

# Pflegebedürftigkeit analysieren – Potential der Daten aus Pflegebegutachtungen des Medizinischen Dienstes Bayern für Public Health-Forschung und -Praxis

## Analysing the Need for Long-Term Care: Potential of Data from Long-Term Care Assessments of the Bavarian Medical Service for Public Health Research and Practice



Autorinnen/Autoren

Johanna Schütz<sup>1</sup>, Marie-Christin Redlich<sup>1</sup>, Florian Fischer<sup>1</sup>

### Institute

Bayerisches Zentrum Pflege Digital, Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Kempten, Germany

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, Alter, Bayern, Pflegeberichterstattung, Gesundheitsberichterstattung

### Key words

Long-Term Care, Ageing, Bavaria, Care reporting, Health reporting

Artikel online veröffentlicht 2024

### Bibliografie

Gesundheitswesen

DOI 10.1055/a-2189-2064

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Dr. Johanna Schütz

Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten


Bayerisches Zentrum Pflege Digital

Albert-Einstein-Straße 6

87437 Kempten

Germany

johanna.schuetz@hs-kempten.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2189-2064>.

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Ungeachtet der Implikationen des demografischen Wandels existiert in Deutschland bislang noch keine systematische und vergleichbare Differenzierung einer Pflegeberichterstattung auf kleinräumiger Ebene, in welcher die Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung abgebildet wird. Daher ist das Ziel dieses Beitrags, Erkenntnisse der Pflegebegutachtung des Medizinischen Dienstes Bayern darzustellen und daraus Ableitungen für eine zukünftige Pflegeberichterstattung zu ziehen.

**Methodik** Für die Analyse wurden anonymisierte Pflegeerstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes Bayern des Jahres 2019 exemplarisch mittels deskriptiver Methoden ausgewertet. Die Studie beschreibt die Charakteristika von Personen mit Pflegegradempfehlung, die Verteilung der Pflegegrade, medizinische Diagnosen sowie Grad der Selbstständigkeit in den Lebensbereichen.

**Ergebnisse** Die begutachteten Personen weisen ein Durchschnittsalter von 80 Jahren auf. Zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung lebte der größte Anteil der Personen mit zugewiesenem Pflegegrad in einer ambulanten Wohnsituation. Pflegegrad (PG) 1 (geringe Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) erhielten 35,1 % der Versicherten, PG 2 (erhebliche Beeinträchtigungen) 43,1 %, PG 3 (schwere Beeinträchtigungen) 16,6 %, PG 4 und 5 (schwerste Beeinträchtigungen) wurden jeweils im niedrigen einstelligen Prozentbereich bei der Erstbegutachtung vergeben (3,9 % bzw. 1,4 %). Bei den medizinischen Diagnosen dominierten v. a. Störung des Ganges und der Mobilität, nicht näher bezeichnete Demenz, Herzinsuffizienz sowie Senilität. Insbesondere die Lebensbereiche ‚Mobilität‘ und ‚Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte‘ sind mit Einschränkungen bei den Pflegebedürftigen verbunden.

**Schlussfolgerung** Die beim Medizinischen Dienst vorliegenden Daten können eine hohe Relevanz für Gesundheitsforschung und -politik einnehmen und eine Grundlage für die Interventionsplanung im Pflegebereich bieten.

**ABSTRACT**

**Background** Despite demographic changes, there is still no systematic and comparable differentiation of nursing care reporting on a small-scale level in Germany, where outpatient long-term care is depicted. This article presents findings of care assessment data of the Medical Service of Bavaria and draws conclusions for future reporting on nursing.

**Methods** For the analysis, anonymised initial long-term care assessments of the Bavarian Medical Service of 2019 were evaluated exemplarily using descriptive methods. The study describes the characteristics of persons with a care level recommendation, the distribution of care level categories, medical diagnoses and degree of independence in the areas of life.

**Results** The persons assessed were on average 80 years old. At the time of the initial assessment, the largest proportion of

persons with an assigned care level lived in an outpatient setting. Care level (PG) 1 (slight impairment of independence or abilities) was assigned to 35.1 % of the insured, PG 2 (considerable impairment) to 43.1 %, PG 3 (severe impairment) to 16.6 %, PG 4 and 5 (most severe impairment) were each rarely assigned at the time of the initial assessment (3.9 % and 1.4 %, respectively). Medical diagnoses were dominated by gait and mobility disorders, unspecified dementia, heart failure and senility. In particular, there were impairments in the areas of 'mobility' and 'organisation of everyday life and social contacts'. **Conclusions** The data available from the German Medical Service may be highly relevant to health research and policy and may provide a basis for planning interventions in long-term care.

## Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung hat die zentrale Aufgabe, mittels Bereitstellung von Informationen über die gesundheitliche Lage, Determinanten der Gesundheit und gesundheitsbezogenen (Versorgungs-)Angeboten (einschließlich Prävention, Gesundheitsversorgung und Pflege) nicht nur eine Beschreibung des Status quo vorzunehmen, sondern bedarfsorientierte Maßnahmen zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung in die Wege zu leiten [1, 2]. „Daten für Taten“ ist das zentrale Anliegen der mittlerweile etablierten Gesundheitsberichterstattung, welche ein wissenschaftsgestütztes politisches Steuerungselement bietet [3, 4]. In Folge des im Jahr 2015 in Kraft getretenen Präventionsgesetzes wurde zudem der Rahmen für eine darüber hinausgehende Präventionsberichterstattung geschaffen [5]. Bezüge zu pflegerelevanten Themen liegen vor allem – teilweise in Anlehnung an die Kernindikatoren von Gesundheit der Europäischen Union [6] – in Form von Leistungsdaten der Pflegeversicherung oder Sozialhilfeträger (Fallzahlen, Kosten) und Strukturdaten (z. B. Anzahl der Pflegeheime und -dienste sowie Anzahl und Qualifikation der Beschäftigten) vor.

