbild des Begutachtungsgeschehens in den Medizinischen Diensten ergeben. In dieser Hinsicht wurden bei der Auswahl der Modellregionen die Kriterien Ost/West, städtisch/ländlich und Nord/Süd berücksichtigt¹⁴.

Die Modellregionen sind (in Klammern der zuständige Medizinische Dienst):

¹³ Sunderland, T., Hill, J.L., Mellow, A.M., Lawlor, B.A., Gundersheimer, J., Newhouse, P.A. y Grafman, J. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 725-729.

¹⁴ Es sind weder Subgruppenanalysen noch stratifizierte Auswertungen bezüglich der Modellregionen vorgesehen.

- Stuttgart und näheres Umland (MDK Baden-Württemberg)
- Berlin (MDK Berlin-Brandenburg)
- Essen (MDK Nordrhein)
- Dresden (MDK Sachsen)
- Ländliche Region in Bayern (MDK Bayern)
- Ländliche Region in Mecklenburg-Vorpommern (MDK Mecklenburg-Vorpommern)
- Ländliche Region in Rheinland-Pfalz (MDK Rheinland-Pfalz)
- Ländliche Region in Thüringen (MDK Thüringen).

In der Vorbereitung der Hauptphase 2 haben die Geschäftsführer aller Medizinischen Dienste sich bereit erklärt, die für die Umsetzung der einzelnen Studienteile notwendigen personellen Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Im Dezember 2007 legte der MDS einen Vorschlag vor, welche MDK gutachterliche Ressourcen zur Durchführung der Feldphasen bereitstellen sollten. Die Geschäftsführer der acht ausgewählten MDK sagten ihre Unterstützung zu. Daraufhin wurden im März 2008 die Ethik-Kommissionen der entsprechenden Ärztekammern über das Modellprojekt informiert und um Auskunft gebeten, ob eine Beratung notwendig sei. Ende April 2008 lagen von allen Ethik-Kommissionen Antwortschreiben vor, nach der keine Beratungspflicht besteht.

6.2 Ein-/Ausschluss-Kriterien

Einschlusskriterien:

In die Gruppe der potenziellen Studienteilnehmer wurden Versicherte eingeschlossen, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt war:

- 1) Vorliegen eines Auftrages für eine Erstbegutachtung¹⁵ oder Höherstufungs-/Wiederholungsbegutachtung (im Folgenden auch Folgebegutachtung genannt)¹⁶ zu beantragten Pflegesachleistungen (§ 36 SGB XI), Pflegegeld für selbst beschaffte Pflegehilfen (sog. Geldleistungen (§ 37 SGB XI)), Kombination von Geld- und Sachleistungen (sog. Kombileistungen (§ 38 SGB XI)) oder vollstationäre Pflege (einschl. der Pflege in vollstationären Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen (§§ 43, 43a SGB XI)).

¹⁵ Aufträge für Erstbegutachtungen werden von Versicherten gestellt, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung keine Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten.

¹⁶ Aufträge für Folgebegutachten betreffen Versicherte, die zum Zeitpunkt der Antragsstellung schon Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz erhalten. Höherstufungsanträge werden von Pflegebedürftigen gestellt, die im Vergleich zum Zeitpunkt der vorangegangenen Begutachtung eine pflegestufenrelevante Erhöhung ihres Hilfebedarfs vermuten und deshalb eine wiederholte Begutachtung bei ihrer Pflegekasse beantragen. Wiederholungsbegutachtungen werden von der Pflegekasse in Auftrag gegeben. Dabei orientieren sich die Pflegekassen in den meisten Fällen an der entsprechenden gutachterlichen Empfehlung des Vorgutachtens.

- 2) Vorliegen eines Auftrages zur Begutachtung eines sog. Überleitungsfalles gemäß § 112 Abs. 2 Satz 5 SGB V, insofern diese vom Medizinischen Dienst in Form eines Einrichtungsbesuches bearbeitet wird¹⁷.

Voraussetzung zur Teilnahme an der Studie war außerdem das Vorliegen der unterschriebenen Einwilligungserklärung, die vor Ort am Tag der Begutachtung eingeholt wurde.

Ausschlusskriterien:

Versicherte wurden nicht eingeschlossen, wenn mindestens eines der nachfolgenden Kriterien erfüllt war :

- 1) Vorliegen eines Auftrages, bei dem keine Prüfung von Pflegebedürftigkeit erfolgt. Dabei handelt es sich u.a. um gutachterliche Stellungnahmen zur Kurzzeit-/Urlaubspflege, Hilfsmittelversorgung und zu wohnumfeldverbessernden Maßnahmen.
- 2) Vorliegen eines Auftrages für ein Widerspruchsgutachten¹⁸.
- 3) Vorliegen eines Auftrages zur Begutachtung sog. Überleitungsfälle gemäß § 112 Abs. 2 Satz 5 SGB V, insofern diese vom Medizinischen Dienst nicht in Form eines Einrichtungsbesuches, sondern als Gutachtens nach Aktenlage (oder auch sonstige Kurzgutachten) bearbeitet werden.
- 4) Vorliegen eines Auftrages, bei dem zum Zeitpunkt der Auftragserteilung bekannt ist, dass der Versicherte in der Zwischenzeit verstorben ist.
- 5) Vorliegen eines Auftrages zur sozialmedizinischen Abklärung von *ausschließlich Teilaspekten* der Pflegebedürftigkeit in den Fällen, in denen kein vollständiges Pflegegutachten erstellt wird.

¹⁷ Bei den Gutachten sog. Überleitungsfälle handelt es sich um Versicherte, die sich zum Zeitpunkt der Antragstellung in einem Krankenhaus (in manchen Fällen: in einer Einrichtung der Rehabilitation) befinden. In diesen Fällen soll dann ein „nahtloser“ Übergang in die (meist vollstationäre) Pflege erfolgen. Für diese Fallkonstellation existiert kein bundeseinheitliches Verfahren. Vielmehr schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit den Landeskrankenhausesellschaften oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsame Verträge, die das Verfahren des Übergangs regeln. Wegen dieser landesspezifischen Vorgehensweisen fließen Pflegegutachten dieser Fallkonstellation auf unterschiedlichem Weg in die Stichprobe ein. Es lassen sich zwei Vorgehensweisen unterscheiden. In den Fällen, in denen diese Aufträge in Form eines vollständigen Pflegegutachtens auf Grundlage eines Einrichtungsbesuches bearbeitet werden, werden sie als Einschlusskriterium berücksichtigt. Im anderen Falle wird auf Grundlage einer Aktenlage ein „Kurzgutachten“ erstellt, das nicht alle inhaltlichen und formalen Anforderungen an ein vollständiges Pflegegutachten erfüllt. In diesen „verkürzten“ Pflegegutachten wird nur gutachterlicherseits festgestellt, ob Pflegebedürftigkeit vorliegt oder nicht. Die Empfehlung einer Pflegestufe wird nicht ausgesprochen. Diese Gutachtenprodukte fließen nicht in die Stichprobe ein (vgl. Ausschlusskriterien, Spiegelstrich 3.). Im Nachgang zur Kurzbegutachtung findet dann eine vollständige Pflegebegutachtung im häuslichen Umfeld des Versicherten statt. Pflegegutachten auf Grundlage solcher Aufträge werden dann gemäß Einschlusskriterien, Spiegelstrich 1, in der Stichprobe berücksichtigt.

¹⁸ Widerspruchsgutachten werden kassenseitig beim MDK in Auftrag gegeben, wenn der Versicherte Einspruch gegen den Leistungsbescheid seiner Kasse eingelegt hat.

Für potenzielle Studienteilnehmer, bei denen die Studiendurchführung wegen zwischenzeitlichen Versterbens oder Nicht-Antreffens zur Begutachtung nicht stattfinden konnte, sowie für Versicherte, bei denen keine Einwilligung zur Teilnahme an der Studie vorlag, wurden die Gründe zur Nichtteilnahme an der Studie sowie eine Auswahl von Stammdaten des Versicherten dokumentiert. Diese Stammdaten umfassen Angaben zum Geschlecht, des Alters und zur Art der beantragten Leistung.

6.3 Stichprobengrößen

Ziel der Stichprobenziehung war ein repräsentatives Abbild der Antragsteller im Begutachtungsgeschehen in den Medizinischen Diensten in Bezug zu Versicherten, für die Aufträge zur Erstbegutachtung bzw. zur Höherstufungs- oder Wiederholungsbegutachtung (Folgebegutachtungen) vorliegen. In den sogenannten Modellregionen wurden 5 bis 10 Gutachter eingesetzt. Die Stichprobenziehung der Versicherten erfolgte dann als konsequente Zufallsstichprobe aus dem „normalen“ Auftragsbestand dieser Gutachter.

Unter Berücksichtigung der Daten zum Begutachtungsgeschehen in den MDK (Begutachtungsstatistik, 2006) wurde zur Erreichung einer praktikablen und aussagekräftigen Auswertung eine Stichprobe im Umfang von 1.500 für die Umsetzungsstudie-Erwachsene festgelegt. Für die Reliabilitätsstudie wurde eine Fallzahl von N=300, für das Referenzverfahren von N=250 anvisiert, wobei für beide Studienteile eine Ablehnungsquote von bis zu 40% erwartet und für die Aussagekraft der Studienergebnisse als akzeptabel angesehen wurde.

Da sogenannte Kinderbegutachtungen lediglich zwischen 2% und 3% des Begutachtungsaufkommens in den Medizinischen Diensten ausmachen, wurde für die Umsetzungsstudie-Kinder eine maximal praktikable Stichprobengröße von 300 Kindern und für die Reliabilitätsstudie von 100 Kindern angestrebt, wobei ebenfalls von einer Ausfallquote von bis zu 40% ausgegangen werden musste.¹⁹

7 Studienablauf

7.1.1 Schulungen der teilnehmenden Gutachter

Die Begutachtungen und Testungen von Versicherten im Rahmen der einzelnen Studienteile wurden von insgesamt 49 Gutachtern vorgenommen. Als Gutachter wurden Pflegefachkräfte und Ärzte eingesetzt, die über eine mehrjährige Berufserfahrung in der Begutachtung verfügen. Im Zeitraum vom 07.04.2008 – 30.04.2008 wurden die teilnehmenden Gutachter in Zusammenarbeit mit den Kooperationspartnern der Hauptphase 1 im Rahmen eines eintägigen Seminars geschult. Im Vorfeld der Schulungen haben die MDK jeweils einen Mitarbeiter benannt, der während der Feldphase die interne Organisation der Datenerhebung im jeweiligen

¹⁹ Dabei wurde bedacht, dass die Begutachtungen von Kindern in vielen Fällen in einem angespannten emotionalen Umfeld stattfinden.

Erhebungszentrum übernimmt und der darüber hinaus während der laufenden Feldphase dem Koordinationszentrum Essen als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Diese Personen nahmen gemeinsam mit den Gutachtern an den Schulungsmaßnahmen teil. Vor den Schulungsseminaren wurde den Teilnehmern – wie im Schulungskonzept des Abschlussberichts von Hauptphase 1 vorgesehen – eine Reihe von Unterlagen zugeschickt, die zunächst einem Selbststudium des NBA dienen sollten. Im einzelnen handelte es sich hierbei um das Begutachtungsassessment, das Begutachtungsformular und das Begutachtungsmanual. Den Gutachtern wurde außerdem der Referenztest TFDD (Test zur Früherkennung von Demenzen) inklusive des Testmanuals zum Zwecke der Vorbereitung und des Selbststudiums zur Verfügung gestellt. An die individuelle Vorbereitung der Gutachter schloss sich das eintägige Schulungsseminar an, das zwei wesentliche Schwerpunkte zum Inhalt hatte:

- 1) Schulung studienrelevanter Aspekte
- 2) Schulung des NBA

Schulung studienrelevanter Aspekte

In einem ersten Schulungsteil wurden die Teilnehmer zunächst über den Hintergrund und die Zielsetzungen des Projektes und der einzelnen Studienteile (Umstudie, Reliabilitätsstudie, Referenzstudie) informiert sowie im Ablauf der anstehenden Datenerhebung geschult (vgl. Studienprotokoll, S. 24-28). Im Fokus standen dabei die folgenden Aspekte:

- Ablaufplan der einzelnen Studienteile
- Vorstellung der Erhebungsformulare und Instruktion zum ordnungsgemäßen Ausfüllen der Erhebungsformulare
- Information der Versicherten und Einholen der Einverständniserklärungen
- Datenschutzbestimmungen
- Logistik der Erhebungsformulare und der Einverständniserklärungen
- Maßnahmen der Verblindung im Rahmen der Reliabilitätsstudie
- Referenzverfahren TFDD
- Klärung und Beantwortung verbliebener Fragen

Die Gutachter wurden insbesondere darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der beiden Verfahren (derzeit gültiges gegenüber NBA) nicht vergleichbar sind bzw. sein müssen. Die Gutachter wurden dahingehend geschult, die Anwendung der jeweiligen Begutachtungsinstrumente in diesem Sinn jeweils unbeeinflusst voneinander durchzuführen.

In einer separaten Besprechung wurden außerdem die zentralen Ansprechpartner der Erhebungszentren in der Umsetzung einer konsekutiven Stichprobengenerierung und das Einhalten der vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien geschult.

Schulung des NBA

Der zweite Teil des Schulungsseminars widmete sich dem NBA und wurde von den Kooperationspartnern des MDK-Westfalen-Lippe durchgeführt. Der zweite Schulungsteil hatte die folgenden Schwerpunkte zum Inhalt:

- Vorstellung der Begutachtungsphilosophie
- Konzeption des Begutachtungsverfahrens und des Instruments
- Informationssammlung und Befunderhebung in der Pflegebegutachtung
- Grundsätzliche Unterschiede zwischen dem alten und neuen Verfahren
- Vorstellung des neuen Gutachtenformulars
- Spezielle Erläuterungen des Erhebungsbogens und der Module sowie des Manuals anhand von vielfältigen konkreten Beispielen aus der Begutachtungspraxis
- Klärung und Beantwortung verbliebener Fragen

Zusätzlich fand im Anschluss an die allgemeine Schulung zum NBA eine separate Besprechung mit den pädiatrisch geschulten Gutachtern statt, in der Besonderheiten der Kinderbegutachtung mit dem NBA vermittelt wurden. Der Schulungsteil zum NBA schloss mit einer praktischen Bearbeitung von 2 Musterfällen, anhand derer die korrekte Anwendung des Instruments durch den jeweiligen Teilnehmer geprüft wurde. Darüber hinaus hatten die teilnehmenden Gutachter während der gesamten Datenerhebungsphase die Gelegenheit via Internet auf der Homepage des MDK-Westfalen-Lippe weitere Musterfälle zu bearbeiten.

7.1.2 Datenerhebung und Datenmanagement

Im Anschluss an die Schulungen der Gutachter begann im Zeitraum vom 28.04.2008 – 05.05.2008 die Datenerhebung in den Erhebungszentren nach dem im Studienprotokoll spezifizierten Ablaufplan (vgl. Studienprotokoll, S. 24-28). Für die Umsetzungsstudie wurden dabei alle Versicherten (Erwachsene und Kinder), deren Begutachtungsanträge die vorab festgelegten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, von jeweils einem Eingangsgutachter zuerst anhand des derzeit gültigen Verfahrens und anschließend anhand des NBA begutachtet. Im Anschluss an die Begutachtung im Rahmen dieses ersten Hausbesuches erfolgte der Versand des Erhebungsbogens an das Koordinationszentrum in Essen. Hier wurden in einem nächsten Schritt diejenigen Daten der Versicherten auf Vollständigkeit überprüft und dokumentiert, die der Koordinierung der Feldphasen dienen sollten. Anhand der Schlüsselnummer des Versicherten und der vorab erstellten Randomisierungsliste erfolgte sodann die Zuweisung derjenigen Antragsteller, die einer Teilnahme an der Folgestudie schriftlich zugestimmt hatten, zur Reliabilitäts- bzw. Referenzstudie sowie der Versand der entsprechenden Erhebungsbögen an die jeweiligen Erhebungszentren. Um den Einfluss des Leistungsbescheides der Pflegekasse auf die Teilnahmebereitschaft des Versicherten bei den Folgestudien möglichst gering zu halten, erfolgte die Rückmeldung zur Folgestudie durch das Koordinationszentrum innerhalb eines Werktages. In den Erhebungszentren wurden nach Erhalt der entsprechenden Erhebungsbögen die Hausbesuche zum Zwecke der Zweitbegutachtung im Rahmen der Reliabilitätsstudie bzw. Referenzstudie zeitnah terminiert und von einem zweiten Gutachter durchgeführt. Die bearbeiteten Erhebungsbögen wurden anschließend an das Koordinationszentrum Essen geschickt, wo die Dokumentation des Fallverlaufs erfolgte. Danach wurden die Erhebungsbögen an das Datenzentrum der Universität Bremen (IPP) zur Datenerfassung weitergeleitet.

Die Datenerhebung für die Umsetzungsstudie-Erwachsene konnte nach Erreichen der angestrebten Fallzahl – wie im Zeitplan vorgesehen – am 31. Juli abgeschlossen werden. Wie bereits im Vorfeld der Datenerhebung vermutet bestanden allerdings in allen acht Erhebungszentren Schwierigkeiten, die angestrebten Fallzahlen für das Studienkollektiv der Kinder zu realisieren²⁰. Die Datenerhebung für die Studienteile Kinder wurde daher bis zum 8. August verlängert.

Dateneingabe

Die Erhebungsbögen wurden bereits im Vorfeld geprüft und optimiert, um eine möglichst wenig fehleranfällige Dateneingabe zu gewährleisten. Die elektronische Datenerfassung mit Prüfeingabe erfolgte in Bremen durch geschultes Personal anhand einer speziell programmierten Eingabemaske, die – angepasst an den Erhebungsbogen – nur bestimmte Einträge zulässt. Während des Prozesses erfolgten zusätzlich erste Plausibilitätsprüfungen der Daten. Die Eingabe der Bögen für die einzelnen Studienteile wurde getrennt vorgenommen. Die Zuordnung verschiedener Bögen zur selben Person erfolgte über die vorab vergebene, Antragsteller-spezifische Studien-ID (Schlüsselnummer).

Datenhaltung

Für die Daten der Studie wurde eine eigene ACCESS-Datenbank konzipiert. Die Datenhaltung der pseudonymisierten Primärdaten erfolgte in Bremen (Datenzentrum). Der Zugang zur Datenbank war aus Datenschutzgründen auf wenige Personen (Studienleitung, Dokumentarin, Statistiker) beschränkt. Die Studiendatenbank und die zugehörigen Eingabemasken wurden von einer erfahrenen Dokumentarin in einer ACCESS-Umgebung programmiert. Die relationale Datenbank wurde in ihrer Struktur den unterschiedlichen Erhebungsbögen für die Teilstudien bzw. für Erwachsene und Kinder angepasst. Für die Auswertung wurden die Daten der ACCESS-Datenbank mittels validierter Verfahren in SAS-Datendateien exportiert.

Datenschutz

Die Projektnehmer erhielten aus den beteiligten MDK pseudonymisierte Datensätze. Die Einhaltung des Datenschutzes in den beteiligten MDK war damit gewährleistet. Weder Mitarbeiter im MDS (einschl. des Koordinationszentrums) noch projektbeteiligte Mitarbeiter der Universität Bremen konnten anhand der übermittelten Datensätze Rückschlüsse auf die Identität der untersuchten Personen ziehen. Die Auswertungen erfolgten nur aus pseudonymisierten Daten.

Die Pseudonymisierungsschlüssel (= Begutachtungslisten) verblieben in den jeweiligen MDK und werden nach Abschluss der Hauptphase 2 vernichtet (= Anonymisierung).

²⁰ Kinderbegutachtungen machen generell nur einen sehr geringen Anteil des Begutachtungsgeschehens in den MDK aus. In den acht Erhebungszentren betrug 2007 der mittlere Anteil der Kinderbegutachtungen (Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren) an der Gesamtzahl aller Erst-, Wiederholungs- und Höherstufungsbegutachtungen gerade einmal 1,8%.

Die Aufbewahrung der Daten im Koordinationszentrum (MDS) und im Datenzentrum Bremen erfolgte in abschließbaren Schränken und in Computern, die mit einem Passwort versehen sind. Zugang zu den Daten haben lediglich Personen, die an der Hauptphase 2 beteiligt sind. Die jeweiligen Landesdatenschutzgesetze werden eingehalten.

Namen und Anschrift des Versicherten verlassen nicht den MDK. Keine der beteiligten Mitarbeiter des Projektes sind in der Lage, anhand der Erhebungsbögen Rückschlüsse auf Namen und Adresse des Versicherten zu ziehen.

8 Datenauswertung

Der Bewertungsalgorithmus wurde auf Basis der Dokumentation von und in Rücksprache mit der Hauptphase 1 in der Statistiksoftware SAS neu programmiert. Neben Datenbank-technischen Gründen und Änderungen des neuen Erhebungsinstruments wurde auch deshalb bewusst entschieden, nicht den von der Hauptphase 1 für die Pretestdaten in SPSS programmierten Bewertungsalgorithmus zu übernehmen, weil so ein unabhängiges System zur Validierung des Verfahrens bereitsteht. Die Datenaufbereitung und die Analysen wurden mit der Statistiksoftware SAS 8.12 durchgeführt.

9 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Der gesamte Studienablauf zeichnete sich auf allen Stufen der Datenerhebung, Dateneingabe, Datenbereinigung und Datenauswertung durch spezifische Maßnahmen zur Qualitätssicherung aus.

9.1 Qualitätssicherung im Koordinationszentrum in Essen

Vom Koordinationszentrum in Essen wurden drei wesentliche Beiträge zur Qualitätssicherung geleistet. Neben den Schulungen erfolgte in Essen während der gesamten Feldphase die Überwachung der Rekrutierung innerhalb der einzelnen Modellregionen. Die Überwachung beinhaltete:

- Zentrale Zusammenführung der Meldungen aller potenziellen bzw. eingeschlossenen Studienteilnehmer (EDV-Dokumentation)
- Koordination der Begutachtungstermine für Zweiterhebungen (Reliabilitäts- und Referenzstudie)
- Logistik der Erhebungsbögen zwischen MDK (Gutachtern/zentralen Ansprechpartnern) und Koordinationszentrum
- Organisation des Rekrutierungsstopps bei erreichter Fallzahl.

Bei allen Rückfragen und Problemen, die während laufender Studie in den teilnehmenden MDK auftraten, dienten Mitarbeiter im Koordinationszentrum als primäre Ansprechpartner.

Vom Koordinationszentrum Essen wurden die pseudonymisierten Erhebungsbögen per Post nach Bremen versandt. Die Ausgänge Essen und Eingänge Bremen wurden durch regelmäßigen telefonischen Abgleich auf Vollständigkeit kontrolliert.

9.2 Qualitätssicherung in den durchführenden MDK (externe Audits)

9.2.1 Durchführung

Um eine studienkonforme Rekrutierung und Datenerhebung sicher zustellen, wurden im Zeitraum vom 6. Mai bis 22. Mai 2008 von einem wissenschaftlichen Mitarbeiter des Datenzentrums Bremen (IPP) Audits in den Erhebungszentren durchgeführt. Diese Audit-Besuche fanden laut Studienprotokoll unter der Beachtung folgender Schwerpunkte statt:

- Umsetzung der konsekutiven Stichprobengenerierung,
- Anwendung der Ein- Ausschluss-Kriterien,
- Vorliegen der Einwilligungserklärung,
- Einhaltung der Datenschutzbestimmungen.

Die Audits beinhalteten in der Regel einen Besuch im jeweiligen Erhebungszentrum sowie die Begleitung eines Gutachters bei ein bis zwei Hausbesuchen bzw. Einrichtungsbesuchen bei den Antragstellern.

In den Erhebungszentren wurden Gespräche mit den Verantwortlichen für die Studie und mit Gutachtern geführt. In diesen Gesprächen wurde nach dem Verlauf der Studie und aufgetretenen Fragen und Problemen gefragt. Darüber hinaus berichteten die Studienverantwortlichen und die Gutachter von ihren Eindrücken über das NBA. In den Erhebungszentren fand ebenfalls die Einsichtnahme in die Studiendokumente, insbesondere die Versicherteneinwilligungen und die Begutachtungslisten, sowie die Demonstration der Auswahl der Antragsteller für die Studie unter Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien statt.

Bei der Begleitung eines Gutachters bei ein bis zwei Hausbesuchen bzw. Einrichtungsbesuchen erfolgten die Beobachtung der Begutachtung unter besonderer Berücksichtigung der Versichertenaufklärung und der Einholung der Einwilligungen sowie die Beobachtung des Vorgehens bei der Begutachtung nach dem neuen Begutachtungsverfahren und der Verwendung des Begutachtungsmanuals. In den anschließenden Gesprächen mit den Gutachtern wurden deren Fragen geklärt, die während der Begutachtung auftraten. Zudem fragte der Auditor nach den Erfahrungen der Gutachter mit dem NBA.

Kinderbegutachtungen wurden in allen MDK zum Zeitpunkt der Audits nur in geringem Umfang durchgeführt. Es konnte aus terminlichen Gründen kein Hausbesuch zu einem Kindergutachten begleitet werden. Stattdessen hat der Auditor persönliche oder telefonische Gespräche mit Gutachtern geführt, die bereits Kindergutachten vorgenommen haben, um speziell nach Erfahrungen und Problemen beim Ablauf von Kindergutachten zu fragen.

9.2.2 Ergebnisse

Allgemeines

Es wurden alle beteiligten Erhebungszentren besucht. Mit einer Ausnahme konnte in allen Erhebungszentren ein Hausbesuch bzw. Einrichtungsbesuch eines Gutachters begleitet werden. In einem Fall konnte kein Gutachter begleitet werden. Als Begründung wurde zum einen angegeben, dass die Antragsteller, die durch die Teilnahme an der Studie bereits belastet sind, durch die Begleitung beim Hausbesuch nicht zusätzlich belastet werden sollten. Zum anderen wurde angegeben, dass im ländlichen Raum die Begleitung eines Gutachters aufgrund der großen Entfernungen schwer zu organisieren sei.

Organisation der Studiengutachten

In der Mehrheit der Erhebungszentren führen die Gutachter von Beginn der Feldphase an nur Gutachten im Rahmen der Studie durch, solange bis die angestrebte Fallzahl erreicht ist. Lediglich in einem MDK führten die Gutachter aus logistischen Gründen auch reguläre Gutachten außerhalb des Rahmens dieser Studie durch. In der Regel werden die ausgefüllten Erhebungsbögen vor Absendung an das Koordinationszentrum Essen nicht oder nur oberflächlich in den Erhebungszentren geprüft. In einem MDK erfolgt dagegen eine intensive Kontrolle der Bögen im Hinblick auf Vollständigkeit und Plausibilität durch zwei Mitarbeiterinnen.

Umsetzung der konsekutiven Stichprobenziehung

In der Regel wurden alle Antragsteller, die den geschulten Gutachtern für die Haus- und Einrichtungsbesuche zugeordnet wurden, in die Studie eingeschlossen, sofern die Antragsteller ihre Zustimmung gaben. Im Folgenden werden die Ausnahmen und die getroffenen Maßnahmen zur Korrektur beschrieben:

- In einem MDK wurden vor dem Audit-Besuch konsekutiv nur ambulante Anträge eingeschlossen, jedoch keine stationären. Daher wurde im Anschluss an den Besuch die weitere Stichprobenziehung für diesen MDK geschichtet, so dass auch ausreichend stationäre Anträge eingeschlossen werden konnten (vgl. hierzu auch Abschnitt 5.1).
- In einem der teilnehmenden MDK wurden zu Beginn der Studie die Versicherten konsekutiv in die Studie eingeschlossen. Das Erhebungszentrum hat dann die Erfahrung gemacht, dass bestimmte Gruppen von Versicherten regelmäßig die Teilnahme an der Folgestudie ablehnten. Es handelte sich dabei überwiegend um ambulante Anträge. Als Grund wurde angegeben, dass die Angehörigen und/oder Betreuer nicht bereit waren, für die Teilnahme an der Studie einen zweiten Termin zu vereinbaren. Dies führte dazu, dass von da an im Erhebungszentrum bei einem Teil der Antragsteller eine Vorauswahl für die Teilnahme getroffen wurde, damit die Wahrscheinlichkeit der Teilnahme an der Folgestudie hoch ist. Nach Beratung durch den Auditor wurde wieder konsekutiv rekrutiert.

- In zwei der Erhebungszentren berichteten Gutachter, dass sie in insgesamt drei Fällen nicht die Einwilligung zur Teilnahme an der Folgestudie eingeholt haben. Als Begründung wurde der schlechte Allgemeinzustand der Antragsteller genannt. Die Erhebungszentren (auch alle anderen) wurden daraufhin beraten, dass alle Antragsteller konsekutiv zur Teilnahme an der Folgestudie gefragt werden müssen. Die Antragsteller selbst haben schließlich (beispielsweise bei einem schlechten Allgemeinzustand) die Möglichkeit der Ablehnung.

Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien

Die Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien fand in der Regel bei der Tourenplanung statt. Da bei Hospizbewohnern meist eine Antragsbearbeitung nach Aktenlage stattfindet, wurden diese nicht in die Studie eingeschlossen. Die Anwendung der Ein- und Ausschlusskriterien erfolgte regelhaft, die einzige Ausnahme wird hier vorgestellt:

Wie bereits oben beschrieben wurden in einem der MDK vor dem Audit-Besuch nur ambulante jedoch keine stationären Anträge eingeschlossen, mit der Begründung, dass bei stationären Anträgen bis vor dem 1. Juli 2008 normalerweise kein vollständiges Gutachten durchgeführt wurde, da ein PEA-Assessment nicht erforderlich war. Dies konnte durch eine geschichtete Stichprobenziehung behoben werden.

Vorliegen der Einwilligungserklärungen

Alle Einwilligungserklärungen lagen vor.

Einhaltung der Datenschutzbestimmungen

Die Datenschutzbestimmungen wurden eingehalten. Die Erhebungszentren wurden darauf hingewiesen, dass nach Abschluss der Studie die Begutachtungslisten und die Einwilligungserklärungen datenschutzrechtlich korrekt vernichtet werden müssen.

Vorgehen bei der Begutachtung nach dem NBA und Verwendung des Begutachtungsmaterials

Im Folgenden werden die Unterschiede bei der Begutachtung nach dem NBA in den verschiedenen MDK beschrieben:

- Sechs MDK erstellten Gutachten nach dem derzeit gültigen Verfahren am PC, lediglich zwei MDK in Papierform. Mit einer Ausnahme wurden die Gutachten nach dem neuen Verfahren auf Papier bearbeitet. In einem MDK wurden in der Umsetzungsstudie das derzeit gültige Gutachten sowie das NBA am PC angefertigt. Es wurde das vom MDS erstellte Wordformular verwendet, das lediglich um einige Freitextfelder ergänzt wurde. Für die Reliabilitäts- beziehungsweise die Referenzstudie wurde wiederum die Papierdokumentation verwendet. Damit sollte verhindert werden, dass sich die Gutachter im Intranet die Vorgutachten ansahen.
- In der Regel wurden in der Umsetzungsstudie für das NBA relevante Informationen aus dem derzeit gültigen Gutachten übernommen und nicht doppelt abgefragt. Es wurden durch Zusatzfragen lediglich Teilbereiche nachgefragt, die das derzeit gültige Verfahren nicht abdeckt, wie beispielsweise die außerhäuslichen Aktivitäten. Ledig-

lich in einem Fall wurde nach Abschluss des derzeit gültigen Verfahrens das NBA komplett durchgegangen.

- Das NBA wurde in der Regel nach den Hausbesuchen im Anschluss an die Überarbeitung des derzeit gültigen Gutachtens endgültig fertig gestellt. Bei dieser Gelegenheit wurde das Manual nur dann verwendet, wenn Fragen oder Unklarheiten bestanden. Lediglich in einem Fall war der Gutachterin das Manual nicht bekannt. Sie verwendete stattdessen bei Unklarheiten während der Begutachtung die Folien aus der Gutachterschulung. Sie wurde durch den Auditor darauf hingewiesen, zukünftig das Manual zu verwenden.

Versichertenaufklärung und Einholung der Einwilligungserklärungen

Die Versichertenaufklärung und Einholung der Einwilligungserklärungen erfolgte regelgerecht. Lediglich in einem Fall wurde vergessen, das Informationsblatt auszuhändigen, und in einem Fall erfolgte die Aufklärung zur Folgestudie nicht vollständig.

9.2.3 Beratung

Im gesamten Verlauf des Besuchs leistete der Auditor Beratung. Einen Überblick über die Inhalte der Beratung bietet die folgende Auflistung:

- Alle Versicherten, die in die Tourenplanung für die beteiligten Gutachter kommen, müssen ohne Ausnahme zur Teilnahme an der Studie gefragt werden. Es darf in den Erhebungszentren keine Vorselektion geben.
- Alle Versicherten, die ihr Einverständnis für die Studie gegeben haben, müssen zur Teilnahme an der Folgestudie gefragt werden. Es darf keine Vorselektion durch die Gutachter geben.
- Bei der Versichertenaufklärung soll immer das Informationsblatt ausgehändigt werden. Ausnahme: In Fällen, in denen der Antragsteller einen gesetzlichen Betreuer hat, der Betreuer aber nicht beim Gutachten anwesend ist, wird der Betreuer telefonisch informiert und um sein Einverständnis gebeten. Die Unterschrift kann dann stellvertretend von dem Gutachter vorgenommen werden, mit dem Hinweis der telefonischen Aufklärung und Einverständniserklärung durch den Betreuer. Das Informationsblatt für den Betreuer kann beim Antragsteller bzw. im Heim hinterlegt werden.
- Beim Ausfüllen des NBA soll bei Unklarheiten das Begutachtungsmanual verwendet werden.
- Wenn die Gutachter im ausgefüllten Bogen Änderungen vornehmen, werden sie gebeten in einem kurzen Vermerk anzuführen, wer wann was geändert hat.
- Die Gutachter sollen auf mögliche Widersprüche beim Ausfüllen des Formulars achten. Insbesondere sollen die Gutachter darauf achten, dass wenn gesetzte Kreuze geändert werden, dann auch evtl. damit zusammenhängende andere Angaben geändert werden müssen, da ansonsten Widersprüche entstehen können.
- Beim Hausbesuch zur Reliabilitätsstudie sollen den Gutachtern dieselben Unterlagen zur Verfügung stehen wie den Gutachtern bei der Umsetzungsstudie, um bei der

Zweiterhebung möglichst gleiche Bedingungen wie bei der Ersterhebung herzustellen.

- Bei der Aufklärung der Antragsteller über den Zweitbesuch (Reliabilitäts- bzw. Referenzstudie) sollen die Gutachter eine neutrale Formulierung wählen und nicht beispielsweise sagen, dass „dasselbe noch einmal“ durchgeführt wird, da zwei sehr unterschiedliche Instrumente zum Einsatz kommen.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass im Rahmen der Audits keine schwerwiegenden Protokollverletzungen festgestellt werden konnten. Für sämtliche aufgetretenen Schwierigkeiten konnten zeitnah Lösungen gefunden.

9.2.4 Anmerkungen und Fragen der Gutachter

Im Folgenden werden häufige Anmerkungen und Fragen der Gutachter zum NBA aufgeführt, die im Laufe der Audits geäußert wurden und nicht unmittelbar z.B. mittels des Begutachtungsmanuals geklärt werden konnten.

Insgesamt wurden Gespräche mit 11 Gutachtern geführt. Die Anmerkungen der Gutachter sind als Einzelmeinungen zu verstehen, die während der Audits zu einem sehr frühen Zeitpunkt bei Beginn der Feldphase geäußert wurden.

Anmerkungen der Gutachter zu den Begutachtungen von Erwachsenen

- Es bestand Unsicherheit darüber, wie eine Frage nach „Mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen“ bei vorgegebenen Ja/Nein-Kategorien (Fragen zu A2) beantwortet werden soll, wenn der Antragsteller es mal kann und mal nicht? Den Gutachtern fehle an dieser Stelle eine Kategorie „teilweise“ o.ä.
- Die Fragen nach „Veränderungen innerhalb der letzten Wochen/Monate“ seien unklar, da der Zeitraum ziemlich beliebig sei. Der Zeitraum müsse besser eingegrenzt werden.
- Wenn die Fragen nach Veränderungen der letzten Wochen/Monate nur schwer zu beurteilen sind, seien auch die Fragen nach Möglichkeiten der Verbesserung nur schwer zu beantworten.
- Die Fragen nach Möglichkeiten der Verbesserung seien zum Beispiel bei Krebspatienten manchmal schwer zu beantworten, wenn nicht klar ist, wie der weitere Fortgang ist (z. B. ob noch Chemotherapie gegeben wird oder nicht).
- Bei Modul 5 fehle ein Item „Subcutan-Infusionen“.
- Die Erläuterungen im Handbuch zu Modul 6 seien zu knapp und daher nicht sehr hilfreich.

Anmerkungen der Gutachter zu Kinderbegutachtungen:

- Die Formulierungen der Items des NBA seien nicht auf Kinder abgestimmt.
- Die Gutachter gaben an, während eines Hausbesuchs in ihrer Denkweise „umschalten“ zu müssen: Beim derzeit gültigen Verfahren muss der Entwicklungsstand der Kinder berücksichtigt werden, beim neuen Verfahren soll er nicht berücksichtigt werden. Das gleichzeitig zu berücksichtigen fällt den Gutachtern schwer.
- Die Zeitspanne zwischen erstem und zweitem Hausbesuch könne bei Kindern sehr lang werden, da es bei Kindergutachten regelmäßig schwierig sei, einen Termin zu bekommen (Ferien, Kind ist beim Facharzt, Kind ist in der Schule etc.).
- Einige Gutachter hatten den Eindruck, dass man bei einigen Fragen im NBA für Kinder entgegen den Ausführungen in den Gutachterschulungen dennoch den Entwicklungsstand berücksichtigen müsse, z.B. bei der Kognition oder auch bei mehrschrittigen Alltagshandlungen. Die Ausführungen im Manual sprechen hier von Anpassung an die Alltagswelt des Kindes.
- Bei einigen Fragen im NBA für Kinder solle eine Kategorie „nicht zu beurteilen“ dabei sein, z.B. sei bei einem neun Monate alten Kind das Gedächtnis eigentlich nicht zu beurteilen. Man könne versuchen, diese Beurteilung über die Eltern vornehmen zu lassen, was mit großer Unsicherheit verbunden wäre. Ein ähnliches Problem bestehe bei einem Kind, das nur türkisch spricht.
- Die Fragen zur Rehabilitation im NBA für Kinder seien bei einem Kleinkind nicht sinnvoll.

Weitere allgemeine Anmerkungen der Gutachter:

- Gut an dem neuen Verfahren sei, dass die Fragen nach Häufigkeit und Minutenwerten wegfallen würden.
- Gut an dem neuen Verfahren sei, dass das neue Instrument umfassender sei als das derzeit gültige Verfahren.
- Das NBA könne, so äußerten sich mehrere Gutachter, Probleme bei Widersprüchen verursachen, da man nur die „Kreuzchen“ hätte und keine Erläuterungen dazu. Es fehlten größtenteils die Begründungen, warum in jedem einzelnen Fall das eine oder andere angekreuzt wurde.
- Zwei Gutachter äußerten, das derzeit gültige Verfahren sei letztlich individueller, da viele Detailinformationen über den Versicherten im Freitext festgehalten werden können. Die Situation des Versicherten könne somit individueller beschrieben werden.
- Gutachter merkten an, dass der Referenztest den Versicherten schwer zu vermitteln sei. Ein Gutachter hat zur Lösung die Formulierung gefunden, „dass der Referenztest nicht den Versicherten testet, sondern das neue Gutachteninstrument“. Ansonsten fühlten sich die Versicherten unberechtigtweise getestet.
- Es besteht bei den Gutachtern dahingehend Unsicherheit, dass bei einigen Fragen nur Mobilitätsaspekte, bei anderen Fragen nur kognitive Aspekte und bei wiederum anderen Fragen sowohl Mobilitätsaspekte als auch kognitive Aspekte berücksichtigt werden sollen. Dies sei verwirrend.

- Es besteht Unklarheit über die Gesamtzeit, die ein Gutachten nach dem neuen Verfahren benötigen würde. In der Reliabilitätsstudie werde nur erhoben, wie lang der Hausbesuch dauerte, und wie lang eventuell eine Nachbearbeitung des Formulars in dauerte. Es fehle die Zeit, die benötigt werde, um das Gutachten für die Pflegeversicherung zu formulieren.

Insgesamt gaben die Gutachter zu einem frühen Zeitpunkt wertvolle Hinweise für die Interpretation der Ergebnisse sowie für den weiteren Entwicklungsprozess des neuen Begutachtungsverfahrens. Die Tatsache, dass die Gutachter im Rahmen der Umsetzungsstudie in ihrer Denkweise „umschalten“ müssten, da sie zwei Gutachten mit unterschiedlicher „Begutachtungsphilosophie“ kurz nacheinander durchzuführen haben, kann sich ungünstig auf die Reliabilität auswirken, da die Denkweise nach dem derzeitigen Verfahren zu abweichenden Einschätzungen im NBA führen kann. Viele weitere Anmerkungen könnten in zukünftigen Gutachterschulungen aufgegriffen und dort besprochen werden sowie Hinweise für Überlegungen zur Gestaltung der Antwortmöglichkeiten im NBA geben.

9.3 Qualitätssicherung der Daten (Datenzentrum Bremen)

9.3.1 Datenerhebung

Im Vorfeld der Erhebungsphase wurden die Erhebungsbögen durch erfahrenes Erhebungs- und Erfassungspersonal optimiert. Ergänzend zum von der Hauptphase 1 erstellten Manual zum NBA erfolgte in Zusammenarbeit mit der Hauptphase 1 eine Schulung der Gutachter (vgl. Abschnitt 4). Die Steuerung und Kontrolle der Rekrutierung erfolgte durch das Koordinationszentrum Essen (MDS). Dort wurden anhand der studienteilspezifischen Randomisierungslisten die Versicherten der Umsetzungsstudie den Folgestudien zugewiesen und die entsprechenden Erhebungsbögen an die Erhebungszentren weitergegeben, der Rücklauf der ausgefüllten Erhebungsbögen dokumentiert und das betreute Korrekturverfahren koordiniert.

Zusätzlich wurden Audits bei den einzelnen Erhebungszentren zum Verfahren vor Ort durchgeführt, um eine studienkonforme Rekrutierung und Datenerhebung in den einzelnen Studienzentren zu gewährleisten.

9.3.2 Datenbank

Die Programmierung der Datenbank wurde durch eine zweite Dokumentarin überprüft. Die Validität der Programmierung wurde zusätzlich dadurch gewährleistet, dass bereits validierte ACCESS-Programmmodule zum Einsatz kamen, die bestimmte Teilfunktionen einer Datenbank abdecken. Die Funktionalität der Datenbank wurde durch Testeingaben überprüft.

9.3.3 Datenerfassung

Das eingebende Personal wurde speziell für die studienbezogenen Erhebungsbögen geschult. Erfassungsbögen und Konzeption der Eingabemasken wurden im Vorfeld aufeinander abgestimmt. Dies erlaubt eine Steuerung der Eingabe bei der Erfassung der auf Papier festgehaltenen Daten und reduziert so mögliche Eingabefehler. Dabei werden die Eingabemöglichkeiten itemspezifisch beschränkt und gleichzeitig ablaufende Plausibilitätsprüfungen verhindern die Eingabe unsinniger Antwortkombinationen.

Die verantwortliche Dokumentarin betreut die Eingaben und prüft die Qualität der eingegebenen Daten. Für die Dateneingabe wurde ein Eingabemanual erstellt, in dem die genaue Vorgehensweise, speziell bei nicht eindeutigen oder fehlenden Informationen, beschrieben ist. Mögliche Eingabefehler wurden zusätzlich durch Prüfeingaben identifiziert und korrigiert.

