

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Addendum zu Band 20



**Präventive Potenziale im  
Vorfeld eines Pflegebedarfs  
und Fallanalysen**







Spitzenverband

Schriftenreihe  
Modellprogramm zur Weiterentwicklung  
der Pflegeversicherung  
Addendum zu Band 20

# **Präventive Potenziale im Vorfeld eines Pflegebedarfs und Fallanalysen**

Addendum zu  
Gesundheitsverläufe im Alter -  
Wege in die Pflegebedürftigkeit

**Herausgeber:**

GKV-Spitzenverband  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin  
Telefon: +49 30 206288-0  
Telefax: +49 30 206288-88  
E-Mail: [mp-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de](mailto:mp-pflegeversicherung@gkv-spitzenverband.de)  
Internet: [www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)

Prof. Dr. Clemens Tesch-Römer, Dipl.-Psych. Anja Cengia,  
Dipl.-Oec. Sonja Nowossadeck, Dr. Svenja M. Spuling, Dr. Markus Wettstein  
Deutsches Zentrum für Altersfragen, Manfred-von-Richthofen-Straße 2, 12101 Berlin

Dr. Stefan Blüher, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmeier, Dr. Thomas Stein; Ralph Schilling  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft,  
Charitéplatz 1, 10117 Berlin

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

Alle Rechte, insbesondere der Vervielfältigung und der Verbreitung auch auf elektronischen Systemen, behält sich der GKV-Spitzenverband vor. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

Copyright © GKV-Spitzenverband 2023

Fotonachweis: Adobe Stock/fotofuerst  
Adobe Stock/Rido  
iStockphoto/Kuzma  
Verlag: CW Haarfeld GmbH, Köln

# Inhaltsverzeichnis

---

<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	4	Inhaltsverzeichnis
<b>Abkürzungsverzeichnis</b> .....	5	
<b>Zusammenfassung</b> .....	7	
<b>1 Einführung</b> .....	8	
1.1 Einbettung: Schutz- und Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit .....	8	
<b>2 Projektziele und Fragestellungen</b> .....	10	
<b>3 Forschungsdesign</b> .....	11	
3.1 Datenquelle .....	11	
3.2 Methodik .....	11	
<b>4 Ergebnisse und Diskussion: präventive Potenziale im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit</b> .....	15	
4.1 Querschnittsanalyse: Antragstellende mit und ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017 ..	15	
4.2 Längsschnittanalyse: Einstufungsgeschehen, Diagnosen und soziale Konstellationen 2017-2018/2019 .....	19	
<b>5 Handlungsempfehlungen</b> .....	26	
<b>6 Fallanalysen: Personen mit Einstufungsempfehlung für Pflegegrad 5 (2018/2019)</b> .....	27	
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	33	

# Tabellenverzeichnis

---

Tabellenverzeichnis	Tab. 1: Überblick von Schutz- und Risikofaktoren für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	9
	Tab. 2: Soziodemografie von Antragstellenden in eigener Häuslichkeit.....	15
	Tab. 3: Häufigste Erstdiagnosen .....	16
	Tab. 4: Wohnsituation (Partnerschaft und Unterstützungspotenzial) .....	16
	Tab. 5: Ergebnisse der binär-logistischen Regression .....	18
	Tab. 6: Verteilung der Pflegegradeinstufungen Ende 2019 .....	20
	Tab. 7: Demografie, Diagnosen, soziale Merkmale nach Pflegegrad (Begutachtungen 2018/2019) und im Zeitvergleich (2018/2019 zu 2017) .....	21
	Tab. 8: Veränderungsvariablen im Zeitverlauf 2017-2019 .....	22
	Tab. 9: Binär-logistische Regression zur Nichtfeststellung der Pflegebedürftigkeit.....	23
	Tab. 10: Verteilung (Nicht-)Einstufungsempfehlungen nach Pflegegrad .....	27
	Tab. 11: Charakteristika der Antragstellenden mit Einstufungsempfehlung in PG 5 Ende 2019 .....	28
	Tab. 12: Profile der Personen im Krankenhaus bei Begutachtung (nach Aktenlage) .....	29
	Tab. 13: Profile der zwischen Antrag und Durchführung auf Begutachtung Verstorbenen (nach Aktenlage).....	30
	Tab. 14: Profile der Personen in vollstationärer Versorgung oder in einer ambulanten Wohngruppe .....	30
	Tab. 15: Profile der Personen in eigener Häuslichkeit .....	31