In diesem Zusammenhang wird aber zumeist der stationäre Bereich fokussiert [7]. Ungeachtet der Implikationen des demografischen Wandels existiert in Deutschland bislang noch keine systematische und vergleichbare Differenzierung einer Pflegeberichterstattung auf kleinräumiger – bestenfalls kommunaler – Ebene, in welcher die Situation der ambulanten pflegerischen Versorgung, erbracht durch informell Pflegende oder gemeindenaher Dienste (Caring Communities), abgebildet wird [7–10]. Eine verstärkte regionale Ausrichtung und Handlungsorientierung ist aber geboten, da die Pflegebedürftigkeit, die Versorgungsstrukturen sowie vorhandene pflegebezogene Versorgungsressourcen und die Inanspruchnahme professioneller Pflege regional unterschiedlich ausgeprägt sind [11].

An der Vorausberechnung, dass bis zum Jahr 2050 in bestimmten Regionen Deutschlands mehr als jede \* r zehnte Einwohner \* in auf pflegerische und betreuende Unterstützung angewiesen sein wird [12], zeigt sich die Bedeutung einer kontinuierlichen, umfassenden und vergleichbaren Pflegeberichterstattung im gesamten Bundesgebiet. Zugleich ist in einer solchen Berichterstattung die Hetero-

genität der Pflegebedürftigen zu betrachten, die in unterschiedlichem Ausmaß Einschränkungen in ihrer Gesundheit erfahren, welche sich wiederum u. a. auf Aspekte der Autonomie, Mobilität und sozialen Teilhabe negativ auswirken können [13]. Dieser Beitrag hat daher das Ziel, am Beispiel Bayerns Aspekte der Pflegebedürftigkeit darzustellen und somit zugleich die Potentiale der in der Pflegebegutachtung vorhandenen Daten für die Pflegeberichterstattung, Gesundheitsforschung und -politik aufzuzeigen.

## Methodik

### Daten

Es handelt sich um eine Sekundäranalyse basierend auf Daten der Pflegeerstbegutachtung des Medizinischen Dienstes Bayern aus dem Jahr 2019. Der Medizinische Dienst ist zuständig für gesetzlich Versicherte und führt Pflegebegutachtungen auf Basis des SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) durch. Zur Bestimmung des Pflegegrades werden sechs Lebensbereiche (sogenannte Module) durch ein standardisiertes Begutachtungsinstrument erfasst:

- Modul 1: Mobilität
- Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
- Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
- Modul 4: Selbstversorgung
- Modul 5: Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen
- Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte [14]

Zur Bewertung werden mehrstufige Skalen verwendet. Je nach Modul unterscheidet sich die Abstufung der Skala hinsichtlich des Grades der Beeinträchtigung von Selbstständigkeit oder der Fähigkeit. Die ermittelten, gewichteten Punktwerte der einzelnen Module werden zu einem Gesamtpunktwert von maximal 100 zusammengeführt. Aus dem Gesamtpunktwert wird der Pflegegrad abgeleitet. Personen mit einem Gesamtpunktwert unter 12,5 wird grundsätzlich kein Pflegegrad zugesprochen. Diese Menschen gelten als nicht-pflegebedürftig im Sinne der sozialen Pflegeversiche-

rung. Seit dem 01.01.2017 können nach Begutachtung folgende Pflegegrade zugesprochen werden:

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung

Die Selbständigkeit bzw. Fähigkeiten gelten als beeinträchtigt, sofern *personelle* Hilfe benötigt wird, um bestimmte Tätigkeiten zu verrichten. Um als pflegebedürftig zu gelten, müssen die Einschränkungen zudem für mindestens sechs Monate bestehen [14].

Im Begutachtungsverfahren werden zudem bis zu zwei sogenannte „pflegebegründende Diagnosen“ erhoben, „die im Wesentlichen die Pflegebedürftigkeit begründen“ [14]. Die Verschlüsselung der Diagnosen erfolgt nach der internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10, German Modification).

## Studienpopulation und Datenauswertung

Der durch den Medizinischen Dienst Bayern freigegebene Datensatz enthält insgesamt 126.876 Erstbegutachtungen von Erwachsenen, die im Jahr 2019 durchgeführt wurden. Es erfolgte ein Ausschluss von Antragstellenden, die im EU-Ausland gemeldet sind (u. a. aufgrund mangelnder Vergleichbarkeit der konkreten Versorgungssituation) bzw. deren Wohnort aufgrund unvollständiger Postleitzahlen nicht mit Sicherheit dem deutschen Bundesgebiet zugeordnet werden kann (N = 245). Da der Fokus auf Pflegebedürftigkeit im Alter liegt, werden für die folgenden Analysen ausschließlich Begutachtungsergebnisse von Personen über 50 Jahren, bei denen eine Empfehlung für einen Pflegegrad erfolgte, inkludiert (Ausschluss von 4.130 Personen unter 50 Jahren sowie 23.883 Antragstellende ohne Pflegegradempfehlung<sup>1</sup>). Bei 17 Personen liegen unbestimmte bzw. unbekannt Angaben zum Geschlecht vor. Das analysierte Sample enthält 98.618 Fälle. Das Alter der begutachteten Personen wurde mit Hilfe des Geburtsjahres errechnet, wobei der Geburtsmonat nicht vorliegt. Die durch das Begutachtungsinstrument ermittelten Punkte in den sechs Modulen wurden zusätzlich in eine kategoriale Variable umgerechnet, die den Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten abbildet (analog der Umrechnung des Medizinischen Dienstes, vgl. [14]; siehe Tabelle A1 im Anhang). Es wurden deskriptive, uni- und bivariate Analysen der Daten vorgenommen. Sämtliche Auswertungen wurden mit der Software Stata Version 17 vorgenommen.