9.3.4 Datenqualität

Eine Erstkontrolle der ausgefüllten Erhebungsbögen erfolgte bereits im Koordinationszentrum Essen (Vollständigkeit, Erfassung von Basisdaten), wo die Erhebungsbögen der verschiedenen Erhebungszentren zunächst gesammelt wurden. Während der Erfassung der gesamten Bögen in Bremen erfolgt eine zweite Sichtkontrolle und Datenfehler bzw. Unstimmigkeiten wurden im Bogen markiert. Nach der Erfassung wurde neben der Datenprüfung hinsichtlich der Qualität der Erhebung und der Erfassung auch die Nutzbarkeit der Daten für die Auswertung geprüft. Hier stand im Vordergrund, die Vollständigkeit speziell der Variablen zu überwachen, die für die Auswertung unbedingt notwendig sind. Hierunter fallen z.B. alle Variablen des neuen Begutachtungsinstruments, die im Bewertungsalgorithmus Verwendung finden.

Die im Prüfungsverfahren auffällig gewordenen Erhebungsbögen wurden mit entsprechenden Markierungen im Erhebungsbogen und einem individuell erstellten, detaillierten Protokoll an die Erhebungszentren bzw. Gutachter zur Überarbeitung zurückgesandt. Nach erfolgter Bearbeitung wurden die Korrekturen entsprechend dem Korrekturprotokoll in der Datenbank vorgenommen.

Bei der differenzierten Betrachtung der aufgetretenen Datenfehler fiel auf, dass im Erhebungsinstrument einige Problemfelder vorhanden waren, die eine deutlich höhere Fehlerhäufigkeit aufwiesen. Speziell beim neuen Begutachtungsinstrument betraf dies die Items zu außergewöhnlichen Bedarfslagen, das Modul ‚Selbstversorgung‘ (Modul 4: ca. 42% aller Fehler), das Modul ‚Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen und Belastungen‘ (Modul 5: ca. 12% aller Fehler) und die Items zur Prävention und Rehabilitation (ca. 21% aller Fehler). Die Probleme in Modul 4 betrafen vor allem Unplausibilitäten bei der Kombination der Items zu Sonden-/parenteraler Ernährung und zu Essen/Trinken sowie bei der Kombination der Items zu Inkontinenz und künstliche Ausscheidungshilfen mit Items zu Ausscheidungen. Dies machte es notwendig, zusätzliche Bearbeitungshinweise für die Gutachter zu erstellen sowie Nachschulungen der Gutachter durchzuführen. Es wurde daher im ersten Durchlauf des Korrekturverfahrens die Korrektur der Bögen von einem Mitarbeiter vor Ort betreut.

Gemessen an der Gesamtanzahl von 284 Items je Erhebungsbogen bei z.B. der Umsetzungsstudie-Erwachsene war die Fehlerquote gering. Die zeitversetzt später begonnene Reliabilitätsstudie (insgesamt 253 Items), in der ebenfalls das neue Begutachtungsinstrument zum Einsatz kommt, weist eine geringere Anzahl von Fehlern auf. Dies kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass die eingeleiteten Maßnahmen zur Qualitätssteigerung gegriffen haben.

Insgesamt haben sich die früh begleitend durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätsprüfung haben sich als sinnvoll und effektiv erwiesen. Insbesondere konnte durch die gute logistische Anbindung zwischen Erhebungszentren, Koordinations- und Datenzentrum eine zeitnahe Einleitung von Qualitätssicherungsmaßnahmen ermöglicht werden, deren positive Auswirkungen bereits in der laufenden Erhebungsphase deutlich wurden.

10 Ergebnisse

Aus den Primärdaten der Studienteilnehmer, d.h. aus sämtlichen erhobenen Daten wurde ein Analysendatensatz generiert, der nur noch die Personen enthielt, deren Daten hinsichtlich Vollständigkeit und Qualität den Datenerfordernissen aller Analysen entsprachen. Ziel war es, konsistente Zahlen in den verschiedenen Analysen zu präsentieren.

Es wurden im Analysedatensatz der Erwachsenen drei Teilgruppen unterschieden:

- Gruppe I umfasste die Teilnehmer der Umsetzungsstudie, die Vollständigkeit bei den Daten zur Demographie und Art des Gutachtens, den Daten zum derzeit gültigen Verfahren und den Daten zum neuen Verfahren (Erstbegutachtung) aufwiesen.
- Gruppe II umfasste die Teilnehmer der Reliabilitätsstudie, die vollständige Daten zur Demographie sowie vollständige Daten zum neuen Verfahren der ersten und der zweiten Begutachtung aufwiesen.
- Gruppe III umfasste die Teilnehmer der Referenzstudie, die Vollständigkeit bei den Daten zur Demographie, den Daten zum NBA der ersten Begutachtung und den Daten des Referenzverfahrens aufwiesen.

Im Analysedatensatz der Kinder wurden zwei Teilgruppen unterschieden:

- Gruppe I umfasste die Teilnehmer der Umsetzungsstudie, die Vollständigkeit bei den Daten zur Demographie und Art des Gutachtens, den Daten zum derzeit gültigen Verfahren und den Daten zum neuen Verfahren (Erstbegutachtung) aufwiesen.
- Gruppe II umfasste die Teilnehmer der Reliabilitätsstudie, die vollständige Daten zur Demographie sowie vollständige Daten zum neuen Verfahren der ersten und der zweiten Begutachtung aufwiesen.

Zu bestimmten Einzelschritten des Bewertungsalgorithmus wurden von der Hauptphase 1 alternative Vorgehensweisen vorgeschlagen. Diese sind im Folgenden dargestellt.

(a) Berücksichtigung von besonderen Bedarfskonstellationen: Die besonderen Bedarfskonstellationen werden verwendet, um Härtefälle zu definieren. Zunächst wird festgestellt, ob mindestens eine der relevanten besonderen Bedarfskonstellationen vorliegt. Danach werden alternative Bewertungsverfahren vorgeschlagen:

- Variante 1: Wird durch den Gesamtscore die neue Pflegestufe P4 erreicht und liegt mindestens eine besondere Bedarfskonstellation vor, so liegt ein Härtefall vor.
- Variante 2: Liegt mindestens eine besondere Bedarfskonstellation vor, so wird die durch den Gesamtscore erreichte neue Pflegestufe um eine Stufe erhöht.
- Variante 3: Unabhängig von den besonderen Bedarfskonstellationen liegt ab einem bestimmten Gesamtscorewert (hier 86 auf einer Skala von 0-100) ein Härtefall vor.

(b) Sonderregeln für 2 Items in Modul 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen): Durch eine stärkere Gewichtung der Items „Nächtliche Unruhe“ und „Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten“ soll die hohe Relevanz dieser Teilaspekte der Pflegebedürftigkeit eine größere Berücksichtigung finden.

- Version 1: Falls für die Items „Nächtliche Unruhe“ oder „Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten“ hohe Itemwertungen vorliegen, dann soll dies bereits zur maximalen Modulwertung führen.
- Version 2: Keine Sonderregeln für diese zwei Items.

Da sich die Versionen in den meisten Ergebnissen nur minimal unterscheiden, wurden bei allen Analysen, in denen es nicht besonders vermerkt wurde, die von Hauptphase 1 präferierte Variante 1 bzw. Version 1 verwendet. An der Stelle, wo davon abgewichen wurde, wird gesondert darauf hingewiesen.

Obwohl sich das derzeitige und das neue Begutachtungsinstrument durch die Einteilung in Pflegestufen ähnlich sind, gilt die inhaltliche Gleichsetzung von bestimmten Pflegestufen nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren und nach dem NBA nur mit Einschränkungen. Ein direkter Vergleich der beiden Instrumente ist nur bedingt möglich, auch wenn sie Ähnliches messen. Das NBA nimmt eine neue Kategorisierung von Pflegebedürftigkeit vor, die nur zum Teil durch die derzeitigen Pflegestufen erklärt werden kann. Das liegt u. a. daran, dass das neue Instrument wesentliche neue Aspekte zur Einschätzung der Pflegebedürftigkeit bei der Einstufung mit berücksichtigt und den gesundheitlichen Zustand differenzierter misst mit der Konsequenz einer Umverteilung im Vergleich zum derzeitigen Verfahren.

10.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt erfüllten im Zeitraum der Datenerhebung 2306 Erwachsene und 347 Kinder die Ein- und Ausschlusskriterien und wurden in den Datenbanken erfasst (zur Non-Responder-Analyse s. 10.3). Von den Erwachsenen konnten 1490 Personen und von den Kindern 227 Personen in der jeweiligen Umsetzungsstudie ausgewertet werden. Eine Teilgruppe dieser Personen konnte jeweils zur Zweitbegutachtung in den Folgestudien (Reliabilitätsstudie Erwachsene: 295, Referenzstudie Erwachsene: 217, Reliabilitätsstudie Kinder: 68) ausgewertet werden (Abbildung 1 und Abbildung 2, S. 33).

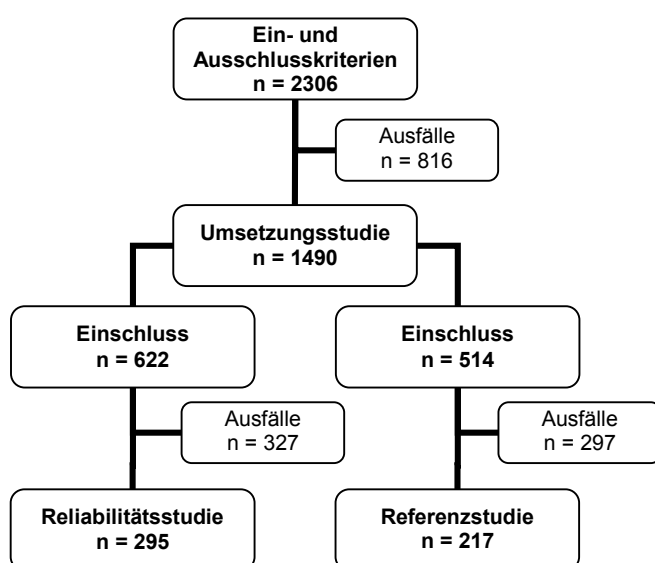


Abbildung 1. Fallzahlen Erwachsene

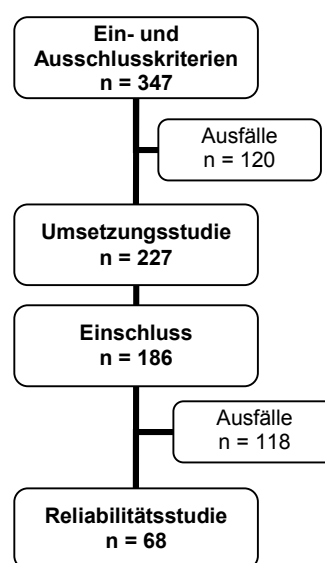


Abbildung 2. Fallzahlen Kinder

Die Größen der Studienpopulationen im Analysedatensatz für die einzelnen Studienteile und getrennt nach Geschlecht sind in Tabelle 1 (S. 34) aufgeführt. Alle geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen den einzelnen Studienteilen, getrennt nach Erwachsenen und Kindern, sind statistisch nicht signifikant. Die Teilnehmer der Reliabilitäts- bzw. Referenzstudie waren Teilgruppen der zugehörigen Umsetzungsstudienteilnehmer (Erwachsene und Kinder). Die Teilnahme an der Referenz- oder Reliabilitätsstudie (Erwachsene) schloss sich gegenseitig aus. Da für die Referenz- oder Reliabilitätsstudie über die Einwilligung zur Umsetzungsstudie hinaus jeweils eine weitere Einwilligungserklärung vorliegen musste und die Erhebungen zu diesen Studien an verschiedenen Terminen stattfanden, erfolgt in den weiteren Abschnitten für jede Teilstudie separat eine detaillierte Betrachtung der jeweiligen Studienpopulation.

Tabelle 1. Anzahl Studienteilnehmer in der Analyse je Studienteil

Gruppe	Studienteil	Geschlecht					
		Männlich		Weiblich		N	%
		N	%	N	%		
Erwachsene	Umsetzungsstudie	518	34,77	972	65,23	1490	100
	Reliabilitätsstudie	103	34,92	192	65,08	295	100
	Referenzstudie	84	38,71	133	61,29	217	100
Kinder	Umsetzungsstudie	133	58,59	94	41,41	227	100
	Reliabilitätsstudie	44	64,71	24	35,29	68	100

Im Folgenden werden für die Darstellung der Ergebnisse, insbesondere in den Tabellen, folgende Abkürzungen für die Studienteile verwendet:

Umsetzungsstudie Erwachsene:	Um-E
Reliabilitätsstudie Erwachsene:	Rel-E
Referenzstudie Erwachsene:	Ref-E
Umsetzungsstudie Kinder:	Um-K
Reliabilitätsstudie Kinder:	Rel-K.

Umsetzungsstudie Erwachsene

65,23% der Personen in der Umsetzungsstudie Erwachsene waren Frauen. Die Personen waren im Schnitt 77,16 Jahre alt, mit einem Minimum von 11 und einem Maximum von 106 Jahren (Tabelle 2, S. 35). Es zeigt sich, dass die weiblichen Antragsteller nicht nur im Mittel 7 Jahre älter sind, sondern dass die gesamten Lagekennwerte der Altersverteilung der Frauen um ca. 7 Jahre gegenüber den Männern verschoben sind. Diese Verschiebung wird auch in der tabellierten Altersverteilung deutlich (Tabelle 3, S. 35).

Tabelle 2. Kennwerte der Altersverteilung (Um-E)

	Geschlecht		Gesamt
	Männlich	Weiblich	
N	518	972	1490
Mittelwert	72,03	79,89	77,16
Standardfehler	0,663	0,400	0,361
Minimum	11	11	11
5%-Perzentil	45	56	51
1. Quartil	67	75	72
Median	75	82	80
3. Quartil	82	87	86
95%-Perzentil	89	95	94
Maximum	99	106	106

Tabelle 3. Altersverteilung Um-E)

	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Altersklasse [Jahre]						
10 - <20	10	1,93	5	0,51	15	1,01
20 - <30	8	1,54	4	0,41	12	0,81
30 - <40	3	0,58	6	0,62	9	0,60
40 - <50	14	2,70	19	1,95	33	2,21
50 - <60	39	7,53	26	2,67	65	4,36
60 - <70	102	19,69	74	7,61	176	11,81
70 - <80	158	30,50	239	24,59	397	26,64
80 - <90	164	31,66	452	46,50	616	41,34
90+	20	3,86	147	15,12	167	11,21
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

Am häufigsten wurden bei den Erwachsenen Geldleistungen beantragt (circa jeder Zweite). Vollstationäre Leistungen wurden etwa von jedem Fünften beantragt und Kombi- sowie Sachleistungen von circa 15%. Insgesamt lagen nur 5 Anträge zu Leistungen nach § 43a SGB XI vor, so dass für diese Teilgruppe keine weiteren sinnvollen Analysen möglich sind. (Tabelle 4, S. 36).

Tabelle 4. Verteilung der beantragten Leistungen (Um-E)

Beantragte Leistungen	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Geldleistungen	298	57,53	430	44,24	728	48,86
Kombileistungen	83	16,02	151	15,53	234	15,70
Sachleistungen	73	14,09	154	15,84	227	15,23
Vollstationäre Leistungen	62	11,97	234	24,07	296	19,87
Leistungen nach § 43a SGB XI	2	0,39	3	0,31	5	0,34
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

Bei den beantragten Leistungen traten geschlechtsspezifische Unterschiede auf. Geldleistungen wurden zwar von weiblichen und männlichen Antragstellern jeweils am häufigsten beantragt, bei den Männern war der Anteil dieser Leistungsart aber deutlich höher. Während vollstationäre Leistungen bei den Männern anteilmäßig erst an vorletzter Stelle standen, war dieser Anteil bei Frauen doppelt so hoch. Dies ist möglicherweise auf das höhere Durchschnittsalter der Frauen zurückzuführen.

Erstgutachten wurden bei den Erwachsenen mit circa 64% am häufigsten erstellt. Der Anteil Erstgutachten lag bei männlichen Antragstellern nur geringfügig höher als bei weiblichen Antragstellern (Tabelle 5, S.36). Höherstufungsanträge wurden von ca. 29% der Antragsteller gestellt, von Frauen etwa anderthalb mal so oft wie von Männern. Dagegen waren Wiederholungsgutachten (insgesamt etwa 7%) bei Männern mehr als doppelt so häufig wie bei Frauen.

Tabelle 5. Verteilung nach Begutachtungsart (Um-E)

Begutachtungsart	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Erstgutachten	345	66,60	613	63,07	958	64,30
Höherstufungsgutachten	115	22,20	310	31,89	425	28,52
Wiederholungsgutachten	58	11,20	49	5,04	107	7,18
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

Nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren wurden unter den erwachsenen Antragstellern 24,83% als nicht pflegebedürftig eingestuft, für 43,29% wurde Pflegestufe I für 24,09% Pflegestufe II und 7,65% Pflegestufe III empfohlen. Als Härtefälle wurden 0,13% der Antragsteller eingestuft (Tabelle 6, S. 37). Im Gegensatz zu den vorherigen deskriptiven

Merkmale zeigten sich bei dieser Verteilung keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Analysepopulation.

Tabelle 6. Geschlechtsspezifische Verteilung der empfohlenen Pflegestufe des derzeitigen Begutachtungsverfahrens (Um-E)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Geschlecht					
	Männlich				Weiblich	
	Gesamt		Gesamt		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	134	25,87	236	24,28	370	24,83
Pflegestufe I	226	43,63	419	43,11	645	43,29
Pflegestufe II	123	23,75	236	24,28	359	24,09
Pflegestufe III	34	6,56	80	8,23	114	7,65
Härtefall	1	0,19	1	0,10	2	0,13
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

In Tabelle 7 (S. 37) ist die Verteilung der empfohlenen Pflegestufe des derzeitigen Begutachtungsverfahrens nach beantragter Leistung (ambulant/stationär) dargestellt. Der Vergleich mit der Bundesstatistik 2006 (Tabelle 53, S. 122) zeigt, dass bei ambulanten Anträgen die Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegestufe I leicht überrepräsentiert sind, während Pflegestufen II und III leicht unterrepräsentiert sind.

Tabelle 7. Verteilung der empfohlenen Pflegestufe des derzeitigen Begutachtungsverfahrens nach beantragter Leistung (ambulant/stationär) (Um-E)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Beantragte Leistungen					
	ambulant				stationär	
	Gesamt		Gesamt		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	349	29,23	21	7,09	370	24,83
Pflegestufe I	549	45,98	96	32,43	645	43,29
Pflegestufe II	241	20,18	118	39,86	359	24,09
Pflegestufe III	54	4,52	60	20,27	114	7,65
Härtefall	1	0,08	1	0,34	2	0,13
Summe	1194	100,0	296	100,0	1490	100,0

Reliabilitätsstudie Erwachsene

Die Altersverteilung der erwachsenen Reliabilitätsstudienteilnehmer sowie die dazu gehörigen Kennwerte (Tabelle 54, S. 122 und Tabelle 55, S. 122) zeigen, dass trotz geringer Verschiebungen gegenüber den Kennwerten in der Umsetzungsstudie hier die gleichen geschlechtsspezifischen Aussagen gelten.

Gegenüber der Umsetzungsstudie haben sich bei den Verteilungen der beantragten Leistungen (Tabelle 56, S. 123), der Begutachtungsarten (Tabelle 57, S. 123) und der empfohlenen Pflegestufen (Tabelle 58, S. 123) nur geringe Unterschiede ergeben, die für die Analyse keine Relevanz haben.

Referenzstudie Erwachsene

Gegenüber der Umsetzungsstudie haben sich bei den Verteilungen der Referenzstudie (Tabelle 59 bis Tabelle 63, S. 123-124) nur geringe Unterschiede ergeben. In der geschlechtsspezifischen Verteilung der Pflegestufen (Tabelle 63, S. 124) sind Pflegestufen II und III weniger vertreten als in der Umsetzungsstudie (21,2% gegenüber 24,09% und 4,15% gegenüber 7,65%). Zudem sind in Pflegestufe I und III mehr Frauen und unter den Nicht-Pflegebedürftigen mehr Männer zu finden. Allerdings sind diese Unterschiede statistisch nicht signifikant ($p = 0,12$ für Männer, $p = 0,48$ für Frauen und $p = 0,244$ gesamt). Die Aussagen zur Validität des NBA sind daher dadurch nicht beeinflusst.

Umsetzungsstudie Kinder

Die Kinder in der Umsetzungsstudie waren im Schnitt 4,61 Jahre alt, vom Säugling bis zum 10-jährigen waren alle Altersgruppen vertreten. 58,59% der Kinder waren Jungen. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Altersverteilung gab es nicht (Tabelle 64, S. 126, Tabelle 65, S. 125). Ebenso ausgewogen erscheint die Altersverteilung der Kinder, wenn sie nach dem Alter in Monaten ausgezählt wird (Tabelle 93, S. 133).

Es wurden bei den Kindern nur ambulante Leistungen beantragt. Für fast alle Kinder wurden Geldleistungen, nur in zwei Fällen wurden Kombileistungen beantragt (Tabelle 66, S. 125).

Wie bei den Erwachsenen war etwa die Hälfte der Anträge Erstgutachten, etwa ein Drittel waren Wiederholungsgutachten und etwa jedes neunte Gutachten ein Höherstufungsgutachten (Tabelle 67, S. 125).

Nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren wurden unter den Kindern 19,38% als nicht pflegebedürftig eingestuft, für 44,05% wurde Pflegestufe I für 29,07% Pflegestufe II und 7,49% Pflegestufe III empfohlen. Als Härtefälle wurden keine Kinder eingestuft (Tabelle 68, S. 126). Es zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede.

Reliabilitätsstudie Kinder

Im Durchschnitt waren die Kinder in der Reliabilitätsstudie im Vergleich zu den Kindern in der Umsetzungsstudie mit 3,79 Jahren etwas jünger, die Altersverteilung weist jedoch im Vergleich mit der Umsetzungsstudie Kinder keine statistisch signifikanten Unterschiede auf ($p = 0,399$) (Tabelle 69, S.126, Tabelle 70, S. 126).

Auch alle anderen Verteilungen (Tabelle 71 bis Tabelle 73, S. 127) weisen keine statistisch signifikanten Unterschiede zur Umsetzungsstudie auf.

Beschreibung der Stichprobe – Zusammenfassung

Hinsichtlich der geschlechts- und altersspezifischen Verteilungen ergaben sich keine relevanten Unterschiede. Bei den Erwachsenen überwog der Anteil der Frauen mit rund 65%. Im Schnitt waren die Erwachsenen 77 Jahre alt. Hinsichtlich der Verteilung der beantragten Leistungen überwogen bei den Erwachsenen Geldleistungen (ca. jeder Zweite). Vollstationäre Leistungen wurden etwa von jedem Fünften beantragt. Bei den Erwachsenen wurden mit rund 64% Erstgutachten am häufigsten gestellt. Von den nach dem gültigen Begutachtungsverfahren begutachteten Antragstellern wurden rund 24,8% als nicht pflegebedürftig, 43,3% in die Pflegestufe I, 24,1% in die Pflegestufe II und 7,65% in die Pflegestufe III eingestuft, die Anzahl der Härtefälle lag bei ca. 0,1%. In der Reliabilitäts- und der Referenzstudie ergaben sich keinerlei bedeutsame Unterschiede zur Umsetzungsstudie.

Hinsichtlich der Verteilung ambulant/stationär zeigte sich, dass im Vergleich zur Bundesstatistik 2006 bei den ambulanten Anträgen die nicht Pflegebedürftigen und die in Pflegestufe I Eingestuften leicht überrepräsentiert, dagegen Pflegestufe II und III leicht unterrepräsentiert sind. Die geringen Unterschiede zur Bundesstatistik haben keine Auswirkungen auf die Gütekriterien wie auch die Prävalenzschätzungen.

Bei den Kindern in der Umsetzungsstudie waren alle Altersgruppen vom Säugling bis zum 10-jährigen vertreten. Rund knapp 60% der Kinder waren männlichen Geschlechts. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Altersverteilung waren nicht zu verzeichnen. Bei den Kindern wurden nur ambulante Leistungen beantragt, etwa die Hälfte der Anträge waren Erstgutachten. Hinsichtlich der Pflegestufen wurden ca. 19% der Kinder als nicht pflegebe-

dürftig, rund 44% in die Pflegestufe I, etwa 29% in Pflegestufe II und rund 7,5% in die Pflegestufe III eingestuft. Härtefälle kamen nicht vor. Es zeigten sich ebenfalls keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. In der Reliabilitätsstudie zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zur Umsetzungsstudie.

Die Stichprobe ist insgesamt als ausgewogen zu bezeichnen. Insofern sind die in der Studie erhobenen Ergebnisse valide und belastbar.

10.2 Non-Responder-Analyse

Ausgehend von den gesamten erhobenen Daten wurde ein Analysedatensatz von Studienteilnehmern generiert, deren Daten uneingeschränkt auswertbar waren. Aus der Gruppe der Antragsteller im derzeitigen Begutachtungsverfahren, die in den einzelnen Erhebungszentren während der Erhebungsphase die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, reduzierte sich der Kreis der in die Studie einbezogenen Personen durch verschiedene Gründe. Falls Antragsteller eine Studienteilnahme ablehnten, wurde ein Non-Responder-Bogen ausgefüllt und in der Datenbank erfasst. Ein etwaiger Abbruch des studienrelevanten Begutachtungsverfahrens wurde ebenfalls dokumentiert und erfasst. Mit dem Ziel, die Ausfallgründe und eventuelle Unterschiede zwischen den Studienteilnehmern und den Non-Respondern bzw. den Studienabbrechern zu ermitteln, wurde eine Non-Responder-Analyse durchgeführt.

Um Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Non-Respondern bzw. Studienabbrechern aufzudecken, wurden die beiden Gruppen hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, beantragte Leistungsart und Art der Begutachtung miteinander verglichen und jeweils ein χ^2 -Anpassungstest durchgeführt. In diesen Analysen wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Non-Respondern bzw. Studienabbrechern gefunden.

Umsetzungsstudie Erwachsene

Von den 2306 erwachsenen Antragstellern im derzeitigen Begutachtungsverfahren, die die Einschlusskriterien für die Studie erfüllten, konnten 1490 Begutachtungen (972 Frauen, 518 Männer) für die Analyse der Umsetzungsstudie verwendet werden. Bei den Frauen waren diese 66,2 % der Antragstellerinnen, bei den Männern 62,6% der Antragsteller. Der größte Teil der Ausfälle beruhte auf Verweigerung der Teilnahme oder anderen Gründen, die die Durchführung einer Begutachtung im Sinne der Studie nicht erlaubten. Der Erfolg des kurzfristig etablierten Korrekturverfahrens für die von den Gutachtern ausgefüllten Erhebungsbögen kann daran abgelesen werden, dass bei Abschluss der Datenbank nur 3,8% der vollständig durchgeführten Begutachtungen aufgrund fehlender Daten ausgeschlossen werden mussten (Tabelle 74, S. 127).

In den weiteren deskriptiven Statistiken werden die 9 Fälle, bei denen die Stammdaten fehlen, nicht weiter berücksichtigt. Die Begutachtung wurde nur in 0,43% der Fälle abgebrochen. Das bedeutet, dass die vollständige Durchführung der beiden Begutachtungen nacheinander (nach dem derzeitigen Verfahren und nach dem NBA im Anschluss, wobei in den Umsetzungsstudien das NBA nicht vollständig durchgegangen wurde, es wurden relevante Teile aus dem derzeitigen Verfahren übernommen) möglich war.

62,61% der Männer und 66,17% der Frauen, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, konnten in die Auswertung eingeschlossen werden. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Tabelle 79, S. 129). Bei der Altersverteilung gab es keine signifikanten Unterschiede (Tabelle 80, S. 129). Die Art der beantragten Leistungen wirkte sich nur gering auf die Quoten der an der Analyse teilnehmenden Personen aus: Diese lagen zwischen 62,7% und 66,7% (bei den Leistungen nach § 43a SGB XI lag der Anteil höher, aber es gab auch nur insgesamt 7 Antragsteller in dieser Kategorie). Alle Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Tabelle 81, S. 130). Auch die Begutachtungsart zeigte keine deutlichen Unterschiede zwischen Studienteilnehmern und Non-Respondern: Die Quoten lagen bei 64,5% für Erstgutachten, 61,5% für Wiederholungsgutachten und 66,7% für Höherstufungsgutachten. Personen mit anderen Arten der beantragten Leistungen waren aus der Studie ausgeschlossen. Alle Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Tabelle 82, S. 130).

Reliabilitätsstudie Erwachsene

Von den ursprünglich 622 Einwilligungen für eine Zweitbegutachtung im Rahmen der Reliabilitätsstudie konnte nur ein Teil durchgeführt werden, da unter anderem die Einwilligung nachträglich widerrufen wurde. Der Anteil Fälle, der aufgrund fehlender Daten in der Erst- oder Zweitbegutachtung nicht in die Analyse der Reliabilitätsstudie übernommen werden konnte, ist gering. In 34,41% der Fälle wurde die Einwilligung widerrufen; in 13,34% der Fälle wurde die Begutachtung abgebrochen (Tabelle 75, 128). Dies ist darauf zurückzuführen, dass es – im Gegensatz zum ersten Besuch des Gutachters für die Umsetzungsstudie, bei dem die gültige Begutachtung für die Antragsteller im Vordergrund stand – für die Antragsteller nur wenig Anreize gab, sich weiterhin an der Studie zu beteiligen. Eine derartige Abbrecherquote ist in epidemiologischen Studien, wo die Teilnahme keinen direkten Benefit erbringt, nicht ungewöhnlich.

Referenzstudie Erwachsene

Von den ursprünglich 514 Einwilligungen für eine Zweitbegutachtung im Rahmen der Referenzstudie konnte nur ein Teil durchgeführt werden, da unter anderem die Einwilligung nach-

träglich widerrufen wurde. Der Anteil Fälle, der aufgrund fehlender Daten in der Erst- oder Zweitbegutachtung nicht in die Analyse der Reliabilitätsstudie übernommen werden konnte, ist gering. In 34,41% der Fälle wurde die Einwilligung widerrufen; die Begutachtung wurde in 18,09% der Fälle abgebrochen (Tabelle 76, S. 128). Auch dies erklärt sich zum Teil dadurch, dass es für die Personen wenig Anreize gab, die Durchführung des Referenztests, den sie z. T. als unangenehm erlebten, zu gestatten bzw. fortzuführen.

Umsetzungsstudie Kinder

Von den 347 Kindern im derzeitigen Begutachtungsverfahren, die die Einschlusskriterien für die Studie erfüllten, konnten 227 Begutachtungen für die Analyse der Umsetzungsstudie Kinder verwendet werden (65,42%) (Tabelle 77, S. 128). Der größte Teil der Ausfälle beruhte darauf, dass die Antragsteller nicht anwesend waren oder auf anderen Gründen, die die Durchführung einer Begutachtung im Sinne der Studie nicht erlaubten. Der Erfolg des Korrekturverfahrens für die von den Gutachtern ausgefüllten Erhebungsbögen kann daran abgelesen werden, dass bei Abschluss der Datenbank nur 2,88% der vollständig durchgeführten Begutachtungen aufgrund fehlender Daten ausgeschlossen werden mussten. Die Begutachtung wurde nur in 0,86% der Fälle abgebrochen. Das bedeutet auch hier wie bei den Erwachsenen, dass die vollständige Durchführung der beiden Begutachtungen nacheinander möglich war.

66,83% der Jungen und 64,83% der Mädchen, welche die Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten, konnten in die Auswertung eingeschlossen werden. Der Unterschied ist statistisch nicht signifikant (Tabelle 83, S. 130).

Für die einzelnen Altersstrata (Tabelle 84, S. 131) fallen die Quoten für die Teilnahme an der Analyse unterschiedlich aus. Die Quoten schwanken zwischen 12,78% (8-12 Jahre) und 34,36% (2-5 Jahre), wobei kein klarer Trend mit dem Alter erkennbar ist, der Chi²-Test fällt nicht signifikant aus.

Die Art der beantragten Leistungen wirkte sich nicht auf die Quoten der an der Analyse teilnehmenden Personen aus: Diese lagen bei 40% für Kombinationsleistungen und bei 66,57% für Geldleistungen. Bei den Leistungen nach § 43a SGB XI lag der Anteil bei 0%, jedoch gab es nur einen Antragsteller in dieser Kategorie. Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Tabelle 85, S. 131).

Auch die Begutachtungsart zeigte keinen Effekt: Die Quoten lagen bei 66,67% für Erstgutachten, 67,23% für Wiederholungsgutachten und 60,0% für Höherstufungsgutachten. Personen mit anderen Arten der beantragten Leistungen waren aus der Studie ausgeschlossen. Die Unterschiede sind statistisch nicht signifikant (Tabelle 86, S. 131).

Reliabilitätsstudie Kinder

Von den ursprünglich 186 Einwilligungen für eine Zweitbegutachtung im Rahmen der Reliabilitätsstudie für Kinder konnte nur ein Teil durchgeführt werden, da unter anderem die Einwilligung nachträglich widerrufen wurde. Der Anteil Fälle, der aufgrund fehlender Daten in der Erst- oder Zweitbegutachtung nicht in die Analyse der Reliabilitätsstudie übernommen werden konnte, ist gering (Tabelle 78, S. 129). Die Einwilligung wurde in 27,42% widerrufen; die Begutachtung wurde in 23,12% der Fälle abgebrochen. Auch dies ist durch die geringen Anreize, die mit der Durchführung der Untersuchung verbunden sind, zu erklären.

Non-Responder-Analyse – Zusammenfassung

Die Non-Responder-Analyse ergab hinsichtlich der Merkmale Geschlecht, Alter, beantragte Leistungen und Art der Begutachtung keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Teilnehmern und Nicht-Teilnehmern. Die Ausfallgründe lagen größtenteils auf Seiten der Antragsteller wie z.B. Verweigerung der Teilnahme. Ausfälle aufgrund fehlender Daten traten äußerst selten auf.

10.3 Wissenschaftliche Beurteilung der Güte des NBA

10.3.1 Reliabilität des NBA

Die Darstellung der Ergebnisse zur Reliabilität des NBA folgt den Fragestellungen im Studienprotokoll, das mit Hauptphase 1 konsentiert wurde.

Forschungsfragen:

1. *Lassen sich die Zuordnungen zu Pflegestufen entsprechend dem neuen Instrument reproduzieren?*
2. *Wie hoch ist die Reliabilität der einzelnen Module?*
3. *Lassen sich die modulspezifischen Bewertungen des Pflegebedarfs reproduzieren?*
4. *Wie stellt sich die Übereinstimmung des Instrumentes auf Ebene des Summenscores dar?*

Im Folgenden wird verglichen, inwieweit die Ergebnisse der ersten Begutachtung mit denen der zweiten Begutachtung übereinstimmen. Dazu wurde wie folgt vorgegangen:

1. Darstellung der Übereinstimmung auf der Ebene des Gesamtscores durch Kennwerte und Streudiagramme.
2. Erstellung einer Kreuztabelle, in der die Ergebnisse der beiden Begutachtungen nach dem NBA gegenüber gestellt wurden.
3. Ermittlung der Interrater-Reliabilität: Berechnung der absoluten Übereinstimmung sowie der zufallskorrigierten Übereinstimmung (gewichtete Kappa-Statistik) auf der Ebene der Pflegestufen und der ordinalen Modulergebnisse.

4. Bestimmung der Zufälligkeit der Nicht-Übereinstimmungen mit der Bowker-Statistik (Test auf Symmetrie)
5. Berechnung von Cronbachs Alpha auf der Ebene der ordinalen Modulergebnisse, um zu ermitteln, in wieweit die Modulergebnisse als Messung einer einzelnen latenten Variablen angesehen werden können, bzw. inwiefern die verschiedenen Modulergebnisse das Gleiche messen.
6. Durchführung einer Ausreißeranalyse, um zu ermitteln, ob es Hinweise auf Gründe für starke Abweichungen gibt.

Reliabilitätsstudie Erwachsene

Die Mittelwerte sowie weitere Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores lagen in beiden Begutachtungen nahe beieinander (Tabelle 8, S. 44). Auch die Werte des Gesamtscores der beiden Begutachtungen verteilen sich gleichmäßig entlang der Diagonalen (Abbildung 3, S. 45). Es lagen keine Asymmetrien, Lücken oder Ballungen vor.

Tabelle 8. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores (Rel-E)

	1.Begutachtung	2. Begutachtung
N	295	295
Mittelwert	46.51	45.75
Minimum	0	0
Maximum	100.0	100.0

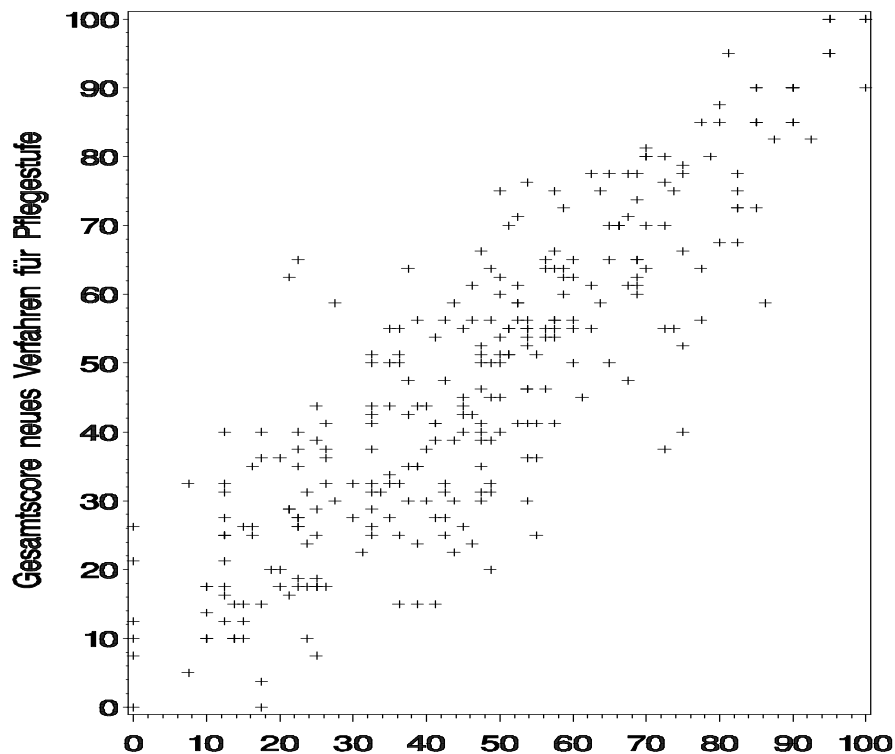
Vergleich 1. und 2. Begutachtung (Erwachsene)

Abbildung 3. Streudiagramm zur Verteilung des Gesamtscores nach der 1. und 2. Begutachtung mit dem NBA (Rel-E)

Im Vergleich der Ergebnisse der ersten und der zweiten Begutachtung hinsichtlich der Übereinstimmungen bzw. Abweichungen in den Pflegestufen zeigt sich, dass Abweichungen um ein bis zwei Stufen, sowohl nach oben als auch nach unten, vorkamen (Tabelle 9, S. 46). Von den erwachsenen Antragstellern haben 175 Personen bei beiden Begutachtungen die gleiche Pflegestufe zugewiesen bekommen (59% Übereinstimmung), bei 111 der Antragsteller betrug die Abweichung eine Pflegestufe (38% Übereinstimmung), bei 9 Antragstellern zwei Pflegestufen (3% Übereinstimmung). Der Wert von 59% Übereinstimmung findet sich in allen Varianten der besonderen Bedarfslagen. Da hier kein Unterschied besteht, wurden die folgenden Analysen mit Variante 1 vorgenommen.

Der Test auf Symmetrie war nicht signifikant ($p = 0,923$). Es liegen somit keine systematischen Abweichungen vor, die Abweichungen verteilen sich gleichmäßig nach oben und nach unten. Der Wert für das gewichtete Kappa ist 0,65 (95% Konfidenzgrenzen: 0,6; 0,7).

Tabelle 9. Vergleich der Pflegestufenzuordnungen nach 1. und 2. Begutachtung (Rel-E)

Pflegestufe NBA 1. Begutachtung	Pflegestufe NBA 2. Begutachtung					
	P0	P1	P2	P3	P4	P5
P0	3	3	0	0	0	0
P1	4	46	18	1	0	0
P2	1	18	46	14	2	0
P3	0	3	22	48	9	1
P4	0	0	0	16	31	4
P5	0	0	0	1	3	1

Als das Maß für die interne Konsistenz erzielte Cronbachs Alpha den Wert 0,86. Die ordinalen Modulwertungen messen damit in hohem Maße eine einzige Variable, die Pflegebedürftigkeit.

Betrachtet man die Kappa-Werte der einzelnen Modulergebnisse (Tabelle 10, S. 47), so fällt bei den Erwachsenen auf, dass Modul 2 den besten Wert erzielt, obwohl Modul 2 zu den Modulen zählt, die inhaltlich für die Gutachter neu waren. Weiterhin fällt auf, dass der Kappa-Wert für die besonderen Bedarfskonstellationen mit 0,06 gering ausfällt. Dort besteht zwar eine hohe absolute Übereinstimmung von 94%, diese kommt jedoch dadurch zu Stande, dass es insgesamt wenige besondere Bedarfskonstellationen gibt. In den Fällen, in denen nämlich eine besondere Bedarfskonstellation vorlag, stimmten die Gutachter fast nie überein. In der 1. und 2. Begutachtung wurden insgesamt 20 Personen mit besonderen Bedarfskonstellationen identifiziert, davon nur eine in beiden Begutachtungen übereinstimmend. Am häufigsten traten unterschiedliche Bewertungen bei der Einstufung der *Zeit zur Unterstützung der Nahrungsaufnahme* und der *motorischen Unruhe* auf. Ein Wert $< 0,4$ wird bei Cohens Kappa allgemein als unzureichend angesehen. Somit ist auch die Reliabilität von Modul 7 als unzureichend anzusehen.

Tabelle 10. Test auf Symmetrie und Kappa-Werte für die ordinalen Modulwertungen (Rel-E)

	Absolute Übereinstimmung	p-Wert für Test auf Symmetrie	gewichtetes Kappa	95%-Konfidenzgrenzen für gew. Kappa	
				unten	oben
Wertung Modul 1	54%	0.466	0.62	0.56	0.68
Wertung Modul 2	59%	0.957	0.71	0.67	0.76
Wertung Modul 3	48%	0.650	0.48	0.41	0.56
Wertung Modul 4	64%	0.690	0.64	0.58	0.70
Wertung Modul 5	51%	0.144	0.45	0.37	0.53
Wertung Modul 6	53%	0.297	0.62	0.57	0.68
Wertung Modul 7	42%	0.229	0.26	0.17	0.35
Wertung Modul 8	64%	0.239	0.54	0.47	0.61
besondere Bedarfskonstellation (Variante 1/2)	94% (5,0 % wenn eine besondere Bedarfskonstellation angegeben wurde)	0.491	0,06 (ungewichtet)	-0.11	0.24

Die beste Reliabilität bei den Kindern erzielten Modul 1 (Mobilität) und Modul 4 (Selbstversorgung). Diese beiden Module sind am ehesten als diejenigen Module anzusehen, die dem derzeitigen Begutachtungsverfahren noch am nächsten kommen.

Für die Ausreißeranalyse wurden diejenigen Fälle untersucht, bei denen die zwei Gutachter zu einem unterschiedlichen Ergebnis bei den Pflegestufen kamen. Insgesamt betrug die Abweichung bei 111 von 295 Begutachtungen eine Pflegestufe, bei 9 Begutachtungen betrug die Abweichung zwei Pflegestufen. Betrachtet man die Abweichung von zwei Pflegestufen, so stellt man fest, die Verteilung der Abweichungen über die Module hinweg zufällig ist und dass keine Asymmetrien bestehen. Die stärksten Abweichungen finden sich in Modul 6, dort ist bei keiner der 9 Personen eine übereinstimmende Modulbewertung abgegeben worden. Bei 2 von 9 Fällen mit einem Unterschied von zwei Pflegestufen (22%) können die Abweichungen durch einen geringen Unterschied im Scorewert (< 6 Punkte) an der Schwelle zwischen den Pflegestufen P3 und P4 plus eine besondere Bedarfskonstellation erklärt werden. Bei 21 von 111 Fällen mit einem Unterschied von einer Pflegestufe (19%) können die Abweichungen durch einen geringen Unterschied im Scorewert (< 6 Punkte) an der Schwelle zwischen den Pflegestufen erklärt werden.