# Abkürzungsverzeichnis

---

COPD	Chronic obstructive pulmonary disease, chronisch-obstruktive Bronchitis
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
IQR	Interquartilsabstand
MD	Medizinischer Dienst
MD BB	Medizinischer Dienst Berlin-Brandenburg
MW	Mittelwerte
Ref.	Referenzkategorie
SD	Standardabweichung

Abkürzungsverzeichnis



Die Studie „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ wurde vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité von September 2021 bis Dezember 2022 in zwei Projektphasen fortgeführt.

Die Basis für die beschriebenen Analysen zu präventiven Potenzialen im Vorfeld eines Pflegebedarfs bilden erneut die Pflegeerstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg (MD BB) des Jahres 2017 sowie in einem zweiten Datensatz (für die Längsschnittanalyse) die Gutachten der Jahre 2018 und 2019 der Antragstellenden, bei denen in 2017 keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde (n = 15.108), die aber im Zeitverlauf (bis Ende 2019) einen erneuten Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI stellten und in der eigenen Häuslichkeit lebten (n = 6.037). Von diesen blieben insgesamt 1.104 Personen bis Ende 2019 weiterhin ohne Pflegegrad. Diese Gruppe stand im Fokus der Analysen zu präventiven Potenzialen.

Im Ergebnis stehen folgende Kernaussagen:

- Ende 2019 sind weiterhin gut 18 Prozent der nachverfolgten Antragstellenden aus 2017 ohne Pflegegrad.
- Die Charakteristika der Antragstellenden, die im gesamten Zeitverlauf ohne Einstufung blieben, weisen eine hohe Kontinuität auf. Sie sind im Durchschnitt jünger (unter 65 Jahre), allein lebend und berichten von sozialen Unterstützungsressourcen.
- Das Erkrankungsspektrum der Antragstellenden liegt schwerpunktmäßig im muskuloskelettalen Formenkreis, vor allem Rückenschmerz.
- Demgegenüber spielen demenzielle und psychische Erkrankungen in dieser Gruppe kaum eine Rolle.

Darüber hinaus werden in 17 Fallanalysen Personen mit Einstufungsempfehlung für Pflegegrad 5 aus den Jahren 2018/2019 beschrieben. Im Fokus dieser Analysen steht die Charakterisierung von Antragstellenden, die innerhalb eines kurzen Zeitraums den größtmöglichen Verlust an Selbstständigkeit erlitten haben.

Im Ergebnis stehen folgende Kernaussagen:

- Diese Gruppe zeigt zunächst eine ausgeprägte Variabilität an terminalen Zuständen, die zu einem kurzen Pflegeverlauf am Ende des Lebens führen.
- Charakteristisch für alle betrachteten Fälle ist die Schwere des Krankheitsgeschehens, verbunden mit gravierenden Verlusten an Selbstständigkeit.
- Das Erkrankungsspektrum fokussiert auf schwere somatische Leiden mit aggressiven Verläufen.
- Demenzielle Erkrankungen zeigen sich bei den hier betrachteten Fällen kaum.
- Der Einfluss des Lebensalters auf die schnell zunehmende, schwere Pflegebedürftigkeit zeigt sich als marginal.

# 1 Einführung

## Zusammenfassung

Die Förderung des Projektes „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ durch die Forschungsstelle Pflegeversicherung des GKV-Spitzenverbandes im Zeitraum von März 2018 bis September 2022 betrat in mehrfacher Hinsicht Neuland.