<sup>1</sup> Im Gesamtdatensatz beträgt der Anteil der über 50-jährigen Personen, die nach Begutachtung keine Pflegegradempfehlung erhielten, 19,5%. Frauen blieben häufiger (20,9%) als Männer (17,2%) unterhalb des Grenzwerts für die Einstufung in einen Pflegegrad.

## Ergebnisse

### Soziodemografische Charakteristika

Die begutachteten Personen, welche eine Pflegegradempfehlung erhielten, weisen ein Durchschnittsalter von 80 Jahren auf. Am häufigsten fanden Erstgutachten in der Altersspanne zwischen 81 und 90 Jahren statt (46,4%). Die wenigsten Erstgutachten wurden in der jüngsten Altersgruppe zwischen 50 und 60 Jahren (5,3%) und in der höchsten Altersklasse (über 90 Jahre) durchgeführt (9,9%). Mit einem Anteil von 60,8% befanden sich mehr Frauen als Männer unter den Begutachteten mit Pflegegradempfehlung. In Bezug auf die Wohnsituation befanden sich 10,5% der Personen zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung sowie 0,5% in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für Menschen mit Behinderungen nach § 43a SGB XI. Fast 90% der Begutachteten lebten entweder alleine (38,3%) oder mit anderen (50,2%) in ambulanten Wohnsituationen. 0,5% der Antragstellenden befanden sich in einer ambulant betreuten Wohngruppe (d. h. mit mindestens zwei weiteren pflegebedürftigen Personen) (vgl. ► **Tab. 1**).

### Einstufung bei Erstbegutachtung

► **Abb. 1** zeigt die Ergebnisse der Begutachtung: Pflegegrad (PG) 1 (geringe Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten) erhielten 35,1% der Versicherten, PG 2 (erhebliche Beeinträchtigungen) 43,1%, PG 3 (schwere Beeinträchtigungen) 16,6%, PG 4 (schwerste Beeinträchtigungen) und PG 5 (schwerste Beeinträchtigungen mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) wurden im niedrigen einstelligen Prozentbereich vergeben (3,9% bzw. 1,4%). Männern wurden häufiger als Frauen die PG 2, 3, 4 und 5 zugewiesen. Ein höherer Anteil an Frauen als Männer befindet sich in der Empfehlung für PG 1 (38,0% vs. 30,5%). ► **Abb. 2**

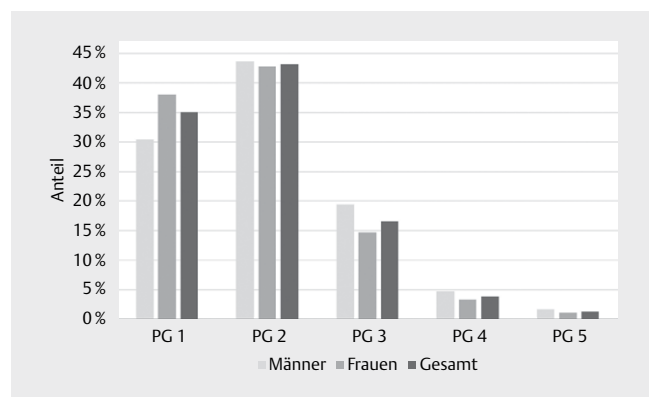
Wie sich die ermittelten Grade der Pflegebedürftigkeit zwischen den Altersklassen der begutachteten Personen verteilen, zeigt ► **Abb. 2**. In allen Altersgruppen wurde nach Erstbegutachtung am häufigsten PG 1 und 2 erreicht, am seltensten PG 5. Innerhalb PG 1 und 5 dominiert anteilmäßig die jüngste Altersklasse (50–60-Jährige). In PG 2, 3 und 4 nimmt die älteste Altersgruppe (über 90-Jährige) die höchsten Anteile ein. Das größte Altersgefälle zeigt sich bei PG 1, 40,0% der 50- bis 60-Jährigen erhalten eine PG 1-Empfehlung im Gegensatz zu 26,0% der über 90-Jährigen. Für die anderen PG zeigen sich geringere Differenzen zwischen den Altersgruppen, insbesondere bei PG 5, der für sämtliche Altersklassen zwischen 1,1% und 2,4% der Fälle zugewiesen wurde.

### Medizinische Diagnosen

Während des Begutachtungsprozesses werden bis zu zwei sogenannte pflegebegründende Diagnosen getrennt voneinander erhoben. Von 98.615 begutachteten Personen liegt eine Diagnose im Datensatz vor. Zusätzlich liegt für 79.763 Personen (80,9%) eine zweite pflegebegründende Diagnose vor. ► **Tab. 2** führt die jeweils zehn meistgenannten Diagnosen auf sowie die Anzahl der Personen, für die die jeweilige Diagnose berichtet wurde. Es dominieren bei der erst- als auch zweitgenannten pflegebegründenden Diagnose Störungen des Ganges und der Mobilität (R 26). Das Spektrum der zehn häufigsten zuerst berichteten Diagnosen umfasst da-

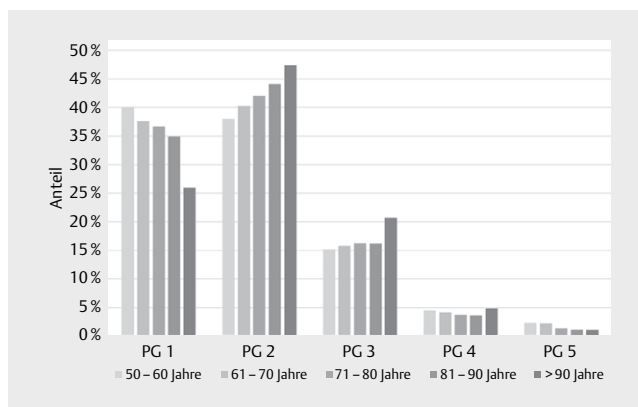
► **Tab. 1** Charakteristika der über 50-jährigen Personen mit Pflegegradempfehlung bei Erstbegutachtung