Für die Beurteilung der Kappa-Statistik finden sich in der Literatur verschiedene Bezeichnungen (Tabelle 11. S. 48). Nach der Einteilung von Landis und Koch (1977) ist die Reliabilität des NBA für Erwachsene mit einem Kappa von 0,65 als „substantial“, nach der Einteilung nach Fleiss und Cohen (1973) als „fair to good“. Kappa-Werte über 0,4 erscheinen als allgemeine Grenze für akzeptable bis gute Werte angesehen.

Tabelle 11. Beurteilung von Kappa-Werten

Kappa-Wert (Landis u. Koch 1977)	Interpretation	Kappa-Wert (Fleiss u. Cohen 1973)	Interpretation
0,8 bis 1,0	Almost Perfect	0,75 bis 1,0	Excellent
0,6 bis 0,8	Substantial	0,4 bis 0,75	Fair to Good
0,4 bis 0,6	Moderate		
0,2 bis 0,4	Fair	0,0 bis -1	Poor
0 bis 0,2	Slight		
-1 bis 0,0	Poor		

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte die erste Begutachtung mit dem NBA im Rahmen der Umsetzungsstudie nach einer in der Einwilligung des Versicherten direkt im Anschluss an die Beachtung nach dem derzeitigen Verfahren. Die Gutachter griffen z. T. auf Informationen aus dem derzeitigen Begutachtungsverfahren zurück, um Teile des NBA auszufüllen, die mit den Informationen aus dem derzeitigen Verfahren ausgefüllt werden können. Anschließend fragten sie in der Regel die Antragsteller zusätzliche Fragen, die die neuen Aspekte betrafen, die im NBA abgefragt werden. Einige Gutachter gingen auch im Anschluss an die gültige Begutachtung das gesamte NBA mit dem Antragsteller durch.

Im Anschluss daran erfolgte die zufällige Zuteilung zu einer der beiden Folgestudien (Reliabilitäts- beziehungsweise Referenzstudie). Zu einer späteren Zeit wurde der Versicherte nochmals von einem anderen Gutachter besucht und das NBA nochmals durchgeführt. Dadurch dass sich die Abläufe bei der ersten und zweiten Begutachtung unterschieden, kann es zu einem Effekt auf die Ergebnisse der Reliabilitätsstudie gekommen sein. Es ist möglich, dass die beiden unterschiedlichen Abläufe zu verschiedenen Einschätzungen bei einzelnen Items geführt haben, wenn einmal die Einschätzung aus der derzeit gültigen Begutachtung übernommen wurde, das andere Mal die Einschätzung direkt im NBA vorgenommen wurde.

Auch der Aufbau der Module kann zu unterschiedlichen Reliabilitäten führen. Wenn in einem Modul zu einem Sachverhalt viele ähnliche Fragen gestellt werden, ist die Wahrscheinlichkeit für eine höhere Reliabilität größer. Wenn jedoch in einem Modul bereits einzelne Items zu unterschiedlichen Modulergebnissen führen können, so ist die Wahrscheinlichkeit für eine geringe Reliabilität größer. Das Erstere ist beispielsweise in Modul 2 und 3 der Fall, dass Letztere bei den besonderen Bedarfskonstellationen und Modul 5.

Es ist nicht zu erwarten, dass schwere gesundheitliche Ereignisse zu einer Verzerrung der Ergebnisse der Reliabilitätsstudien geführt haben, da eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes bei Pflegebedürftigen regelmäßig zu Krankenhausaufenthalten führt, so dass kein Termin zum Hausbesuch zu Stande kommt oder der Betroffene beim Hausbesuch nicht angetroffen wird. Es ist jedoch auch nicht auszuschließen, dass in einigen Fällen gesundheitliche Veränderungen beim Versicherten zu einer abweichenden Einschätzung der Pflegebedürftigkeit geführt haben. Da Verbesserungen des Allgemeinzustandes bei Pflegebedürftigen in der Regel nicht vorkommen (Rothgang et al. 2008) wird es in diesen Fällen zu einer Hö-

herstufung gekommen seien. Da der Test auf Symmetrie jedoch in keinem Fall statistisch signifikant geworden ist, und es im direkten Vergleich der Zahlen in den Pflegestufen der zweiten Begutachtung im Vergleich zur ersten Begutachtung sowohl zu höheren als auch zu niedrigeren Pflegestufen gekommen ist, sind Änderungen des Allgemeinzustandes der Pflegebedürftigen als Faktor für die Verschlechterung der Reliabilität zu vernachlässigen.

Weiterhin können die Schulung der Gutachter zum NBA sowie die Ausgestaltung des Qualitätssicherungssystems in den MDK Einflüsse auf die Reliabilität genommen haben. Die Ergebnisse der Reliabilitätsstudien sind unter dem Aspekt zu betrachten, dass es sich um ein neu eingeführtes Instrument handelt, das ein Umdenken den Gutachtern erfordert. Bislang werden bei der Begutachtung in bestimmten Bereichen Pflegezeiten ermittelt. Beim NBA kommen weitere Bereiche wie etwa Kognition und Kommunikation hinzu, und statt Pflegezeiten wird der Grad an Selbständigkeit gemessen. Bei den Kinder-Begutachtungen ist ein weiteres Umdenken erforderlich: Bisher berücksichtigen die Gutachter den Entwicklungsstand des Kindes, im NBA soll dieser nicht mehr berücksichtigt werden, sondern der Entwicklungsstand des Kindes fließt in die Berechnung der Pflegestufe mit ein. Dies führte zu Verunsicherung und wurde von den Gutachtern mehrfach angemerkt.

Da die Gutachter in der Anfangsphase auf keinerlei Erfahrungen mit dem Instrument zurückblicken können, können Unsicherheiten bei der Anwendung des NBA entstanden sein. Einige Unsicherheiten konnten sicherlich durch die Audits geklärt werden. Es ist jedoch damit zu rechnen, dass die Unerfahrenheit mit dem NBA und der erforderliche Umdenkungsprozess zu einer Verschlechterung der Reliabilität geführt haben können.

Der Umgang mit Qualitätssicherung innerhalb der Studie war in den MDK nicht einheitlich. Zum Teil wurden die Fragebögen in den MDK geprüft, bevor sie an den MDS geschickt wurden, zum Teil nicht. Es ist sicherlich zu empfehlen, dass Gutachten, die von unerfahrenen Gutachtern erstellt wurden (und in diesem Sinne waren alle Gutachter, die das NBA angewendeten, unerfahrene Gutachter), von einer zweiten Person geprüft und gegebenenfalls korrigiert werden.

Einige dem NGA vergleichbare Instrumente, wie zum Beispiel das RAI in den USA, können als gut implementierte Instrumente zum Teil höhere Reliabilitäten erzielen (Literatur), andere Instrumente erzielen ähnliche Reliabilitäten wie das NGA (Literatur).

Reliabilitätsstudie Kinder

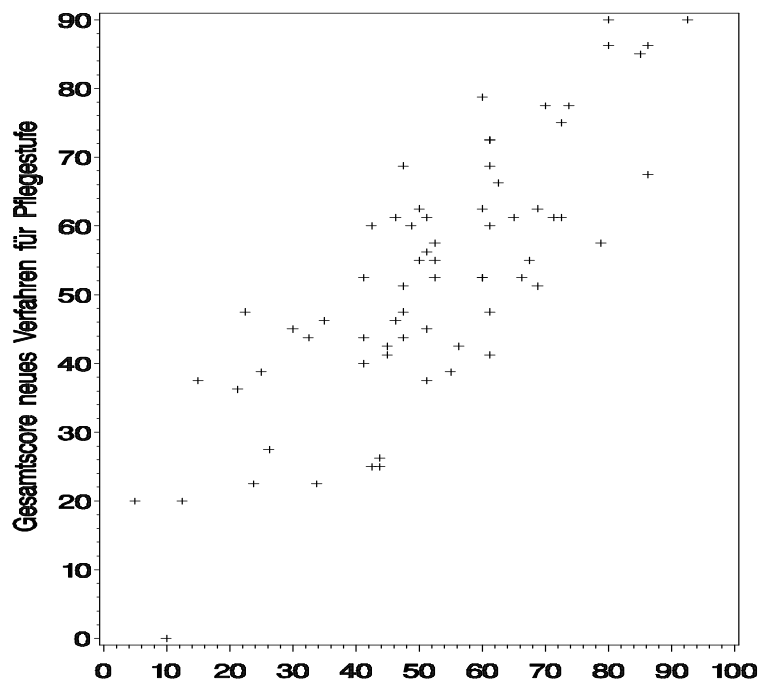
Die Mittelwerte sowie weitere Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores liegen in beiden Begutachtungen nahe beieinander (Tabelle 12, S. 50). Auch die Werte des Gesamtscores der beiden Begutachtungen verteilen sich gleichmäßig entlang der Diagonalen (Abbildung 4,

S. 50). Es liegen keine Asymmetrien, ungewöhnlich starke Lücken oder Ballungen vor (hierbei ist die relativ geringe Fallzahl zu beachten, im Vergleich zu den Erwachsenen).

Tabelle 12. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores (Rel-K)

	1. Begutachtung	2. Begutachtung
N	68	68
Mittelwert	52,63	52,04
Minimum	0	5
Maximum	90	92,50

Vergleich 1. und 2. Begutachtung (Kinder)



(Ein Kreuz repräsentiert z. T. mehrere Datenpunkte)

Abbildung 4. Streudiagramm zur Verteilung des Gesamtscores nach der 1. und 2. Begutachtung (Rel-K)

Tabelle 13 (S. 51) zeigt die jeweiligen Übereinstimmungen bzw. Abweichungen in den Pflegestufen. Es gab Abweichungen um bis zu eine Pflegestufe sowohl nach oben als auch nach unten. Bei den Kindern hatten 34 (50%) bei beiden Begutachtungen die gleiche Pflegestufe zugewiesen bekommen, bei 31 (45,6%) betrug die Abweichung eine Pflegestufe, bei 3 (4,4%) betrug die Abweichung zwei Pflegestufen.

Tabelle 13. Vergleich der Pflegestufenzuordnungen nach 1. und 2. Begutachtung mit dem NBA (Rel-K)

Pflegestufe neues Verfahren 1. Begutachtung (Variante 1)	Pflegestufe neues Verfahren 2. Begutachtung (Variante 1)					
	P0	P1	P2	P3	P4	P5
P0	0	1	0	0	0	0
P1	1	3	4	0	0	0
P2	0	4	10	6	0	0
P3	0	0	6	18	3	1
P4	0	0	0	2	2	4
P5	0	0	0	1	2	0

Bei den Kindern ist der Test auf Symmetrie nicht signifikant ausgefallen ($p = 0,98$). Es liegen somit keine systematischen Abweichungen vor, die Abweichungen verteilen sich gleichmäßig nach oben und nach unten. Der Wert für das gewichtete Kappa ist mit 0,53 (95% Konfidenzgrenzen: 0,52; 0,65) etwas niedriger ausgefallen als bei den Erwachsenen. Dies bestätigt die Aussagen der Gutachter, dass sie mit der Kinderbegutachtung nach den NBA mehr Schwierigkeiten hatten als bei Erwachsenen.

Betrachtet man die Kappa-Werte der einzelnen Modulergebnisse (Tabelle 14, S. 52), so fällt auf, dass die Module 1 und 4 die besten Reliabilitäten erzielten. Gerade diese Module spiegeln das derzeitige Begutachtungsverfahren am ehesten wieder, in diesen fühlten sich die Gutachter offenbar am sichersten. Bei den Kindern fallen Modul 3, Modul 7 und wiederum die besonderen Bedarfskonstellation durch geringe Kappa-Werte ($< 0,4$) auf.

Tabelle 14. Test auf Symmetrie und Kappa-Werte für die ordinalen Modulwertungen (Rel-K)

	Absolute Übereinstimmung	p-Wert für Test auf Symmetrie	gewichtetes Kappa	95%-Konfidenzgrenzen für gew. Kappa	
				unten	oben
Wertung Modul 1	64,71%	0,773	0,76	0,67	0,85
Wertung Modul 2	54,41%	0,920	0,59	0,45	0,72
Wertung Modul 3	47,06%	0,673	0,39	0,23	0,56
Wertung Modul 4	70,59%	0,868	0,69	0,57	0,82
Wertung Modul 5	45,59%	0,519	0,45	0,29	0,62
Wertung Modul 6	54,41%	0,867	0,61	0,48	0,74
Wertung Modul 7	55,88%	0,912	0,23	0,05	0,41
Besondere Bedarfskonstellation	85,29% (28,57% wenn eine besondere Bedarfskonstellation angegeben wurde)	0,206	0,43 (ungewichtet)	0,19	0,68

Auf eine Ausreißeranalyse wurde bei den Kindern verzichtet, da die Häufigkeiten zu gering sind.

10.3.2 Validität des NBA bei der Erfassung von Personen mit Pflegebedürftigkeit

Die Darstellung der Ergebnisse zur Reliabilität des NBA folgt den Fragestellungen im Studienprotokoll, das mit Hauptphase 1 konsentiert wurde.

Forschungsfragen:

Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument relevante Subgruppen mit spezifisch begründeter Pflegebedürftigkeit ein?

- *Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument PEA ein?*
- *Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (insbesondere solche ohne Pflegestufe im aktuellen Verfahren) ein?*
- *Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument Personen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zu Personen mit starken körperlichen Beeinträchtigungen ein?*
- *Wie wirken sich alternative Vorgehensweisen im neuen Begutachtungsinstrument zur Operationalisierung von Härtefällen (Pflegestufe P5) auf deren Häufigkeit aus?*

In diesem Studienteil sollte überprüft werden, ob Subgruppen der Antragsteller, die aufgrund bestimmter Kriterien einen anerkannten Pflegebedarf besitzen, vom neuen Begutachtungsverfahren entsprechend eingestuft werden. Als Analysepopulation wurden Gruppe I oder Gruppe III verwendet. Informationen aus dem Assessment des derzeit gültigen Begutach-

tungsverfahrens (Gruppe I) und das Ergebnis des Referenzverfahrens TFDD (Gruppe III) wurden als Kriterien für die Stratifizierung der Analysepopulationen genutzt. Die relativen Verteilungen der Pflegestufen und die Verteilungen der Gesamtscores nach neuem Begutachtungsverfahren der verschiedenen Strata werden grafisch gegenübergestellt.

Zur Beantwortung der Fragestellungen aus dem Studienprotokoll wurde die Verteilung der Antragsteller nach PEA bzw. Ergebnis des Referenztests TFDD und Pflegestufenzuordnung ermittelt. Zudem wurde anhand der vorhandenen Variablen eine Definition entwickelt, anhand derer stark körperlich eingeschränkte Personen von stark kognitiv eingeschränkten Personen unterscheiden werden können. Es wurde geprüft, wie die Verteilung dieser Personen nach Pflegestufen ausfällt.

Die Häufigkeit des Begutachtungsergebnisses „Härtefall“/besondere Bedarfskonstellation mit dem neuen Begutachtungsinstrument wurde basierend auf verschiedenen Kriterien (Vorgabe aus Hauptphase I) bestimmt (Gruppe I). Im paarweisen Vergleich dieser Varianten wurde mittels Kappa-Statistik überprüft, ob die Einstufung zum Härtefall auf individueller Ebene stark voneinander abweichen.

Umsetzungs- und Referenzstudie Erwachsene

Forschungsfrage: Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument PEA ein?

PEA werden zu großen Teilen in P3 und P4 (40,65% und 37,95%) eingestuft, während Antragsteller, die keine PEA sind, zu großen Teilen in P1 und P2 (35,22% und 39,83%) eingestuft werden. Somit werden PEA meist in höhere Pflegestufen nach dem NBA eingestuft (Tabelle 87, S. 131).

Der Anteil der PEA an den Personen, die nach dem derzeit gültigen Verfahren nicht pflegebedürftig sind, beträgt 11,89% (N = 44). Diese Personen werden größtenteils in P2 nach dem NBA eingestuft (72,73%), während derzeit Nicht-Pflegebedürftige, die keine PEA sind, größtenteils in P1 eingestuft werden (Tabelle 88, S. 132). Somit zeigt sich auch hier, dass PEA nach dem NBA in höhere Pflegestufen eingestuft werden.

Im Vergleich dazu werden die Ergebnisse zum derzeit gültigen Instrument berichtet: Hier werden die PEA zu großen Teilen gleichmäßig in die Pflegestufen I und II eingruppiert (37,41% und 37,41%) (vgl. Abbildung 5 und Abbildung 6, S. 54).

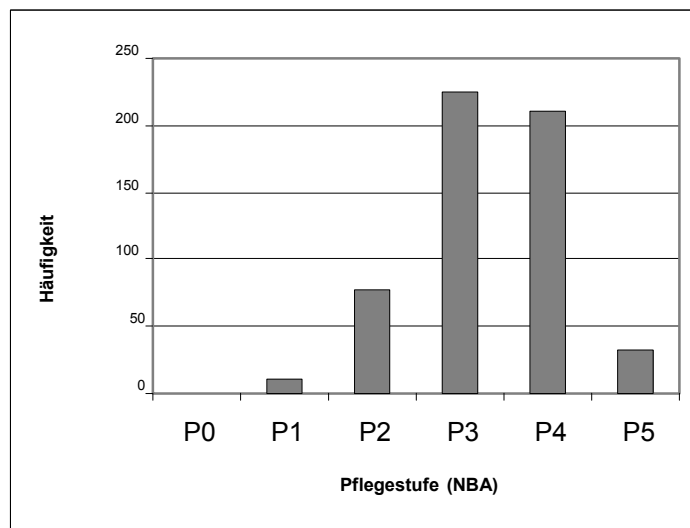


Abbildung 5: Verteilung PEA nach Pflegestufen (NBA)

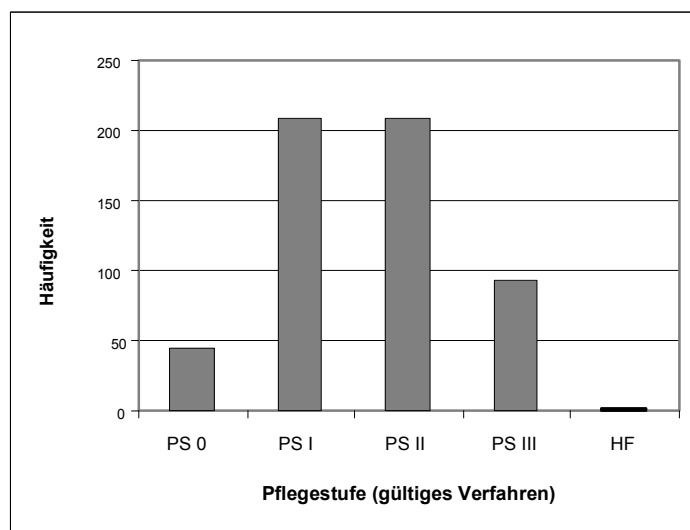


Abbildung 6: Verteilung PEA nach Pflegestufen (gültiges Verfahren)

Forschungsfrage: Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen (insbesondere solche ohne Pflegestufe im aktuellen Verfahren) ein?

Antragsteller, die auf Basis der Testergebnisse des TFDD als dement eingestuft werden, erreichen im Schnitt höhere Pflegestufen als Antragsteller, die als nicht dement gelten. (Abbildung 7, S. 55). Prinzipiell ist eine ähnliche Verteilung auch bei den Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren zu sehen. Diese ist jedoch nicht so ausgeprägt. (Abbildung 8, S. 55).

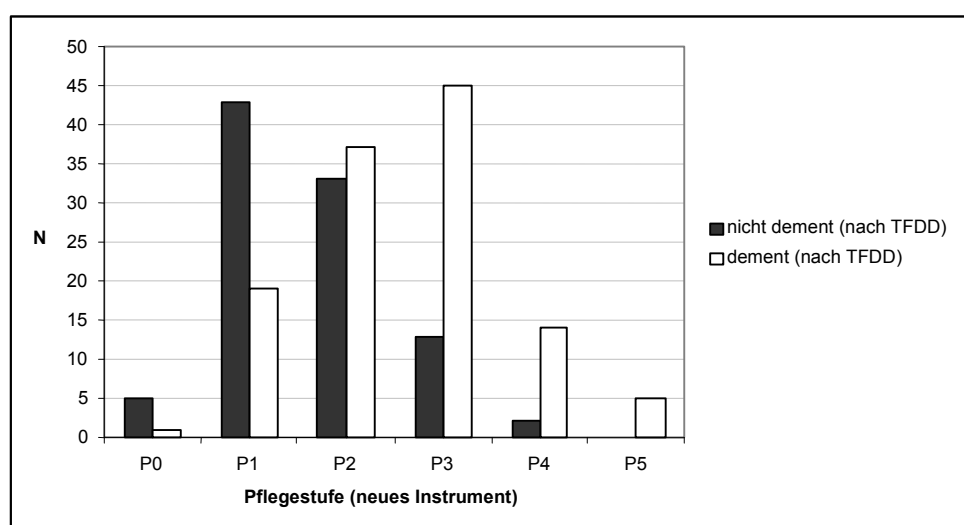


Abbildung 7. Verteilung der Pflegestufen nach dem NBA, differenziert nach Demenzstatus (mittels dem TFDD bestimmt) (Ref-E)

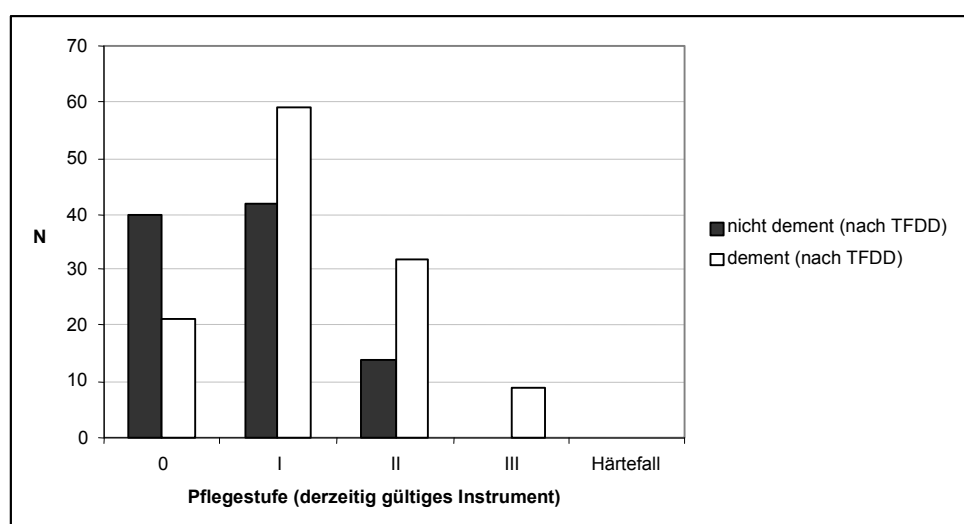


Abbildung 8. Verteilung der Pflegestufen nach derzeit gültigem Begutachtungsverfahren, differenziert nach Demenzstatus (mittels dem TFDD bestimmt) (Ref-E)

Auch auf der Ebene der ordinalen Wertungen bei den Modulen 2 und 3 im NBA ist eine deutliche Differenzierung der als dement eingestuften Antragsteller zu erkennen. Für beide Module wird der Trendtest (nach Cochran-Armitage) auf steigende Modulwertung mit dem Demenzstatus statistisch hoch signifikant ($p < 0,0001$).

Den stärksten inhaltlichen Zusammenhang mit dem Demenztest TFDD hat Modul 2, da in beiden Fällen die kognitiven Leistungen bewertet werden. Daher liegt es nahe, das Einstufungsverhalten beider Instrumente miteinander zu vergleichen (Tabelle 15, S. 56). Zum einen werden „positiver Demenzstatus, Demenz = Ja“ und „Wertung Modul 2 > 0“ gleichgesetzt, zum anderen „negativer Demenzstatus, Demenz = Nein“ und „Wertung Modul 2 = 0“.

Dann ist zu erkennen, dass

- der Anteil der von Modul 2 mit einem Wert > 0 bewerteten Antragsteller an den mittels TFDD als dement eingestuften Antragstellern 84% beträgt,
- der Anteil der von Modul 2 mit einem Wert = 0 bewerteten Antragsteller an den mittels TFDD als nicht dement eingestuften Antragstellern 66% beträgt.

Tabelle 15. Verteilung ordinale Modulwertung Modul 2 differenziert nach Demenz (Ref-E)

	Wertung Modul 2										Gesamt	
	0		1		2		3		4			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Demenz (nach TFDD)												
Nein	63	29,03	18	8,29	9	4,15	4	1,84	2	0,92	96	44,24
Ja	19	8,76	29	13,36	20	9,22	27	12,44	26	11,98	121	55,76
Gesamt	82	37,79	47	21,65	29	13,37	31	14,28	28	12,90	217	100

Berücksichtigt man das jeweilige Maximum der ordinalen Wertungen von Modul 2 und 3, wie es in der Bewertungssystematik zur Ermittlung der Pflegestufe vorgesehen ist, dann erhalten 89,3% eine Modulwertung von 1 bis 4; 33,1% erhalten sogar die höchste Modulwertung. Bei den als nicht dement eingestuften Antragstellern haben dagegen 51,0% die Modulwertung 0 und 10,4% die Modulwertung 4. Dass Personen trotz negativem Demenzstatus die höchste Wertung erhalten, ist jedoch nicht überraschend, da insbesondere Modul 3 auch Personen erfasst, die nicht kognitiv eingeschränkt sind, jedoch Verhaltensprobleme haben. (Tabelle 89, S. 132).

Zudem beträgt der Anteil der von Modul 2 und 3 mit einem Wert > 0 bewerteten Antragsteller an den mittels TFDD als dement eingestuften Antragstellern 89%, und der Anteil der von Modul 2 und 3 mit einem Wert = 0 bewerteten Antragsteller an den mittels TFDD als nicht dement eingestuften Antragstellern 51%. Der etwas höhere Wert von 89% beim Maximum der Modulbewertungen 2 und 3 gegenüber 84% bei Modulbewertung 2 erklärt sich dadurch, dass durch das zusätzliche Modul 3 weitere Personen als dement bestimmt werden, da sie mehr durch Verhaltensänderungen auffallen als durch kognitive Einschränkungen (Tabelle 89, S. 132).

Zum Vergleich wurden dieselben Berechnungen auch mit dem PEA-Assessment gemacht. Durch das PEA-Assessment wurden 50% der mittels TFDD als dement eingestuften Personen und 91% der als nicht-dement eingestuften Personen identifiziert.

Forschungsfrage: Wie stuft das neue Begutachtungsinstrument Personen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zu Personen mit starken körperlichen Beeinträchtigungen ein?

Um zu ermitteln, wie das NBA im Vergleich zur derzeit gültigen Begutachtung bestimmte Personengruppen einstuft, und ob durch den Einsatz des NBA bestimmte Personengruppen besonders bevorzugt oder besonders benachteiligt werden, wurde in Abstimmung mit Hauptphase 1 eine Definition von „starker körperlicher Beeinträchtigung“ und „starker kognitiver Beeinträchtigung“ vorgenommen. Sie wurde so gewählt, damit für die Analyse der große Datensatz der Umsetzungsstudie verwendet werden konnte.

(a) Starke körperliche Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Antragsteller mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt:

- die Person kann tagsüber nicht die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes
- in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend)
- die Person kann weder Knöpfe und Reißverschlüsse öffnen/schließen, mit einem Löffel Nahrung (z.B. Joghurt) aufnehmen und zum Mund führen noch einen festen Händedruck (mindestens einseitig) geben
- die Person kann Positionswechsel im Bett mindestens nur überwiegend unselbstständig durchführen und kann keine stabile Sitzposition halten
- bei der Person liegt bei der Selbstversorgung (Modul 4) ein vollständiger oder weitestgehender Verlust der Selbständigkeit vor.

(b) Starke kognitive Beeinträchtigung liegt vor, wenn der Antragsteller als PEA bewertet wurde.

Tabelle 90 (S. 132) stellt die Verteilung der neuen Pflegestufen nach starker kognitiver und starker körperlicher Beeinträchtigung dar. Zum Vergleich stellt Tabelle 91 (S. 132) die Verteilung der derzeit gültigen Pflegestufenempfehlungen dar.

Als weder stark körperlich noch stark kognitiv beeinträchtigt wurden 50,07% der Erwachsenen identifiziert, als nur stark kognitiv beeinträchtigt (PEA) wurden 23,15%, als nur stark körperlich beeinträchtigt wurden 12,62%, als sowohl stark körperlich als auch stark kognitiv beeinträchtigt wurden 14,16% aller Personen identifiziert. Es sei darauf hingewiesen, dass weder *stark* körperlich noch *stark* kognitiv beeinträchtigte Personen *auch* beeinträchtigt sein können.

Es zeigt sich, dass nach dem NBA Personen ohne *starke* Beeinträchtigungen überwiegend in die neuen Pflegestufen P1 und P2 eingestuft werden, stark körperlich beeinträchtigte überwiegend in P2 und P3, stark kognitiv beeinträchtigte überwiegend in P3 (53,91%) und

Personen mit starken kognitiven wie auch körperlichen Beeinträchtigungen überwiegend in P4 (64,93%). Stark kognitiv beeinträchtigte Personen werden vom NBA tendenziell etwas höher eingestuft. Es zeigt sich aber auch, dass Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen durch das NBA nicht benachteiligt werden.

Im Unterschied dazu stuft das derzeit gültige Verfahren Personen mit starken kognitiven Beeinträchtigungen tendenziell etwas niedriger ein als Personen mit starken körperlichen Beeinträchtigungen; die Ersteren werden überwiegend in Pflegestufe I, die Zweiten in die Pflegestufen I und II eingestuft.

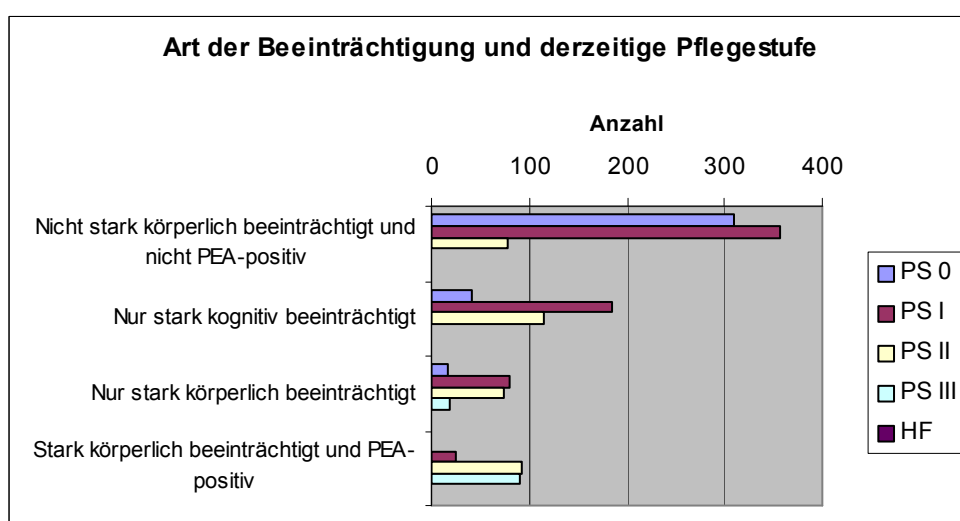


Abbildung 9. Art der Beeinträchtigung und derzeitige Pflegestufe

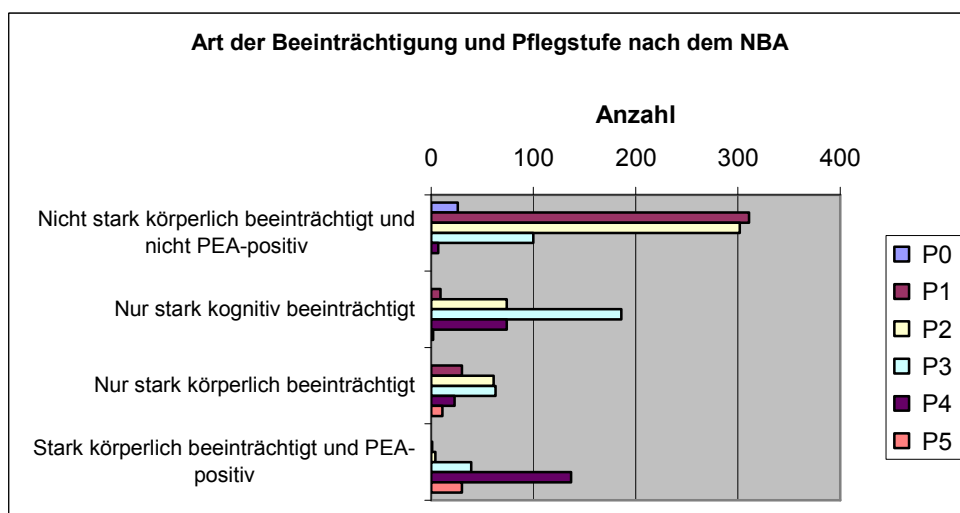


Abbildung 10. Art der Beeinträchtigung und Pflegestufe nach dem NBA

Forschungsfrage: Wie wirken sich alternative Vorgehensweisen im neuen Begutachtungsinstrument zur Operationalisierung von Härtefällen (Pflegestufe P5) auf deren Häufigkeit aus?

Folgende Varianten der Spezifizierung von Härtefällen/besonderen Bedarfskonstellationen werden unterschieden, sofern sie die Pflegestufe P5 erreichen:

- HFv1/2: Härtefall, wenn mindestens eine besondere Bedarfskonstellation und
 - Pflegestufe 4 vorliegen,
- HFv3: Härtefall, wenn Gesamtscore 86 oder mehr.

Insgesamt wurden bei den Erwachsenen von beiden Varianten 110 verschiedene Härtefälle (7,4% von allen) selektiert. Davon wurden nur 18 (16,4%) Fälle übereinstimmend von beiden Varianten benannt. Nur von einer Variante benannte Fälle (HFv1/2 mit 25, HFv3 mit 67) traten am häufigsten bei HFv3 auf (Tabelle 92, S. 133). Der Grad der Übereinstimmung zwischen den Varianten fällt mit einem Kappa-Wert von 0,25 (95%-KI: 0,15-0,36) nur gering aus. Die Gegenüberstellung der Auswahl der Härtefälle von HFv1/2 und HFv3 weist eine signifikante Asymmetrie auf. Von den durch HFv1/2 bestimmten Härtefällen werden 58,1% von HFv3 nicht als Härtefall eingestuft. Dagegen werden 78,8% der von HFv3 identifizierten Härtefälle von HFv1/2 nicht als solche ausgewiesen.

Umsetzungsstudie Kinder

Bei den Kindern wurden insgesamt von beiden Varianten 27 verschiedene Härtefälle (11,9% von allen) selektiert. Davon wurden nur 6 (22,2% von 27) Fälle übereinstimmend von beiden Varianten benannt. Nur von einer Variante benannte Fälle (HFv1/2 mit 15, HFv3 mit 6) traten bei Variante HFv1/2 häufiger auf (Tabelle 16, S. 59). Der Grad der Übereinstimmung zwischen den Varianten fällt mit einem Kappawert von 0,32 (95%-KI: 0,10-0,53) nur gering aus. Die Gegenüberstellung der Auswahl der Härtefälle von HFv1/2 und HFv3 weist eine signifikante Asymmetrie auf.

Tabelle 16. Gegenüberstellung der nach den Definitionsvarianten HFv1/2 und HFv3 bestimmten Anzahlen von Härtefällen bei Kindern in der Umsetzungsstudie

Härtefall (Variante 1/2)	Härtefall (Variante 3)					
	nein		ja		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
nein	200	88,11	6	2,64	206	90,75
ja	15	6,61	6	2,64	21	9,25
Gesamt	215	94,75	12	5,29	227	100,00

10.3.3 Empfindlichkeit des NBA für wichtige Veränderungen der Pflegebedürftigkeit

Die Darstellung der Ergebnisse zur Empfindlichkeit des NBA für wichtige Veränderungen folgt den Fragestellungen im Studienprotokoll, das mit Hauptphase 1 konsentiert wurde.

Forschungsfrage: Wie relevant sind individuelle, zufällige Schwankungen des Begutachtungsergebnisses bei der Zuordnung zu Pflegestufen?

Ausschlaggebend für die Zuordnung einer Pflegestufe im neuen Verfahren ist die Höhe des Gesamtscores. Zufällige individuelle Schwankungen des Gesamtscores können dadurch entstehen, dass der Informationsaustausch zwischen Gutachter und Antragsteller zu unterschiedlichen Ergebnissen bei einzelnen Items des Erhebungsinstruments führt: Die möglichen Ursachen dafür sind vielfältig: veränderliches Erinnerungsvermögen oder Auskunftsbereitschaft des Antragstellers bei unterschiedlichen Begutachtungsterminen, unterschiedlicher Schulungsgrad des Gutachters bei verschiedenen Gutachtern oder spezielle individuelle Fallsituationen, in denen die Items des Instruments nur unscharf differenzieren, um nur einige zu nennen. Welche dieser Faktoren bei aufgetretenen individuellen Begutachtungsunterschieden im Rahmen dieser Studie ursächlich waren, kann auf Basis unserer Daten nicht explizit differenziert werden.

Die Untersuchung von individuellen zufälligen Unterschieden (intraindividuell) im Vergleich zu Unterschieden zwischen verschiedenen Antragstellern (interindividuell) erfolgt mit varianzanalytischen Methoden. Diese Verfahren setzen voraus, dass die betrachtete Größe (hier der Gesamtscore) zumindest eine stetige Verteilung aufweist. Obwohl sich der Gesamtscore auf einer Skala von 0 bis 100 bewegt, kann der Score nicht beliebige Werte annehmen. So führt eine Erhöhung einer einzelnen Modulwertung um eine Einheit je nach Modul zu einer Scoreerhöhung von 2,5 bis 10 Scorepunkten (mögliche kleinste Schritte sind: 2,5; 3,75; 5; 10). Dies muss bei der Betrachtung der im Weiteren vorgestellten Ergebnisse berücksichtigt werden.

Wie Tabelle 17 (S. 61) zeigt, dass im Mittel die intraindividuellen Schwankungen in der gleichen Größenordnung liegen wie die interindividuellen Schwankungen.

Tabelle 17. Interindividuelle und intraindividuelle Streuungsmaße nach Pflegestufe NBA (Pflegestufe nach mittlerem Gesamtscore von 1. und 2. Begutachtung bestimmt) (Rel-E)

	neue Pflegestufe (ohne Härtefallbewertung)				
	P0	P1	P2	P3	P4
Mittlerer Score	5,00	20,28	39,77	58,47	81,65
Mittlere Standardabweichung interindividuell	2,95	5,96	5,59	5,73	8,83
intraindividuell	5,10	5,85	7,05	5,84	4,26

Für die Zuordnung einer bestimmten Pflegestufe muss der Gesamtscore in einem bestimmten Scoreintervall liegen. Gesamtscores die nahe den Intervallgrenzen liegen, würden bei zufälligen Schwankungen eher eine abweichende Pflegestufe zugeordnet bekommen. Daher wäre eine Häufung der Gesamtscores an den Intervallgrenzen ungünstig.

Tabelle 18 und Tabelle 19 zeigen, wie groß bei gleicher Pflegestufe der Anteil Fälle ist, die mit ihrem Gesamtscore im zentralen Bereich (90%) des zugehörigen Intervalls liegen. Hier wird ersichtlich, dass eine solche Häufung bei den von Hauptphase 1 vorgeschlagenen Intervallgrenzen nicht vorliegt.

Tabelle 18. Anteil Antragsteller, die mit ihrem Gesamtscore (NBA) im zentralen 90%-Bereich des jeweils pflegestufebezogenen Scoreintervalls liegen (Um-E)

neue Pflegestufe (ohne Härtefallbewertung)	Anzahl Personen im zentralen 90%- Bereich	Anzahl Personen insgesamt	Anteil Personen im zentralen 90%-Bereich
0	26	26	100,00
1	337	301	89,32
2	451	421	93,35
3	389	351	90,23
4	287	254	88,50

Tabelle 19. Anteil Antragsteller, die mit ihrem Gesamtscore (NBA) im zentralen 90%-Bereich des jeweils pflegestufebezogenen Scoreintervalls liegen (Um-K)

neue Pflegestufe (ohne Härtefallbewertung)	Anzahl Personen im zentralen 90%- Bereich	Anzahl Personen insgesamt	Anteil Personen im zentralen 90%-Bereich
0	2	2	100,00
1	19	19	100,00
2	69	66	95,65
3	95	90	94,74
4	42	36	85,71

Gütekriterien – Zusammenfassung

Hinsichtlich der Gütekriterien kann festgestellt werden, dass die Reliabilität (Grad der Zuverlässigkeit einer Messung) als „gut“ und die Validität („Wird das gemessen, was gemessen werden soll?“) als „sehr gut“ zu bezeichnen ist. Auch relevante Veränderungen bei Versicherten (z.B. Verschlechterung des Zustands) können mittels des NBA zuverlässig erfasst werden. Für ein neu entwickeltes Instrument sind dies hervorragende Ergebnisse, die dennoch offen bleiben für Weiterentwicklungen, die sich aus den Erfahrungen im Alltagseinsatz ergeben (Lernendes Verfahren).

Die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern (Interrater-Reliabilität) wird bei einer absoluten Übereinstimmung von 59% mit einem Kappa-Wert von 0,65 (Erwachsene) bzw. 50% und einem Kappa-Wert von 0,53 (Kinder) berechnet. Kappa-Werte können zwischen -1 und 1 betragen. Eine akzeptierte Bewertungsskala weist für Werte über 0,4 die Kategorie „akzeptabel bis gut“ aus. Weitere Möglichkeiten einer Optimierung im Rahmen eines lernenden Verfahrens sollten jedoch genutzt werden: So könnte vor allem durch eine intensivere Gutachterschulung die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern erhöht und damit auch die Reliabilität verbessert werden. Auch können sich aus weiteren Erfahrungen mit dem Instrument Nachjustierungen innerhalb einzelner Module als hilfreich erweisen. Die Gewichtung der Module zueinander und die Konstruktion des Instruments in seiner Gesamtheit bleiben davon jedoch unberührt, sie hat sich bewährt.

Hinsichtlich der Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen erfüllt das NBA die mit ihm verbundenen Erwartungen voll. Gerade diese bisher nur schwer zu begutachtende Personengruppe wird durch das NBA sehr gut erfasst. Damit wird einer wesentlichen Intention des neuen Begutachtungsinstrumentes Rechnung getragen. Dennoch werden körperlich eingeschränkte Personen in der Begutachtung nicht benachteiligt.

Verglichen mit einem anerkannten Referenzverfahren zur Erfassung kognitiver Störungen (TFDD) liefert das NBA im Bereich der Module 2 (kognitive Störungen) und 3 (Verhaltenstö-

rungen) sehr gute Ergebnisse (Validität). Die Übereinstimmung der beiden Verfahren liegt bei 89%.

10.4 Verteilung der Pflegestufen nach dem NBA für die derzeitigen Antragsteller

Forschungsfragen:

- *Wie gestaltet sich die Verteilung des Ergebnisses des neuen Begutachtungsinstruments in der Gruppe der derzeitigen Antragsteller?*
- *Wie gestaltet sich die Verteilung des Gesamtscores?*

Umsetzungsstudie Erwachsene

Die derzeitigen erwachsenen Antragsteller wurden nach dem NBA (von Hauptphase 1 präferierte Variante 1 der besonderen Bedarfskonstellationen) zu 1,74% als selbständig/nicht pflegebedürftig, zu 22,62% als in der Selbständigkeit gering beeinträchtigt (P1), zu 30,27% als erheblich beeinträchtigt (P2), zu 26,11% als schwer beeinträchtigt (P3), zu 16,38% als schwerst beeinträchtigt (P4) und zu 2,89% mit einer besonderen Bedarfskonstellation eingestuft. Die Pflegestufen P1, P2 und P3 tragen etwa den gleichen Anteil an Antragstellern mit einer Spitze bei P2, ca. 30% Anteil. Der Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ist unter den derzeitigen Antragstellern mit 1,74% recht gering (Tabelle 20, S. 64).

Zwischen Männern und Frauen gab es Unterschiede ($p = 0,005$): Die Einstufung in P1 und P4 kam bei Frauen relativ häufiger vor, während Männer häufiger als Frauen in P2 eingestuft wurden.

Die Pflegestufen verteilten sich gleichmäßig mit dem höchsten prozentualen Anteil bei P2. Der Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ist unter den derzeitigen Antragstellern mit 1,74% recht gering.

Bei der Verteilung der Hilfebedürftigkeitsstufen gibt es einen deutlichen Trend zu hohen Stufen. Keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit (H0) kam in der vorliegenden Stichprobe nur zweimal vor (0,13%). Eine geringe Beeinträchtigung (H1) war mit 4,9% ebenfalls selten, eine erhebliche Beeinträchtigung (H2) war zu 11,61% eingestuft worden, und die schwere Beeinträchtigung (H3) hatte mit 83,36% den höchsten Wert. Hilfebedürftigkeit nach dem NBA liegt somit fast bei allen Antragstellern vor (Tabelle 21, S. 64).

Auch bei der Hilfebedürftigkeit gab es geschlechtsspezifische Unterschiede, sie waren jedoch einheitlicher als bei den Pflegestufen. Bei Männern kamen H1 und H2 häufiger vor als bei Frauen, bei Frauen kam die höchste Stufe H3 häufiger vor als bei Männern. Frauen waren somit insgesamt hilfebedürftiger als Männer.

Tabelle 20. Verteilung der im NBA bestimmten Pflegestufen (Um-E)

Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
P0: selbstständig (nicht pflegebedürftig)	17	3,28	9	0,93	26	1,74
P1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	108	20,85	229	23,56	337	22,62
P2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit	169	32,63	282	29,01	451	30,27
P3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	137	26,45	252	25,93	389	26,11
P4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit	71	13,71	173	17,80	244	16,38
P5: besondere Bedarfskonstellation	16	3,09	27	2,78	43	2,89
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

Tabelle 21. Verteilung der im NBA bestimmten Stufe der Hilfebedürftigkeit (Um-E)

Stufe Hilfebedürftigkeit neues Verfahren	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männer		Frauen			
	N	%	N	%	N	%
H0: keine Beeinträchtigung der Selbständigkeit	1	0,19	1	0,10	2	0,13
H1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	37	7,14	36	3,70	73	4,90
H2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit	67	12,93	106	10,91	173	11,61
H3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	413	79,73	829	85,29	1242	83,36
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

Der Gesamtscore des NBA kann theoretisch Werte von 0 bis 100 annehmen, wobei der Bewertungsalgorithmus so konstruiert ist, dass in der Realität nicht alle Werte vorkommen. Abbildung 11, S. 65 stellt die Verteilung des Gesamtscores dar. Der Mittelwert des Gesamtscores der erwachsenen Teilnehmer der Umsetzungsstudie lag bei 47,17. Bei Frauen war der Wert mit 47,85 etwas höher als bei Männern, bei denen er 45,91 betrug (Tabelle 22, S. 65).

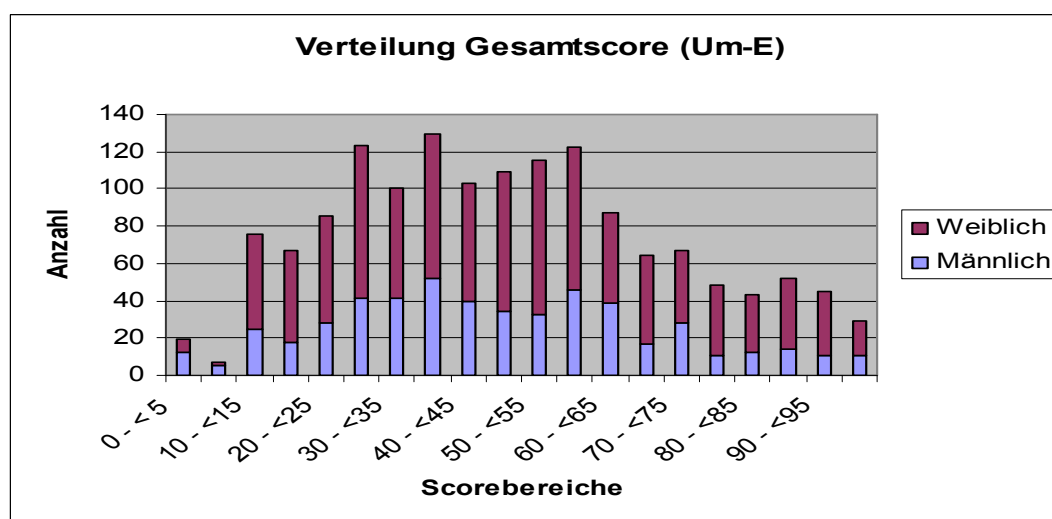


Abbildung 11. Verteilung des Gesamtscores (Um-E)

Tabelle 22. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores bei den erwachsenen Umsetzungsstudienteilnehmer in der Analyse

Erwachsene	Geschlecht		
	Männer	Frauen	beide
N	518	972	1490
Mittelwert	46,35	48,21	47,56
Standardfehler	22,49	23,01	22,84

Die Mittelwerte in den einzelnen Pflegestufen lagen in der Regel etwa in der Mitte des jeweiligen Score-Bereiches (Tabelle 23, S. 66: in dieser Tabelle wurden die besonderen Bedarfskonstellationen nicht berücksichtigt, da es für sie Sonderregeln gibt, so dass sie nicht unbedingt in einen bestimmten Score-Bereich fallen).

Tabelle 23. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores bei den erwachsenen Umsetzungsstudienteilnehmer in der Analyse differenziert nach der im neuen Begutachtungsverfahren erreichten Pflegestufe (ohne besondere Bedarfskonstellationen)

Erwachsene	Pflegestufe NBA				
	P0	P1	P2	P3	P4
Score-Bereich	0-9	10-29	30-49	50-69	70+
Mittelwert	2,45	20,44	39,33	58,08	82,17
Standardfehler	0,54	0,33	0,27	0,28	0,49

Tabelle 24 (S. 66) stellt die Verteilung der ordinalen Modulwertungen im NBA dar. Es zeigt sich, dass alle ordinalen Modulwerte durch die Begutachtung auftraten. Am seltensten trat der Modulwert 0 bei Modul 4 (Selbstversorgung). Modul 4 führte bereits bei mindestens einem Item, bei dem ein Grad an Unselbständigkeit angekreuzt wurde, zu einer Modulwertung > 0. Dieses „schnelle Ansprechen“ von Modul 4 führte dazu, dass diese Zelle sehr gering besetzt ist. Am häufigsten trat dagegen die Modulwertung 4 bei Modul 8 (Haushaltsführung) auf. Modul 8 erreichte bei den derzeitigen Antragstellern sehr schnell hohe Werte, es gab kaum Personen, die in der Haushaltsführung selbständig waren.

Tabelle 24. Verteilung der ordinalen Modulwertungen im NBA (Um-E)

Modul		Modulwertung (ordinal)				
		0	1	2	3	4
1: Mobilität	N	275	533	280	188	214
	%	18,46	35,77	18,79	12,62	14,36
2: Kognition, Kommunikation	N	536	245	224	206	279
	%	35,97	16,44	15,03	13,83	18,72
3: Verhalten, psych. Probleme	N	642	170	120	167	391
	%	43,09	11,41	8,05	11,21	26,24
4: Selbstversorgung	N	37	353	713	232	155
	%	2,48	23,69	47,85	15,57	10,40
5: krankheitsbed. Anforderungen	N	210	517	514	200	49
	%	14,09	34,70	34,50	13,42	3,29
6: Alltagsleben, soz. Kontakte	N	446	212	203	351	278
	%	29,93	14,23	13,62	23,56	18,66
7: außerhäusliche Aktivitäten	N	69	125	729	336	231
	%	4,63	8,39	48,93	22,55	15,50
8: Haushaltsführung	N	3	60	189	400	838
	%	0,20	4,03	12,68	26,85	56,24

Umsetzungsstudie Kinder

Bei den Kindern (nach Variante 1 der besonderen Bedarfskonstellationen) wurden nur zwei als selbständig/nicht pflegebedürftig eingestuft (0,88%), 8,37% wurden als in der Selbständigkeit gering beeinträchtigt (P1), 30,40% als erheblich beeinträchtigt (P2), 41,85% als schwer beeinträchtigt (P3), 9,25% als schwerst beeinträchtigt (P4) und 9,25% mit einer besonderen Bedarfskonstellation eingestuft. Es gibt eine Spitze in der Verteilung der Pflegestufen bei P2 mit fast 43%. Auch P3 ist mit 35% recht hoch besetzt. Der Anteil der Nicht-Pflegebedürftigen ist unter den derzeitigen Antragstellern mit 0,44% recht gering. Der Vergleich mit den Ergebnissen der anderen Varianten der besonderen Bedarfskonstellationen zeigt Abbildung 12 (S. 67). Zwischen Mädchen und Jungen gab es Unterschiede, sie sind jedoch nicht statistisch signifikant ($p = 0,482$) (Tabelle 25, S. 68.)

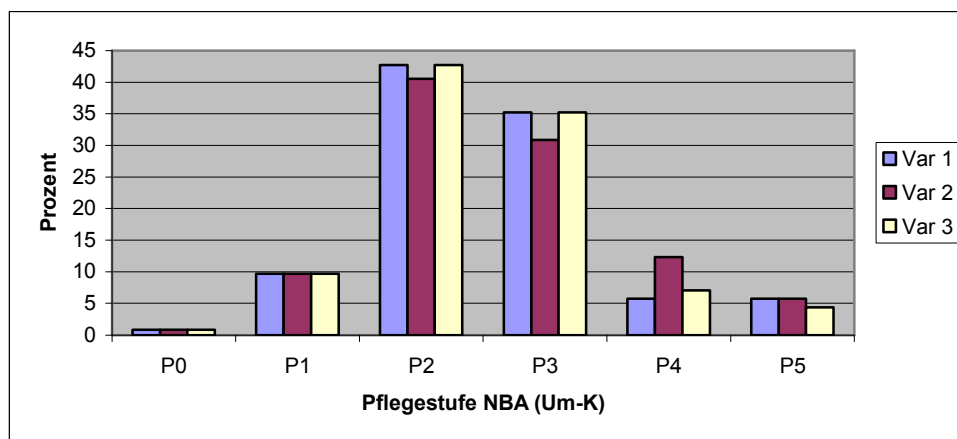


Abbildung 12. Verteilung der Pflegestufen nach Varianten der besonderen Bedarfskonstellationen (Um-K)

Tabelle 25. Verteilung der im NBA bestimmten Pflegestufe (Um-K)

Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
P0: selbstständig (nicht pflegebedürftig)	2	1,50	0	0,00	2	0,88
P1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit	9	6,77	10	10,64	19	8,37
P2: erhebliche Beeinträchtigung der Selbständigkeit	41	30,83	28	29,79	69	30,40
P3: schwere Beeinträchtigung der Selbständigkeit	55	41,35	40	42,55	95	41,85
P4: schwerste Beeinträchtigung der Selbständigkeit	13	9,77	8	8,51	21	9,25
P5: besondere Bedarfskonstellation	13	9,77	8	8,51	21	9,25
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Bei den Kindern lag der Mittelwert des Gesamtscores in der Umsetzungsstudie bei 53,94 und damit etwas höher als bei den Erwachsenen. Bei den Mädchen war der Wert mit 53,13 etwas niedriger als bei den Jungen, bei denen er 54,52 betrug (Tabelle 26, S. 69). Abbildung 13, S. 68, stellt die Verteilung des Gesamtscores dar.

Die Mittelwerte in den einzelnen Pflegestufen lagen bei den Kindern ebenfalls etwa in der Mitte des jeweiligen Score-Bereiches (Tabelle 27, S. 69, in dieser Tabelle wurden die besonderen Bedarfskonstellationen nicht berücksichtigt, da es für sie Sonderregeln gibt, so dass sie nicht in einen bestimmten Score-Bereich fallen).

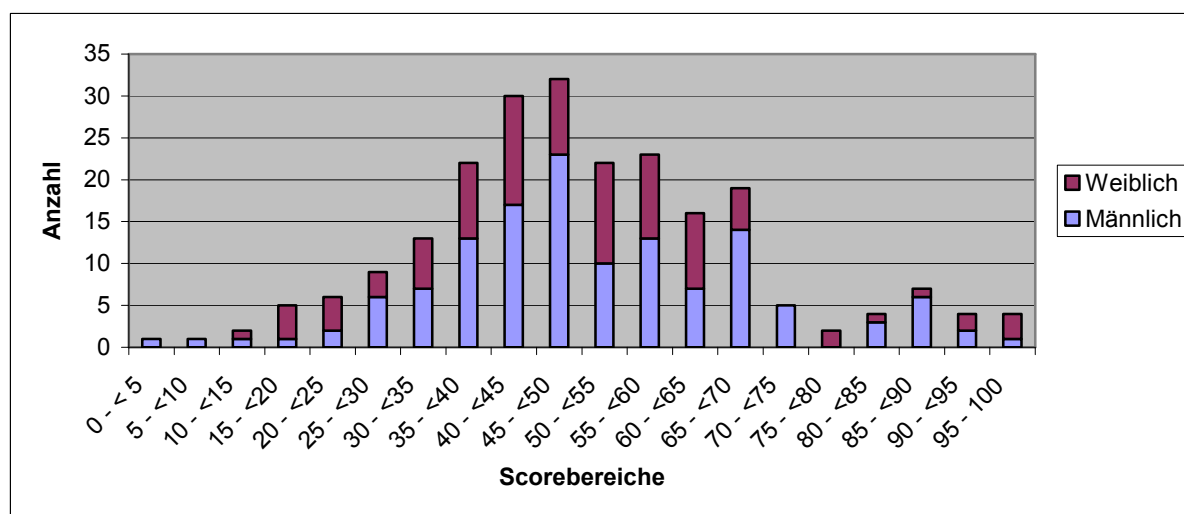
**Abbildung 13.** Verteilung des Gesamtscores (Um-K)

Tabelle 26. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores (Um-K)

Kinder	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
N	133	94	227
Mittelwert	54,52	53,13	53,94
Standardabweichung	17,72	18,51	18,04
Minimum	0	13,75	0
Maximum	95	95	95

Tabelle 27. Kennwerte zur Verteilung des Gesamtscores, differenziert nach im NBA erreichter Pflegestufe (Um-K)

Kinder	Pflegestufe NBA				
	P0	P1	P2	P3	P4
Score-Bereich	0-9	10-29	30-49	50-69	70+
Mittelwert	3,75	22,57	41,38	58,38	81,13
Standardabweichung	5,3	4,88	5,36	5,98	7,79

Tabelle 28, S. 69, zeigt Verteilung der ordinalen Modulwertungen im NBA. Es zeigt sich, dass alle ordinalen Modulwerte durch die Begutachtung auftreten. Am seltensten trat der Modulwert 0 bei Modul 7 (außerhäusliche Aktivitäten) auf. Am häufigsten trat die Modulwertung 0 bei Modul 1 (Mobilität) auf.

Tabelle 28. Verteilung der ordinalen Modulwertungen im NBA (Um-K)

Modul		Modulwertung (ordinal)				
		0	1	2	3	4
1: Mobilität	N	80	72	15	23	37
	%	35.24	31.72	6.61	10.13	16.30
2: Kognition, Kommunikation	N	18	72	59	49	29
	%	7.93	31.72	25.99	21.59	12.78
3: Verhalten, psych. Probleme	N	57	13	18	20	119
	%	25.11	5.73	7.93	8.81	52.42
4: Selbstversorgung	N	11	54	108	36	18
	%	4.85	23.79	47.58	15.86	7.93
5: krankheitsbed. Anforderungen	N	62	61	60	28	16
	%	27.31	26.87	26.43	12.33	7.05
6: Alltagsleben, soz. Kontakte	N	17	71	36	73	30
	%	7.49	31.28	15.86	32.16	13.22
7: außerhäusliche Aktivitäten	N	0	6	30	61	130
	%	0	2.64	13.22	26.87	57.27

Verteilung der Pflegestufen nach dem NBA bei den derzeitigen Antragstellern - Zusammenfassung

Bei den erwachsenen Antragstellern werden etwa 1,7 % als selbständig/nicht pflegebedürftig, rund 23,5 % als in der Selbständigkeit gering beeinträchtigt (P1), 30 % als erheblich beeinträchtigt (P2), 46 % als schwer beeinträchtigt (P3) und rund 16 % als schwerst beeinträchtigt (P4) eingestuft; bei rund 3 % wurde eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt. Männer werden häufiger als Frauen in P1 eingestuft, Frauen dagegen häufiger in höhere Pflegestufen. Diese Zahlen betreffen Variante 1 der besonderen Bedarfskonstellationen, wie sie von Hauptphase I präferiert wurde. Die beiden anderen Varianten zu den besonderen Bedarfskonstellationen unterscheiden sich in der Pflegestufeverteilung nur unwesentlich, mit Ausnahme der Pflegestufe 5, hier treten wesentliche Unterschiede auf. Bei der Verteilung der Hilfebedürftigkeitsstufen gibt es einen deutlichen Trend zu hohen Stufen. Mit über 80 % der Antragsteller wird der größte Teil in die höchste Bedürftigkeitsstufe H3 eingestuft. Zur Verteilung des Gesamtscores kann gesagt werden, dass alle Scorebereiche vertreten sind und dass keine Lücken aufgetreten sind. Auch die originalen Modulwerte sind bei allen Modulen angewählt worden. Es sind auch hier keine Lücken aufgetreten. Das bedeutet, dass das NBA so konstruiert ist, dass keine größeren Sprünge bei der Berechnung des Gesamtscores und der Pflegestufen auftreten, die dazu führen könnten, dass die Eigenschaften der Antragsteller nur unzureichend abgebildet würden.

10.5 Vergleichende Bewertung der Ergebnisse des NBA im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen aus inhaltlicher Perspektive

Forschungsfragen:

- *Wie verteilt sich die Gruppe der derzeitigen Antragsteller auf die neuen Pflegestufen im Vergleich zu den Pflegestufen des gültigen Begutachtungsverfahrens?*
 - *Verteilung gemäß Standard-Bewertungssystematik (MH)*
 - *Verteilung gemäß einer alternativen Itemgewichtung im Modul 3 (MA1).*

Um Verschiebungen in der Einstufung zwischen dem derzeit gültigen und dem neuen Instrument aufzuzeigen, wurden die individuell zugeordneten Pflegestufen beider Verfahren gemeinsam ausgezählt und tabellarisch in einer Kontingenztafel sowie in einem Diagramm gegenübergestellt. Dies wurde anhand der Standard-Bewertungssystematik des NBA vorgenommen. Um den Einfluss einer alternativen Gewichtung einzelner Items im Modul 3 zu bestimmen, wurden die Auswirkungen dieser Variante auf die ordinalen Modulwertungen sowie auf die Bestimmung der Pflegestufe errechnet.

Zudem wurde untersucht, wie sich der Zeitbedarf für Pflege nach der derzeit gültigen Begutachtung (Körperpflege, Ernährung und Mobilität; ohne Hauswirtschaft) auf den Gesamtscore und wie auch auf die Pflegestufen des NBA verteilt.

Im Anschluss daran wird dargestellt, inwieweit die einzelnen *Module* des NBA die derzeit gültigen Pflegestufen „widerspiegeln“. Es wurden die Häufigkeiten der ordinalen Modulwerte in den Pflegestufen nach dem derzeitigen Verfahren errechnet und miteinander verglichen.

Umsetzungsstudie Erwachsene

Insgesamt erhielten 75,17% aller erwachsenen Antragsteller eine Pflegestufenempfehlung nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren. Nach dem NBA dagegen wurden 98,26% in eine der Stufen P1 bis P5 eingruppiert. Folgt man dem Hinweis von Hauptphase 1, dass die Erlangung der P1 nicht automatisch mit einem Leistungsanspruch verknüpft sein müsse²¹, ergibt sich nach dem neuen Verfahren etwa der gleiche Anteil an Pflegestufenempfehlungen, wie bei der derzeitigen Begutachtung, 74,7%.

In Abbildung 14 (S. 72) ist zu erkennen, dass nach der derzeitigen Begutachtung die als nicht-pflegebedürftig eingestuftten Personen zum großen Teil in der neuen Pflegestufe P1 eingestuft werden, Personen aus Pflegestufe I überwiegend in die neuen Pflegestufen P2 und P3, Personen aus Pflegestufe II überwiegend in den neuen Pflegestufen P3 und P4 und Personen aus Pflegestufe III überwiegend in den neuen Pflegestufen P4 und P5 eingruppiert werden. Nach dem derzeitigen Verfahren gab es nur zwei Härtefälle von denen einer in P4 und einer in P5 eingestuft wurden. Die dazugehörigen Daten sind in Tabelle 29, S. 72 dargestellt.

²¹ vgl. Abschlussbericht der Hauptphase 1 (Seite 77)

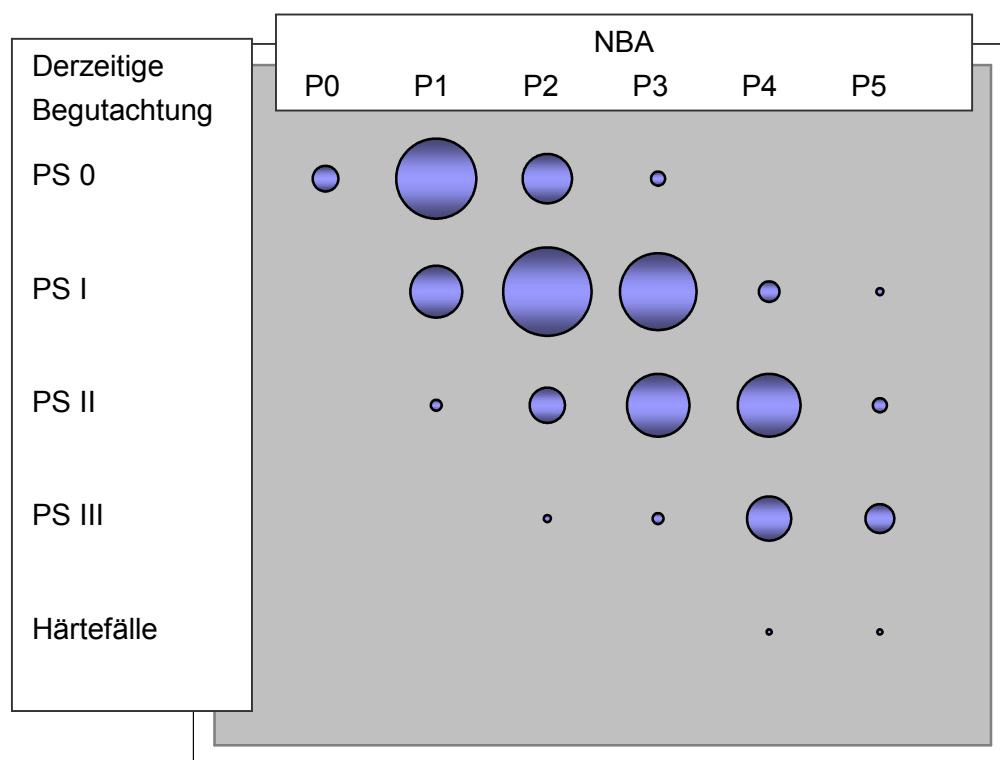


Abbildung 14. Gemeinsame Verteilung von Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren und dem nach dem NBA gemäß Standard-Bewertungssystematik (MH) (Um-E)

Tabelle 29. Gemeinsame Verteilung von Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren und dem nach dem NBA (Um-E)

Pflegestufe derzeitiges Verfahren	Pflegestufe NBA (Variante 1)						Gesamt
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
	N						
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	26	236	100	8	0	0	370
Pflegestufe I	0	96	304	226	17	2	645
Pflegestufe II	0	5	45	150	151	8	359
Pflegestufe III	0	0	2	5	75	32	114
Härtefall	0	0	0	0	1	1	2
Gesamt	26	337	451	389	244	43	1490

Das bedeutet, dass je höher die Pflegestufe nach dem derzeitigen Verfahren ist, desto höher ist auch die Pflegestufe nach dem NBA. Somit gibt es keine grundsätzlichen Widersprüche zwischen dem derzeitigen und dem neuen Begutachtungsverfahren. Die in der Tabelle am stärksten besetzten Zellen sind im Vergleich zur Diagonalen, die eine exakte Entsprechung der derzeitigen und der neuen Pflegestufen darstellen würde, in Richtung höherer Pflegestufen nach dem NBA verschoben. Dies bedeutet, dass das neue Instrument dazu neigt, Personen in eine höhere Pflegestufe als nach dem derzeitigen Verfahren einzustufen.

Die unterschiedlichen Bewertungsvarianten für Modul 3 wirken sich auf den Gesamtscore nur geringfügig aus, die Korrelation zwischen den Scorewerten liegt bei praktisch 1. Auch auf die ordinale Modulwertung hat die Variation nur geringe Auswirkungen. Es gibt keinerlei Auswirkung dieser Variation auf die Pflegestufe.

Der Zeitbedarf für Pflege nach der derzeit gültigen Begutachtung (Körperpflege, Ernährung und Mobilität; ohne Hauswirtschaft) verteilt sich auf den Gesamtscore und die Pflegestufen des NBA wie in Abbildung 15 (S. 74) ersichtlich. Es zeigt sich, dass mit wachsendem Zeitbedarf für Pflege auch die Häufigkeiten für einen höheren Gesamtscore beziehungsweise für eine höhere Pflegestufe nach dem NBA zunehmen. Es ist jedoch auch eine starke Streuung zu erkennen, die darauf zurückzuführen ist, dass das NBA mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit in die Bewertung einbezieht und daher zu einer größeren Differenzierung führt. Mit größerem Zeitbedarf nimmt auch die Stärke der Streuung zu, hier ist offenbar die Differenzierung am stärksten.

In diesem Diagramm wurden zudem die Grenzen eingetragen, ab denen ein bestimmter Zeitbedarf zu einer bestimmten Pflegestufe führt. Es fällt auf, dass vor diesen Grenzen regelmäßig Lücken und hinter den Grenzen regelmäßig Ballungen auftreten. Das bedeutet, dass es nur wenige Fälle gibt, in denen Minutenwerte erreicht werden, die gerade noch nicht zu einer Pflegestufe beziehungsweise zu einer höheren Pflegestufe führen könnten. Vermutlich werden diese Fälle „über die Schwelle gehoben“, daher treten hinter den Grenzen Ballungen auf. Betrachtet man dagegen die Verteilung des NBA (senkrecht), so treten weder Lücken noch Ballungen auf.

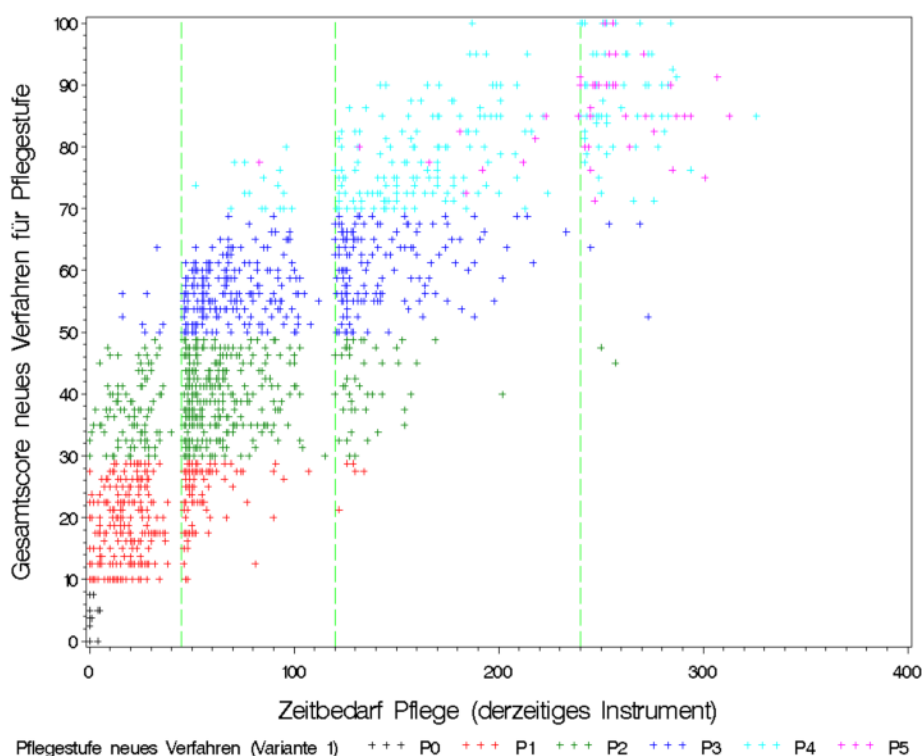


Abbildung 15. Verteilung des Gesamtscores auf die Pflegestufen des NBA, gruppiert nach dem Zeitbedarf für Pflege (ohne Hauswirtschaft) nach dem derzeitigen Assessment (Um-E)

Bei der Einschätzung, inwieweit die einzelnen *Module* des NBA die derzeit gültigen Pflegestufen „widerspiegeln“, zeigte sich, dass unter den Modulen 1 bis 6, die zur Berechnung der Pflegestufen herangezogen werden, Modul 4 (Selbstversorgung) am besten geeignet ist, die Einstufung in die derzeitigen Pflegestufen abzubilden. In den Modulen 1 bis 6 sind die am stärksten besetzten Zellen jeweils diejenigen von Modul 4: Bei den derzeitigen Nicht-Pflegebedürftigen ist es die ordinale Modulwertung 1, bei Pflegestufe I die ordinale Modulwertungen 2, bei Pflegestufe II die ordinale Modulwertung 3, bei Pflegestufe III die ordinale Modulwertung 4. In Pflegestufe III ist jedoch zu erkennen, dass in fast allen Modulen hohe Fallzahlen bei der Modulwertung 4 erreicht werden. In Modul 7 ist die am stärksten besetzte Zelle immer die ordinale Wertung 2, Modul 8 erreicht dagegen schon bei Pflegestufe I die am stärksten besetzte Zelle in der höchsten Modulwertung 4 (vgl. Abbildung 16, Abbildung 17, Abbildung 18 und Abbildung 19, S. 75).

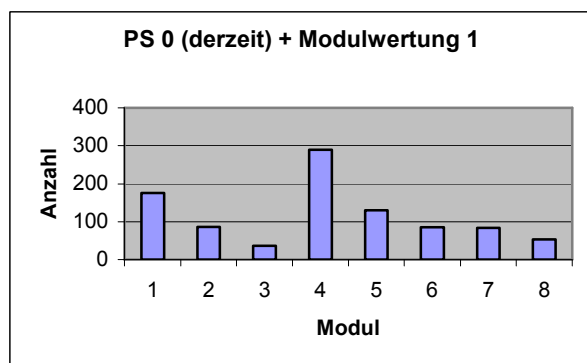


Abbildung 16. Häufigkeiten ordinaler Modulwertungen (1)

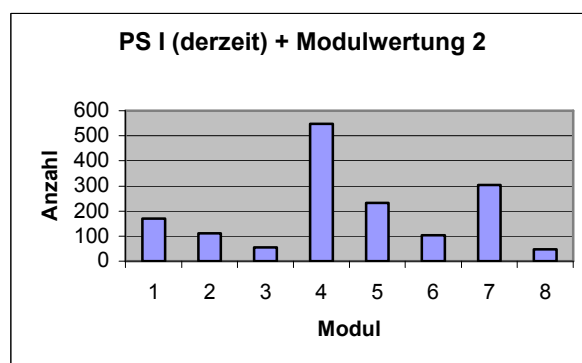


Abbildung 17. Häufigkeiten ordinaler Modulwertungen (2)

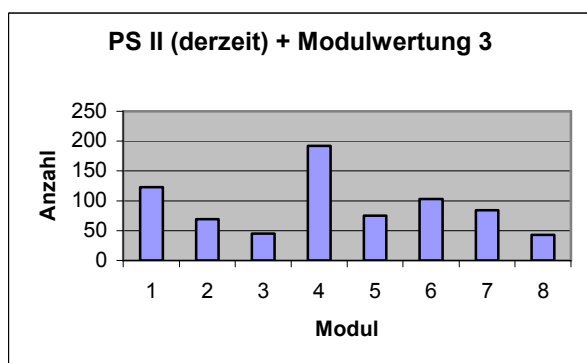


Abbildung 18. Häufigkeiten ordinaler Modulwertungen (3)

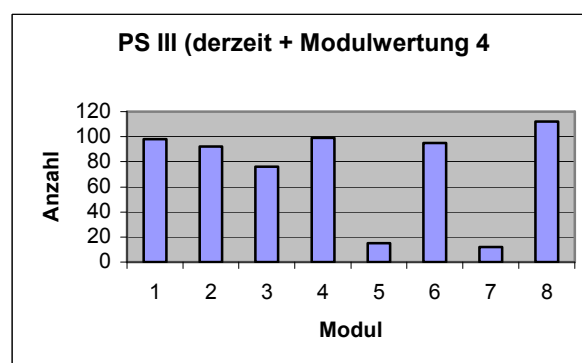


Abbildung 19. Häufigkeiten ordinaler Modulwertungen (4)

Diese Besonderheit von Modul 4 liegt in der Konstruktion des Instruments begründet. Modul 4 ist dasjenige Modul, das den engsten *inhaltlichen* Zusammenhang mit der derzeit gültigen Begutachtung und mit den damit ermittelten Pflegestufen aufweist. Zudem hat Modul 4 in der Bewertungssystematik des NBA die stärkste Gewichtung bei der Bestimmung der neuen Pflegestufen. Somit scheint Modul 4 insbesondere dafür zu sorgen, dass die Pflegestufenzuteilung des NBA derjenigen der derzeitigen Begutachtung ähnlich ist.

Es wurde diskutiert, dass Pflegestufe P1 ebenso wie P0 ohne Leistungsbezug sein könnte. Daher erscheint es sinnvoll, die Personengruppe, die in diesem Fall aus dem Leistungsbezug herausfallen würde, zu beschreiben. Es handelt sich bei den Personen in P1 bei den Erwachsenen um 68% Frauen und bei den Kindern – hier ist das Geschlechterverhältnis umgekehrt – um 68% Jungen. 3% der Personen sind PEA, 31% sind demnach dem Referenztest TFDD; dieser Test erfasst demenzielle Erkrankungen schon im Frühstadium. Eine weitere Möglichkeit, diese Personengruppe zu beschreiben, ist die Verteilung der ordinalen Modulwerte nach dem NBA. Dies gibt weitere Aufschlüsse darüber, welche Problem-bereiche diese Personen am stärksten betreffen. Hierzu wurden die ordinalen Modulwerte in

den Pflegestufen „P0“ (nicht pflegebedürftig) und P1 nebeneinander gestellt (Abbildung 20, Abbildung 21, S. 76).

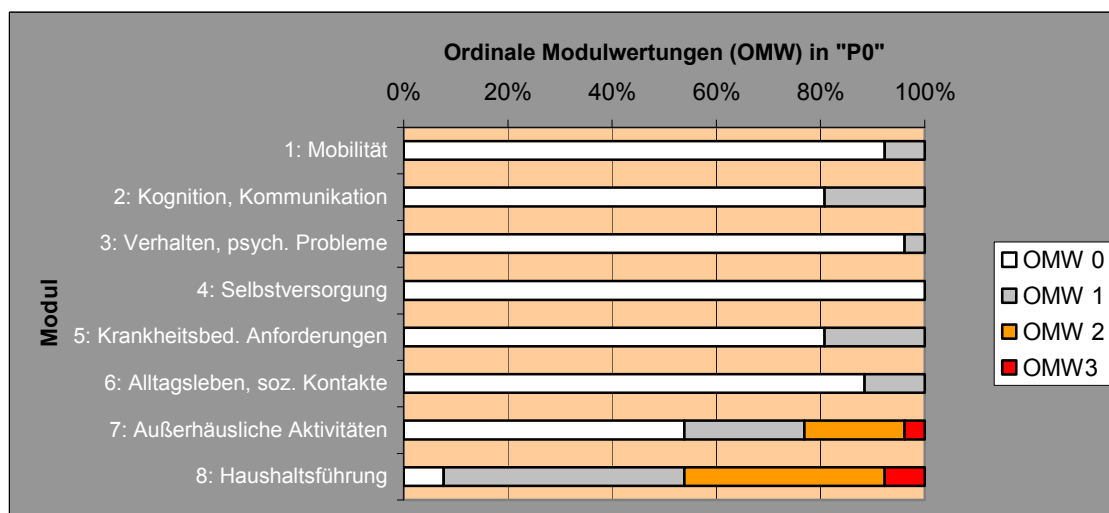


Abbildung 20. Ordinale Modulwertungen bei Nicht-Pflegebedürftigen nach dem NBA (Um-E)

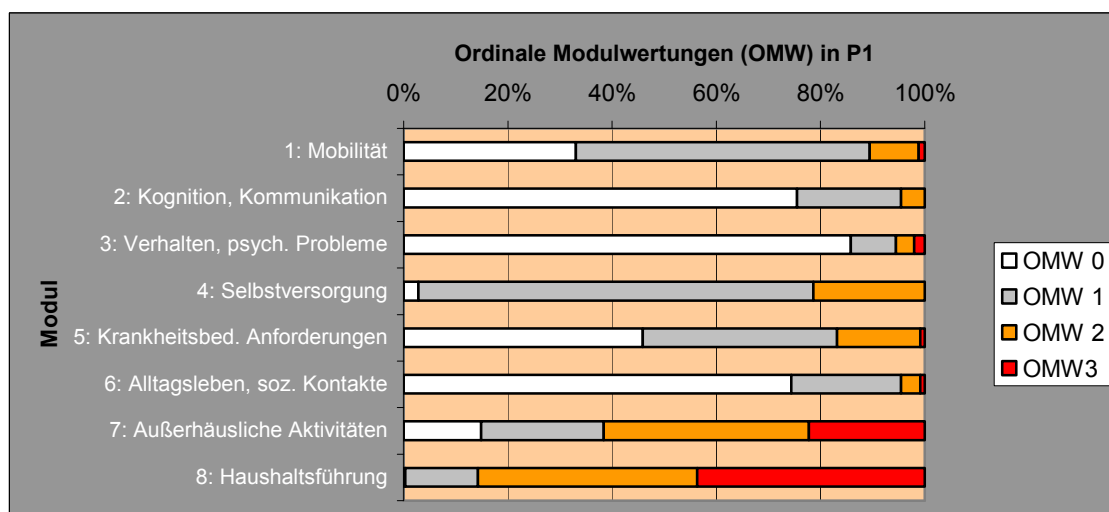


Abbildung 21. Ordinale Modulwertungen in Pflegestufe P1 nach dem NBA.

Es wird deutlich, dass die nicht pflegebedürftigen Personen nach dem NBA ordinale Modulwertungen von 2 und 3 lediglich in der Hilfebedürftigkeit erreichen, in denjenigen Modulen also, die keinen Einfluss auf die Pflegestufe haben. Anders stellt sich dies in P1 dar. In einigen pflegestufenrelevanten Modulen werden ordinale Modulwertungen von 2 und 3 erreicht, Wertung 2 etwa am stärksten in Modul 4 (Selbstversorgung), Wertung 3 bei den psychischen Problemlagen (Modul 3). Zudem sind nach der im Kapitel 10.3.2 genannten Definition 9% dieser Personengruppe stark körperlich eingeschränkt. Diese Personen wurden nur aufgrund des einen Merkmals, dass sie „tagsüber nicht die meiste Zeit (mehr als 6 Std.) außerhalb des Bettes in aufrechter Körperhaltung verbringen (gehend, stehend oder sitzend) können“, als stark körperlich beeinträchtigt eingruppiert. Sieht man sich dagegen die ordinalen Modulwer-

tungen an, so zeigt sich, dass 2/3 dieser Personen in Modul 1 (Mobilität) den Wert 1 erreichen, d.h. dass die hier meisten „überwiegend selbständig“ sind. Dies ist insofern miteinander vereinbar, als dass diese Personen mit Hilfsmitteln oder kleinen Handreichungen zu selbständigen Bewegungen in der Lage sind. Ebenso sind diese Personen zu einem Großteil in der Selbstversorgung (Modul 4) „überwiegend selbständig“, 9 von 26 Personen sind hier „überwiegend unselbständig“ (OMW 2). In den Modulen 2, 3 und 6 sind die Personen größtenteils selbständig. Im Modul 5 sind die Modulwertungen 0, 1 und 2 etwa gleich verteilt (vgl. Abbildung 22, S. 77). Das bedeutet, dass die Personen in Pflegestufe P1, obwohl sie als „stark körperlich beeinträchtigt“ eingruppiert wurden, in den Modulwertungen größtenteils selbständig bis überwiegend selbständig sind. Die Definition „starker körperlicher Beeinträchtigung“ dient in erster Linie dazu, körperlich von kognitiv beeinträchtigten Personen zu unterscheiden.

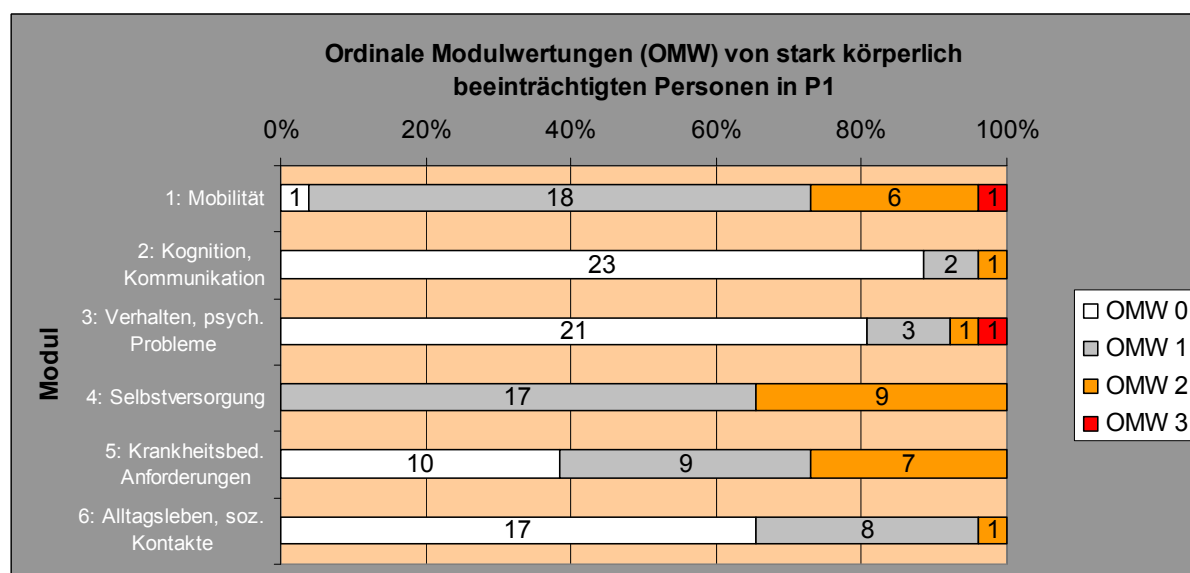


Abbildung 22. Ordinale Modulwertungen von stark körperlich beeinträchtigten Personen in P1 (Um-E)

Umsetzungsstudie Kinder

Insgesamt erhielten 80,62% aller Kinder eine Pflegestufenempfehlung nach dem derzeit gültigen Verfahren der Begutachtung. Nach dem NBA dagegen wurden 99,12% in eine Pflegestufe eingruppiert. Für den Fall, dass P1 ebenso wie P0 keinen Leistungsbezug erhalten soll, wie von Hauptphase 1 im Abschlussbericht vorgeschlagen, ergibt sich mit 89,43% nach dem NBA noch immer ein deutlich höherer Anteil an Pflegestufenempfehlungen bei den Kindern.

In Abbildung 23, (S. 78) ist zu erkennen, dass nach der derzeit gültigen Begutachtung die als nicht-pflegebedürftig eingestuft Kinder zum großen Teil in die neuen Pflegestufen P1 und vor allem P2 eingestuft werden, Kinder aus Pflegestufe I überwiegend in die neuen Pflegestufen P2 und P3, Kinder aus Pflegestufe II überwiegend in den neue Pflegestufe P3 und Kinder aus Pflegestufe III in den neuen Pflegestufen P3, P4 und P5 eingruppiert werden.