Merkmal	Ausprägung
Alter (in Jahren)	Mittelwert: 80,00 (Std.abw.: 9,52)
Alter (gruppiert)	
50–60 Jahre	5,27 % (N = 5.196)
61–70 Jahre	10,55 % (N = 10.400)
71–80 Jahre	27,93 % (N = 27.542)
81–90 Jahre	46,40 % (N = 45.758)
>90 Jahre	9,86 % (N = 9.722)
Geschlecht	
weiblich	60,75 % (N = 59.898)
männlich	39,25 % (N = 38.703)
Wohnsituation	
vollstationäre Pflegeeinrichtung	10,51 % (N = 10.361)
stationäre Einrichtung nach § 43a SGB XI	0,49 % (N = 485)
ambulante Wohnsituation alleine	38,32 % (N = 37.787)
ambulante Wohnsituation mit weiteren Personen	50,24 % (N = 49.546)
ambulant betreute Wohngruppe	0,45 % (N = 439)
<b>N</b>	<b>98.618</b>
Daten: Medizinischer Dienst Bayern [Stand: 11.11.2021].	



► **Abb. 1** Verteilung der Pflegegrade nach Geschlecht (N = 98.601). Daten: Medizinischer Dienst Bayern [Stand: 11.11.2021].

neben Demenz, Senilität, Herzinsuffizienz, Polyarthrose, Hirninfarkt, chronische obstruktive Lungenerkrankung, Parkinson, kognitive sowie motorische Funktionseinschränkung. Bei den zweitgenannten medizinischen Diagnosen befinden sich unter den zehn am häufigsten vorkommenden Diagnosen zudem: Harninkontinenz, Diabetes mellitus, Schwindel sowie psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit. Addiert man die Fallzahlen der Personen, ergeben sich unter den Begutachteten insgesamt folgende dominierende Diagnosen: Störungen des Ganges und der Mobilität (31.527 Personen), nicht näher bezeichnete Demenz (14.497 Personen), Herzinsuffizienz (9.669 Personen), Senilität (9.533 Personen).



► **Abb. 2** Verteilung der Pflegegrade nach Altersgruppe (N = 98.618). Daten: Medizinischer Dienst Bayern [Stand: 11.11.2021].

## Grad der Selbständigkeit in den Lebensbereichen

Der Grad der Selbständigkeit bzw. der Beeinträchtigung in den verschiedenen Lebensbereichen ist unterschiedlich ausgeprägt. ► **Tab. 3** zeigt die erreichten Punktwerte in den sechs begutachteten Lebensbereichen (Module), vergleichend für Personen mit unterschiedlichen Pflegegradempfehlungen. Da die Mittelwerte der Module untereinander nicht vergleichbar sind, wird der Punktwert zusätzlich kategorisiert als Grad der Schwere der Beeinträchtigung ausgewiesen (vgl. Tabelle A1 im Anhang).

Erwartungsgemäß steigt der Mittelwert der Punktzahl pro Modul mit der Höhe des erreichten Pflegegrades an. Der maximal erreichbare Punktwert wird von den hier analysierten Personen am ehesten im Modul 1 (Mobilität; Mittelwert 13,5 bei max. 15 Punkten) und Modul 6 (Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte; Mittelwert 15,6 bei max. 18 Punkten) erreicht. Die Durchschnittswerte des Moduls 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) und Moduls 5 (Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen) liegen selbst bei PG 5 am weitesten vom theoretisch möglichen Maximalpunktwert entfernt. Innerhalb PG 5 zeigten nahezu alle Antragstellenden schwerste Beeinträchtigungen der selbständigen Mobilität (98,3%), der Selbstversorgung (99,3%) und Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte (97,0%). 84,4% der Personen mit PG 5 hatten eine schwerste Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten. In den Bereichen Verhaltensweisen und psychische Problemlagen sowie Umgang mit krankheitsspezifischen Anforderungen wiesen in PG 5 hingegen weniger als 20% schwerste Beeinträchtigungen auf. Die geringsten Beeinträchtigungen erwiesen sich innerhalb PG 1 für das Modul 3 – mehr als 96% der Begutachteten hatten keinerlei oder nur geringe Beeinträchtigung bei Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen.

## Diskussion

Die Studie beschreibt die Charakteristika von erstbegutachteten Personen mit Pflegegrad, die Verteilung der Pflegegrade, medizinische Diagnosen sowie Grad der Selbständigkeit in den Lebensbereichen. Für die Analyse wurden Daten des Medizinischen Dienstes Bayern aus dem Jahr 2019 verwendet. Zum Zeitpunkt der Erstbegutachtung

► **Tab. 2** Zehn häufigste erst- bzw. zweitgenannte pflegebegründende Diagnosen bei Erstgutachten

<b>Erste pflegebegründende Diagnose</b>		
<b>ICD-10 Code</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl Personen</b>
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	13.414
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	11.139
R54	Senilität	5.618
I50	Herzinsuffizienz	4.991
M15	Polyarthrose	4.930
I63	Hirninfarkt	3.550
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenerkrankung	2.892
G20	Primäres Parkinson-Syndrom	2.545
U51	Kognitive Funktionseinschränkung	1.411
U50	Motorische Funktionseinschränkung	1.091
<b>Zweite pflegebegründende Diagnose</b>		
<b>ICD-10 Code</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Anzahl Personen</b>
R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	18.113
R32	Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz	5.157
I50	Herzinsuffizienz	4.678
R54	Senilität	3.915
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz	3.358
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	2.296
M15	Polyarthrose	2.258
R42	Schwindel und Taumel	2.245
U51	Kognitive Funktionseinschränkung	1.936
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	1.762
Anmerkungen: N = 98.615 gültige Erstdiagnosen; N = 79.763 gültige Zweitdiagnosen. Diagnosen verschlüsselt nach ICD-10, German Modification. Nur Personen mit Pflegegradempfehlung 1–5. Daten: Medizinischer Dienst Bayern [Stand: 11.11.2021].		

lebt der größte Anteil der Personen mit zugewiesenem Pflegegrad in einer ambulanten Wohnsituation. Unter den Begutachteten befanden sich v. a. über 80-Jährige und insgesamt mehr Frauen als Männer. Dies lässt sich u. a. mit der insgesamt höheren Lebenserwartung von Frauen erklären [15]. Männern wurden häufiger als Frauen höhere PG (2, 3, 4 und 5) zugewiesen. Über alle Altersklassen wurde am häufigsten PG 1 und 2 erreicht und am seltensten PG 5. Bei Personen mit zugeschriebenem Pflegegrad dominierten v. a. altersassoziierte Diagnosen wie Störung des Ganges und der Mobilität, nicht näher bezeichnete Demenz, Herzinsuffizienz sowie Senilität. Dies zeigt sich auch darin, dass insbesondere die Module zur Mobilität und Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte mit Einschränkungen verbunden sind. Insofern weisen die Ergebnisse in eine ähnliche Richtung wie die allgemeine Gesundheitsberichterstattung des Bundes, in welcher über die gesundheitliche Lage älterer Menschen berichtet wird [16]. Erste Hinweise auf regionale Unterschiede ergeben sich hingegen im Vergleich mit Analysen von Erstbegutachtungen in Berlin und Brandenburg. Über 50-Jährige mit Pflegegrad weisen hier eine ähnliche Soziodemografie wie im bayerischen Fall auf, jedoch finden sich unter den dominierenden Diagnosen keine Mobilitätsstörungen [17]. Weiterführende Analysen zu Wirkungszusammenhängen und zugrundeliegenden Kausalmechanismen der hier exemplarisch skizzierten bivariaten Zusammenhänge wären Gegenstand zukünftiger Forschung.

Die dargestellten Ergebnisse aus der Erstbegutachtung zur Erfassung der Pflegebedürftigkeit – welche über eine reine Darstellung des Pflegegrades hinausgehen – liefern Einsichten in Möglichkeiten, welche in den Datensätzen der Pflegebegutachtung durch den Medizinischen Dienst liegen. Diese vorhandenen Daten können eine hohe Relevanz für Gesundheitsforschung und -politik einnehmen und eine Grundlage für die Interventionsplanung im Pflegebereich darstellen. So können Daten aus der Pflegeberichterstattung dazu beitragen, Erkenntnisse zur medizinischen, pflegerischen und sozialen Situation der Antragsteller\*innen und Pflegebedürftigen gezielt aufzubereiten und dabei neben der pflegerelevanten Vorgesichte und derzeitigen Versorgungssituation auch weitergehende gesundheitsbezogene Aspekte zu berücksichtigen. Hierzu gehören neben epidemiologisch relevanten Angaben (z. B. pflegebegründende Diagnose) auch die weitergehenden versorgungsrelevanten Informationen, die bei der Pflegebegutachtung erhoben werden (diese umfassen etwa die Selbständigkeit bei außerhäuslichen Aktivitäten wie z. B. Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel oder bei der Haushaltsführung, darunter Reinigung oder Einkauf).

So können die Hinweise auf das Diagnosespektrum hilfreich sein, um gezielt zu prüfen, inwieweit ausreichende Versorgungsstrukturen in den jeweiligen Regionen vorliegen. Hierdurch kann ein Abgleich zwischen den vorhandenen Angeboten der Versorgung sowie Beratung und der aktuellen sowie auch zukünftigen Nachfrage an Versorgungsleistungen erfolgen. Auch mit Blick auf die Abmilderung

► **Tab. 3** Vergleich der Punkte bzw. Schweregrad der Beeinträchtigung in den sechs Modulen, differenziert nach Pflegegrad