Nach dem derzeitigen Verfahren gab es keine bei den Kindern. Die dazugehörigen Daten sind in Tabelle 30, (S. 79) dargestellt.

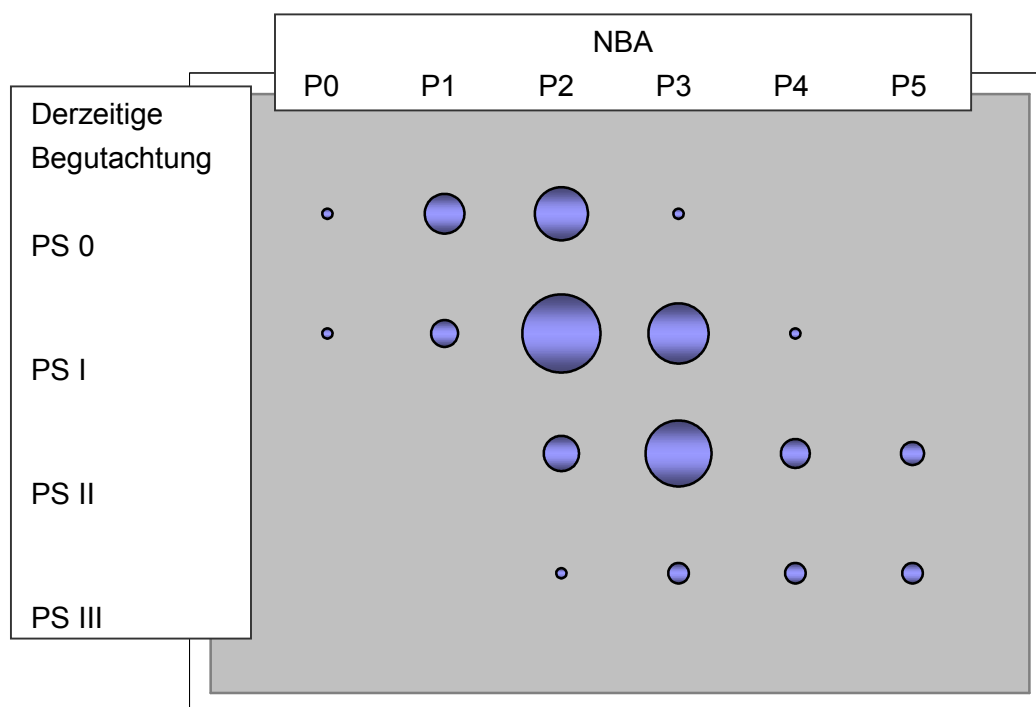


Abbildung 23. Gemeinsame Verteilung von Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren und dem nach dem NBA (Um-K)

Das bedeutet auch bei den Kindern, dass je höher die Pflegestufe nach dem derzeitigen Verfahren ist, desto höher ist auch die Pflegestufe nach dem NBA. Somit gibt es auch hier keine grundsätzlichen Widersprüche zwischen dem derzeitigen und den neuen Begutachtungsverfahren. Die in der Tabelle am stärksten besetzten Zellen sind im Vergleich zur Diagonalen, die eine exakte Entsprechung der derzeitigen und der neuen Pflegestufen darstellen würde, nur minimal in Richtung höhere Pflegestufen nach dem NBA verschoben. Dies bedeutet, dass das neue Instrument bei Kindern nur gering dazu neigt, Personen in eine höhere Pflegestufe als nach den derzeitigen Verfahren einzustufen.

Tabelle 30. Gemeinsame Verteilung von Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Begutachtungsverfahren und dem nach dem NBA (Um-K)

	Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)						Gesamt
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Pflegestufe derzeitiges Verfahren	N						
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	1	13	25	5	0	0	44
Pflegestufe I	1	6	38	52	3	0	100
Pflegestufe II	0	0	6	36	14	10	66
Pflegestufe III	0	0	0	2	4	11	17
Härtefall	0	0	0	0	0	0	0
Gesamt	2	19	69	95	21	21	227

Vergleichende Bewertung der Ergebnisse des NBA im Verhältnis zu den aktuellen Begutachtungsergebnissen aus inhaltlicher Perspektive – Zusammenfassung

Nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren erhielten bei den Erwachsenen etwa dreiviertel aller Antragsteller eine Pflegestufenempfehlung. Nach dem NBA sind es über 98%. Wenn die neue Pflegestufe P1 keinen Leistungsbezug erhalten soll, sind die Anteile der Pflegestufenempfehlungen bei den Erwachsenen etwa gleich.

Im Grundsatz wird ein Antragsteller, der nach dem derzeitigen Verfahren eine niedrige Pflegestufe erhält, auch nach dem neuen Verfahren eine niedrige Pflegestufe erhalten. Dasselbe gilt für höhere Pflegestufen. Jedoch verschieben sich die Empfehlungen nach dem NBA in Richtung höhere Pflegestufen. Die von Hauptphase 1 vorgeschlagenen Versionen ergeben keine relevanten Unterschiede. Ebenfalls zeigt sich, dass mit wachsendem Zeitbedarf für Pflege nach dem derzeitigen Verfahren auch die Wahrscheinlichkeiten für einen höheren Gesamtscore nach dem NBA zunahm. Es ist jedoch auch eine starke Streuung zu erkennen, die darauf zurückzuführen ist, dass das NBA mehr Aspekte der Pflegebedürftigkeit in die Bewertung einbezieht und daher zu einer größeren Differenzierung führt, was er auch in der Intention des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs mit pflegewissenschaftlicher Fundierung lag. Im NBA sind Modul 4 und auch mit einer etwas geringeren Deutlichkeit Modul 1 diejenige Module, die den stärksten inhaltlichen wie auch empirischen Zusammenhang mit dem derzeitigen Assessment aufweisen. Aufgrund der starken Gewichtung von Modul 4 ist der Zusammenhang zwischen dem NBA und dem derzeitigen Assessment insbesondere auf Modul

4 zurückzuführen. Die Differenzierungen, die das NBA vornimmt, sind in erster Linie auf die neu hinzugefügten Aspekte der Pflegebedürftigkeit zurückzuführen. Dass es dabei häufiger zu Höherstufungen kommt, ist nicht überraschend, da durch die neuen Aspekte der Grad der Pflegebedürftigkeit insgesamt ansteigen kann. Differenzierung bedeutet jedoch auch hier, dass bei Versicherten der Grad der Pflegebedürftigkeit gegenüber dem derzeitigen Assessment niedriger eingeschätzt werden kann.

10.6 Rehabilitationsbedarf nach dem NBA

Forschungsfragen:

- *Wie hoch ist der Anteil der Rehabilitationsempfehlungen nach dem neuen Instrument?*
- *Wie hoch ist der Anteil von Versicherten, bei denen eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen wird?*

Zum besseren Verständnis der Ergebnisse zum Rehabilitationsbedarf nach dem NBA sind an dieser Stelle zunächst die Schritte, die bei der Erfassung des Rehabilitationsbedarfs erforderlich sind, dargestellt.

Die Erfassung des Rehabilitationsbedarfs erfolgt nach dem NBA in folgenden Schritten²²:

1. Feststellung, ob es in den vergangenen Wochen und Monaten eine Verbesserung, Verschlechterung oder keine Veränderung in den Bereichen Mobilität, kognitive/kommunikative Fähigkeiten, Selbstversorgung und Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen gegeben hat.
2. Feststellung, ob in diesen Bereichen ein Verbesserungspotenzial existiert, wobei auch eingeschätzt werden soll, wodurch diese Verbesserung erreicht werden könnte.
3. Erfassung wesentlicher Beeinträchtigungen der Rehabilitationsfähigkeit.
4. Gesamtabwägung dieser Feststellungen (und ggf. ergänzender Befunde).
5. Entscheidung, ob eine Empfehlung für oder gegen die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen werden kann oder ob eine weitere Abklärung erforderlich ist.
6. Begründung dieser Entscheidung.

Im Anschluss an die Bewertung der Module 1 (Mobilität), 2 (Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten), 4 (Selbstversorgung) und 5 (Umgang mit krankheits-/therapiebedingten Anforderungen) schätzt der Gutachter die Entwicklungstendenz in dem jeweiligen Bereich ein. Damit ergibt sich ein erster Hinweis, ob sich durch (weitere) therapeutische oder rehabilitative Maßnahmen ein positiver Entwicklungsverlauf verstärken oder eine eingetretene Verschlechterung aufhalten lässt. Danach soll der Gutachter in einem zweiten Schritt angeben,

²² Vergleiche S. 88ff des Abschlussberichts der Hauptphase 1.

ob er für diesen Bereich realistische Möglichkeiten der Verbesserung sieht und wodurch diese Verbesserung ggf. erreicht werden kann.

Im nächsten Schritt erfolgt die Entscheidung über die Rehabilitationsempfehlung anhand der folgenden Optionen:

- Es wird keine Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation ausgesprochen.
- Es wird eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen, da z.B. wichtige Unterlagen fehlen oder Rücksprache mit dem behandelnden Arzt erforderlich ist.
- Es wird eine Empfehlung für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen ausgesprochen.

Die Gutachter müssen somit nicht in jeden Fall eine definitive Entscheidung treffen, sondern können auch bei bestehender fachlicher Unsicherheit oder bei fehlenden notwendigen Informationen, wie z. B. Fremdbefunde, die weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfehlen. Wird die Einleitung von Rehabilitationsleistungen empfohlen, so soll der Gutachter angeben, ob eine ambulante oder stationäre, eine geriatrische oder eine indikationsspezifische Rehabilitation angezeigt ist. Wird die Einleitung von Maßnahmen nicht empfohlen, so soll der Gutachter angeben, ob bzw. inwieweit:

- keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar waren,
- er die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen für ausreichend hält,
- die Wirkung einer abgeschlossenen Rehabilitationsleistung abgewartet werden sollte
- und/oder andere Gründe ihn dazu bewogen haben, keine Rehabilitationsempfehlung auszusprechen.

Umsetzungsstudie Erwachsene

In 61 Fällen (4,09%) wurde eine Empfehlung zur Einleitung von medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation bei Erwachsenen ausgesprochen, in 11 Fällen (0,74%) wurde die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen. Reha-Maßnahmen wurden etwas häufiger bei Männern als bei Frauen empfohlen. Dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch signifikant (Chi-quadrat-Test: $p = 0,101$) (Tabelle 31, S. 82).

Im Vergleich zu den Rehabilitationsempfehlungen nach dem derzeitigen Verfahren, die 1,41% betragen, werden bei Erwachsenen nach dem NBA fast dreimal so häufig Rehabilitationsempfehlungen ausgesprochen. Im Vergleich zum Pretest dagegen, in dem in 13 von 100 Fällen eine Abklärung des Bedarfs empfohlen wurde, wurden in der Umsetzungsstudie

erheblich weniger Empfehlungen zur Abklärung ausgesprochen. Somit wurde die Vermutung, dass sich Gutachter in fraglichen Fällen mehrheitlich gegen eine Rehabilitationsempfehlung entscheiden könnten, nicht bestätigt²³. Die Gutachter haben sich häufiger für Rehabilitationsleistungen und seltener für eine Abklärung des Rehabilitationsbedarf ausgesprochen.

Als häufigste Maßnahme wird die stationäre indikationsspezifische Rehabilitation mit 50,82% empfohlen. Die geriatrischen Rehabilitationen werden mit 22,95% im Vergleich zu den indikationsspezifischen Rehabilitationen eher selten empfohlen. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es hierbei nicht (Chi-quadrat-Test: $p = 0,788$) (Tabelle 32, S. 83).

Bei den Begründungen, warum Reha-Maßnahmen nicht empfohlen werden, liegt die Einschätzung, dass keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar ist, mit 73,47% an höchster Stelle. Bei 12,42% der Fälle wurde angegeben, dass die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ausreichend ist. Hier gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Frauen wird mit 76,82% deutlich häufiger als bei Männern mit 67,01% angegeben, dass keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar ist. Im Gegenzug wird bei Männern häufiger angegeben, dass die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ausreichend und die Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme abzuwarten ist (Chi-quadrat-Test: $p = 0,001$) (Tabelle 33, S. 83).

Tabelle 31. Empfehlungen zu Maßnahmen der Rehabilitation (Um-E)

Maßnahmen zur Rehabilitation	Geschlecht				Gesamt	
	Männer		Frauen			
	N	%	N	%	N	%
Empfehlung zur Einleitung von medizinischen Maßnahmen	29	5,60	32	3,29	61	4,09
Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen	4	0,77	7	0,72	11	0,74
Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen	485	93,63	932	95,88	1417	95,10
Summe	518	100,0	972	100,0	1490	100,0

²³ Vgl. Abschlussbericht der Hauptphase 1, S. 91.

Tabelle 32. Empfohlene Maßnahmen der Rehabilitation (Um-E)

Empfohlene Maßnahmen	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männer		Frauen			
	N	%	N	%	N	%
Ambulante indikationsspezifische Rehabilitation	8	27,59	8	25,00	16	26,23
Stationäre indikationsspezifische Rehabilitation	16	55,17	15	46,88	31	50,82
Ambulante geriatrische Rehabilitation	2	6,90	4	12,50	6	9,84
Stationäre geriatrische Rehabilitation	3	10,34	5	15,63	8	13,11
Summe	29	100,0	32	100,0	61	100,0

Tabelle 33. Gründe dafür, dass keine Maßnahmen der Rehabilitation empfohlen werden (Um-E)

Gründe	Geschlecht					
	Männer		Frauen		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Keine Angaben	3	0,62	5	0,54	8	0,56
Keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar	325	67,01	716	76,82	1041	73,47
Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend	82	16,91	94	10,09	176	12,42
Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme ist abzuwarten	37	7,63	59	6,33	96	6,77
Andere Maßnahmen sind ausreichend	16	3,30	26	2,79	42	2,96
Andere Gründe	22	4,54	32	3,43	54	3,81
Summe	485	100,0	932	100,0	1417	100,0

Umsetzungsstudie Kinder

In 14 Fällen (6,17%) wurde eine Empfehlung zur Einleitung von medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation bei Kindern ausgesprochen, in 5 Fällen (2,2%) wurde die Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit empfohlen. Reha-Maßnahmen werden häufiger bei Mädchen als bei Jungen empfohlen (10,64% bei Mädchen gegenüber 3,01% bei Jungen, bzw. keine Empfehlung 88,3% bei Mädchen gegenüber 93,98% bei Jungen). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant (Chi-quadrat-Test: $p = 0,042$) (Tabelle 34, S. 84).

Als häufigste Maßnahme wird die stationäre indikationsspezifische Rehabilitation mit 78,57% empfohlen. (Tabelle 35, S. 84).

Bei den Begründungen, warum Reha-Maßnahmen nicht empfohlen werden, wurde mit 65,87% am häufigsten angegeben, dass die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ausreichend ist. Geschlechtsspezifische Unterschiede waren nicht statistisch signifikant (Chi-quadrat-Test: $p = 0,23$) (Tabelle 36, S. 84).

Tabelle 34. Empfehlungen zu Maßnahmen der Rehabilitation (Um-K)

Maßnahmen zur Rehabilitation	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Empfehlung zur Einleitung von medizinischen Maßnahmen	4	3,01	10	10,64	14	6,17
Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit wird empfohlen	4	3,01	1	1,06	5	2,20
Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen	125	93,98	83	88,30	208	91,63
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Tabelle 35. Empfohlene Maßnahmen der Rehabilitation (Um-K)

Empfohlene Maßnahmen	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
ambulante indikationsspezifische Rehabilitation	2	50,00	1	10,00	3	21,43
stationäre indikationsspezifische Rehabilitation	2	50,00	9	90,00	11	78,57
Summe	4	100,0	10	100,0	14	100,0

Tabelle 36. Gründe dafür, dass keine Maßnahmen der Rehabilitation empfohlen werden (Um-K)

Gründe	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
keine Angaben	2	1,60	2	2,41	4	1,92
keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung oder keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit feststellbar	23	18,40	15	18,07	38	18,27
Fortführung laufender Therapiemaßnahmen ist ausreichend	86	68,80	51	61,45	137	65,87
Wirkung einer gerade abgeschlossenen Rehabilitationsmaßnahme ist abzuwarten	0	0	3	3,61	3	1,44
andere Maßnahmen sind ausreichend	6	4,80	4	4,82	10	4,81
andere Gründe	8	6,40	8	9,64	16	7,69
Summe	125	100,0	83	100,0	208	100,0

Rehabilitationsbedarf nach dem NBA – Zusammenfassung

Die Häufigkeit der Empfehlungen zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem NBA ist in der vorliegenden Untersuchung bei den Erwachsenen mit 4,09% höher als nach dem derzeitigen Verfahren mit 1,41%. Die im NBA vorhandene Möglichkeit zur Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit, etwa zur Einleitung eines fachärztlichen Assessments, wurde mit 0,74% sehr selten genutzt. Als häufigste Maßnahme wird die stationäre indikations-spezifische Rehabilitation mit rund 50 % empfohlen. Die geriatrische Rehabilitation spielt eine vergleichsweise untergeordnete Rolle. Geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht. Hinsichtlich der Begründung, warum Rehabilitationsmaßnahmen nur zu einem geringen Prozentsatz empfohlen wurden, zeigt sich, dass offensichtlich keine realistischen Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes durch eine Rehabilitation gesehen wurden. Hier ist zu hinterfragen, inwieweit die Gutachter ausreichend geschult sind, um im geriatrischen Sinne ein Rehabilitationspotenzial auch bei Pflegebedürftigen bzw. Schwerstpflegebedürftigen beurteilen zu können. Damit hier nicht einem therapeutischen Nihilismus das Wort geredet wird – dieser wird seit Jahren von den Geriatern in Deutschland beklagt -, wäre hier neben der Gutachterschulung im Hinblick auf geriatrische Qualifikation und Kompetenz an dieser Stelle auch die Fragestellung seitens des Instruments, bezogen auf den Rehabilitationsbedarf, zu schärfen.

Bei den Kindern wurde der Rehabilitationsbedarf mit rund 6 % ebenfalls niedrig eingeschätzt. Eine Begründung war darin gesehen, dass die Fortführung laufender Therapiemaßnahmen als ausreichend angesehen wurde.

Die Tatsache, dass bei einem hohen Prozentsatz der begutachteten Personen das Rehabilitationspotenzial eher niedrig eingeschätzt wird, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

10.7 Praktikabilität des NBA

Gutachterbefragung

Im Anschluss an die Erhebungsphase wurden alle Gutachter zu ihren Erfahrungen, die sie mit dem neuen Begutachtungsinstrument gemacht haben, über einen Fragebogen mit folgenden offenen Fragestellungen befragt:

- *Mit welchen Unterfragen (Kriterien) hatten Sie Schwierigkeiten? Bitte benennen Sie diese und die möglichen Ursachen?*
- *Wie könnten diese Schwierigkeiten Ihrer Ansicht nach behoben werden? Machen Sie bitte möglichst konkrete Formulierungsvorschläge (einen möglichst konkreten Formulierungsvorschlag).*
- *Wurden aus Ihrer Sicht wichtige pflegerische Bereiche nicht berücksichtigt? Wenn ja, welche? Machen Sie bitte einen möglichst konkreten Formulierungsvorschlag.*

- *Wie sind Sie insgesamt mit dem neuen Instrument zurechtgekommen (in positiver wie negativer Hinsicht)?*

28 Gutachter haben den Fragebogen ausgefüllt zurückgesendet; alle 28 Bögen konnten für die Analyse verwendet werden. Die Antworten der Gutachter wurden in ein Word-Dokument eingetragen und paraphrasiert. Die Paraphrasen wurden zusammengefasst und in neu generierte Kategorien eingeteilt (qualitative Inhaltsanalyse angelehnt an Mayring, 2000). Die Auswertung berücksichtigt jede einzelne Nennung eines Gegenstands, es werden jedoch keine Häufigkeitszählungen vorgenommen. Das Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse gibt die Bandbreite aller möglichen Antworten wieder. Die Antworten wurden nicht bewertet, und es wurde nicht geprüft, ob die Antworten „richtig“ oder „falsch“ waren. Jede Aussage wurde gleichwertig behandelt. Die Inhaltsanalyse hat zum Ziel, alle Aussagen zusammengefasst darzustellen. Im Folgenden wird das Ergebnis der Inhaltsanalyse vorgestellt.

Als positiv bewerteten die Gutachter, dass im Vergleich zum gültigen Verfahren viele zusätzliche Aspekte berücksichtigt werden, die bislang nur unzureichend berücksichtigt würden. Es wurde ebenfalls begrüßt, dass das neue Verfahren keine Zeitkorridore mehr verwende.

Nach einer Einarbeitungsphase erleichtere das NBA die Arbeit der Gutachter, da das Ausfüllen des Fragebogens insgesamt zügig möglich wäre.

Die Gutachter bewerteten die Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs und der Rehabilitationsfähigkeit im NBA als gut dargestellt.

Als negative Aspekte gaben die Gutachter an, dass die Befunderhebung zum Teil zu pauschal („Schwarz-weiß-Malerei“) und schlecht gegliedert sei. Viele Befunde ließen sich nicht differenziert darstellen. Dadurch, dass sich individuelle Problemstellungen bei den Antragstellern auf Ankreuzung vorgegebener Items beschränke, erschien es den Gutachtern schwierig, bei Nachbegutachtungen Veränderungen nachvollziehen zu können. Dies werde auch im Zusammenhang mit Widerspruchsverfahren als problematisch angesehen. Bei freier Formulierung hätte man mehr Gestaltungsmöglichkeiten für das Gutachten, insbesondere um einzelne Items zu erläutern oder zu begründen. Man könne sich beim Durchlesen eines ausgefüllten NBA-Formulars kaum ein konkretes Bild vom Versicherten machen.

Für Kinder, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder, sei das Instrument noch nicht optimal gestaltet; einige Fragestellungen würden nicht gut auf Kinder zutreffen, einige Items müssten ergänzt werden.

Zudem listeten die Gutachter eine Reihe von Anregungen für eine zukünftige Bearbeitung des Begutachtungsformulars auf. Diese sind in der detaillierten Darstellung im Anhang ersichtlich.

Insgesamt wird in den Antworten der Gutachter die Schwierigkeit deutlich, von der derzeitigen Praxis der Begutachtung auf eine völlig neue Form der Begutachtung umzudenken. Dies sollte bei zukünftigen Gutachterschulungen oder auch bei der Qualitätssicherung im Rahmen einer möglichen Übernahme des Formulars in die Regelbegutachtung berücksichtigt werden.

Gerade erfahrene Gutachter, wie sie an der vorliegenden Untersuchung beteiligt waren, haben hierbei möglicherweise Schwierigkeiten.

Zeitdauer der Begutachtung

Der Zeitaufwand für die Begutachtung nach dem NBA lag bei etwa 60 Minuten und damit im Rahmen der derzeitigen Begutachtung. Bei Kindern war der Zeitaufwand mit etwa 70 Minuten etwas höher. Eingeschlossen ist hierbei die Zeit für den Haus-/Einrichtungsbesuch und das Ausfüllen des Formulars sowie die Zeit für das Nachbearbeiten im Anschluss an die Haus-/Einrichtungsbesuche. In der praktischen Anwendung des NBA müssten zusätzlich die Angaben zur Krankheitsanamnese, zur pflegerischen Anamnese, zur Versorgungs- und Betreuungssituation und zu den erhobenen Befunden ausformuliert werden. Dies kann teils standardisiert durchgeführt werden, auf Freitext mit individuellen Angaben kann jedoch nicht verzichtet werden. In der Umsetzungsstudie waren diese Texte im normalen Pflegegutachten niedergelegt. Unter Berücksichtigung der zusätzlichen Texte würde die Begutachtung nach dem NBA im Alltag etwas länger dauern als in der Reliabilitätsstudie.

10.8 Zusammenhang zwischen Pflege- und Hilfebedürftigkeit

Forschungsfrage: Gibt es einen Zusammenhang zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit gemäß Bewertung des neuen Begutachtungsinstruments?

Es besteht eine Abhängigkeit zwischen Pflegebedürftigkeit und Hilfebedürftigkeit (signifikantes Ergebnis für Chi²-Test auf Unabhängigkeit). Dies wird auch an der Asymmetrie der Anzahlen in der Kreuztabelle deutlich (Tabelle 37, S. 87).

Tabelle 37. Gegenüberstellung neue Pflegestufe (Variante 1) und neue Stufe Hilfebedürftigkeit

Stufe Hilfebedürftigkeit neues Verfahren		Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)												Gesamt	
		P0		P1		P2		P3		P4		P5			
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
H0		2	0,13	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,13
H1		17	1,14	51	3,42	5	0,34	0	0,00	0	0,00	0	0,00	73	4,90
H2		5	0,34	109	7,32	52	3,49	7	0,47	0	0,00	0	0,00	173	11,61
H3		2	0,13	191	12,82	384	25,77	381	25,57	241	16,17	43	2,89	1242	83,36
Gesamt		26	1,74	351	23,56	441	29,60	388	26,04	241	16,17	43	2,89	1490	100,00

Forschungsfrage: Wie hoch ist der Anteil von Versicherten, bei denen Hilfebedürftigkeit festgestellt wird?

Bei 99,9% der Antragsteller wird Hilfebedürftigkeit festgestellt, 83,4% erreichen sogar Stufe 3 der Hilfebedürftigkeit (Tabelle 37, S. 87). Bereits in der Hilfebedürftigkeitsstufe 1 werden diese Antragsteller zu 76,7% in eine Pflegestufe eingruppiert. In den Hilfebedürftigkeitsstufen 2 und 3 liegt der Anteil Antragsteller, die als pflegebedürftig eingestuft werden, schon bei 97,1% bzw. 99,8%.

Forschungsfrage: Gibt es Personen, bei denen eine Hilfebedürftigkeit, aber keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wird?

Insgesamt wurden nach dem neuen Begutachtungsverfahren nur 1,7% der Antragsteller als nicht pflegebedürftig (P0) eingestuft. Davon wurden 92,3% als hilfebedürftig eingestuft (Tabelle 37, S. 87).

Tabelle 38. Ordinale Modulwertungen bei Antragstellern, die als hilfebedürftig aber nicht als pflegebedürftig eingestuft wurden (N=24 Antragsteller).

Modul	ordinale Wertung					Summe
	0	1	2	3	4	
	N	N	N	N	N	N
1: Mobilität	22	2	0	0	0	24
2: Kognition, Kommunikation	19	5	0	0	0	24
3: Verhalten, psych. Probleme	23	1	0	0	0	24
4: Selbstversorgung	24	0	0	0	0	24
5: krankheitsbed. Anforderungen	19	5	0	0	0	24
6: Alltagsleben, soz. Kontakte	21	3	0	0	0	24
7: außerhäusliche Aktivitäten	12	6	5	1	0	24
8: Haushaltsführung	0	12	10	2	0	24

Bei annähernd allen Antragstellern wird Hilfebedürftigkeit festgestellt. Das bedeutet, dass Pflegebedürftigkeit immer mit Hilfebedürftigkeit einhergeht.

10.9 Zusammenfassung der Ergebnisse und Optimierungsbedarf

Bei den erwachsenen Antragstellern wurden nach dem neuen Begutachtungsinstrument 1,7 % als selbständig/nicht pflegebedürftig, 23,6 % als in der Selbständigkeit gering beeinträchtigt (P1), 29,6 % als erheblich beeinträchtigt (P2), 26,0 % als schwer beeinträchtigt (P3) und 16,2 % als schwerst beeinträchtigt (P4) eingestuft; bei 2,9 % wurde eine besondere Bedarfskonstellation festgestellt (P5). Bei der Verteilung der Hilfebedürftigkeitsstufen zeigt sich, dass mit über 80 % der Antragsteller der größte Teil in die höchste Hilfebedürftigkeitsstufe H3 eingestuft wird. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass bei nahezu allen Antragstellern auch eine Pflegebedürftigkeit vorlag.

Die Ergebnisse der Untersuchung der Hauptphase 2 sind repräsentativ. Die Stichproben der einzelnen Studienteile sind insgesamt als ausgewogen zu bezeichnen. Es sind keine statistisch signifikanten Unterschiede zu Antragstellern aufgetreten, die nicht an der Studie teilgenommen haben. Gender-Aspekte wurden in der Untersuchung beachtet. Es haben sich keine relevanten Geschlechtsunterschiede in der Stichprobe ergeben, so dass auch diesbezüglich die Stichprobe das derzeitige Antragsgeschehen in den MDK korrekt widerspiegelt.

Hinsichtlich der Gütekriterien kann festgestellt werden, dass die Reliabilität (Grad der Zuverlässigkeit einer Messung) als „gut“ und die Validität („Wird das gemessen, was gemessen werden soll?“) als „sehr gut“ zu bezeichnen ist. Auch relevante Veränderungen bei Versicherten (z.B. Verschlechterung des Zustands) können mittels des NBA zuverlässig erfasst werden. Für ein neu entwickeltes Instrument sind dies hervorragende Ergebnisse, die dennoch offen bleiben für Weiterentwicklungen, die sich aus den Erfahrungen im Alltagseinsatz ergeben (Lernendes Verfahren).

Die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern (Interrater-Reliabilität) wird bei einer absoluten Übereinstimmung von 59% mit einem Kappa-Wert von 0,65 (Erwachsene) bzw. 50% und einem Kappa-Wert von 0,53 (Kinder) berechnet. Kappa-Werte können zwischen -1 und 1 betragen. Eine akzeptierte Bewertungsskala weist für Werte über 0,4 die Kategorie „akzeptabel bis gut“ aus. Weitere Möglichkeiten einer Optimierung im Rahmen eines lernenden Verfahrens sollten jedoch genutzt werden: So könnte vor allem durch eine intensivere Gutachterschulung die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern erhöht und damit auch die Reliabilität verbessert werden. Auch können sich aus weiteren Erfahrungen mit dem Instrument Nachjustierungen innerhalb einzelner Module als hilfreich erweisen. Die Gewichtung der Module zueinander und die Konstruktion des Instruments in seiner Gesamtheit bleiben davon jedoch unberührt, sie hat sich bewährt.

Hinsichtlich der Erfassung kognitiver Beeinträchtigungen erfüllt das NBA die mit ihm verbundenen Erwartungen voll. Gerade diese bisher nur schwer zu begutachtende Personengruppe wird durch das NBA sehr gut erfasst. Damit wird einer wesentlichen Intention des neuen Be-

gutachtungsinstrumentes Rechnung getragen. Dennoch werden körperlich eingeschränkte Personen in der Begutachtung nicht benachteiligt.

Verglichen mit einem anerkannten Referenzverfahren zur Erfassung kognitiver Störungen (TFDD) liefert das NBA im Bereich der Module 2 (kognitive Störungen) und 3 (Verhaltensstörungen) sehr gute Ergebnisse (Validität). Die Übereinstimmung der beiden Verfahren liegt bei 89%.

Die Häufigkeit der Empfehlungen zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen nach dem NBA ist mit 4,09% höher als in der vorliegenden Untersuchung nach dem derzeitigen Verfahren mit 1,41%. Die im NBA vorhandene Möglichkeit zur Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit, eine weitere Abklärung der Rehabilitationsbedürftigkeit zu empfehlen, etwa die Einleitung eines fachärztlichen Assessments, wurde mit 0,74% sehr selten genutzt. Die Einschätzung, dass bei einem hohen Prozentsatz der begutachteten Personen das Rehabilitationspotenzial eher niedrig eingeschätzt wird, sollte Gegenstand weiterer Untersuchungen sein.

Der Zeitaufwand für die Begutachtung nach dem NBA lag bei etwa 60 Minuten und damit im Rahmen der derzeitigen Begutachtung. Bei Kindern war der Zeitaufwand mit etwa 70 Minuten etwas höher. In der praktischen Anwendung des NBA müssen vor allem die Angaben zur Krankheitsanamnese, zur pflegerischen Anamnese, zur Versorgungs- und Betreuungssituation und zu den erhobenen Befunden ausformuliert werden. Dies kann zwar teilstandardisiert durchgeführt werden, auf Freitext mit individuellen Angaben kann und sollte jedoch nicht verzichtet werden. Auch hier wird die Erfahrung mit dem NBA dazu führen, dass unter Routinebedingungen die Zeiten unter Aufwandgesichtspunkten eher noch verbessert werden können.

Für die Kinderbegutachtung haben sich insgesamt positive, im Vergleich zu den Erwachsenen allerdings weniger eindeutige Ergebnisse gezeigt. Da die Datenbasis für Kindergutachten noch gering ist, sind weitere Erfahrungen zu sammeln. Zudem ist zu erwarten, dass sich die Ergebnisse in der Praxis verbessern lassen, wenn die Gutachter mit dem neuen Instrument besser vertraut sind und eingehend geschult worden sind. Es sollte entsprechend der Hinweise der Projektnehmer aus der Hauptphase 1 auch grundsätzlich geprüft werden, ob die Kinderbegutachtungen in der vorliegenden Form bei sehr jungen Kindern im Alter von bis zu 18 Monaten beibehalten werden sollte.

Die Pflegestufen aus dem derzeitigen Verfahren sind inhaltlich anders zu bewerten als die Pflegestufen nach dem NBA. Das NBA nimmt eine neue Kategorisierung von Pflegebedürftigkeit vor, die nur zum Teil durch die derzeitigen Pflegestufen erklärt werden kann. Das liegt u.a. daran, dass das neue Instrument zur Einschätzung der Selbständigkeit differenzierter misst, mit der Konsequenz einer Umverteilung im Vergleich zum derzeitigen Verfahren. Dennoch kann in diesem Zusammenhang angesichts der eingeschränkten Vergleichbarkeit der Pflegestufen zwischen NBA undzeitigem Verfahren bei Umverteilungsszenarien nicht pauschal von „Verbesserung“ oder „Verschlechterung“ gesprochen werden, sondern nur bzgl. hinterlegter Geldleistungen.

10.10 Abschätzung möglicher finanzieller Folgen für die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung

10.10.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden Auswertungsergebnisse zu Auswirkungen auf die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung bei einem Einsatz des NBA vorgelegt. Diese dienen dazu, einen Eindruck von möglichen Ausgabenwirkungen *unter definierten Bedingungen* (siehe unten) zu gewinnen. Die Auswertungen ersetzen keine weitergehende gesundheitsökonomische Analyse, in der auch die gesetzten Rahmenbedingungen modifiziert werden könnten.

Die vorgelegten Ergebnisse setzen auf den Rahmenbedingungen des Status Quo auf. Dies bedeutet:

- Die Verteilung ambulante/stationäre Leistungen entspricht der derzeitigen Verteilung im Bestand der Pflegebedürftigen.
- Die Verteilung der Leistungsarten entspricht der derzeitigen Verteilung.
- Die derzeitigen Leistungssätze (Durchschnittswerte pro Pflegestufe) entsprechen den derzeit gesetzlich festgelegten Sätzen.

Veränderungen dieser für die Leistungsausgaben wichtigen Rahmenbedingungen sind denkbar – durch gesetzgeberische Entscheidungen oder z.B. Verhaltensänderungen der Antragsteller. Veränderungen sind jedoch in ihrer Richtung und Größenordnung spekulativ und wurden deshalb nicht als Grundlage der Berechnungen verwendet.

Über die Festlegung der Rahmenbedingungen wurden weitere Festlegungen für die Berechnungen getroffen. *Diese dienen ausschließlich einer transparenten Durchführung der Berechnungen, sie sind weder Vorschläge für den praktischen Einsatz des Instruments noch sind sie für die praktische Umsetzung in dieser Weise notwendig²⁴.*

- Um Ausgabenwirkungen unter Konstanz der Rahmenbedingungen zu berechnen, musste auch für das neue Instrument eine Reduktion der Stufen P1 bis P 5 auf 4 Pflegestufen (I bis III und Härtefälle) erfolgen. Dazu wird die Stufe P1 (geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit) zum Zwecke der Modellrechnungen ohne Leistungsbezug belassen. Dies ist eine Grundlage der Berechnungen, jedoch kein leistungsrechtlicher Vorschlag. Eine entsprechende Entscheidung müsste, wie im Abschlussbericht der Hauptphase 1 betont wird, politisch getroffen werden.
- Um die Ausgabenwirkung durch „Neusortierung“ der Pflegebedürftigen in die Stufen des neuen Instruments abbilden zu können, war es notwendig, von einer Entsprechung der

²⁴ Genauere Angaben zur methodischen Vorgehensweise finden sich im Anhang (Abschnitt 15.2)

Pflegestufen im alten und neuen System auszugehen. Dies ist jedoch inhaltlich nicht zwingend, da das NBA mehr Aspekte der Hilfebedürftigkeit abbildet als das bisherige Begutachtungsverfahren.

Die Leistungsausgaben für durch ein Begutachtungsverfahren festgestellte Pflegebedürftigkeit hängen von mehreren Faktoren ab. Durch Veränderungen dieser Faktoren können die Ausgaben auch grundsätzlich beeinflusst werden. Die hier vorgestellten Berechnungen beruhen auf folgenden Überlegungen:

1. Die Ausgaben sind wesentlich durch die Leistungssätze bestimmt, die für einen Pflegebedürftigen in einer bestimmten Pflegestufe (ambulant und stationär unterschiedlich) aufgewendet werden müssen. Diese sind gesetzlich fixiert. Da keine Anhaltspunkte bestehen, dass bzw. in welcher Weise diese Sätze verändert werden sollen oder können, wurden in den Berechnungen keine Änderungen der Sätze vorgenommen.
2. Die Ausgaben hängen davon ab, welche Score-Werte ein Pflegebedürftiger im NBA erreicht. Diese Score-Werte wiederum hängen von internen Eigenschaften des Instruments ab, insbesondere von der Ausgestaltung der Items und Module sowie von deren Gewichtung. Die Eigenschaften des Instruments sind jedoch auf pflegefachlich fundierten Überlegungen festgelegt worden. Orientierende statistische Berechnungen haben gezeigt, dass nur sehr drastische Verschiebungen z. B. der Modulgewichte zu relevanten Ausgabenveränderungen führen würden. Diese Verschiebungen sind pflegefachlich jedoch nicht mehr begründbar. Aus diesem Grund wurden für die folgenden Auswertungen keine Modifikationen am Instrument selbst vorgenommen.
3. Die Ausgaben hängen von den Punktwerten ab, die die einzelnen Pflegestufen voneinander abgrenzen (Schwellenwerte). Werden Schwellenwerte zu höheren Punktwerten verschoben, so erreichen weniger Pflegebedürftige höhere Stufen oder überhaupt eine leistungsbelegte Stufe. Werden Schwellenwerte nach unten verschoben, so gelangen mehr Pflegebedürftige in den Leistungsbezug. Im Abschlussbericht der Hauptphase 1 wird ein Vorschlag für solche Schwellenwerte gemacht (S. 77). Dieser Vorschlag basiert jedoch nicht in gleicher Weise auf pflegefachlichen Argumenten wie z. B. die Modulgewichtung und ist höchstens durch sehr vorläufige Daten (Pre-Test) gestützt. Relativ geringe Verschiebungen der Schwellenwerte führen zudem zu deutlichen Auswirkungen auf die Leistungsausgaben. Aus diesen Gründen wurden für die folgenden Auswertungen nur die Schwellenwerte zwischen den Stufen modifiziert.

Es werden zwei verschiedene Modelle vorgestellt, um exemplarisch den Zusammenhang zwischen Schwellenwertverschiebungen und Leistungsausgaben darzulegen. Diese Auswertungen dienen der Illustration und mögen Hinweise für Entscheidungsmöglichkeiten geben. Sie sind nicht unmittelbar für leistungsrechtliche Entscheidungen anwendbar – auch wegen der o. g., nicht in die Zukunft zu übertragenden Rahmenbedingungen.

10.10.2 Modelle zur Schwellenwertfestlegung

Ergebnis einer jeden Begutachtung mit dem NBA ist ein Gesamtscore zwischen 0 und 100 Punkten, der den Grad der Pflegebedürftigkeit abbildet. Dieser Score wird anhand von Schwellenwerten in Pflegestufen unterteilt. Die Definition der Schwellenwerte hat entscheidenden Einfluss auf die Verteilung der Leistungsberechtigten auf die Pflegestufen. Theoretisch ist eine beliebige Festlegung der Schwellenwerte und damit eine Vielzahl möglicher Kombinationen denkbar. Ausgangspunkt der hier vorgenommenen Modellrechnungen waren verschiedene Anhaltspunkte aus dem Abschlussbericht der Hauptphase 1: Durch die Hauptphase 1 wurde eine Schwellenwertkombination vorgeschlagen, aus der eine bestimmte Pflegestufeneinteilung resultiert. Die „Spreizung“ der Stufen soll dabei das Verhältnis des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfs innerhalb einer Stufe zur nächstfolgenden Stufe angemessen abbilden. Bei den vorgestellten Modellen wird dieses Verhältnis daher beibehalten. Eine leistungsrechtlich relevante Pflegebedürftigkeit beginnt bei einem Schwellenwert von 30 Punkten (=Schwellenwert zum Eingang in die P2). Beide Eckpunkte wurden in zwei Modellen berücksichtigt:

Modell 1. Der Schwellenwert, der den Eingang in das Leistungssystem definiert (=C2) wird bei einem Wert von 30 Punkten konstant gehalten. Die Schwellenwerte, die den Eingang in die Pflegestufe P3 und P4 markieren (=C3 bzw. C4) werden systematisch variiert. Dabei sollen die Abstände zwischen diesen Schwellenwerten konstant bleiben (vgl. Abbildung 24).

Modell 2. Alle Schwellenwerte werden in gleicher Weise schrittweise erhöht. Hierbei wird auch C2 – als Grenzwert für den Eingang in das Leistungssystem – angehoben (vgl. Abbildung 25).

Zur Illustration der Beziehung zwischen Schwellenwerten, den Häufigkeiten von Leistungsberechtigten in verschiedenen Pflegestufen und damit letztlich den Leistungsausgaben werden im folgenden für beide Modelle jeweils drei ausgewählte Varianten präsentiert, die auch durch den Projektauftrag motiviert sind:

- Varianten 1A bzw. 2A gemäß Vorschlag der Hauptphase 1,
- Varianten 1B bzw. 2B, die eine Kostenneutralität im ambulanten Bereich anstreben,
- Varianten 1C bzw. 2C, die eine Kostenneutralität sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich anstreben²⁵.

²⁵ Kostenneutralität wird hierbei als Übereinstimmung der abgeschätzten Kosten unter Anwendung des gültigen Verfahrens vs. NBA im Bereich von ca. +/- 2 % angenommen. Grundsätzlich muss aber für die folgenden genauso für die vorangegangenen Kostenabschätzungen von einer Restungenauigkeit ausgegangen werden.