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Modul 1: Mobilität</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	1,34 (1,00)	2,46 (2,00)	4,37 (4,00)	8,45 (9,00)	13,45 (14,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	54,71 %	27,76 %	16,66 %	3,78 %	–
geringe	42,53 %	48,06 %	26,07 %	6,57 %	–
erhebliche	2,66 %	19,91 %	25,39 %	12,95 %	0,30 %
schwere	0,10 %	4,15 %	25,63 %	32,06 %	1,43 %
schwerste	–	0,11 %	6,25 %	44,64 %	98,27 %
<b>Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	1,45 (1,00)	3,04 (2,00)	7,35 (6,00)	12,90 (13,00)	22,96 (24,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	64,83 %	41,80 %	18,35 %	9,64 %	2,93 %
geringe	29,70 %	37,15 %	24,77 %	13,97 %	3,53 %
erhebliche	5,26 %	17,53 %	27,70 %	14,93 %	3,53 %
schwere	0,20 %	3,32 %	21,10 %	23,59 %	5,56 %
schwerste	0,01 %	0,20 %	8,09 %	37,87 %	84,44 %
<b>Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	0,17 (0,00)	0,45 (0,00)	1,53 (0,00)	3,17 (0,00)	3,16 (0,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	94,41 %	88,34 %	71,06 %	52,31 %	56,32 %
geringe	2,05 %	2,77 %	3,43 %	2,22 %	1,35 %
erhebliche	2,15 %	4,67 %	9,10 %	10,03 %	5,86 %
schwere	1,19 %	3,07 %	9,95 %	19,60 %	17,22 %
schwerste	0,20 %	1,16 %	6,45 %	15,85 %	19,25 %
<b>Modul 4: Selbstversorgung</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	3,87 (4,00)	9,19 (9,00)	17,69 (17,00)	32,20 (32,00)	46,15 (48,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	22,20 %	1,23 %	–	–	–
geringe	73,34 %	30,03 %	0,35 %	–	–
erhebliche	4,46 %	67,84 %	56,06 %	0,29 %	–
schwere	–	0,90 %	43,32 %	66,20 %	0,75 %
schwerste	–	–	0,26 %	33,52 %	99,25 %
<b>Modul 5: Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	0,78 (1,00)	1,44 (1,00)	2,08 (2,00)	2,54 (2,00)	3,62 (3,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	42,87 %	14,38 %	1,84 %	1,12 %	0,83 %
geringe	42,12 %	45,35 %	30,04 %	16,58 %	3,46 %
erhebliche	14,32 %	36,39 %	57,16 %	63,88 %	63,91 %
schwere	0,67 %	3,63 %	9,68 %	14,65 %	18,50 %
schwerste	0,02 %	0,25 %	1,28 %	3,78 %	13,31 %
<b>Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte</b>					
<b>Erhaltene Gesamtpunktzahl</b>					
Mittelwert (Median)	1,30 (1,00)	3,10 (3,00)	7,04 (7,00)	11,35 (12,00)	15,59 (16,00)
<b>Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit/Fähigkeiten</b>					
keine	42,08 %	9,44 %	0,24 %	–	–
geringe	50,20 %	51,07 %	7,42 %	0,18 %	–
erhebliche	7,45 %	34,13 %	35,02 %	2,89 %	0,15 %
schwere	0,27 %	5,32 %	53,28 %	45,04 %	2,86 %
schwerste	–	0,04 %	4,04 %	51,89 %	96,99 %
N	<b>34.572</b>	<b>42.530</b>	<b>16.349</b>	<b>3.837</b>	<b>1.330</b>
Anmerkung: Spannweite der Punkte je Modul (gemäß Erhebungsinstrument): 1 Mobilität: 0–15; 2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten: 0–33; 3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: 0–65; 4 Selbstversorgung: 0–54; 5 Umgang mit krankheitsspezifischen bzw. therapiebedingten Anforderungen: 0–15; 6 Gestaltung des Alltagslebens sowie sozialer Kontakte: 0–18 (vgl. Tabelle A1, Anhang). Daten: Medizinischer Dienst Bayern [Stand: 11.11.2021].					

von Pflegebedürftigkeit können entsprechende niedrigschwellige Angebotsstrukturen entwickelt oder ausgebaut werden – um an dieser Stelle auch dem Motto „Daten für Taten“ gerecht zu werden. Auf die Bedeutung dieses Datenmaterials wurde bereits direkt nach der Einführung der Pflegeversicherung hingewiesen [18].

Da Pflegebedürftigkeit ein zentrales sozial- und gesundheitspolitisches Zukunftsthema mit regional unterschiedlich starker Ausprägung darstellen wird, ist eine verlässliche Datengrundlage erforderlich, um belastbare Aussagen zu zeitlichen Trends und bevölkerungsgruppenspezifischen Ausprägungen der Pflegebedürftigkeit treffen zu können – und auf dieser Basis entsprechende Maßnahmen möglichst frühzeitig einzuleiten. Routinedaten ermöglichen dabei sektorenübergreifende und längsschnittliche Informationen zur Pflegebedürftigkeit sowie zum Bedarf und zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen. Diese Daten gilt es zukünftig auch auf kleinräumiger Ebene zu betrachten, da die Kommunen bei der Gestaltung ihrer Infrastruktur von den Auswirkungen der demografischen Entwicklungen betroffen sind [19]. Mit Blick auf die kommunale Verantwortlichkeit im Rahmen der Daseinsvorsorge (Art. 20 Abs. 1 Grundgesetz), stellt die Zunahme der Pflegebedürftigkeit aufgrund der Alterung der Bevölkerung eine zentrale Herausforderung dar, für die es geeignete Instrumente einer zukunftsorientierten kommunalen Altenpolitik noch zu entwickeln gilt [20].

Die Daten des Medizinischen Dienstes bieten zudem ein hohes Potential, da sie auch die Situation von Pflegebedürftigen darstellen, die nicht in langzeitstationären Einrichtungen untergebracht sind und über dortige Dokumentationssysteme erfasst werden. Da der Großteil der Versorgung im höheren Lebensalter im häuslichen Umfeld durch pflegende Angehörige erbracht wird [21], ist die Pflegebegutachtung ein wichtiges Instrument, um den Gesundheitszustand älterer Menschen mit Unterstützungsbedarf darstellen zu können. Die dort erhobenen Daten können im Rahmen einer (kommunalen) Pflegeberichterstattung die Planungsgrundlage für die Altenhilfe in Städten und Gemeinden bieten [8] oder auch eine Grundlage für die Arbeit der regionalen Pflegekonferenzen sein. Zugleich bieten die Daten die Perspektive auf Personengruppen, die in Bevölkerungsumfragen mitunter unterrepräsentiert sind, etwa Hochaltrige und Pflegebedürftige in stationären Einrichtungen. Bislang werden die Potentiale dieses Datenschatzes aber nicht umfassend genutzt, was sich daran zeigt, dass lediglich in Einzelfällen Analysen dieser Daten vorgenommen werden (vgl. z. B. [17, 22–24]). Ein erleichterter, institutionalisierter Datenzugang für Forschungszwecke wäre nicht nur folgerichtig mit Blick auf das auf nationaler Ebene geplante Gesundheitsdatennutzungsgesetz [25, 26, vgl. auch 27] als auch die Bemühungen auf supranationaler Ebene zur Schaffung eines Europäischen Raums für Gesundheitsdaten [28].

## Limitationen

Obwohl es sich bei der Datenquelle um eine Quasi-Vollerhebung handelt, sind bei der Interpretation der Ergebnisse einige Limitationen und Selektionsmechanismen zu berücksichtigen. Für die wissenschaftlichen Analysen liegen ausschließlich Daten aus den Erstbegutachtungen eines Jahres vor. Ein zeitlicher Verlauf der Entwicklung der Pflegebedürftigkeit auf individueller oder aggregierter Ebene ist somit nicht möglich. Die Daten beziehen sich lediglich auf gesetzlich Pflegeversicherte: Aussagen zu Pflegebedürftigen ohne Beantragung eines Pflegegrades sowie zu Privatversicherten sind nicht möglich. Darüber hinaus bestehen soziale Ungleichheiten in der Pflegebedürftigkeit

sowie bei Antragsverhalten und Zugangschancen auf Leistungen der sozialen Pflegeversicherung. Der Begutachtungsprozess an sich stellt zudem einen sozialen Interaktionsprozess dar, keine rein objektive Messung von Gesundheitsdaten. Es kommen sozial ungleich verteilte Verhandlungskompetenz und -macht bzw. ungleich verteiltes ökonomisches, kulturelles und soziales Kapital der Begutachteten und Begutachtenden ins Spiel [29–32]. Somit ist von einer potentiellen Untererfassung bestimmter Bevölkerungsgruppen auszugehen. Beispielsweise deuten Studien darauf hin, dass sozioökonomisch benachteiligte Pflegebedürftige aus Scham über ihre Wohn- und Lebensbedingungen oder aus Überforderung mit der Bürokratie davon absehen könnten, Unterstützung zu beantragen [33]. Wie in allen Interviewsituationen ist davon auszugehen, dass auch bei Pflegebegutachtungen Aspekte wie soziale Erwünschtheit im Auskunftsverhalten, Unterschiede in Selbst- und Fremdwahrnehmung oder die Anwesenheit Dritter – wie Angehörige – eine Rolle spielen [z. B. 32]. Treffend formulierte Simon (2004): „Es geht hier nicht um die Frage bewusster Benachteiligungen oder Bevorzugungen einzelner Gruppen, sondern um allgemeine, in weiten Bereichen der Gesellschaft wirkende Deutungsmuster, Werthaltungen und Geschlechterstereotypen. Und diese wirken nicht nur auf Seiten von Gutachtern, sondern mit Sicherheit auch auf Seiten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen“ [32].

Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass die Begutachtung eine Momentaufnahme darstellt, bei der auch Faktoren wie die aktuelle Tagesform zum Tragen kommen. Aufgrund der Schwankungen im zeitlichen Verlauf sind umfängliche Aussagen über die Beeinträchtigung der Selbstständigkeit bzw. Fähigkeiten limitiert möglich und der individuelle Unterstützungsbedarf kann variieren.

Bei der Interpretation der Daten in Bezug auf das Diagnosespektrum ist die Aussagekraft dahingehend begrenzt, dass lediglich zwei Diagnosen festgehalten werden. Insbesondere bei hochaltrigen Pflegebedürftigen sind jedoch chronische Krankheiten, Ko- und Multimorbiditäten vorhanden [34, 35].