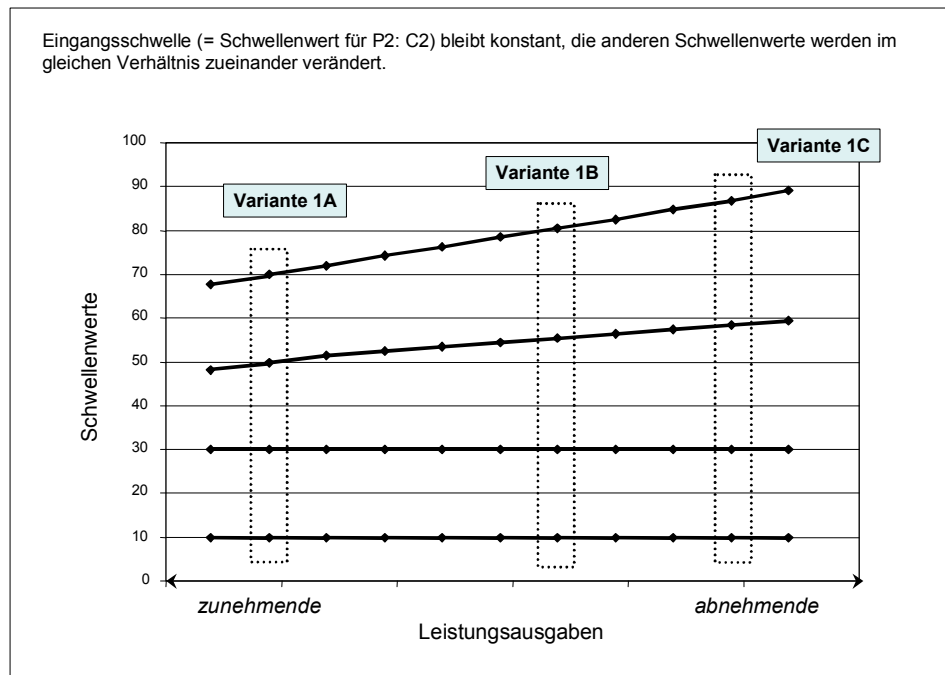


Abbildung 24 Illustration des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und veränderlichen Schwellenwerten in Modell 1

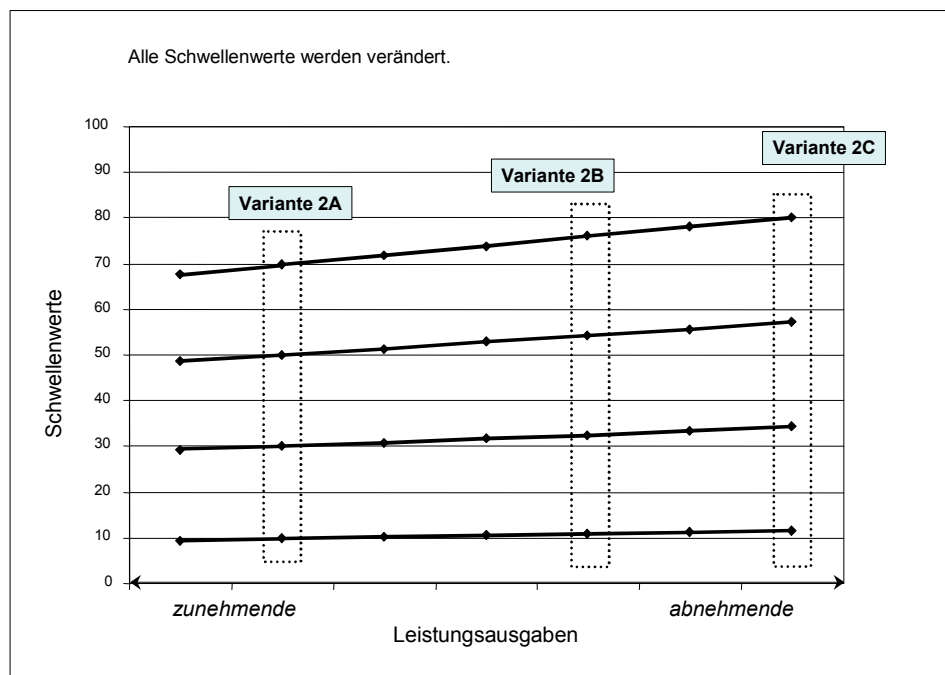


Abbildung 25 Illustration des Zusammenhangs zwischen Leistungsausgaben und veränderlichen Schwellenwerten in Modell 2

10.10.3 Ergebnisse

Im folgenden werden nun für jede Variante die berechneten Häufigkeiten von Personen in den bisherigen Pflegestufen bzw. den Stufen P0 bis P5 (Prävalenz) und die daraus resultierenden Leistungsausgaben im ambulanten und stationären Bereich dargestellt. Die abge-

schätzten Leistungsausgaben werden jeweils den Ausgaben gegenübergestellt, die sich bei Anwendung des derzeit gültigen Verfahrens ergeben. Anhand des in Abschnitt 15.2 geschilderten Vorgehens wurden für das gültige Verfahren hypothetische Gesamtausgaben von ca. 18 Mrd. Euro ermittelt (vgl. Tabelle 94, S. 138). Außerdem wird graphisch dargestellt, wie viele Personen bei einer Verschiebung der Schwellenwerte in andere Stufen „wandern“ würden. Der Tabelle 40 sind die Schwellenwertkombinationen für die ausgewählten Varianten zu entnehmen, für die eine Abschätzung der Leistungsausgaben vorgenommen worden ist.

Tabelle 39 Häufigkeiten in den gültigen Pflegestufen in der Population von Antragstellern (absolute Häufigkeiten)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit (gültiges Verfahren)				Summe
	nicht pflegebedürftig	I	II	III	
Ambulant	528.038	772.651	406.897	116.923	1.824.509
Stationär	178.906	271.357	265.386	131.074	846.723

Tabelle 40 Schwellenwerte der betrachteten Varianten

	Modell 1			Modell 2		
	Variante 1A	Variante 1B	Variante 1C	Variante 2A	Variante 2B	Variante 2C
Stufe P1	10	10	10	10	11,25	12,5
Stufe P2	30	30	30	30	33,75	35
Stufe P3	50	56,25	58,75	50	55	57,5
Stufe P4	70	81,25	87,5	70	76,25	80
Stufe P5	Stufe P4 mit besonderer Bedarfskonstellation					

Bei der Variante 1A bzw. 2A handelt es sich um die Schwellenwertkombination wie von Hauptphase 1 vorgeschlagen.

Modell 1

Variante 1A (gemäß Vorschlag Hauptphase 1)

In Tabelle 41 sind die absoluten Häufigkeiten von Antragsstellern dargestellt (Prävalenz), wie sie sich nach der von Hauptphase 1 vorgeschlagenen Schwellenwertkombination ergeben. Nach der im Anhang erläuterten Vorgehensweise zur Kostenabschätzung ergeben sich für diese Schwellenwertkombination im ambulanten Bereich Leistungsausgaben in einer Höhe von ca. 9,6 Mrd. Euro (vgl. Tabelle 42) (prozentuale Ausgabensteigerung: 18,7%). Für den stationären Bereich kommt die Hochrechnung zu dem Ergebnis einer Ausgabenhöhe von ca. 11,6 Mrd. Euro (prozentuale Leistungssteigerung: 17,5%). Unter den getroffenen Annahmen beliefen sich somit die Leistungsausgaben auf ca. 21,2 Mrd. Euro. Dies entspräche einer Steigerung von 18,1%.

Tabelle 41 Berechnete Häufigkeiten der neuen Stufen in der Population von Antragstellern gemäß Variante 1A

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA*						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	36.659	512.003	563.474	446.786	218.266	47.321	1.824.509
Stationär	0	99326	208987	236217	264860	37331	846.721

Anmerkung: * Rundungsfehler

Tabelle 42 Ergebnis der Kostenabschätzungen gemäß Variante 1A (Ausgaben pro Jahr in Euro)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	0	0	2.193.925.462	3.518.180.614	2.725.838.950	1.131.729.036	9.569.674.063
Stationär	0	0	2.565.524.412	3.625.458.516	4.672.130.400	783.951.000	11.647.064.328

Schwellenwertkombination gemäß Variante 1B (Stabilität der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich)

Die Ergebnisse der Kostenabschätzungen finden sich in der Tabelle 43. Hier wird deutlich, dass sich die Veränderungen der Leistungsausgaben bei Anwendung des NBA gegenüber dem derzeit gültigen Verfahren im ambulanten und stationären Bereich unterscheiden. Während im ambulanten Bereich eine annähernde Kostenneutralität gegeben ist, führen die dargestellten Leistungsausgaben im stationären Bereich zu einer Differenz von ca. 12%. Für beide Leistungsbereiche bedeutet dies eine Steigerung von ca. 6%.

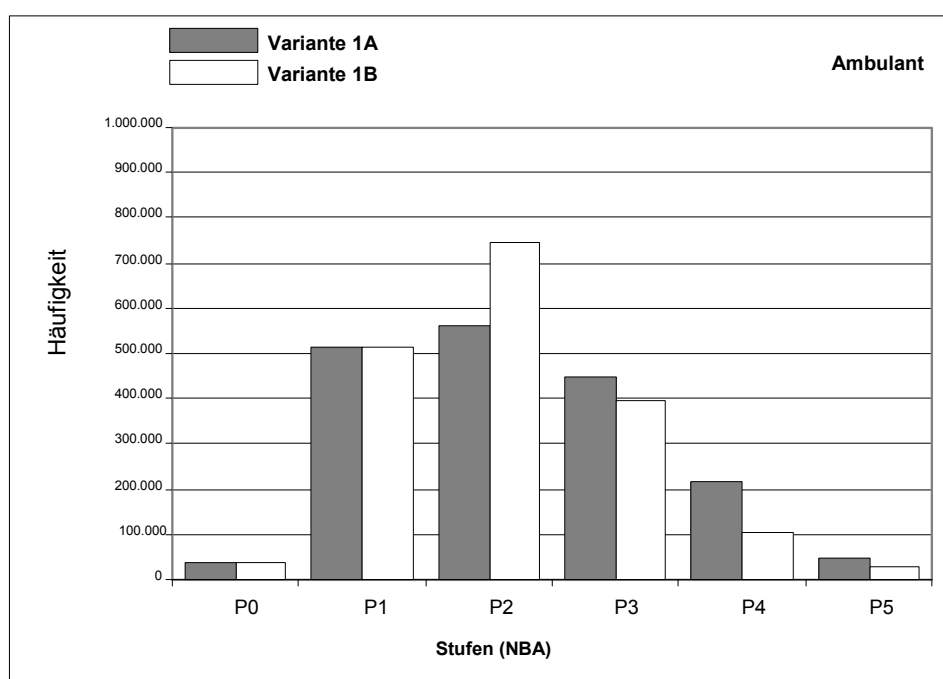
Tabelle 43 Ergebnisse der Kostenabschätzungen bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 1B (Stabilität der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich)(Ausgaben pro Jahr in Euro)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	0	0	2.900.775.841	3.134.208.146	1.282.155.634	720.828.240	8.037.967.861
Stationär	0	0	3.425.666.904	4.611.245.208	2.459.598.120	597.744.000	11.094.254.232

Tabelle 44 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 1B (Stabilität der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	36.659	512.003	745.017	398.024	102.666	30.140	1.824.509
Stationär	0	99.326	279.054	300.446	139.433	28.464	846.721

Die Veränderung der Häufigkeiten für die einzelnen Stufen im Vergleich zu Variante 1A ist in der Abbildung 26 für den ambulanten Bereich und in der Abbildung 27 für den stationären Bereich illustriert. Wie bei der Ausgangsbedingung des gleich gehaltenen Schwellenwertes zwischen P1 und P2 zu erwarten, verschieben sich die Häufigkeiten ausschließlich in den Pflegestufen P2, P3, P4 und P5. Dabei ist für beide Leistungsbereiche ein starker Zuwachs in P2 zu verzeichnen, der sich aus der Erhöhung der Schwelle C3 ergibt. Anders als im ambulanten Bereich kommt es im stationären Bereich außerdem zu einem starken Zuwachs potenzieller Leistungsempfänger in der P3, die sich aus der stark besetzten P4 erklärt.

**Abbildung 26** Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 1A vs. 1B im ambulanten Bereich

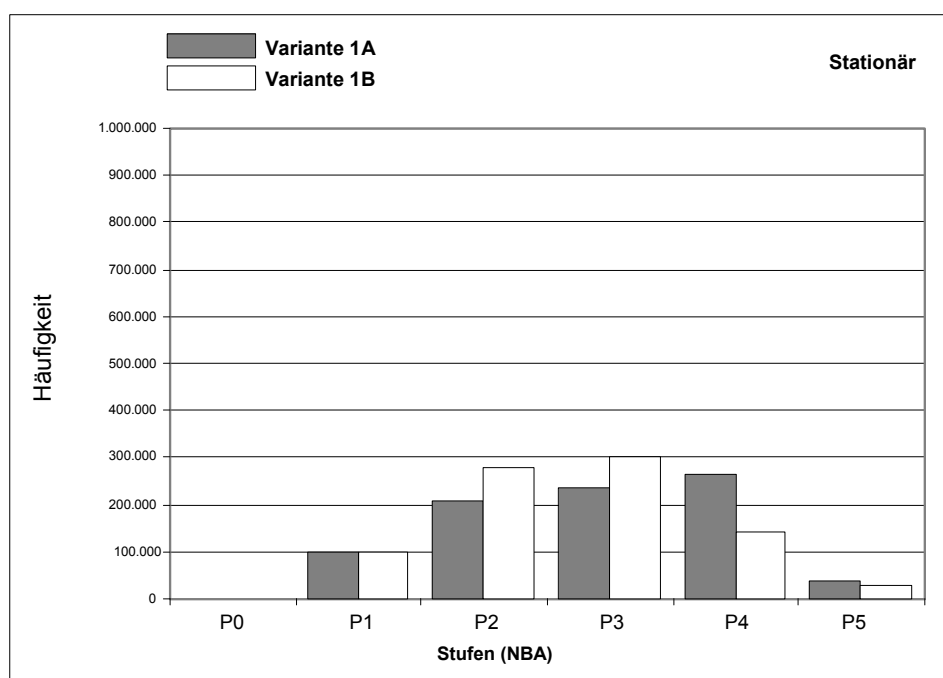


Abbildung 27 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung Schwellenwerte in Variante 1A vs. 1B im stationären Bereich

Schwellenwertkombination gemäß Variante 1C

Die Ergebnisse der Kostenabschätzungen finden sich in der Tabelle 45; aus der Tabelle 46 sind die absoluten Häufigkeiten in den Stufen des NBA nach der Schwellenwertveränderung getrennt nach Leistungsart (ambulant, stationär) zu entnehmen.

Die Veränderung der Häufigkeiten im Vergleich zur Variante 1A ist in der Abbildung 28 für den ambulanten Bereich und in der Abbildung 29 für den stationären Bereich illustriert.

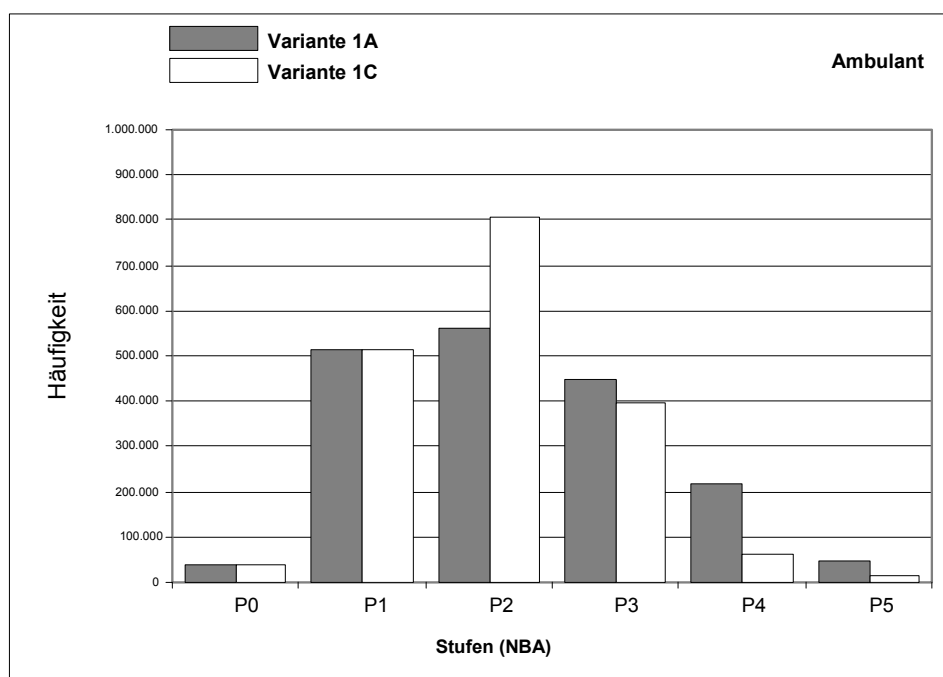
Mit der Variante 1C blieben die Leistungsausgaben gegenüber der heutigen Situation konstant, wobei keine gleichzeitige Kostenneutralität in den einzelnen Leistungsbereichen erreicht werden kann. Während im ambulanten Bereich durch die Festlegung der Schwellenwerte in Variante 1C geringere Leistungsausgaben als nach derzeit gültigem Verfahren zu erwarten wären, lägen die Ausgaben im stationären Bereich über den derzeitigen Ausgaben. Die Wanderungsbewegungen, die in der Abbildung 28 für den ambulanten und in Abbildung 29 für den stationären Bereich dargestellt sind, unterscheiden sich in ihrer Richtung nicht von denen im Variante 1B. Aufgrund der vergleichsweise höheren Schwellenwerte im Variante 1C gegenüber 1B fallen diese jedoch stärker aus.

Tabelle 45 Ergebnisse der Kostenabschätzungen bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 1C (Stabilität der Leistungsausgaben insgesamt) (Ausgaben pro Jahr in Euro)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	0	0	3.142.434.156	3.104.332.597	748.542.306	349.101.852	7.344.410.911
Stationär	0	0	3.938.312.664	5.163.589.032	1.243.373.040	412.881.000	10.758.155.736

Tabelle 46 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 1C (Stabilität der Leistungsausgaben insgesamt)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	36.659	5120.03	807.083	394.230	59.938	14.597	1.824.509
Stationär	0	99.326	320.814	336.434	70.486	19661	846.721

**Abbildung 28** Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 1A vs. 1C im ambulanten Bereich

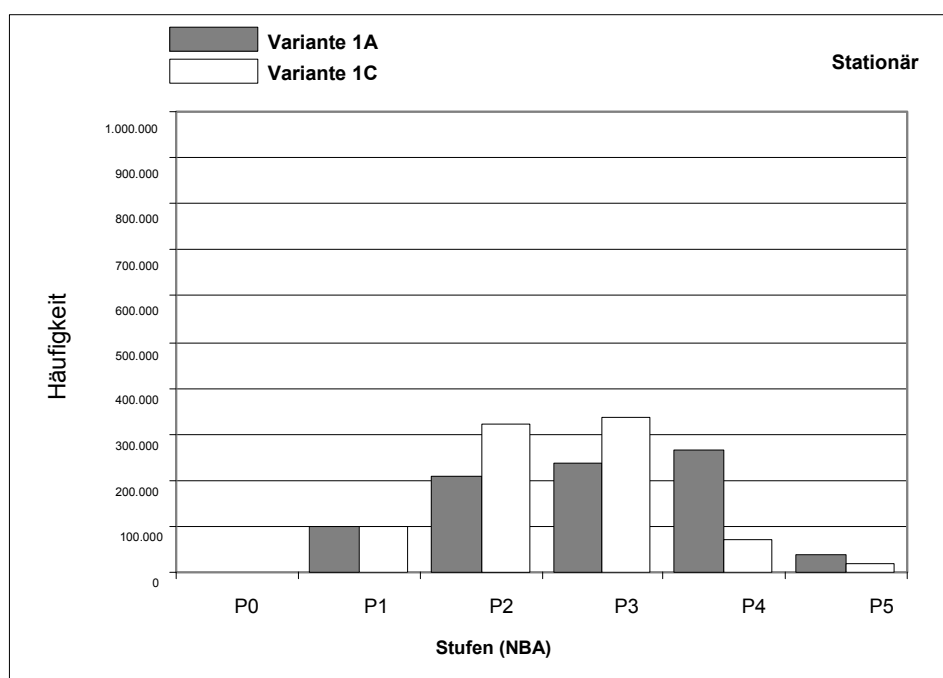


Abbildung 29 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 1A vs. 1C im stationären Bereich

Modell 2

Schwellenwertkombination gemäß Variante 2A

Die Variante 2A entspricht Variante 1A (Schwellenwertkombination gemäß Vorschlag der Hauptphase 1).

Schwellenwertkombination gemäß Variante 2B

Gemäß den Grundannahmen (Erhöhung auch der Schwellenwerte C1 und C2) ergibt sich auch hier eine Erhöhung der Personen in den Stufen P0 und P1, also eine Zunahme der Personen ohne Leistungsbezug. Tabelle 47 und Tabelle 48 zeigen die Ergebnisse für die absoluten Häufigkeiten sowie für die Kostenabschätzungen unter Annahme der Schwellenwertkombination, bei der die Leistungsausgaben im ambulanten Bereich gegenüber den derzeitigen Ausgaben nahezu stabil bleiben. Im stationären Bereich findet sich dagegen eine Ausgabensteigerung um ca. 8%. Insgesamt beträgt die Leistungsausgabendifferenz etwa 5%.

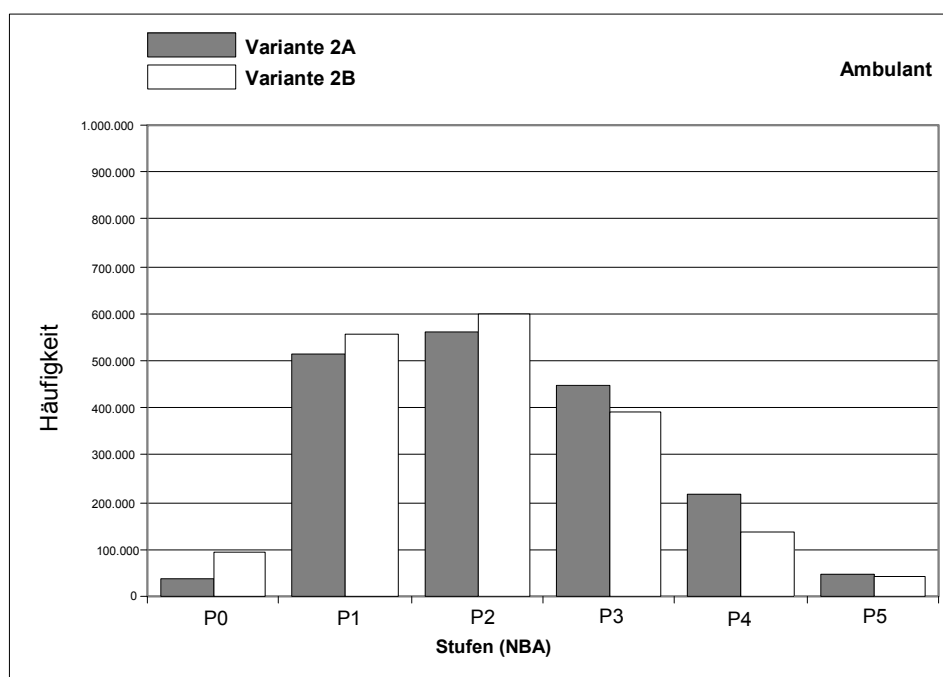
Wie die Abbildung 30 für den ambulanten und die Abbildung 31 für den stationären Bereich zeigen, entsprächen die Richtungen der Wanderungsbewegungen denen im Modell 1. In ihrer Stärke wären die Wanderungsbewegungen allerdings erheblich moderater. Gemäß den Grundannahmen (Erhöhung auch der Schwellenwerte C1 und C2) ergibt sich auch hier eine Erhöhung der Personen in den Stufen P0 und P1, also eine Zunahme der Personen ohne Leistungsbezug.

Tabelle 47 Ergebnisse der Kostenabschätzungen bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 2B (Stabilität der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich) (Ausgaben pro Jahr in Euro)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	0	0	2.329.982.372	3.089.678.301	1.725.701.107	1.068.782.124	8.214.143.904
Stationär	0	0	2.612.197.764	4.093.465.080	3.344.808.600	690.837.000	10.741.308.444

Tabelle 48 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 2B (Stabilität der Leistungsausgaben im ambulanten Bereich)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	92.142	558.708	598.418	392.369	138.182	44.689	1.824.509
Stationär	8.519	136.191	212.789	266.710	189.615	32.897	846.721

**Abbildung 30** Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 2A vs. 2B im ambulanten Bereich

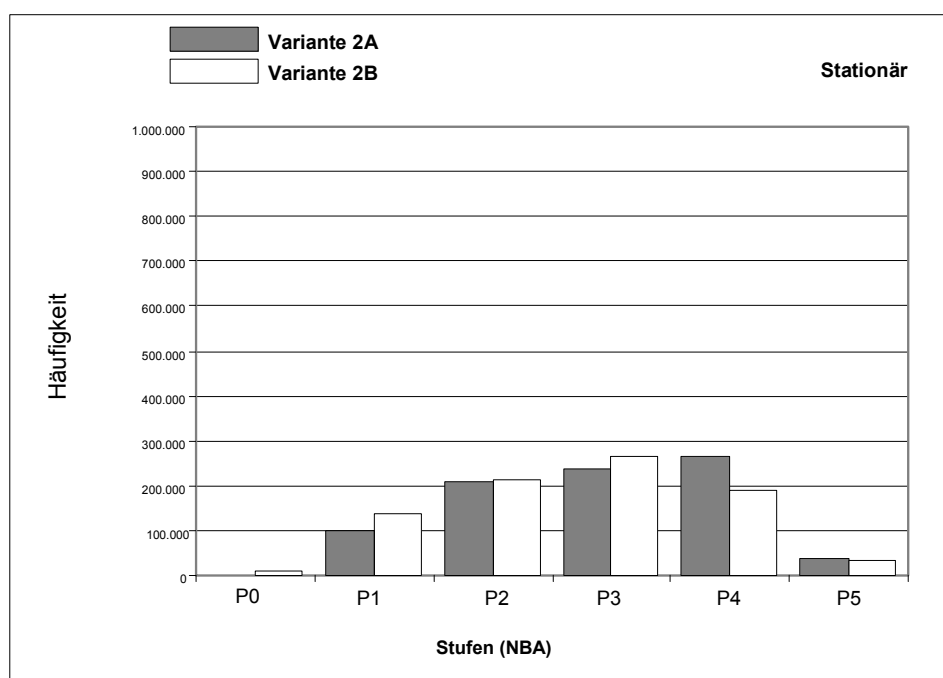


Abbildung 31 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 2A vs. 2B im stationären Bereich

Schwellenwertkombination gemäß Variante 2C

In Tabelle 49 und Tabelle 50 finden sich die Ergebnisse für die absoluten Häufigkeiten sowie für die Kostenabschätzungen unter Annahme der Schwellenwertkombination, die annähernd mit einer Stabilität der Leistungsausgaben einherginge.

Tabelle 49 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 2C (Bedingung der Stabilität der Leistungsausgaben insgesamt)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	92.142	582.839	657.484	340.706	116.308	35.030	1.824.509
Stationär	8.519	144.711	261.835	238.830	162.179	30.648	846.721

Tabelle 50 Ergebnisse der Kostenabschätzungen bei Variation der Schwellenwerte gemäß Variante 2C (Bedingung der Stabilität der Leistungsausgaben insgesamt) (Ausgaben pro Jahr in Euro)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit NBA						Summe
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Ambulant	0	0	2.559.959.978	2.682.862.141	1.452.525.252	837.777.480	7.533.124.850
Stationär	0	0	3.214.286.460	3.665.562.840	2860837560	643.608.000	10.384.294.860

Den obigen Darstellungen entsprechend sind in den nachstehenden Abbildungen (Abbildung 32 und Abbildung 33) die Wanderungsbewegungen beim Vergleich von Variante 2A und 2C

illustriert. Erkennbar ist wiederum der Anstieg in den beiden Stufen, denen im vorliegenden Zusammenhang keine Leistungen zugeordnet sind, der hier stärker ausfällt als in Variante 2B.

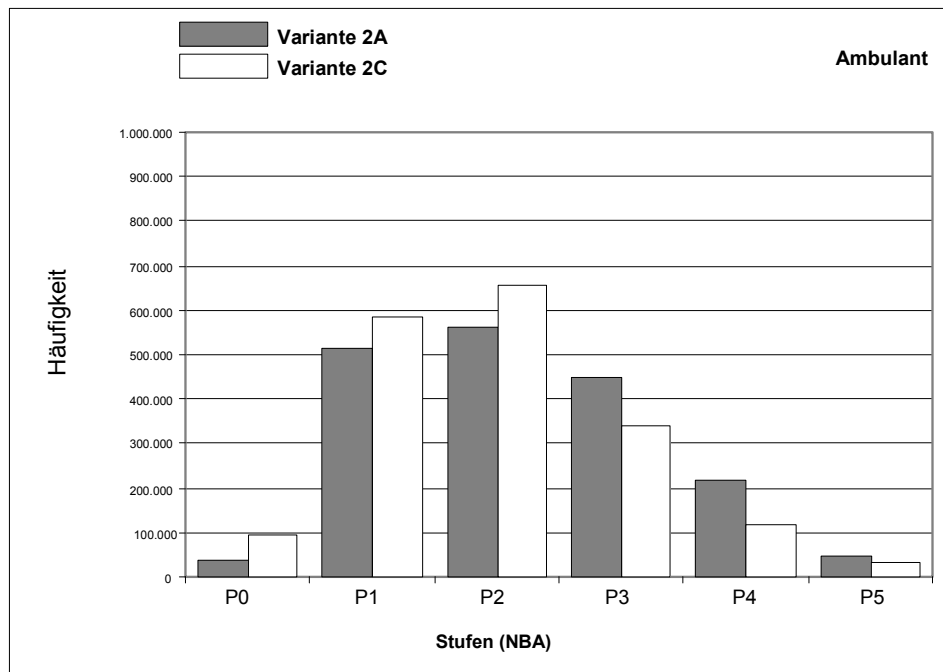


Abbildung 32 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 2A vs. 2C im ambulanten Bereich

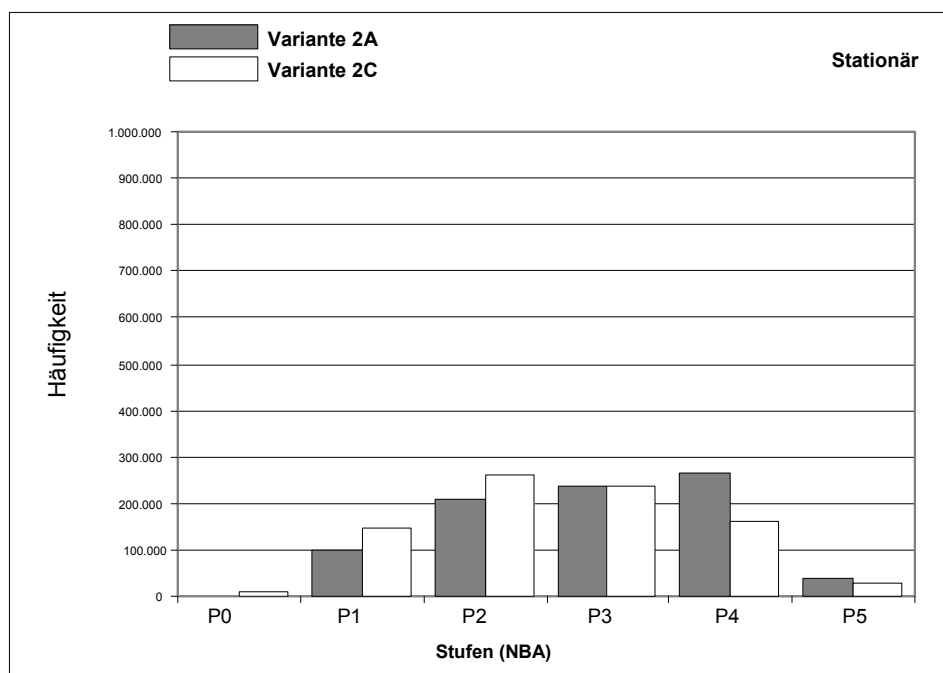


Abbildung 33 Häufigkeiten (absolut) in den Stufen des NBA unter Anwendung der Schwellenwerte in Variante 2A vs. 2C im stationären Bereich

Tabelle 51: Vergleich der absoluten Häufigkeiten im Status Quo sowie den verschiedenen Szenarien

Variante	Leistungsempfänger / Stufe					Leistungsausgaben Mrd. €
	insgesamt	P2 / I	P3 / II	P4 / III	P5 / Härtefall	
derzeitiger Pflegebegriff	1.964.288	1.044.008	672.283	242.153	(5.844)	17,8
1A/2A	2.023.242	772.461	683.003	483.126	84.652	21,2
1B	2.023.242	1.024.071	698.470	242.099	58.604	19,1
1C	2.023.242	1.127.897	730.664	130.424	34.258	18,1
2B	1.875.670	811.207	659.079	327.797	77.586	19,0
2C	1.843.019	919.319	579.536	278.487	65.678	18,1

Überlegungen zum Leistungsbezug für Personen in der P1 bei Annahme der Variante 2C

Wie beschrieben, lassen sich die durch die Schwellenwertverschiebungen „wandernden“ Personengruppen grundsätzlich nicht einheitlich beschreiben, sondern stellen eine heterogene Fraktion von Antragstellern mit unterschiedlichen Hilfebedarfen dar. Es gibt insofern keinen Anhaltspunkt dafür, dass eine bestimmte Personengruppe systematisch von diesen Verschiebungen betroffen ist. Da allerdings das NBA gerade dem besonderen Versorgungs- und Betreuungsbedarfs von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz Rechnung tragen soll, ist innerhalb dieser heterogenen Personengruppe die Häufigkeit der PEA von eigenem Interesse.

Betrachtet man die Studienergebnisse (Umsetzungstudie-Erwachsene), so wird deutlich, dass die Anwendung des NBA mit den vorgeschlagenen Schwellenwerten die meisten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz in P2 und höher einstuft. Nur ein kleiner Teil wird in P1 eingestuft. Durch die Schwellenwertveränderung im Modell 2 erhöht sich nach den Ergebnissen der Studie der Anteil von PEA in den Stufen P0 und P1 deutlich. Während der Anteil PEA in den ursprünglichen Stufen P0 und P1 lediglich 0% bzw. 2% beträgt, liegt der PEA-Anteil in P1 nach Erhöhung des Schwellenwertes C2 auf 35 Punkte bei 5%.

Falls erwogen würde, dem Kreis der PEA dennoch Leistungen nach SGB XI zuzuordnen, könnte hierfür eine Auffangregelung geschaffen werden. Hierzu wäre es denkbar, den Personen der P1 bei Vorliegen einer eingeschränkten Alltagskompetenz weiterhin die Leistungen gemäß §§ 45b und 87b zuzuordnen.

Für eine solche Regelung wurde eine weitere Hochrechnung der Kosten für Variante 2C durchgeführt. Im Rahmen dieser Abschätzung wurden zusätzlich zu den Leistungsausgaben gemäß der entsprechenden Schwellenwerte ein Leistungsbezug von PEA innerhalb der P1 angenommen. Hierbei wurde für den ambulanten und stationären Bereich unterschiedlich vorgegangen. Da im stationären Bereich Leistungen für PEA nicht personen- bzw. pflegestufenbezogen, sondern einrichtungsbezogen verausgabt werden, wurde hierfür auf die vom BMG vorausgerechneten Mehrausgaben für PEA im stationären Bereich Bezug genommen (200 Mio. Euro).

Im ambulanten Bereich wurden die zusätzlichen Ausgaben für PEA auf der Basis der Häufigkeiten von PEA-Stufe 1 und PEA-Stufe 2 empirisch hergeleitet²⁶. Als Datengrundlage dienten die ersten Ergebnisse der sogenannte Übergangstatistik in den MDK der Monate Juli, August und September 2008 (MDS, 2008). Da in der Umsetzungsstudie-Erwachsene keine Personen aus der gültigen Pflegestufe III der Stufe P1 des NBA zugewiesen worden sind, wurden lediglich die relativen Häufigkeiten von PEA 1 und PEA 2 in den gültigen Pflegestufen I, II und „0“ ermittelt. Hieraus errechneten sich Zusatzkosten in Höhe von ca. 60 Mio. Euro. Die abgeschätzten Leistungsausgaben beliefen sich in der Summe demnach auf 260 Mio. Euro. Berücksichtigt man diese Leistungsausgaben zusätzlich zu den im Rahmen des Variante 2C errechneten Gesamtausgaben bei Anwendung des NBA, wäre dies – bei Beibehaltung der Schwellenwerte - immer noch im Rahmen nahezu stabiler Leistungsausgaben (s. Fußnote 23). Da die Ergebnisse der Übergangstatistik vorläufig und daher nur begrenzt aussagekräftig sein können, wurden im Sinne einer Sensitivitätsanalyse in ergänzenden Berechnungen höhere Anteile PEA 1 und 2 innerhalb der neuen P1 angenommen. Diese Analysen bestätigen den nur begrenzten Einfluss der oben skizzierten Auffangregelung auf die Leistungsausgaben: Wenn man eine Quote von 25 % PEA anstelle der geschätzten 5 % in der Stufe P1 annähme, wäre die Beibehaltung einer Leistungsvergabe für PEA in der neuen P1 mit einer prozentualen Ausgabensteigerung von <3% (500 Mio. Euro) im Vergleich zu den Ausgaben unter Annahme des derzeit gültigen Verfahrens verbunden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse bleiben die mit Hochrechnungen verbundenen methodischen Einschränkungen zu berücksichtigen:

- Hochrechnung der neuen Pflegestufen
 - *Theoretische Annäherung an die Häufigkeiten der „Nicht-Pflegebedürftigen“ (Pflegestufe 0):* Die angenommenen Häufigkeiten basieren auf der Übertragung des Verhältnisses von Pflegestufe 0 und Pflegestufe I im Antragsgeschehen. Diese Annahme führt zu einer Häufigkeit, die aufgrund des Antragsverhaltens (Wiederholungsbegutachtung, Widersprüche etc) eher einer Überschätzung gleichkommt. Die Annahme einer geringeren Häufigkeit der Pflegestufe 0 führte zu insgesamt niedrigeren Kostenabschätzungen bei Anwendung des NBA, allerdings in einem zu vernachlässigenden Maße.
 - *Häufigkeiten bzw. besondere Kosten der derzeitigen Härtefälle.* Die Häufigkeiten bzw. Kosten wurden vernachlässigt (wenig Personen in Studie [n=2]/ keine Angaben hierzu in der BMG Statistik nach Alter). Der Einfluss auf die Kostenabschätzungen ist jedoch sehr gering und daher zu vernachlässigen.
- Berechnung der Kostensätze
 - *Annahme der geschätzten Mehrkosten für PEA seit dem 1. Juli 2008* (noch keine aussagekräftige Datenbasis verfügbar)

²⁶ Seit dem 1. Juli 2008 sieht der Gesetzgeber vor, in Abhängigkeit vom Schweregrad einer eingeschränkten Alltagskompetenz Leistungen in einer Höhe von 100 bzw. 200 Euro monatlich zu vergeben.

- *Annahme der Höchstsätze für die Pflegestufen.* Diese Annahme führt für alle berechneten Pflegestufenverteilungen gleichermaßen zu einer leichten absoluten Kostenüberschätzung.
- *Keine gesonderte Berücksichtigung der Kosten für § 43 a Behinderte Menschen.* Die Kosten werden im Unterschied zu den 3 Leistungsarten im ambulanten Bereich nicht unterschieden und werden nur auf der Grundlage eines „normalen“ stationären Kostensatzes berechnet.

10.10.4 Zusammenfassung

Die Leistungsausgaben, die sich aus der Anwendung des NBA ergeben würden, resultieren maßgeblich aus den definierten Schwellenwerten und den daraus folgenden absoluten Häufigkeiten von Leistungsempfängern pro Pflegestufe. Für Abschätzungen der finanziellen Folgewirkungen durch das NBA wurde der Zusammenhang zwischen Schwellenwertverschiebungen und Kostenwirkungen modellhaft dargestellt. Es wurden zwei Modelle entwickelt und daraus Varianten abgeleitet, die jeweils mit unterschiedlichen Folgen für die Leistungsausgaben der Sozialen Pflegeversicherung verbunden wären. Für jedes Modell wurde von den in Hauptphase 1 vorgeschlagenen Schwellenwerten ausgegangen. Damit sollte für alle ableitbaren Varianten gewährleistet werden, dass die Spreizung der Pflegestufen in angemessener Relation zum tatsächlichen Pflege- und Betreuungsaufwand in den jeweiligen Pflegestufen bestehen bleibt. In beiden Modellen wurden die Schwellenwerte, die die einzelnen Pflegestufen voneinander abgrenzen, schrittweise erhöht. In Modell 1 wurde der „Eingangsschwellenwert“ konstant gehalten, im zweiten Modell wurden alle Schwellenwerte variiert. Es wurde illustriert, wie sich in beiden Modellen mit schrittweiser Erhöhung der Schwellenwerte die Häufigkeiten in den hohen Pflegestufen vermindern.

Jede Festlegung von Schwellenwerten geht mit einer spezifischen Gruppierung von Versicherten in Pflegestufen mit unterschiedlichem Leistungsbezug einher. Es wäre daher von Interesse, Personengruppen, die von hohen in niedrigere Stufen „wandern“, näher zu beschreiben. Zur Untersuchung dieser Fragestellung sind die Daten aus der Umgestaltungsstudie-Erwachsene herangezogen worden. Die Studienergebnisse zeigen, dass sich Personen, die in niedrigere Stufen gelangen, nicht befriedigend als eine homogene Personengruppe charakterisieren lassen. Vielmehr stellen sie eine Mischung von Individuen dar, deren Gesamtscoreergebnis ähnlich nahe an den relevanten Schwellenwerten liegt. Dieser Gesamtscore setzt sich aus den Wertungen der unterschiedlichen Module und damit unterschiedlichen Dimensionen des individuellen Hilfebedarfs zusammen. Dies bedeutet auch, dass es keinen Anhaltspunkt dafür gibt, dass eine bestimmte Personengruppe systematisch von diesen Verschiebungen betroffen, insbesondere durch die Verschiebung der Schwellenwerte benachteiligt ist.

Die Auswertungsergebnisse zeigen, dass Schwellenwertkombinationen möglich sind, die mit einer Stabilität der Leistungsausgaben vereinbar sind, allerdings nicht für den ambulanten

und stationären Bereich gleichzeitig. Ein Teil der Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) würde den Stufen P0 und P1 zugeordnet werden, was nach den Voraussetzungen für diese Berechnungen keinen Leistungsbezug bedeuten würde. Da dies nicht der Intention des PfWG vereinbar wäre, wäre eine Auffangregelung denkbar. Eine grobe Abschätzung der Leistungsausgaben bei einer entsprechenden Auffangregelung für PEA in der neuen P1 führte zu keiner wesentlichen Steigerung der Leistungsausgaben.

Relevant für die abgeschätzten Leistungsausgaben bei Anwendung des NBA sind die Häufigkeiten in der neuen P5. Hier ist möglicherweise zu bedenken, in wie fern die Kostensätze für derzeitige Härtefälle tatsächlich auf die „besonderen Bedarfskonstellationen“ des NBA (P5) übertragbar sind.

Tabelle 52: Vergleich der absoluten Häufigkeiten im Status Quo sowie den verschiedenen Szenarien

Variante	Leistungsempfänger / Stufe					Leistungsausgaben Mrd. €
	insgesamt	P2 / I	P3 / II	P4 / III	P5 / Härtefall	
derzeitiger Pflegebegriff	1.964.288	1.044.008	672.283	242.153	(5.844)	17,8
1A/2A	2.023.242	772.461	683.003	483.126	84.652	21,2
1B	2.023.242	1.024.071	698.470	242.099	58.604	19,1
1C	2.023.242	1.127.897	730.664	130.424	34.258	18,1
2B	1.875.670	811.207	659.079	327.797	77.586	19,0
2C	1.843.019	919.319	579.536	278.487	65.678	18,1

11 Fazit und Leitfragen

Gemeinsame Stellungnahme der Projektnehmer der Hauptphasen 1 und 2

Im Rahmen des Projektes wurde in einer Hauptphase 1 ein neues Instrument zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit entwickelt. Dabei wurden Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Forschung aufgenommen und in ein praktisch einsetzbares Begutachtungsinstrument umgesetzt. In der im Rahmen der Hauptphase 2 durchgeführten praktischen Erprobung des Instruments wurde dieses auf seine Eignung, Zielorientierung und praktische Anwendbarkeit überprüft.

Die Projektnehmer fassen die Ergebnisse des Projektes im Sinne einer Empfehlung wie folgt zusammen:

- Das neue Begutachtungsinstrument bewertet den Grad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe. Diese Abhängigkeit wird in verschiedenen Dimensionen gemessen und bildet in der Gesamtheit dieser Dimensionen einen umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriff ab. Der modulare Aufbau des Instruments ermöglicht es dabei, unterschiedliche Dimensionen der Hilfe zu benennen und diese für eine zusammenfassende Bewertung unterschiedlich zu gewichten. Der Einsatz des Instruments bedeutet eine Abkehr von der bisher zeitorientierten Begutachtung. Neben der umfassenden Abbildung von Pflegebedürftigkeit ist es Zielsetzung des Instruments, auch die Problem- und Bedarfslagen der in der Pflegeversicherung bisher nicht konsequent berücksichtigten Betroffenen (insbesondere Personen mit beginnender Demenz) sachgerecht und angemessen zu berücksichtigen.
Das Instrument greift damit Probleme mit der bisherigen Begutachtung auf, orientiert sich an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen und macht diese für die Begutachtungspraxis anwendbar.
- Die praktische Erprobung hat ergeben, dass das entwickelte Instrument das beabsichtigte Ziel erreicht sowie für die Begutachtung geeignet und praktisch einsetzbar ist.
 - Verglichen mit einem anerkannten Referenzverfahren (TFDD) liefert das neue Instrumentarium im Bereich der Module 2 und 3 sehr gute Ergebnisse. Die Übereinstimmung der beiden Verfahren liegt bei knapp 90%. Damit wird die Zielsetzung erfüllt, dass das Instrument bisher möglicherweise unangemessen bewertete Konstellationen der Pflegebedürftigkeit sachgerecht abbildet.
 - Bei den Personen, die im bisherigen Verfahren keine Pflegestufe erhalten, aber als „Personen mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz“ (PEA) eingestuft

werden, wird mit dem neuen Instrument bei ca. 80% eine relevante Abhängigkeit (mehr als 30 Score-Punkte) festgestellt. Auch dies unterstreicht, dass das angestrebte Ziel erreicht wird.

- Hinsichtlich der Übereinstimmung in den Begutachtungsergebnissen zwischen jeweils zwei Gutachtern sind die Ergebnisse für den ersten Alltagseinsatz eines komplexen Begutachtungsinstruments erfreulich. Weitere Möglichkeiten einer Optimierung, die sowohl in einer Feinjustierung des Instruments als auch in einer noch weiter verbesserten Schulung der Gutachter liegen könnten, sollten jedoch genutzt werden.

Die Übereinstimmung zwischen den Gutachtern wird mit einem Kappa-Wert von 0,65 berechnet. Da es sich um eine komplexe statistische Messgröße handelt, werden für die Interpretation folgende Hinweise gegeben: Kappa-Werte können zwischen 0 und 1 betragen, eine akzeptierte Bewertungsskala weist für einen Wert von 0,65 die Kategorie „akzeptabel bis noch gut“ aus. Vor dem Hintergrund, dass es, sich um den ersten Einsatz ein neues Verfahren handelt, den Gutachtern nur wenig Zeit zur Einarbeitung blieb und keine Möglichkeit der Erprobung und Nachschulung vor Beginn der Studie bestand, ist dieses Ergebnis als sehr positiv zu bewerten. Ein Vergleich mit dem derzeitigen Begutachtungsverfahren über die Übereinstimmung zwischen Gutachtern ist nicht möglich, da es entsprechende Untersuchungen nicht gibt.

- Der Aufwand für die Begutachtung betrug im Projekt ca. 60 Minuten. Damit liegt er im Bereich des bisherigen Begutachtungsverfahrens.
- Auch für die Kinderbegutachtung haben sich insgesamt positive, allerdings weniger eindeutige Ergebnisse gezeigt. Hier ist zu erwarten, dass sich die Ergebnisse in der Praxis verbessern lassen, wenn die Gutachter mit der geänderten Begutachtungs-„Philosophie“ intensiver vertraut sind und eingehend geschult worden sind.

Die Projektnehmer empfehlen das entwickelte Instrument als zielführend, geeignet und praktikabel zur Begutachtung von Menschen mit möglicher Pflegebedürftigkeit im Sinne eines erweiterten und pflegewissenschaftlich angemessenen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Möglichkeiten der Optimierung sollten vor einem konkreten praktischen Einsatz noch genutzt werden.

Das entwickelte Instrumentarium bildet eine sehr gute Grundlage, den ermittelten Grad der Abhängigkeit von pflegerischer Hilfe in Leistungen der Pflegeversicherung umzusetzen. Hier wird es insbesondere darauf ankommen, eine tragfähige Verknüpfung zwischen Definitionen der neuen Pflegestufen (und damit deren Schwellenwerte in den Score-Werten) und den mit Pflegestufen verknüpften Leistungsansprüchen zu definieren. Hierbei sollte einerseits eine den Grad der Abhängigkeit angemessen berücksichtigende Einstufung sichergestellt wer-

den, andererseits aber auch die Kalkulierbarkeit der damit verbundenen finanziellen Folgen für die entsprechenden Sicherungssysteme. Die Projektnehmer der Phase 2 haben für verschiedene Szenarien möglicher Stufenbildungen die ökonomischen Konsequenzen berechnet und legen sie dem Beirat zur Information und Meinungsbildung vor. Alternativ oder zusätzlich kommen auch veränderte Zuordnungen von Pflegestufen und Leistungssätzen in Betracht.

Die Projektnehmer vertreten die Auffassung, dass mit den vorgelegten Ergebnissen eine belastbare, fachlich begründete und empirisch gestützte Grundlage für die weitere Arbeit des Beirats gelegt worden ist.

Auf dieser Basis können die Leitfragen des BMG-Beirates beantwortet werden:

- 1. In welcher Weise und wie weit reichend werden durch das neue Begutachtungsinstrument und den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff Lücken in der Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen geschlossen?**
- **Welche Hilfebedarfe, die die bisherige Definition und das bisherige Begutachtungsverfahren nicht berücksichtigt haben, werden vom neuen Begriff und Verfahren erfasst?**
- **Welche Hilfebedarfe bleiben unberücksichtigt?**

Das umfassende Verständnis von Pflegebedürftigkeit, das dem NBA zugrunde liegt, führt dazu, dass die bislang im SGB XI nicht und nur unzureichend berücksichtigten Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz und psychischen Problemlagen in Zukunft zuverlässig erfasst werden (siehe dazu auch die Ergebnisse zur Validität aus der Hauptphase 2). Nach fachwissenschaftlicher Einschätzung bleiben keine für die Bestimmung des Grads der Pflegebedürftigkeit relevanten Aspekte unberücksichtigt.

Das NBA allein wird keine Versorgungslücken schließen. Inwieweit dies geschieht, hängt von leistungsrechtlichen Festlegungen ab, die letztlich von der Politik zu treffen sind. Davon abgesehen ist zu erwarten, dass das im NBA abgebildete neue Verständnis der Pflegebedürftigkeit zu einer qualitativen Weiterentwicklung im pflegerischen Leistungsspektrum führen wird.

2. Wie wird in dem neuen Begutachtungsinstrument die Begutachtung pflegebedürftiger Kinder geregelt?

- **Wie erfolgt die Feststellung des krankheits- oder behinderungsbedingten Mehrbedarfs gegenüber einem gesunden Kind gleichen Alters?**

Das NBA ist sowohl für die Begutachtung bei Erwachsenen wie auch bei Kindern geeignet. Für die Kinderbegutachtung sind im NBA literaturgestützte Aussagen zum normalen kindlichen Entwicklungsverlauf hinterlegt, so dass ein unmittelbarer Abgleich möglich ist, ob es sich bei festgestellten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit um alters- oder krankheitsspezifische Beeinträchtigungen handelt.

3. Welche Möglichkeiten und Grenzen ergeben sich aus einem modulhaft gestalteten Begutachtungsinstrument?

Die modulare Struktur des NBA bildet die für das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit relevanten Aktivitäten und Lebensbereiche ab und dient der Erfassung abgrenzbarer Bereiche der Pflegebedürftigkeit. Die Gewichtung der einzelnen Module im Gesamtergebnis bzw. der Teilergebnisse für die einzelnen Module eröffnet Spielraum für Anpassungen des Instruments. Eine Grenze besteht darin, dass Veränderungen an den Modulen Nachjustierungen der in sich schlüssigen Bewertungssystematik erforderlich machen würden.

Der modulare Aufbau gestattet auch eine Unterscheidung von Pflege- und Hilfebedürftigkeit. Die Erprobung in der Hauptphase 2 hat jedoch bestätigt, dass sich eine gesonderte Definition von Stufen der Hilfebedürftigkeit als Vorstufen zur Pflegebedürftigkeit erübrigt, wenn, wie im Falle des NBA, von einem erweiterten Verständnis von Pflegebedürftigkeit ausgegangen wird. Fast alle Personen, die durch das NBA als hilfebedürftig gelten, sind auch als pflegebedürftig zu bezeichnen (wenn zum Teil auch nur in geringem Maße). Daher sind die Module 7 und 8 im NBA unter methodischen Gesichtspunkten für die Ermittlung eines Grads der Pflegebedürftigkeit im Grunde genommen entbehrlich. Da sie jedoch wichtige Informationen für die Pflege-, Hilfe- und Versorgungsplanung enthalten, könnte es durchaus sinnvoll sein, die betreffenden Module beizubehalten.

4. Wie und in welchem Rahmen werden die unbestimmten Begriffe „Lebensbereiche“ und „soziale Teilhabe“ in das modulhaft gestaltete Begutachtungsinstrument integriert?

Lebensbereiche sind in der modularen Struktur des NBA abgebildet. Der Begriff der ‚sozialen Teilhabe‘ hat keine weitere Berücksichtigung erfahren, um dem potentiellen Missverständnis entgegenzutreten, dass Teilhabe im Sinne des SGB IX als ein Teilbereich von Pflegebedürftigkeit verstanden werden könnte. Es werden jedoch zahlreiche Aspekte der Teilhabe berücksichtigt, ohne sie als solche explizit auszuweisen.

5. Wie berücksichtigt das Begutachtungsinstrument die Strukturen und Anforderungen unterschiedlicher Leistungsträger?

- **Leistet bzw. unterstützt das Begutachtungsinstrument eine leistungsbereichsübergreifende Bedarfserstellung, etwa als Grundlage für ein persönliches Budget?**

Die Entwicklung des NBA war an den Anforderungen zur Bestimmung von Pflegebedürftigkeit orientiert. Das NBA weist große inhaltliche Überschneidungen zu gebräuchlichen Verfahren in der Behindertenhilfe auf, ist jedoch kein Hilfeplanverfahren. Es ist aber in der Lage, die leistungsübergreifende Bedarfsfeststellung, z.B. im Rahmen eines persönlichen Budgets, zu unterstützen.

6. In welcher Form sollen bzw. werden tatsächlich im Begutachtungsverfahren die Bereiche Krankheit, Behinderung, Pflegebedürftigkeit unterschieden?

- **Wird durch den modulhaften Aufbau des Begutachtungsinstruments eine klare Zuordnung von Leistungsverantwortung an unterschiedliche Leistungsträger ermöglicht?**

Eine explizite Unterscheidung der Begriffe Krankheit und Pflegebedürftigkeit war bei der Entwicklung des NBA nicht erforderlich, da im NBA nicht das Vorliegen einer Krankheit, sondern die Auswirkungen einer Krankheit, z.B. in Form kognitiver Beeinträchtigungen oder krankheitsbedingter Anforderungen und Belastungen in die Bestimmung der Pflegebedürftigkeit einfließen. Der dem NBA zugrunde liegende Begriff der Pflegebedürftigkeit weist eine Reihe von Übereinstimmungen mit dem Begriff der Behinderung auf. „Behinderung“ im Sinne des SGB IX ist jedoch als der umfassendere Begriff anzusehen, da er nicht nur auf die Notwendigkeit der personellen Hilfe ausgerichtet ist und zudem im NBA nicht erfasste Aspekte wie Lernen oder Wissensanwendung enthält, die in der ICF grundgelegt sind.

7. Welche weiteren sozialrechtlichen und fiskalischen Zusammenhänge, Entwicklungen und Konsequenzen ergeben sich aus einem erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriff für das SGB V, IX, XI und XII?

Das NBA basiert auf Elementen eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, die das bisherige Verständnis von Pflegebedürftigkeit in verschiedenen Sozialversicherungszweigen überschreiten, jedoch nicht mit diesem kollidieren. Es besteht daher die Chance, zu einem einheitlichen Verständnis von Pflegebedürftigkeit im deutschen Sozialversicherungsrecht zu kommen.

Finanzielle Konsequenzen eines erweiterten Pflegebedürftigkeitsbegriffs und des NBA für das SGB V sind nicht zu erwarten. Mit dem Modul 5 (Umgang mit krankheits- und therapie-

bedingten Anforderungen und Belastungen) wird analog zu anderen Aktivitäten die Beeinträchtigung der Selbständigkeit bewertet, aber keine Aussage über den Bedarf an ärztlich verordneter häuslicher Krankenpflege getroffen. In verschiedenen Detailfragen kann es zur Notwendigkeit der Angleichung einzelner Vorschriften und Definitionen kommen. So gälte es beispielsweise die so genannte „Chroniker-Richtlinie“ des Gemeinsamen Bundesausschusses an den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff und etwaige neue Stufenfestlegungen anzupassen. Auch Formulierungen rechtlicher Vorschriften, die auf den heutigen Verrichtungskatalog des SGB XI Bezug nehmen, wären entsprechend anzupassen.

Zusammenhänge mit dem SGB IX sind darin zu sehen, dass die gemeinsame Schnittmenge zwischen dem sozialrechtlichen Begriff der Behinderung und dem sozialrechtlichen Begriff der Pflegebedürftigkeit größer wird. Da jedoch für das SGB IX der Begriff der Behinderung maßgeblich ist, dürfte dieser Aspekt in seiner Auswirkung nicht zu hoch zu bewerten sein.

Durch die größere Schnittmenge können jedoch Fragen der Abgrenzung von Zuständigkeiten zwischen den unterschiedlichen Leistungsträgern berührt sein, vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe. Zu prüfen ist in diesem Zusammenhang, welcher Personenkreis in welcher Form davon betroffen sein könnte. Hierzu wurde eine ergänzende Studie (Prof. Rothgang) initiiert.

Für das SGB XII ist zu prüfen, ob und in welchem Ausmaß die Erweiterung des Begriffs der Pflegebedürftigkeit dazu führt, dass Personen mit der „Pflegestufe 0“, die derzeit Leistungen in Form der Hilfe zur Pflege erhalten, in Zukunft als leistungsberechtigt im SGB XI gelten und es somit zu Einsparungen bei den Trägern der Sozialhilfe kommen kann.

Die finanziellen Folgewirkungen für das SGB XI gilt es aus mehreren Perspektiven zu betrachten. Von Interesse ist dabei die Frage, ob es zur Besser- oder Schlechterstellung von Personengruppen gegenüber den jetzigen Regelungen kommt und welche Kostenentwicklung insgesamt zu erwarten ist. Schlechterstellungen entstehen beispielsweise, wenn Menschen, die derzeit als pflegebedürftig eingestuft sind, aus dem Spektrum der leistungsberechtigten Personen herausfallen oder wenn Leistungen für bestimmte Personengruppen reduziert werden. Eine Einschätzung dieser Fragen kann jedoch erst dann vorgenommen werden, wenn die Schwelle, von der an ein Leistungsanspruch bestehen soll, sowie die Anzahl der Pflegestufen und die mit den Stufen verknüpften Leistungen bzw. Geldwerte festgelegt werden. Dies hängt von den zukünftigen Entscheidungen des Gesetzgebers ab.

Zu erwarten ist allerdings eine höhere Bewilligungsquote in der Begutachtung nach dem SGB XI als derzeit, was angesichts der Berücksichtigung von Personen mit psychischen Problemlagen und kognitiven Beeinträchtigungen nachvollziehbar ist.

Der Vorschlag einer Unterscheidung von fünf Stufen erscheint nach der Erprobung als tragfähig und sachgerecht. Die Systematik des NBA ermöglicht eine leistungsrechtliche Bewertung, die sich an den Beeinträchtigungen der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Personen orientiert.

Über die im Abschlussbericht dargestellten Abschätzungen zu möglichen finanziellen Folgewirkungen sind aus den Ergebnissen dieses Projektes selbst keine weiteren belastbaren Differenzierungen zu Konsequenzen möglich. Diesem Umstand wurde auch dadurch Rechnung getragen, dass solche Auswirkungen in einem gesundheitsökonomischen Ergänzungsprojekt bearbeitet werden.

8. Welche Möglichkeiten und Grenzen zur Ermittlung des Umfangs an Hilfebedarf ergeben sich, wenn auf die zeitliche Bemessung verzichtet wird?

Der Verzicht auf den Faktor Zeit ermöglicht die Überwindung bisheriger inhaltlicher und systematischer Schwächen des bestehenden Systems. Die Feststellung der Beeinträchtigung von personeller Hilfe und des Grades der Abhängigkeit von personeller Hilfe trägt zu einer gerechteren und sachlich angemessenen Begutachtung bei.

9. Welche Möglichkeiten und Grenzen bestehen hinsichtlich dieses Instruments für die Pflegeplanung?

Die Einschätzungsergebnisse des NBA bieten eine gute Grundlage für die Pflegeplanung. Die durch das NBA erhaltenen Informationen müssen, wie bei allen Instrumenten dieser Art, durch weitere, spezifische Informationen ergänzt werden, um eine entsprechende Planung durchführen zu können.

10. Welcher Aufwand (Begutachtungsdauer, Schulung) ist für das neue Begutachtungsverfahren erforderlich?

- **Welchen Professionen sollen die Gutachter angehören und welche Kompetenzen sollen sie erhalten?**

Die Erprobung in Hauptphase 2 hat bestätigt, dass bei Erwachsenen die Begutachtung in der Regel ca. 60 Minuten beträgt. Bei Kindern ist dieser Wert leicht erhöht. Diese Zeiten beziehen sich auf Begutachtungen durch Pflegefachkräfte und Ärzt/innen in verschiedenen Medizinischen Diensten. Für die Durchführung der Begutachtung ist eine besondere fachliche Vorbildung (abgeschlossene pflegerische Ausbildung, pflegebezogenes oder Medizinstudium) erforderlich. Der Schulungsaufwand sollte nach den Erkenntnissen der Erprobung höher angesetzt werden als die bisher angesetzte sechs- bis achtstündigen Fortbildung. Nach dem Selbststudium des Begutachtungsmanuals und der theoretischen Schulung erscheint die Erarbeitung und Diskussion anhand von mehreren Musterfällen zur Einführung und Anleitung zum Umgang mit dem NBA auch für erfahrene Gutachter angezeigt.

11. Wie berücksichtigt das neue Begutachtungsinstrument das Selbstbestimmungsrecht der zu begutachtenden Menschen?

- **Wie werden ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse berücksichtigt?**
- **Wie wird in jeder Verfahrensstufe Transparenz für die Betroffenen hergestellt?**

Im NBA und dem dazu gehörigen Begutachtungsformular sind explizit Fragen enthalten, die nach subjektiven Bewertungen der Antragsteller und individuellen Bedürfnissen fragen. Die Transparenz und Nachvollziehbarkeit der Begutachtung kann durch eine entsprechende Information der begutachteten Personen sichergestellt werden. Diese Information sollte die Grundlagen der Bewertungssystematik, die Darstellung der Ergebnisse je Modul, die Darstellung des Gesamtergebnisses einschließlich der Zuordnung zu einer Pflegestufe und Angaben zu den ausgesprochenen Empfehlungen enthalten. Darüber sollte sichergestellt sein, dass die begutachteten Menschen die Ergebnisse der Begutachtung in verständlicher Form zur Verfügung gestellt bekommen.

12 Literaturverzeichnis

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008a). *Soziale Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Altersgruppen und Pflegestufen am 31.12.2007*. <http://www.bmg.bund.de/> [Stand: 28.10.2008].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008b). *Soziale Pflegeversicherung – Leistungsempfänger nach Leistungsarten und Pflegestufen im Jahresdurchschnitt 2007*. <http://www.bmg.bund.de/> [Stand: 28.10.2008].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2008c). *Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung (Ist-Ergebnisse ohne Rechnungsabgrenzung)*. <http://www.bmg.bund.de/> [Stand: 28.10.2008].

Ihl, R., Grass-Kapanke, B., Lahrem, P., Brinkmeyer, J., Fischer, S., Gaab, N. et al. (2000). Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 68, 413-422.

Fleiss, J. L.; Cohen, J. (1973): The equivalence of weighted kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Educational and Psychological Measurement*, 33, 613-619.

Landis, J. R.; Koch, G. G. (1977): The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159–174.

Mayring, P. (2000): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Dt. Studien-Verlag.

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (2008). *Übergangsstatisik zum Pflege-Weiterentwicklungsgesetz in den MDK*. Unveröffentlichte Ergebnisse.

Rothgang, H.; Borchert, L. (2008): Pflegeverläufe in Deutschland - Ergebnisse einer Längsschnittstudie der Jahre 1998 bis 2006. In: Schaeffer D, Behrens J, Görres S (Hg.): *Optimierung und Evidenzbasierung pflegerischen Handelns. Ergebnisse und Herausforderungen der Pflegeforschung*. Weinheim: Juventa.

Sunderland, T., Hill, J. L., Mellow, A. M., Lawlor, B. A., Gundersheimer, J., Newhouse, P. A. & Grafman, J. (1989). Clock drawing in Alzheimeris disease: a novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatric Society*, 37, 725-729.

13 Verzeichnis der Tabellen

TABELLE 1. ANZAHL STUDIENTEILNEHMER IN DER ANALYSE JE STUDIENTEIL	34
TABELLE 2. KENNWERTE DER ALTERSVERTEILUNG (UM-E)	35
TABELLE 3. ALTERSVERTEILUNG UM-E)	35
TABELLE 4. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN (UM-E)	36
TABELLE 5. VERTEILUNG NACH BEGUTACHTUNGSART (UM-E)	36
TABELLE 6. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFE DES DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHRENS (UM-E)	37
TABELLE 7. VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFE DES DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHRENS NACH BEANTRAGTER LEISTUNG (AMBULANT/STATIONÄR) (UM-E)	37
TABELLE 8. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES (REL-E)	44
TABELLE 9. VERGLEICH DER PFLEGESTUFENZUORDNUNGEN NACH 1. UND 2. BEGUTACHTUNG (REL-E)	46
TABELLE 10. TEST AUF SYMMETRIE UND KAPPA-WERTE FÜR DIE ORDINALEN MODULWERTUNGEN (REL-E)	47
TABELLE 11. BEURTEILUNG VON KAPPA-WERTEN	48
TABELLE 12. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES (REL-K)	50
TABELLE 13. VERGLEICH DER PFLEGESTUFENZUORDNUNGEN NACH 1. UND 2. BEGUTACHTUNG MIT DEM NBA (REL-K)	51
TABELLE 14. TEST AUF SYMMETRIE UND KAPPA-WERTE FÜR DIE ORDINALEN MODULWERTUNGEN (REL-K)	52
TABELLE 15. VERTEILUNG ORDINALE MODULWERTUNG MODUL 2 DIFFERENZIERT NACH DEMENZ (REF-E)	56
TABELLE 16. GEGENÜBERSTELLUNG DER NACH DEN DEFINITIONSVARIANTEN HFv1/2 UND HFv3 BESTIMMTEN ANZAHLEN VON HÄRTEFÄLLEN BEI KINDERN IN DER UMSETZUNGSSTUDIE	59
TABELLE 17. INTERINDIVIDUELLE UND INTRAINDIVIDUELLE STREUUNGSMAßE NACH PFLEGESTUFE NBA (PFLEGESTUFE NACH MITTLEREM GESAMTSKORE VON 1. UND 2. BEGUTACHTUNG BESTIMMT) (REL-E)	61
TABELLE 18. ANTEIL ANTRAGSTELLER, DIE MIT IHREM GESAMTSKORE (NBA) IM ZENTRALEN 90%-BEREICH DES JEWEILS PFLEGESTUFEBEZOGENEN SCOREINTERVALLS LIEGEN (UM-E)	61
TABELLE 19. ANTEIL ANTRAGSTELLER, DIE MIT IHREM GESAMTSKORE (NBA) IM ZENTRALEN 90%-BEREICH DES JEWEILS PFLEGESTUFEBEZOGENEN SCOREINTERVALLS LIEGEN (UM-K)	62
TABELLE 20. VERTEILUNG DER IM NBA BESTIMMTEN PFLEGESTUFEN (UM-E)	64
TABELLE 21. VERTEILUNG DER IM NBA BESTIMMTEN STUFE DER HILFEBEDÜRFTIGKEIT (UM-E)	64
TABELLE 22. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES BEI DEN ERWACHSENEN UMSETZUNGSSTUDIEN-TEILNEHMERN IN DER ANALYSE	65
TABELLE 23. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES BEI DEN ERWACHSENEN UMSETZUNGSSTUDIEN-TEILNEHMERN IN DER ANALYSE DIFFERENZIERT NACH DER IM NEUEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN ERREICHTE PFLEGESTUFE (OHNE BESONDERE BEDARFSKONSTELLATIONEN)	66
TABELLE 24. VERTEILUNG DER ORDINALEN MODULWERTUNGEN IM NBA (UM-E)	66
TABELLE 25. VERTEILUNG DER IM NBA BESTIMMTEN PFLEGESTUFE (UM-K)	68
TABELLE 26. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES (UM-K)	69
TABELLE 27. KENNWERTE ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES, DIFFERENZIERT NACH IM NBA ERREICHTE PFLEGESTUFE (UM-K)	69
TABELLE 28. VERTEILUNG DER ORDINALEN MODULWERTUNGEN IM NBA (UM-K)	69
TABELLE 29. GEMEINSAME VERTEILUNG VON PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIG GÜLTIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN UND DEM NACH DEM NBA (UM-E)	72
TABELLE 30. GEMEINSAME VERTEILUNG VON PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIG GÜLTIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN UND DEM NACH DEM NBA (UM-K)	79
TABELLE 31. EMPFEHLUNGEN ZU MAßNAHMEN DER REHABILITATION (UM-E)	82
TABELLE 32. EMPFOHLENE MAßNAHMEN DER REHABILITATION (UM-E)	83
TABELLE 33. GRÜNDE DAFÜR, DASS KEINE MAßNAHMEN DER REHABILITATION EMPFOHLEN WERDEN (UM-E)	83
TABELLE 34. EMPFEHLUNGEN ZU MAßNAHMEN DER REHABILITATION (UM-K)	84
TABELLE 35. EMPFOHLENE MAßNAHMEN DER REHABILITATION (UM-K)	84
TABELLE 36. GRÜNDE DAFÜR, DASS KEINE MAßNAHMEN DER REHABILITATION EMPFOHLEN WERDEN (UM-K)	84

TABELLE 37. GEGENÜBERSTELLUNG NEUE PFLEGESTUFE (VARIANTE 1) UND NEUE STUFE HILFEBEDÜRFTIGKEIT.....	87
TABELLE 38. ORDINALE MODULWERTUNGEN BEI ANTRAGSTELLERN, DIE ALS HILFEBEDÜRFTIG ABER NICHT ALS PFLEGEBEDÜRFTIG EINGESTUFT WURDEN (N=24 ANTRAGSTELLER).....	88
TABELLE 39 HÄUFIGKEITEN IN DEN GÜLTIGEN PFLEGESTUFEN IN DER POPULATION VON ANTRAGSTELLERN (ABSOLUTE HÄUFIGKEITEN)	95
TABELLE 40 SCHWELLENWERTE DER BETRACHTETEN VARIANTEN	95
TABELLE 41 BERECHNETE HÄUFIGKEITEN DER NEUEN STUFEN IN DER POPULATION VON ANTRAGSTELLERN GEMÄß VARIANTE 1A	96
TABELLE 42 ERGEBNIS DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN GEMÄß VARIANTE 1A (AUSGABEN PRO JAHR IN EURO)	96
TABELLE 43 ERGEBNISSE DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 1B (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN IM AMBULANTEN BEREICH)(AUSGABEN PRO JAHR IN EURO).....	96
TABELLE 44 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN STUFEN DES NBA BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 1B (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN IM AMBULANTEN BEREICH)	97
TABELLE 45 ERGEBNISSE DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 1C (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN INSGESAMT) (AUSGABEN PRO JAHR IN EURO).....	98
TABELLE 46 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN STUFEN DES NBA BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 1C (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN INSGESAMT).....	99
TABELLE 47 ERGEBNISSE DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 2B (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN IM AMBULANTEN BEREICH) (AUSGABEN PRO JAHR IN EURO).....	101
TABELLE 48 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN STUFEN DES NBA BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 2B (STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN IM AMBULANTEN BEREICH)	101
TABELLE 49 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN STUFEN DES NBA BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 2C (BEDINGUNG DER STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN INSGESAMT)	102
TABELLE 50 ERGEBNISSE DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN BEI VARIATION DER SCHWELLENWERTE GEMÄß VARIANTE 2C (BEDINGUNG DER STABILITÄT DER LEISTUNGS-AUSGABEN INSGESAMT) (AUSGABEN PRO JAHR IN EURO)	102
TABELLE 51: VERGLEICH DER ABSOLUTEN HÄUFIGKEITEN IM STATUS QUO SOWIE DEN VERSCHIEDENEN SZENARIEN	104
TABELLE 52: VERGLEICH DER ABSOLUTEN HÄUFIGKEITEN IM STATUS QUO SOWIE DEN VERSCHIEDENEN SZENARIEN	107
TABELLE 53. VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFE DES DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHRENS NACH BEANTRAGTER LEISTUNG (AMBULANT/STATIONÄR) IM VERGLEICH ZUR BUNDESSTATISTIK 2006 (UM-E)	122
TABELLE 54. KENNWERTE DER ALTERSVERTEILUNG (REL-E)	122
TABELLE 55. ALTERSVERTEILUNG (REL-E)	122
TABELLE 56. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN (REL-E)	123
TABELLE 57. VERTEILUNG NACH BEGUTACHTUNGSART (REL-E)	123
TABELLE 58. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFEN DES DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHRENS (REL-E).....	123
TABELLE 59. KENNWERTE DER ALTERSVERTEILUNG (REF-E)	123
TABELLE 60. ALTERSVERTEILUNG (REF-E).....	124
TABELLE 61. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN (REF-E)	124
TABELLE 62. VERTEILUNG NACH BEGUTACHTUNGSART (REF-E)	124
TABELLE 63. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFEN DES DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN (REF-E).....	124
TABELLE 64. KENNWERTE DER ALTERSVERTEILUNG (UM-K)	125
TABELLE 65. ALTERSVERTEILUNG (UM-K).....	125
TABELLE 66. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN (UM-K).....	125
TABELLE 67. VERTEILUNG NACH BEGUTACHTUNGSART (UM-K)	125
TABELLE 68. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN (UM-K).....	126
TABELLE 69. KENNWERTE DER ALTERSVERTEILUNG (REL-K).....	126
TABELLE 70. ALTERSVERTEILUNG (REL-K).....	126
TABELLE 71. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN (REL-K).....	127
TABELLE 72. VERTEILUNG NACH BEGUTACHTUNGSART (REL-K).....	127

TABELLE 73. GESCHLECHTSSPEZIFISCHE VERTEILUNG DER EMPFOHLENE PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN (REL-K).....	127
TABELLE 74. STATUS DER EINBEZOGENEN ANTRAGSVERFAHREN (UM-E).....	127
TABELLE 75. STATUS DER EINBEZOGENEN ANTRAGSVERFAHREN (REL-E).....	128
TABELLE 76. STATUS DER EINBEZOGENEN ANTRAGSVERFAHREN (REF-E).....	128
TABELLE 77. STATUS DER EINBEZOGENEN ANTRAGSVERFAHREN (UM-K).....	128
TABELLE 78. STATUS DER EINBEZOGENEN ANTRAGSVERFAHREN (REL-K).....	129
TABELLE 79. GESCHLECHTERVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-E).....	129
TABELLE 80. ALTERSVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-E).....	129
TABELLE 81. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-E).....	130
TABELLE 82. VERTEILUNG DER BEGUTACHTUNGSARTEN DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-E)	130
TABELLE 83. GESCHLECHTERVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-K).....	130
TABELLE 84. ALTERSVERTEILUNG DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-K).....	131
TABELLE 85. VERTEILUNG DER BEANTRAGTEN LEISTUNGEN DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-K).....	131
TABELLE 86. VERTEILUNG DER BEGUTACHTUNGSARTEN DER STUDIENTEILNEHMER IM VERGLEICH ZU NON-RESPONDERN (UM-K)	131
TABELLE 87. VERTEILUNG NEUE PFLEGESTUFE NACH PEA (UM-E).....	131
TABELLE 88. VERTEILUNG NEUE PFLEGESTUFE NACH PEA FÜR ANTRAGSTELLER, DIE NACH DEM DERZEITIG GÜLTIGEN VERFAHREN NICHT PFLEGEBEDÜRFTIG SIND (UM-E).....	132
TABELLE 89. VERTEILUNG DES MAXIMUMS DER ORDINALEN WERTUNGEN VON MODUL 2 UND 3 IM NEUEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN NACH DEMENZSTATUS (BESTIMMT NACH TFDD).....	132
TABELLE 90. VERTEILUNG DER NEUEN PFLEGESTUFEN NACH STARK KOGNITIVER UND STARK KÖRPERLICHER BEEINTRÄCHTIGUNG (UM-E).....	132
TABELLE 91. VERTEILUNG DER GÜLTIGEN PFLEGESTUFEN NACH STARK KOGNITIVER UND STARK KÖRPERLICHER BEEINTRÄCHTIGUNG (UM-E).....	132
TABELLE 92. GEGENÜBERSTELLUNG DER HÄRTEFALLVARIANTEN HFv1/2 UND HFv3 (UM-E).....	133
TABELLE 93. ALTERSVERTEILUNG IN MONATEN (UM-K).....	133
TABELLE 94. ERGEBNIS DER KOSTENABSCHÄTZUNGEN FÜR DAS DERZEITIGE VERFAHREN (AUSGABEN PRO JAHR IN EURO) INKLUSIVE ANGENOMMENER AUSGABENSTEIGERUNGEN (§§ 45B, 87B).....	138

14 Verzeichnis der Abbildungen

ABBILDUNG 1. FALLZAHLEN ERWACHSENE.....	33
ABBILDUNG 2. FALLZAHLEN KINDER	33
ABBILDUNG 3. STREUDIAGRAMM ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES NACH DER 1. UND 2. BEGUTACHTUNG MIT DEM NBA (REL-E)	45
ABBILDUNG 4. STREUDIAGRAMM ZUR VERTEILUNG DES GESAMTSKORES NACH DER 1. UND 2. BEGUTACHTUNG (REL-K)....	50
ABBILDUNG 5: VERTEILUNG PEA NACH PFLEGESTUFEN (NBA)	54
ABBILDUNG 6: VERTEILUNG PEA NACH PFLEGESTUFEN (GÜLTIGES VERFAHREN)	54
ABBILDUNG 7. VERTEILUNG DER PFLEGESTUFEN NACH DEM NBA, DIFFERENZIERT NACH DEMENZSTATUS (MITTELS DEM TFDD BESTIMMT) (REF-E).....	55
ABBILDUNG 8. VERTEILUNG DER PFLEGESTUFEN NACH DERZEITIG GÜLTIGEM BEGUTACHTUNGSVERFAHREN, DIFFERENZIERT NACH DEMENZSTATUS (MITTELS DEM TFDD BESTIMMT) (REF-E)	55
ABBILDUNG 9. ART DER BEEINTRÄCHTIGUNG UND DERZEITIGE PFLEGESTUFE.....	58
ABBILDUNG 10. ART DER BEEINTRÄCHTIGUNG UND PFLEGESTUFE NACH DEM NBA	58
ABBILDUNG 11. VERTEILUNG DES GESAMTSKORES (UM-E).....	65
ABBILDUNG 12. VERTEILUNG DER PFLEGESTUFEN NACH VARIANTEN DER BESONDEREN BEDARFSKONSTELLATIONEN (UM-K).....	67
ABBILDUNG 13. VERTEILUNG DES GESAMTSKORES (UM-K).....	68
ABBILDUNG 14. GEMEINSAME VERTEILUNG VON PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIG GÜLTIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN UND DEM NACH DEM NBA GEMÄß STANDARD-BEWERTUNGSSYSTEMATIK (MH) (UM-E) ..	72
ABBILDUNG 15. VERTEILUNG DES GESAMTSKORES AUF DIE PFLEGESTUFEN DES NBA, GRUPPIERT NACH DEM ZEITBEDARF FÜR PFLEGE (OHNE HAUSWIRTSCHAFT) NACH DEM DERZEITIGEN ASSESSMENT (UM-E)	74
ABBILDUNG 16. HÄUFIGKEITEN ORDINALER MODUL-WERTUNGEN (1)	75
ABBILDUNG 17. HÄUFIGKEITEN ORDINALER MODUL-WERTUNGEN (2)	75
ABBILDUNG 18. HÄUFIGKEITEN ORDINALER MODUL-WERTUNGEN (3)	75
ABBILDUNG 19. HÄUFIGKEITEN ORDINALER MODULWERTUNGEN (4)	75
ABBILDUNG 20. ORDINALE MODULWERTUNGEN BEI NICHT-PFLEGEBEDÜRFTIGEN NACH DEM NBA (UM-E)	76
ABBILDUNG 21. ORDINALE MODULWERTUNGEN IN PFLEGESTUFE P1 NACH DEM NBA.....	76
ABBILDUNG 22. ORDINALE MODULWERTUNGEN VON STARK KÖRPERLICH BEEINTRÄCHTIGTEN PERSONEN IN P1 (UM-E).....	77
ABBILDUNG 23. GEMEINSAME VERTEILUNG VON PFLEGESTUFEN NACH DEM DERZEITIG GÜLTIGEN BEGUTACHTUNGSVERFAHREN UND DEM NACH DEM NBA (UM-K).....	78
ABBILDUNG 24 ILLUSTRATION DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN LEISTUNGSANGABEN UND VERÄNDERLICHEN SCHWELLENWERTEN IN MODELL 1	94
ABBILDUNG 25 ILLUSTRATION DES ZUSAMMENHANGS ZWISCHEN LEISTUNGSANGABEN UND VERÄNDERLICHEN SCHWELLENWERTEN IN MODELL 2.....	94
ABBILDUNG 26 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 1A VS. 1B IM AMBULANTEN BEREICH.....	97
ABBILDUNG 27 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 1A VS. 1B IM STATIONÄREN BEREICH.....	98
ABBILDUNG 28 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 1A VS. 1C IM AMBULANTEN BEREICH	99
ABBILDUNG 29 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 1A VS. 1C IM STATIONÄREN BEREICH.....	100
ABBILDUNG 30 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 2A VS. 2B IM AMBULANTEN BEREICH.....	101
ABBILDUNG 31 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 2A VS. 2B IM STATIONÄREN BEREICH.....	102

ABBILDUNG 32 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 2A VS. 2C IM AMBULANTEN BEREICH	103
ABBILDUNG 33 HÄUFIGKEITEN (ABSOLUT) IN DEN PFLEGESTUFEN DES NBA UNTER ANWENDUNG DER SCHWELLENWERTE IN VARIANTE 2A VS. 2C IM STATIONÄREN BEREICH.....	103

15 Anhang

15.1 Tabellen

Tabelle 53. Verteilung der empfohlenen Pflegestufe des derzeitigen Begutachtungsverfahrens nach beantragter Leistung (ambulant/stationär) im Vergleich zur Bundesstatistik 2006 (Um-E)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Beantragte Leistungen			
	ambulant		stationär	
	Stichprobe	BS 2006	Stichprobe	BS 2006
Nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	29,23%	22,4%	7,09%	8,4%
Pflegestufe I	45,98%	42,8%	32,43%	28,9%
Pflegestufe II	20,18%	26,6%	39,86%	42,4%
Pflegestufe III	4,6%	8,3%	20,61	20,3%

Tabelle 54. Kennwerte der Altersverteilung (Rel-E)

	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
N	103	192	295
Mittelwert	73,83	79,87	77,76
Standardfehler	1,278	0,968	0,789
Minimum	17	12	12
5%-Perzentil	48	56	51
1. Quartil	67	76	72
Median	77	82	81
3. Quartil	83	87	86
95%-Perzentil	89	95	94
Maximum	93	106	106

Tabelle 55. Altersverteilung (Rel-E)

Altersklasse [Jahre]	Geschlecht					
	Männlich		Weiblich		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
10 - <20	1	0,97	2	1,04	3	1,02
20 - <30	0	0	1	0,52	1	0,34
30 - <40	1	0,97	1	0,52	2	0,68
40 - <50	4	3,88	3	1,56	7	2,37
50 - <60	5	4,85	6	3,13	11	3,73
60 - <70	21	20,39	12	6,25	33	11,19
70 - <80	27	26,21	44	22,92	71	24,07
80 - <90	39	37,86	98	51,04	137	46,44
90+	5	4,85	25	13,02	30	10,17
Summe	103	100,0	192	100,0	295	100,0

Tabelle 56. Verteilung der beantragten Leistungen (Rel-E)

Beantragte Leistungen	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Geldleistungen	62	60,19	87	45,31	149	50,51
Kombileistungen	12	11,65	35	18,23	47	15,93
Sachleistungen	16	15,53	27	14,06	43	14,58
Vollstationäre Leistungen	13	12,62	43	22,40	56	18,98
Summe	103	100,0	192	100,0	295	100,0

Tabelle 57. Verteilung nach Begutachtungsart (Rel-E)

Begutachtungsart	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Erstgutachten	66	64,08	131	68,23	197	66,78
Höherstufungsgutachten	22	21,36	49	25,52	71	24,07
Wiederholungsgutachten	15	14,56	12	6,25	27	9,15
Summe	103	100,0	192	100,0	295	100,0

Tabelle 58. Geschlechtsspezifische Verteilung der empfohlenen Pflegestufen des derzeitigen Begutachtungsverfahrens (Rel-E)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	32	31,07	42	21,88	74	25,08
Pflegestufe I	42	40,78	93	48,44	135	45,76
Pflegestufe II	22	21,36	46	23,96	68	23,05
Pflegestufe III	7	6,80	11	5,73	18	6,10
Summe	103	100,0	192	100,0	295	100,0

Tabelle 59. Kennwerte der Altersverteilung (Ref-E)

	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
N	84	133	217
Mittelwert	72,99	79,91	77,23
Standardfehler	1,31	1,10	0,87
Minimum	22	21	21
5%-Perzentil	54	59	54
1. Quartil	69	74	72
Median	75	82	78
3. Quartil	81	88	85
95%-Perzentil	87	96	95
Maximum	99	100	100

Tabelle 60. Altersverteilung (Ref-E)

Altersklasse [Jahre]	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
20 - <30	2	2,38	2	1,50	4	1,84
30 - <40	0	0	1	0,75	1	0,46
40 - <50	1	1,19	3	2,26	4	1,84
50 - <60	7	8,33	1	0,75	8	3,69
60 - <70	13	15,48	8	6,02	21	9,68
70 - <80	37	44,05	42	31,58	79	36,41
80 - <90	23	27,38	52	39,10	75	34,56
90+	1	1,19	24	18,05	25	11,52
Summe	84	100,0	133	100,0	217	100,0

Tabelle 61. Verteilung der beantragten Leistungen (Ref-E)

Beantragte Leistungen	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Geldleistungen	51	60,71	53	39,85	104	47,93
Kombileistungen	9	10,71	24	18,05	33	15,21
Sachleistungen	18	21,43	23	17,29	41	18,89
Vollstationäre Leistungen	5	5,95	33	24,81	38	17,51
Leistungen nach § 43a SGB XI	1	1,19	0	0	1	0,46
Summe	84	100,0	133	100,0	217	100,0

Tabelle 62. Verteilung nach Begutachtungsart (Ref-E)

Begutachtungsart	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Erstgutachten	63	75,00	81	60,90	144	66,36
Höherstufungsgutachten	12	14,29	41	30,83	53	24,42
Wiederholungsgutachten	9	10,71	11	8,27	20	9,22
Summe	84	100,0	133	100,0	217	100,0

Tabelle 63. Geschlechtsspezifische Verteilung der empfohlenen Pflegestufen des derzeitigen Begutachtungsverfahrens (Ref-E)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	31	36,90	30	22,56	61	28,11
Pflegestufe I	33	39,29	68	51,13	101	46,54
Pflegestufe II	19	22,62	27	20,30	46	21,20
Pflegestufe III	1	1,19	8	6,02	9	4,15
Summe	84	100,0	133	100,0	217	100,0

Tabelle 64. Kennwerte der Altersverteilung (Um-K)

	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
N	133	94	227
Mittelwert	4,64	4,56	4,61
Standardfehler	0,22	0,29	0,18
Minimum	0,25	0,25	0,25
5%-Perzentil	1,17	0,50	0,75
1. Quartil	2,67	2,25	2,33
Median	4,42	4,13	4,33
3. Quartil	6,33	6,92	6,67
95%-Perzentil	9,08	9,58	9,17
Maximum	9,50	10,92	10,92