## FAZIT

Die Ergebnisdarstellung der Erstbegutachtungen zur Ermittlung der Pflegebedürftigkeit in Bayern für das Jahr 2019 zeigen auf, dass eine sich daraus ergebende Pflegeberichterstattung entweder als integraler Bestandteil oder Ergänzung der bestehenden Gesundheitsberichterstattung (wie am Beispiel der Präventionsberichterstattung) erfolgen kann. Der Bedarf nach einer adäquaten Pflegeberichterstattung sollte jedoch über die ausschließliche Darstellung von Pflegegraden hinausgehen, da die Instrumente zur Erhebung von Pflegebedürftigkeit direkt oder indirekt vielfältige gesundheitsrelevante Aspekte umfassen und Pflegebedürftigkeit sowohl horizontal als auch vertikal ungleich verteilt ist. Ausgehend von einer „Health in all Policies“-Perspektive könnten Daten aus der Pflegebegutachtung somit Aufschluss über Bedarfslagen geben, um auf dieser Basis adäquate Strukturen und Prozesse zur Unterstützung im höheren Lebensalter zu schaffen und somit auch Teilhabe und Lebensqualität zu fördern.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Ziese T, Prütz F, Rommel A et al. Gesundheitsberichterstattung des Bundes am Robert Koch-Institut – Status quo und aktuelle Entwicklungen. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2020; 63: 1057–1066. DOI: 10.1007/s00103-020-03195-8
- [2] Kurth B-M, Saß A-C, Ziese T. Gesundheitsberichterstattung. In: Razum O, Kolip P, Hrsg. Handbuch Gesundheitswissenschaften. 7. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2020: 399–420
- [3] Kuhn J. Gesundheitsberichterstattung als Staatsaufgabe. Prävention 2005; 57–63
- [4] Kuhn J. Taten ohne Daten? Ein Kommentar zur Rolle der Gesundheitsberichterstattung in der Prävention. Jahrbuch für Kritische Medizin 2006; 43: 25–39
- [5] Reisig V, Jordan S, Starker A et al. Präventionsberichterstattung – neue Impulse für die Gesundheitsberichterstattung? Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2020; 63: 1118–1125. DOI: 10.1007/s00103-020-03202-y
- [6] Europäische Union. Evaluation of the use and impact of the European Community Health Indicators ECHI by Member States. Brussels; 2013
- [7] Boschek HJ, Kügler KJ. Aufgaben und Inhalte einer kommunalen Pflegeberichterstattung. Gesundheitswesen 2005; 67: V7. DOI: 10.1055/s-2005-920501
- [8] Boschek HJ. Kommunale Pflegeberichterstattung für die Planung der Altenhilfe in Städten und Gemeinden. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2006; 529–536. DOI: 10.1007/s00103-006-1265-0
- [9] Elkeles T. Gesundheits- und Pflegeberichterstattung in Deutschland. Zu Stand und Perspektiven. Pflege 2000; 13: 27–32. DOI: 10.1024/1012-5302.13.1.27
- [10] Weidner F, Dörpinghaus S. Pflegeberichterstattung im Überblick. Eine Studie über Pflegedaten im In- und Ausland. Pflegeforschung. Hannover: Schlütersche; 2003
- [11] Rothgang H, Müller R, Unger R et al. Themenreport "Pflege 2030". Was ist zu erwarten – was ist zu tun? Gütersloh; 2012
- [12] Schwinger A, Klauber J, Tsiasioti C. Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Groß S, Klauber J, Schwinger A, Hrsg. Pflege-Report 2019. Berlin, Heidelberg: Springer; 2020: 3–21. DOI: 10.1007/978-3-662-58935-9\_1
- [13] Schwinger A, Jürchott K, Tsiasioti C et al. Epidemiologie der Pflege: Prävalenz und Inanspruchnahme sowie die gesundheitliche Versorgung von Pflegebedürftigen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023; 66: 479–489. DOI: 10.1007/s00103-023-03693-5
- [14] Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, GKV Spitzenverband. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. (Begutachtungsrichtlinien – BRI) vom 15.04.2016, geändert durch Beschluss vom 31.03.2017. Essen, Berlin; 2019
- [15] Robert Koch-Institut. Hrsg. Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut; 2020. DOI: 10.25646/6585
- [16] Robert Koch-Institut. Hrsg. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: Robert Koch-Institut; 2015. DOI: 10.17886/rkipubl-2015-003
- [17] Blüher S, Stein T, Schnitzer S et al. Care Dependency Factors. Analyses of Assessment Data from the Medical Service of German Statutory Health Insurance Providers. Deutsches Ärzteblatt International 2021; 563–564. DOI: 10.21107/sml.v3i2.7854.s1038
- [18] Bartholomeyczik S, Ulmer E-M, Linhart M et al. Beeinträchtigungen bei AntragstellerInnen für Leistungen aus der Pflegeversicherung. Pflege und Gesellschaft 1997; 2: 4–11
- [19] Starke T. Ausgabenseitige Effekte der demografischen Entwicklung auf die Kommunalfinanzen. Zeitschrift für Politikwissenschaft 2021; 31: 507–537. DOI: 10.1007/s41358-021-00269-0
- [20] BMFSFJ. Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Berlin; 2016
- [21] Wetzstein M, Rommel A, Lange C. Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. GBE kompakt. Berlin 2015. DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-018
- [22] Pritzkeleit R, Erben CM. Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach dem SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz. Gesundheitswesen 2001; 63: 200–204. DOI: 10.1055/s-2001-20222
- [23] Beck-Ripp JC, Dressel H. Pflegebedürftigkeit nach SGB XI bei Kindern und Jugendlichen. Eine Analyse der Pflegebegutachtung des MDK Bayern. Gesundheitswesen 2015; 77: 405–410. DOI: 10.1055/s-0034-1381994
- [24] Blüher S, Schilling R, Stein T et al. Prävention von Pflegebedürftigkeit. Analysen von Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2023; 66: 490–497. DOI: 10.1007/s00103-023-03685-5
- [25] Bundesrat. Entschließung des Bundesrates zur Ausgestaltung eines Gesundheitsdatennutzungsgesetzes. Drucksache 597/22. Berlin; 2022
- [26] SPD, Bündnis 90 / Die Grünen, FDP. Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021-2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90 / Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP). Berlin; 2021
- [27] Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Digitalisierung für Gesundheit. Ziele und Rahmenbedingungen eines dynamisch lernenden Gesundheitssystems [Gutachten 2021]. Bonn, Berlin; 2021
- [28] Bundesrat. Vorschlag für eine Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates über den europäischen Raum für Gesundheitsdaten. Beschluss des Bundesrates [Drucksache 256/22 (Beschluss)]; 2022 (16.09.2022). Im Internet: [https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2022/0201-0300/256-22\(B\).pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=1](https://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2022/0201-0300/256-22(B).pdf?__blob=publicationFile&v=1) Stand: 18.07.2023
- [29] Borchert L, Rothgang H. Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A, Hrsg. Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH; 2008: 215–235. DOI: 10.1007/978-3-531-91014-7\_8
- [30] Kümpers S, Alisch M. Ungleichheiten des Alter(n)s in sozialräumlicher Perspektive. In: Bleck C, van Rießen A, Knopp R, Hrsg. Alter und Pflege im Sozialraum. Theoretische Erwartungen und empirische Bewertung. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden; 2018: 53–68. DOI: 10.1007/978-3-658-18013-3\_4
- [31] Behrens J. Ökonomisches, soziales und kulturelles „Kapital“ und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer U, Büscher A, Hrsg. Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / GWV Fachverlage GmbH; 2008: 180–211
- [32] Simon M. Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Journal of Public Health 2004; 12: 218–228. DOI: 10.1007/s10389-004-0037-2



- [33] Möller A, Osterfeld A, Büscher A. Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2013; 46: 312–316. DOI: 10.1007/s00391-013-0500-1
- [34] Kuhlmei A. Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter – Herausforderungen für die Prävention. Pflege und Gesellschaft 2009; 14: 293–305
- [35] Scheidt-Nave C, Richter S, Fuchs J et al. Herausforderungen an die Gesundheitsforschung für eine alternde Gesellschaft am Beispiel "Multimorbidität". Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2010; 53: 441–450. DOI: 10.1007/s00103-010-1052-9