Tabelle 65. Altersverteilung (Um-K)

Altersklasse [Jahre]	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
0 - < 2	26	19,55	18	19,15	41	19,38
2 - < 5	46	34,59	32	34,04	78	34,36
5 - < 8	45	33,83	31	32,98	76	33,48
8 - <12	16	12,03	13	13,83	29	12,78
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Tabelle 66. Verteilung der beantragten Leistungen (Um-K)

Beantragte Leistungen	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Geldleistungen	131	98,50	94	100,0	225	99,12
Kombileistungen	2	1,50	0	0	2	0,88
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Tabelle 67. Verteilung nach Begutachtungsart (Um-K)

Begutachtungsart	Geschlecht					
					Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Erstgutachten	74	55,64	46	48,94	120	52,86
Höherstufungsgutachten	13	9,77	14	14,89	27	11,89
Wiederholungsgutachten	46	34,59	34	36,17	80	35,24
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Tabelle 68. Geschlechtsspezifische Verteilung der empfohlenen Pflegestufen nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren (Um-K)

(Pflegestufe derzeitiges Verfahren)	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	28	21,05	16	17,02	44	19,38
Pflegestufe I	57	42,86	43	45,74	100	44,05
Pflegestufe II	40	30,08	26	27,66	66	29,07
Pflegestufe III	8	6,02	9	9,57	17	7,49
Summe	133	100,0	94	100,0	227	100,0

Tabelle 69. Kennwerte der Altersverteilung (Rel-K)

	Geschlecht		
	Männlich	Weiblich	Gesamt
N	44	24	68
Mittelwert	4,17	3,79	4,07
Standardfehler	0,41	0,50	0,32
Minimum	0,25	0,33	0,25
5%-Perzentil	0,75	0,50	0,75
1. Quartil	1,71	2,00	1,75
Median	4,00	3,33	3,75
3. Quartil	6,23	5,33	6,04
95%-Perzentil	9,08	8,00	9,08
Maximum	9,08	9,58	9,58

Tabelle 70. Altersverteilung (Rel-K)

Altersklasse [Jahre]	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
0 - < 2	15	34,09	6	25,00	21	30,88
2 - < 5	12	27,27	10	41,67	22	32,35
5 - < 8	12	27,27	6	25,00	18	26,47
8 - <12	5	11,36	2	8,33	7	10,29
Summe	44	100,0	24	100,0	68	100,0

Tabelle 71. Verteilung der beantragten Leistungen (Rel-K)

Beantragte Leistungen	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Geldleistungen	44	100,0	24	100,0	68	100,0
Summe	44	100,0	24	100,0	68	100,0

Tabelle 72. Verteilung nach Begutachtungsart (Rel-K)

Begutachtungsart	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
Erstgutachten	29	65,91	13	54,17	42	61,76
Höherstufungsgutachten	2	4,55	5	20,83	7	10,29
Wiederholungsgutachten	13	29,55	6	25,00	19	27,94
Summe	44	100,0	24	100,0	68	100,0

Tabelle 73. Geschlechtsspezifische Verteilung der empfohlenen Pflegestufen nach dem derzeitigen Begutachtungsverfahren (Rel-K)

Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)	Geschlecht				Gesamt	
	Männlich		Weiblich			
	N	%	N	%	N	%
nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI	14	31,82	5	20,83	19	27,94
Pflegestufe I	15	34,09	10	41,67	25	36,76
Pflegestufe II	14	31,82	7	29,17	21	30,88
Pflegestufe III	1	2,27	2	8,33	3	4,41
Summe	44	100,0	24	100,0	68	100,0

Tabelle 74. Status der einbezogenen Antragsverfahren (Um-E)

Teilnahmestatus und Ausfallgründe	N	%
fehlende Stammdaten	9	0,39
Termin kam nicht zustande	112	4,86
Begutachtung konnte nicht durchgeführt werden	290	12,58
Verweigerung der Teilnahme	336	14,57
Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden	10	0,43
fehlende Begutachtungsdaten	59	2,56
Teilnahme an Umsetzungsstudie	1490	64,61
Summe	2306	100,00

Tabelle 75. Status der einbezogenen Antragsverfahren (Rel-E)

Teilnahmestatus und Ausfallgründe	N	%
Einwilligung widerrufen (kein Zweitgutachten vorhanden)	214	34,41
Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden	83	13,34
fehlende Daten Erstbegutachtung	15	2,41
fehlende Daten Zweitbegutachtung	15	2,41
Teilnahme an Reliabilitätsstudie	295	47,43
Summe	622	100,00

Tabelle 76. Status der einbezogenen Antragsverfahren (Ref-E)

Teilnahmestatus und Ausfallgründe	N	%
Einwilligung widerrufen (kein Referenzgutachten vorhanden)	170	33,07
Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden	93	18,09
fehlende Daten Erstbegutachtung	14	2,72
fehlende Daten Referenzbegutachtung	20	3,89
Teilnahme an Referenzstudie	217	42,22
Summe	514	100,00

Tabelle 77. Status der einbezogenen Antragsverfahren (Um-K)

Teilnahmestatus und Ausfallgründe	N	%
fehlende Stammdaten	3	0,86
Termin kam nicht zustande	5	1,44
Begutachtung konnte nicht durchgeführt werden	70	20,17
Verweigerung der Teilnahme	29	8,36
Begutachtung konnte nicht vollständig durchgeführt werden	3	0,86
fehlende Begutachtungsdaten	10	2,88
Teilnahme an Umsetzungsstudie	227	65,42
Summe	347	100,00

Tabelle 81. Verteilung der beantragten Leistungen der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-E)

Beantragte Leistungen	Teilnahme				Gesamt
	Nein		Ja		
	N	%	N	%	
Geldleistungen	364	15,82	730	31,73	1094
Kombileistungen	140	6,08	235	10,21	375
Sachleistungen	132	5,74	227	9,87	359
Vollstationäre Leistungen	169	7,34	296	12,86	465
Leistungen nach § 43a SGB XI	2	0,09	5	0,22	7
Fehlende Angaben	1	0,04	0	0,00	1
Gesamt	808	35,12	1493	64,88	2301
Chi ² -Test					p = 0,3968

Tabelle 82. Verteilung der Begutachtungsarten der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-E)

Begutachtungsart	Teilnahme				Gesamt
	Nein		Ja		
	N	%	N	%	
Erstgutachten	529	22,98	961	41,75	1490
Höherstufungsgutachten	212	9,21	425	18,46	637
Wiederholungsgutachten	67	2,91	107	4,65	174
Fehlende Angaben	1	0,04	0	0,00	1
Gesamt	809	35,14	1493	64,86	2302
Chi ² -Test					p = 0,2883

Tabelle 83. Geschlechterverteilung der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-K)

	Teilnahme				Gesamt
	Nein		Ja		
	N	%	N	%	
Männlich	66	33,17	133	66,83	199
Weiblich	51	35,17	94	64,83	145
Gesamt	117	34,01	227	65,99	344
Chi ² -Test					p = 0,6981

Tabelle 84. Altersverteilung der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-K)

Altersklasse [Jahre]	Geschlecht											
	Männlich				Weiblich				Gesamt			
	Teilnahme				Teilnahme				Teilnahme			
	nein		ja		nein		ja		nein		ja	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0 - < 2	11	16,67	26	19,55	10	19,61	18	19,15	21	17,95	44	19,38
2 - < 5	20	30,30	46	34,59	13	25,49	32	34,04	33	28,21	78	34,36
5 - < 8	18	27,27	45	33,83	17	33,33	31	32,98	35	29,91	76	33,48
8 - <12	17	25,76	16	12,03	10	19,61	13	13,83	27	23,08	29	12,78
keine Angaben	0	0	0	0	1	1,96	0	0	1	0,85	0	0
Summe	66	100,0	133	100,0	51	100,0	94	100,0	117	100,0	227	100,0
Chi ² -Test	p = 0,0694											

Tabelle 85. Verteilung der beantragten Leistungen der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-K)

Beantragte Leistungen	Teilnahme				Gesamt
	Nein		Ja		
Geldleistungen	113	33,43	225	66,57	338
Kombileistungen	3	60,0%	2	40,0%	5
Leistungen nach § 43a SGB XI	1	100,0%	0	0%	1
Total	117	34,01	227	65,99	344
Chi ² -Test	p = 0,1742				

Tabelle 86. Verteilung der Begutachtungsarten der Studienteilnehmer im Vergleich zu Non-Respondern (Um-K)

Begutachtungsart	Teilnahme				Gesamt
	Nein		Ja		
	N	%	N	%	
Erstgutachten	60	33,33%	120	66,67%	180
Höherstufungsgutachten	18	40,0%	27	60,0%	45
Wiederholungsgutachten	39	32,77%	80	67,23%	119
Total	117	34,01	227	65,99	344
Chi ² -Test					p = 0,658

Tabelle 87. Verteilung neue Pflegestufe nach PEA (Um-E)

Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)								
PEA	0	1	2	3	4	5	Gesamt	
ja	N	0	10	79	226	211	32	556
	%	0	1,44	14,21	40,65	37,95	5,76	100,00
nein	N	26	329	372	163	33	11	934
	%	2,78	35,22	39,83	17,45	3,53	1,18	100,00

Tabelle 88. Verteilung neue Pflegestufe nach PEA für Antragsteller, die nach dem derzeit gültigen Verfahren nicht pflegebedürftig sind (Um-E)

Nicht pflegebedürftig (derzeitiges Verfahren)	Pflegestufe neues Verfahren (Variante 1)				Gesamt
	0	1	2	3	
PEA					
Ja	N 0	8	33	3	44
	% 0	18,18	75	6,82	100,00
Nein	N 26	228	67	5	326
	% 7,98	69,94	20,55	1,53	100,00

Tabelle 89. Verteilung des Maximums der ordinalen Wertungen von Modul 2 und 3 im neuen Begutachtungsverfahren nach Demenzstatus (bestimmt nach TFDD)

Maximum der ordinalen Wertungen von Modul 2 und 3												
Demenz (nach TFDD)	0		1		2		3		4		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
nein	49	22,58	19	8,76	13	5,99	5	2,30	10	4,61	96	44,24
ja	13	5,99	27	12,44	19	8,76	22	10,14	40	18,43	121	55,76
Gesamt	62	28,57	46	21,20	32	14,75	27	12,44	50	23,04	217	100,00

Tabelle 90. Verteilung der neuen Pflegestufen nach stark kognitiver und stark körperlicher Beeinträchtigung (Um-E)

Beeinträchtigung	Pflegestufe NBA (Variante 1)						Gesamt
	P0	P1	P2	P3	P4	P5	
Nicht stark körperlich beeinträchtigt und nicht stark kognitiv beeinträchtigt	26	303	307	103	7	0	746
Nur stark kognitiv beeinträchtigt	0	8	74	187	74	2	345
Nur stark körperlich beeinträchtigt	0	26	65	60	26	11	188
Stark körperlich beeinträchtigt und stark kognitiv beeinträchtigt	0	0	5	39	137	30	211
Gesamt	26	337	451	389	244	43	1490

Tabelle 91. Verteilung der gültigen Pflegestufen nach stark kognitiver und stark körperlicher Beeinträchtigung (Um-E)

Beeinträchtigung	Pflegestufe (derzeitiges Verfahren)					Gesamt
	PS 0	PS I	PS II	PS III	HF	
Nicht stark körperlich beeinträchtigt und nicht stark kognitiv beeinträchtigt	310	357	77	2	0	746
Nur stark kognitiv beeinträchtigt	42	185	115	3	0	345
Nur stark körperlich beeinträchtigt	16	79	74	19	0	188
Stark körperlich beeinträchtigt und stark kognitiv beeinträchtigt	2	24	93	90	2	211
Gesamt	370	645	359	114	2	1490

Tabelle 92. Gegenüberstellung der Härtefallvarianten HFv1/2 und HFv3 (Um-E)

Härtefall (Variante 1/2)	Härtefall (Variante 3)		Gesamt
	nein	ja	
nein	1376	71	1447
ja	23	20	43
Gesamt	1399	91	1490

Tabelle 93. Altersverteilung in Monaten (Um-K)

Kinder	Männlich	Weiblich	Gesamt
Alter in Monaten	N	N	N
3	2	2	4
4	.	2	2
5	1	.	1
6	.	2	2
7	.	1	1
9	2	2	4
11	.	1	1
12	1	1	2
14	2	.	2
15	1	2	3
16	.	2	2
17	2	.	2
18	5	.	5
19	2	.	2
20	3	2	5
21	2	1	3
22	1	.	1
23	2	.	2
24	.	3	3
25	1	.	1
26	2	1	3
27	1	4	5
28	.	1	1
29	1	.	1
30	2	1	3
31	.	2	2
32	3	4	7
33	3	2	5
34	1	.	1
35	2	.	2
36	5	.	5
37	.	2	2
38	1	2	3
40	2	.	2
42	1	1	2
43	1	.	1
44	1	.	1

45	2	.	2
46	.	3	3
47	2	1	3
48	5	1	6
49	1	1	2
50	1	1	2
51	1	.	1
52	1	.	1
53	1	1	2
54	1	1	2
56	1	.	1
57	1	.	1
58	2	.	2
60	2	2	4
61	1	.	1
62	2	3	5
63	1	.	1
65	1	.	1
66	2	3	5
67	1	.	1
69	3	.	3
71	.	3	3
72	4	2	6
73	3	.	3
74	3	2	5
75	2	2	4
76	3	.	3
77	.	1	1
78	1	1	2
80	1	.	1
81	.	1	1
82	2	.	2
83	1	2	3
84	1	2	3
85	2	.	2
86	1	.	1
87	3	2	5
88	1	.	1
90	2	.	2
91	1	2	3
92	1	3	4
96	1	1	2
97	.	1	1
98	.	1	1
99	1	.	1
100	2	.	2
101	1	1	2
103	2	.	2

108	1	.	1
109	3	2	5
110	1	.	1
111	.	1	1
112	1	1	2
113	1	.	1
114	2	.	2
115	.	1	1
117	.	1	1
118	.	1	1
120	.	1	1
131	.	1	1
Summe	133	94	227

15.2 Abschätzung möglicher finanzieller Folgen für die Leistungsausgaben der Pflegeversicherung – Methodisches Vorgehen

Für die Abschätzung möglicher finanzieller Folgen für die Pflegeversicherung durch die Anwendung des NBA ist der Vergleich der zu erwartenden Leistungsausgaben mit denen nach dem derzeit gültigen Verfahren grundlegend. Für einen solchen Vergleich wurden die derzeitigen Leistungsausgaben eines Jahres durch Hochrechnung von pro-Kopf-Ausgaben innerhalb der verschiedenen Pflegestufen und Leistungsbereiche nachvollzogen und denen gegenübergestellt, die bei Anwendung des NBA auf dieselbe Versichertenpopulation zu erwarten wären. Da sogenannte Kinderbegutachtungen lediglich zwischen 2 bis 3 % im Bestand der Leistungsempfänger ausmachen, wurden die Abschätzungen der finanziellen Folgewirkungen des NBA ausschließlich für erwachsene Leistungsempfänger durchgeführt.

Mengengerüst. Die Verteilung der derzeitigen Pflegestufen (=Prävalenz der Pflegestufen innerhalb der Population von „bewilligten“ Antragstellern in der Sozialen Pflegeversicherung) wurde aus der Stichtagsstatistik (BMG 2008a) übernommen. Da alle Kostenabschätzungen nur für Erwachsene durchgeführt wurden, wurde von den Gesamtsummen der Leistungsempfänger jeweils die Anzahl der Personen unter 15 Jahren abgezogen. Die absoluten Häufigkeiten (vgl. Tabelle 94) wurden als Ausgangspunkt für alle weiteren Kalkulationen herangezogen. Zwei Besonderheiten waren bei der Berechnung der Prävalenz zu beachten:

(1) Wie die Ergebnisse der Umsetzungsstudie zeigen, stuft das NBA Personen, die derzeit als nicht pflegebedürftig gelten, sowohl in die neue Stufe P0, als auch in Stufen größer P0 ein. Für die Hochrechnung der Leistungsausgaben bei Anwendung des NBA ist daher auch die Größe der Personengruppe relevant, die jemals einen Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt haben, jedoch als nicht pflegebedürftig eingestuft worden sind. Diese Zahl ist nicht bekannt. Im Gegensatz zu den absoluten Häufigkeiten von Leistungsempfängern handelt es sich um eine hypothetische Größe, der sich nur theoretisch angenähert werden kann. Hierfür wurde das Verhältnis der Anzahl Nicht-Pflegebedürftiger und Pflegebedürftiger in der Stufe I aus der Begutachtungsstatistik 2007 auf das entsprechende Verhältnis im Bestand (BMG, 2008a) übertragen.

(2) Für die Darstellung der Pflegebedürftigen wurden im Bestand die sogenannten „Härtefälle“ (=besonders gelagerte Einzelfälle zur Vermeidung von Härten, § 36 Abs. 4) und deren Verteilung auf die Stufen des NBA aufgrund der geringen Fallzahl in der Umsetzungsstudie-Erwachsene (n=2) nicht gesondert berücksichtigt²⁷.

²⁷ Die absolute Anzahl der Härtefälle sind in der hochgerechneten Anzahl der Personen in der Pflegestufe III enthalten. Generell machen Härtefälle in der Leistungsstatistik weniger als 1% aller Leistungsempfänger aus.

Auf der Grundlage der in Tabelle 39 dargestellten absoluten Häufigkeiten in den derzeit gültigen Pflegestufen (Pflegestufen I, II und III sowie „nicht pflegebedürftig“) wurden in einem zweiten Schritt die theoretischen Häufigkeiten der Stufen des NBA („neue Stufen“ P0, P1, P2, P3, P4 und P5) errechnet. Die berechneten Häufigkeiten sind jeweils abhängig von der betreffenden Variante (Kombination von Schwellenwerten). Hierzu wurden für jede betrachtete Schwellenwertkombination jeweils die relativen Häufigkeiten neuer Stufen innerhalb jeder gültigen Pflegestufe herangezogen, wie sie sich in den Daten der Umsetzungsstudie-Erwachsene darstellen, und auf die absoluten Häufigkeiten pro gültiger Pflegestufe im Bestand der Pflegeversicherten („Prävalenz“) übertragen.

Kostengerüst. Für die Abschätzung möglicher finanzieller Folgewirkungen ist die Zuordnung einer Leistung zu den fünf Stufen der Pflegebedürftigkeit notwendig (vgl. Abschlussbericht Hauptphase 1, S. 124). Seit dem 1. Juli 2008 sieht der Gesetzgeber Leistungsbeträge für insgesamt drei Pflegestufen sowie einen Betrag für besonders gelagerte Einzelfälle zur Vermeidung von Härten vor (vgl. §§ 36, 37, 38 und 43). Zum Zwecke der Berechnung eines mittleren Jahres-Kostensatzes pro Pflegestufe wurden für den ambulanten Bereich die in § 36, 37, 38 SGB XI angegebenen Höchstkostensätze (2008/2009) je nach beantragter Leistungsart verwendet. Unter Annahme der relativen Verteilung der Leistungsarten pro Pflegestufe im Bestand (Jahresdurchschnittstatistik 2007 (BMG, 2008b)) wurden gewichtete mittlere Kostensätze pro Pflegestufe errechnet, die die Verteilung der Leistungsarten im ambulanten Bereich im Jahr 2007 widerspiegelt. Auf die so geschätzten mittleren Jahres-Kostensätze wurden zusätzlich anteilig die Leistungsausgaben lt. §§ 39, 40, 41, 42, 44 eines Jahres umgelegt (Leistungsausgaben gemäß Statistik zur „Finanzentwicklung der sozialen Pflegeversicherung“, BMG 2008c)²⁸.

Für eine Berechnung der Leistungsausgaben im stationären Bereich wurden grundsätzlich die Höchst-Kostensätze aus dem SGB XI § 43 (2008/2009) zugrunde gelegt, Leistungen nach § 43a wurden nicht gesondert berücksichtigt. Die errechneten Kostensätze wurden zur Ermittlung der Gesamtkosten jeweils mit den absoluten Häufigkeiten in den Pflegestufen nach dem derzeit gültigen Verfahren verknüpft und für beide Leistungsbereiche jeweils zu einem vorläufigen Gesamtkostenbetrag aufsummiert²⁹. Um abschließend die Leistungen zu

²⁸ Hierfür ergab sich pro Leistungsempfänger im Jahr 2007 bzw. für den mittleren Jahres-Zuschlag pro Kostensatz ein Betrag von 1.300 Euro, der den Ausgabenpositionen in den Zeilen 3,4, 6, 7 und 8 (BMG, 2008c) entspricht.

²⁹ Die so ermittelten (vorläufigen) Jahres-Gesamtausgaben ohne Berücksichtigung der angenommenen Kostensteigerungen für Ausgaben nach §§ 45b und 87b liegen in der Größenordnung der tatsächlichen Leistungsausgaben im Jahr 2007 (BMG, 2008c). Abweichungen begründen sich neben der grundsätzlichen Vernachlässigung von Verwaltungs- und Kosten für den MDK in verschiedenen Annahmen des Modells zur Kostenabschätzung. Hierzu zählen neben den Unsicherheiten bei der Hochrechnung absoluter Fallzahlen (lt. Jahresstichtagsstatistik) im ambulanten Bereich insbesondere die Nichtberücksichtigung der Kosten für die Pflege von Kindern sowie die Vernachlässigung der besonderen Kosten zur Vermeidung von Härten. Überschätzungen der Kosten im stationären Bereich beruhen auf der Annahme der Kostensätze gemäß § 43 für alle Leistungsempfänger in diesem Bereich. Für den Vergleich der Leistungsausgaben bei Annahme des derzeit gültigen Verfahrens vs. NBA wurden diese Abweichungen zunächst vernachlässigt, da sie beide Ausgabenschätzungen gleichermaßen betreffen.

berücksichtigen, die der Gesetzgeber seit dem 1. Juli 2008 mit dem Inkrafttreten des PfwG für die Betreuung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) vorsieht, wurde zu den vorläufigen Gesamtkosten bei Annahme des derzeit gültigen Begutachtungsverfahrens ein pauschaler Geldbetrag addiert. Dieser setzt sich aus den jährlichen Ausgaben für PEA lt. § 45b SGB XI in der Fassung vom 1. Januar 2008 (BMG, 2008c) (30 Mio. Euro) sowie den vom BMG vorausgerechneten Mehrausgaben für PEA lt. §§ 45b und 87b SGB XI in der Fassung vom 1. Juli 2008 zusammen (360 Mio. Euro bzw. 200 Mio. Euro).

Mit dem geschilderten Vorgehen wurden unter Annahme des derzeit gültigen Verfahrens zur Begutachtung hypothetische Gesamtausgaben von ca. 18 Mrd. Euro ermittelt, die sich auf den ambulanten bzw. stationären Bereich – wie in Tabelle 94 dargestellt – verteilen.

Tabelle 94 Ergebnis der Kostenabschätzungen für das derzeitige Verfahren (Ausgaben pro Jahr in Euro) inklusive angenommener Ausgabensteigerungen (§§ 45b, 87b)

	Stufen der Pflegebedürftigkeit					Summe
	n. pf.	I	II	III	PEA	
Ambulant	0	3.008.370.754	3.204.077.875	1.460.205.747	390.000.000	8.062.654.376
Stationär	0	3.331.178.532	4.073.144.328	2.312.145.360	200.000.000	9.716.468.220

n. pf.: Nicht-Pflegebedürftige

Die Abschätzungen der Leistungsausgaben unter Anwendung des NBA wurden im Wesentlichen analog zur Hochrechnung der Leistungsausgaben nach dem derzeit gültigen Verfahren vorgenommen, mit der Ausnahme, dass keine Ausgaben für besondere Betreuungsleistungen bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz (PEA) angenommen wurden³⁰.

³⁰ Laut Abschlussbericht der Hauptphase 1 kann im Unterschied zum heutigen Begutachtungsverfahren auf eine gesonderte Identifizierung von Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz verzichtet werden. „Im neuen Assessment bildet eingeschränkte Alltagskompetenz einen genuinen Bestandteil, der über verschiedene Wege in das Gesamtergebnis einfließt.“ (Abschlussbericht der Hauptphase 1, Seite 76)

Bei der Zuordnung der Kostensätze wurde dem im Abschlussbericht von Hauptphase 1 beschriebenen Hinweis gefolgt, dass die P1 nicht (automatisch) mit einem Leistungsanspruch verknüpft sein müsse³¹. Die Pflegestufen P2 bis P5 wurden mit den mittleren Kostensätzen nach den derzeit gültigen gesetzlichen Vorgaben verknüpft. Hieraus ergeben sich je nach Variante (bzw. Schwellenwertkombination) die in den entsprechenden Tabellen im Abschnitt 10.10.3 (Kapitel Ergebnisse) dargestellten Kostenabschätzungen.

15. 3 Gutachterbefragung

Frage 1: Mit welchen Unterfragen (Kriterien) hatten Sie Schwierigkeiten? Bitte benennen Sie diese und die möglichen Ursachen.

Frage 2: Wie könnten diese Schwierigkeiten Ihrer Ansicht nach behoben werden? Machen Sie bitte möglichst konkrete Formulierungsvorschläge (einen möglichst konkreten Formulierungsvorschlag)

In der folgenden Tabelle sind zu bestimmten Modulen und Items die Antworten der Gutachter wiedergegeben. Grau unterlegt sind jeweils mögliche Maßnahmen zur Abhilfe der beschriebenen Probleme dargelegt.

Modul(e)/Item(s)	Antworten der Gutachter	Mögliche Abhilfe
Besondere Bedarfskonstellationen und Modul 1		
Anamnese	Anamnestische Angaben zu Erkrankungen der Eltern sind häufig nicht zu eruieren und nicht erforderlich.	Anamnese überprüfen bzw. Schulung.
1.1	Wie soll eine Person eingruppiert werden, die im Liegen die Position verändern kann, sich aber nicht aufrichten kann? Ist das 0 oder 1?	Schulung.
1.1	Aufstehen aus dem Bett wird nicht gefragt.	Prüfen, ob ein zusätzliches Item erforderlich ist.

³¹ „Die Stufe P1 ist für Personen mit geringen Beeinträchtigungen der Selbständigkeit vorgesehen. Diesem Personenkreis eine Stufe zuzuordnen hat zum einen den Vorteil, dass sachlich und fachlich problematische (oberflächlich gesehen sogar paradoxe) Aussagen vermieden werden. So werden im heutigen System der Pflegeversicherung Personen, die aus fachlicher Perspektive eindeutig als pflegebedürftig anzusehen sind, als „nicht pflegebedürftig“ bezeichnet. Durch eine auf niedrigem Niveau der Beeinträchtigung angesetzte Stufe lassen sich solche Probleme vermeiden. Dabei muss die Zuordnung einer solchen Stufe keineswegs automatisch mit einem Leistungsanspruch verknüpft sein. Dies bleibt eine politische Entscheidung.“ (Abschlussbericht der Hauptphase 1, Seite 77)

1.7	Möglichkeiten der Verbesserung können bei unklarer Langzeitprognose schlecht eingeschätzt werden.	Evtl. eine Kategorie „Nicht zu beurteilen“ einfügen.
A2 und Modul 1	Bei fortgeschrittener kognitiver Einschränkung ist eine Auswertung rein körperlich oft nicht adäquat möglich.	Schulung, Manual ergänzen
A2 und 1.1 bis 1.5	Es werden nur grobe Angaben zum Stütz- und Bewegungsapparat gefragt.	Evtl. Ergänzungen oder Erläuterungen
A2, b) und d)	Diese Items sind durch alleiniges Abfragen wenig aussagekräftig.	Evtl. Erläuterungen
A2, b)	Es fehlt eine Kategorie „Teilweise“. Ansonsten müsste im Manual genau beschrieben sein, wie <i>Ja</i> und <i>Nein</i> definiert sind.	Kategorie „Teilweise“ hinzufügen oder Beschreibung im Manual ergänzen.
A2, d)	Die Antwortmöglichkeit ja/nein ist nicht treffend.	Evtl. Ausprägungsgrade ändern in z.B.: vollständig möglich; eingeschränkt möglich; nicht möglich.
Modul 2		
2.3	Selbst bei Desorientierung meist Ausprägung 1, da die Tageszeit erkannt wird. Differenzierung zwischen Ausprägung 2 und 3 schwierig.	Ausprägungsgrade besser differenzieren und/oder beschreiben. Konkret aufschlüsseln, welche Fähigkeit pro Ausprägungsgrad vorhanden sein muss.
2.13	Welche Hilfsmittel gibt es, um die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten zu verbessern?	Schulung
2.13	Die Möglichkeiten der Verbesserung können bei unklarer Langzeitprognose schlecht eingeschätzt werden.	Evtl. eine Kategorie „Nicht zu beurteilen“ einfügen.
Modul 2 allgemein	Ausprägungsgrade nicht klar genug definiert.	Bessere Beschreibung der Ausprägungsgrade im Manual.
Modul 4		
4.2	Häufig unterschiedliche Einschränkungen bei den verschiedenen Tätigkeiten (Kämmen, Zahnpflege/ Prothesenreinigung, Rasieren)	Die Fragen differenzieren oder im Begutachtungsmanual bzw. in der Schulung auf die verschiedenen Tätigkeiten eingehen.
4.4	Der Unterschied zwischen ausprägungsgrad 1 und 2 ist zu groß.	Merkmalsausprägungen prüfen
4.5 bis 4.10	Im Manual fehlen Definitionen von Ausprägungsgraden: 4.5, 4.7, 4.10.	Definitionen im Manual ergänzen

4.14	Die Möglichkeiten der Verbesserung können bei unklarer Langzeitprognose schlecht eingeschätzt werden.	Evtl. eine Kategorie „Nicht zu beurteilen“ einfügen.
Modul 5		
5.18	Die Frage nach realistischen Möglichkeiten der Verbesserung kann bei Kindern manchmal nicht beantwortet werden.	Vorschlag zu Ergänzungen in der Kinderbegutachtung: • <i>Entfällt bei Säuglingen/ Kleinkindern</i> • <i>bei Kindern im Hinblick auf die Bewältigungsstrategien der Bezugsperson.</i>
6.5	Definitionen im Manual sind fehlerhaft.	Definitionen im Manual berichtigen.
D3 Empfehlung zur Einleitung von Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation – Unterpunkt: Einleitung von Maßnahmen wird nicht empfohlen	Als Begründung sollte ein Punkt „Empfehlung von Heilmitteln“ eingefügt werden	Evtl. Ergänzung „Empfehlung von Heilmitteln“.

Frage 3: Wurden aus Ihrer Sicht wichtige pflegerische Bereiche nicht berücksichtigt? Wenn ja, welche? Machen Sie bitte einen möglichst konkreten Formulierungsvorschlag.

- Versicherte mit wechselndem Hilfebedarf, z. B. Rheumapatienten, und Schwankungen der Tagesform lassen sich nicht gut erfassen.
- Es sollte detaillierter auf die Ressourcen eingegangen werden.
- Es fehlen Unterpunkte zu krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen.
- Der Bereich Ernährung wird nicht ausreichend berücksichtigt. Im neuen Gutachten wird die Sondenernährung und die parentale Ernährung aufgeführt, obwohl diese Art der Ernährung eher selten ist.
- Pflegeerschwerende Fachformen fehlen (wie z.B. Adipositas).

Frage 4: Wie sind Sie insgesamt mit dem neuen Instrument zurechtgekommen (in positiver wie negativer Hinsicht)? (Zusammenfassung von Antworten aus den Fragen 1, 2 und 4)

Terminologie

- Die derzeit gültige Terminologie ist besser an die individuellen Gegebenheiten der Versicherten angepasst.
- Eine Integration der aktuellen Formen, Anleitung, Unterstützung, Beaufsichtigung, Teilübernahme + Vollübernahme wären wünschenswert, auch hieraus ergibt sich ein Selbstständigkeitsgrad.
- Für die Beschreibung des notwendigen Hilfebedarfs sind die aktuellen Kriterien differenzierter.

Systematik

- Bestehende Fähigkeitsstörungen sollten zeitgleich mit körperlichen Fähigkeiten abgefragt werden.
- Die Selbstständigkeitsgrade haben in sich wenig Systematik, was sehr häufiges Nachschauen bei den einzelnen Kriterien bedeutet.
- Die Bearbeitung der Inkontinenz und der Inkontinenzversorgung ist eine Fehlerquelle aufgrund der Zusammenhänge (Abhilfe: Fußnote zur Beachtung der darauffolgenden Punkte, präzise Schulung).
- Der Pflegeaufwand für Demente sollte gesondert erfasst werden.
- Man fragt nach dem „schwerwiegendsten Problem“, kennt aber das ganze Gutachten nicht, Diagnose wird erst am Ende gefragt.
- Die Fragen zur Anamnese sind z. T. praxisfremd und verursachen Erstaunen oder Empörung bei den Versicherten (z. B. Tod eines Angehörigen).
- Der Ablauf im Instrument wird als „sprunghaft“ beschrieben (man springt von der Wohnsituation zum Befund, zur Pflegeperson, zum Befund), die Reihenfolge z. T. als unangemessen (z. B. zuerst Inkontinenz und dann Appetit).

Fragen (Itemformulierung)

- Z. T. werden nur grobe Angaben abgefragt, etwa zum Stütz- und Bewegungsapparat. Wenn man, 10 Jahre lang detailliert Bewegungsabläufe beschreibt, erscheint einem das oft unzureichend. Bewegungsabläufe sollten detaillierter beschrieben werden können.
- Zu viele Detailfragen.
- Das Abfragen von Häufigkeit (1x / Wo, seltener als 1x / Wo, etc.) ist ungünstig, da dieselbe Frage innerhalb kürzester Zeit anders beantwortet wird.
- Selbstangaben zur Anamnese (z.B.: Was ist derzeit schwerwiegendste Problem, oder was müsste als erstes angegangen werden?) sind Fragen, die von den Betroffenen schwer zu beantworten sind.
- Die Fragen zur Kognition sind zu umfangreich und sehr zeitintensiv aufgrund sehr detaillierter und differenzierter Beurteilung. Für das „Gesamtbild“ eines Dementen und den grundpflegerischen Hilfebedarf ist so detaillierte Fragen nicht erforderlich. Für die Beurteilung der Alltagskompetenz sind sie zu umfangreich.
- Es fehlt z. T. eine genaue Beschreibung der Ressourcen (z.B. nur „Öffnen oder Schließen von Knöpfen“ lässt keine Aussagen zu den unteren Extremitäten zu).
- Fragen zu persönlichen Angelegenheiten (z. B. Angehöriger verstorben, familiäre Vorbelastung) haben z. T. nichts mit der Begutachtung zu tun.

Antwortmöglichkeiten (Merkmalsausprägungen)

- Die Antwortmöglichkeiten waren z. T. nicht passend, weder die eine noch die andere Antwort war richtig, man musste also manchmal in jedem Fall etwas Falsches ankreuzen.

- Die Bewertung 0, 1, 2, 3 ist z. T. schwer zu entscheiden - die Auslegung von „überwiegend selbstständig“ ist z.B. teilweise in Verbindung mit den Ressourcen nicht nachvollziehbar. Mögliche Ursachen: Individualität des Gutachters, Tagesform des Betroffenen etc.
- Für die Merkmalsausprägung „Überwiegend selbstständig“ werden wechselnde Bezüge verwendet. Einheitlichkeit wäre anzustreben.
- Der Übergang von überwiegend selbstständig zu überwiegend unselbstständig ist fließend und nicht immer eindeutig.

Begutachtungsmanual

- Eine Überarbeitung des Begutachtungsmanuals ist erforderlich: logischer Aufbau und verständliche Beispiele.
- Die Erläuterungen zu den einzelnen Gutachtenpunkten sollten ggf. noch detaillierter ausfallen.
- Die Formulierungen „überwiegend selbstständig“ und „überwiegend unselbstständig“ waren z. T. undeutlich von einander abzugrenzen, da im konkreten Fall noch mehr Beispiele erforderlich gewesen wären. Man kann auch nach wochenlangem Umgang noch nicht ohne Manual arbeiten.
- Z. T. wiederholen sich die Grade d. Selbstständigkeit oder widersprechen sich. Eine gleichbleibende Struktur und Reihenfolge wäre förderlich.

Körperlich – Kognitiv

- Bei manchen Fragen sind nur die kognitiven Einschränkungen, bei manchen nur die körperlichen zu berücksichtigen, bei anderen Fragen wiederum beides.
- Das Manual sollte dahingehend überarbeitet werden, dass bei den Erläuterungen jeweils ein „körperlicher“ und ein „kognitiver“ Part jeweils vorhanden ist.
- Modul 6: Es ist unklar, ob hier nur die mentalen Einschränkungen relevant sind oder auch die motorischen. In 6.2 sollten die Unterpunkte genau definiert werden: aufgrund körperlicher Einschränkungen/aufgrund geistiger Einschränkungen.
- Modul 6: Die Erläuterungen im Manual beschränken sich auf kognitiv Beeinträchtigte. Körperlich stark beeinträchtigte, kognitiv nicht eingeschränkte Versicherte müssen nach dieser Erläuterung, auch wenn völlig immobil, als selbstständig bewertet werden. Dies ist sehr ungünstig formuliert.
- 7.1-7.4: Sollte da nicht auch aufgrund geistiger oder körperlicher Einschränkungen unterschieden werden?
- Modul 8: Hier war teilweise die Differenzierung bei ausschließlich motorischen Einschränkungen schwierig, da diese in den Erläuterungen nicht aufgeführt waren. Die Erläuterungen sind zum Teil rein an kognitiven Beeinträchtigungen orientiert. Körperlich Beeinträchtigte müssen demnach als selbstständig angegeben werden, auch wenn keine Selbstständigkeit vorliegt.

Schulung

- Ein Tag Schulung ist nicht ausreichend. Die Schulung müsste ausführlicher sein.
- Bei den Empfehlungen zu Prävention und Rehabilitation sollte intensiver geschult werden.

Kinderbegutachtung

- Für Kinder ist das NBA insgesamt nicht gut geeignet. Es sind zusätzliche bzw. andere Fragen für Kinder erforderlich. Ein neues Begutachtungsinstrument für Kinder könnte von einem pädiatrischen ausführlichen Bericht abgeleitet werden. Dazu sollte mehr zur Kognition, Psyche, Lernvermögen, Sozialverhalten u. ä. gefragt werden. Dann wäre es ein Gutachten aus kompetenter Hand.
- Angesichts der vielfältigen Besonderheiten, die bei Säuglingen und Kleinkindern zu beachten sind, wäre zu überlegen, ob für diese Altersgruppe eine abweichende Methode zur Prüfung des Anspruchs auf Leistungen nach SGB XI geschaffen werden könnte.
- Die Anwendung der Befunderhebung bei Säuglingen und Kleinkindern ist schwierig, da die Befunderhebung auf Erwachsene abgestimmt ist. Ein Ergänzungsfeld zum Vermerk von z.B. Dysmorphiezeichen, Anlageanomalien, Vigilanz, Mundmotorik, Trinkfähigkeit u. ä. ist erforderlich.
- Allgemein wäre Raum für die Testung von alltagsrelevanten Tätigkeiten sinnvoll (z.B. bei entwicklungsretardierten Kindern).
- Es werden im Manual z. T. ungeeignete Beschreibungen für Kinder bzw. unkonkrete, nicht passende oder falsche Beispiele für Kinder verwendet; z. T. fehlen auch Beispiele für Kinder, besonders im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (z. B. örtliche Orientierung).
- Problematisch bei der Beurteilung von Kindern ist, wenn z. T. unabhängig von altersgemäßer Entwicklung und z. T. abhängig davon gefragt wird. Für Kinder sollten generell unabhängig von der altersentsprechenden Entwicklung die Fähigkeiten eingeschätzt werden.

Insgesamt positiv

- Als positiv wird gesehen, dass keine Zeiten angegeben werden, dass die zeitlichen Korridore nicht anwendet werden müssen, und dass die Häufigkeiten der einzelnen Verrichtungen nicht konkret erfragt werden müssen. Eine eventuelle Widerspruchsbeurteilung wird dadurch nicht einfacher als beim derzeitigen Verfahren.
- Unschärfen zwischen den ordinalen Einstufungen 0-1-2-3 wird es wohl geben, insbesondere zwischen 1 und 2. Allerdings wird sich das eher ausgleichen als die zeitlichen Differenzen bei Hilfestellungen zwischen unterschiedlichen Gutachtern. Die derzeitige Pseudogenauigkeit in Minuten wird damit überwunden.
- Multiple Choice spart Zeit. Nach Gewöhnung (und anfänglicher Skepsis) gut zurecht gekommen. Rasches Durcharbeiten des Fragekatalogs möglich. Ein weiterer positiver Aspekt ist die Verringerung des Schreibaufwandes gegenüber dem jetzigen Ver-

fahren. Das Ankreuzverfahren mit teilweise kurzen Erläuterungen erleichtert insgesamt die Arbeit des Gutachters trotz detaillierter Abfrage des umfangreichen Items.

- In den meisten Fällen war bei den Items eine eindeutige Auswahl der Graduierung möglich.
- Es werden viele Aspekte in Bezug auf die sozialen Kontakte, kulturellen Angebote und Aktivitäten außer Haus berücksichtigt. Zudem werden den psychischen Situationen und der Behandlungspflege besser Rechnung getragen.
- Die Frage nach dem derzeit größten Problem des Versicherten wird positiv gesehen.
- Als sehr positiv wird Modul 4 herausgehoben, da hier gegenüber dem derzeitigen Gutachten ganz konkrete Punkte bzgl. der ATL abgefragt werden.
- Gut ist die neue Differenzierung in fünf Stufen.

Insgesamt negativ

- Das Instrument ist zu umfangreich, die Begutachtung wird dadurch zu lang.
- Die Teile „Angaben zur Person“ bis „Befunderhebung“ sind unhandlich und schlecht gegliedert. Die Befunderhebung ist zu pauschal, grenzt an „Schwarz-Weiß-Malerei“. Viele Befunde lassen sich nicht vernünftig abbilden.
- Es entsteht der Eindruck, dass auch gut informierte Laien solch ein Formular „ankreuzen“ konnten: mit pflegfachlicher (medizinischer) Kompetenz hat das wenig zu tun.
- Das geplante Verfahren ist sehr auf kognitive Einschränkungen ausgestellt, schwierige körperliche Einschränkungen lassen sich nicht ausreichend abbilden. Die kognitiv nicht beeinträchtigten aber deutlich in der Mobilität auf Hilfeleistungen angewiesenen Versicherten kommen eher zu kurz.
- Ein Verfahren, dass sehr auf das Ankreuzen vorgegebener Items abgestellt ist, wird es schwierig machen, bei Nachbegutachtungen Veränderung nachvollziehbar darzustellen.
- Da der Gutachter das Ergebnis seiner Begutachtung nicht kennt, die einzelnen Punkte nicht immer scharf definiert sind, muss noch geklärt werden, wie zukünftig mit Widersprüchen umzugehen ist. Es besteht die Gefahr, dass ohne präzise Definition bei verschiedenen Gutachtern auch unterschiedliche Begutachtungsergebnisse resultieren.
- Es ist unklar, ob es sinnvoll ist, Items, die keine Auswirkungen auf die Pflegestufe haben, im Instrument beizubehalten.
- Man kann sich beim Durchlesen eines Gutachtens kaum ein konkretes Bild vom Versicherten machen.
- Zusammenhänge zwischen der Pflegesituation und Ursachen der verschiedenen Fähigkeitsstörungen werden nicht ausreichend berücksichtigt.
- Der Gutachter hat in dem neuen Formular kaum noch die Möglichkeit einzelne Punkte zu erläutern oder zu begründen. Bei freier Formulierung hat man deutlich mehr Gestaltungsmöglichkeiten. Der Hilfebedarf ist dann ganz konkret ableitbar. Eine tiefer

gehende Erfassung d Vorgeschichte und Befunden ist bei dem neuen Begutachtungsinstrument nicht möglich.

Positiv und negativ

- Sowohl als positiv als auch negativ wird angegeben, dass das Begutachtungsergebnis dem Gutachter nach erfolgtem Hausbesuch nicht bekannt ist.