Erstens wurde das Themenfeld der funktionalen Gesundheit im Alter und möglicher Determinanten für den Eintritt in die Pflegebedürftigkeit (in den Jahren 2018-2021 gemeinsam mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen) breit und systematisch analysiert.

Zweitens basierten die empirischen Analysen auf Datensätzen, die ursprünglich nicht oder nur zum Teil mit Blick auf die im Projekt formulierten Analyseziele erhoben worden sind. Dies gilt insbesondere für die Daten des Medizinischen Dienstes aus den Begutachtungen zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Die übermittelten Daten mussten im Sinne der Fragestellungen des Projektes aufwendig aufbereitet werden – der Bericht von August 2021 legte auch dies detailliert dar.

Drittens stellte der Fokus unseres Forschungsinteresses auf soziale Einflussfaktoren im Übergang zur Pflegebedürftigkeit besondere Herausforderungen an die methodisch-statistische Vorgehensweise.

Viertens schließlich stellt das Bemühen, in der Analyse von Begutachtungsdaten des MD BB Hinweise zu präventiv nutzbaren Potenzialen am Übergang in eine Pflegebedürftigkeit zu erhalten, ein Novum dar.

Die Darstellung fokussiert dabei auf zwei Analysestränge:

- (1) Vergleichende Analyse von Antragstellenden mit und ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit nach Begutachtung im Jahre 2017 (Querschnittsanalyse). Dabei besonderer Fokus auf die Beschreibung der Antragstellenden, die ohne Pflegegrad blieben.
- (2) Analyse des Einstufungsgeschehens im Zeitverlauf; hierbei steht die Weiterverfolgung der Antragstellenden ohne Pflegegrad aus dem Jahr 2017 in die Jahre 2018/2019 im Mittelpunkt (Längsschnittanalyse).

## 1.1 Einbettung: Schutz- und Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit

Die folgende Übersicht umreißt das Themenfeld von Schutz- und Risikofaktoren mittels einer Auswahl aus der Studienlage im Hinblick auf die Entstehung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit. Dabei werden die zentralen Aspekte Krankheitsentwicklung, psychisches Wohlbefinden, gesundheitsrelevantes Verhalten, soziale Integration, sozioökonomischer Status, umweltbezogene Faktoren und gesellschaftliche Rahmenbedingungen tabellarisch zusammengefasst.

Schutz-/Risikofaktor	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
<b>Krankheitsentwicklung</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Demenz als bedeutsamer Risikofaktor für die Entstehung von Pflegebedürftigkeit (Kieslich 2011, Kuhlmeier 2011, Beekmann et al. 2012, van den Bussche et al. 2014, Hajek et al. 2017)</li><li>- Chronische Erkrankungen als Risikofaktor, der die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit und höhere Erstinstufung bedingt (Borchert/Rothgang 2008)</li><li>- Die Kombination chronischer Erkrankungen (Multimorbidität) als eigenständiger Risikofaktor, der häufig zu Hilfs- und Pflegebedarf führt (Kuhlmeier 2011)</li><li>- Bezogen auf Einzeldiagnosen ist die Prävalenz von Schlaganfall und Herzinsuffizienz bei Pflegebedürftigen höher als bei Nichtpflegebedürftigen (van den Bussche et al. 2014)</li></ul>

Schutz-/Risikofaktor	Hilfe- und Pflegebedürftigkeit
<b>Psychisches Wohlbefinden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatrische und neurodegenerative Erkrankungen als grundsätzliche Risikofaktoren für Pflegebedürftigkeit (Borchert/Rothgang 2008, van den Bussche et al. 2014)</li> <li>- Im Besonderen ist die Depression als Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit und schnellere Institutionalisierung zu begreifen (Luppa et al. 2010, Hajek et al. 2017)</li> <li>- Psychischer Stress der Hauptpflegeperson kann als mittelbarer Risikofaktor verstanden werden, da er die Wahrscheinlichkeit für stationäre Pflege erhöht (Birkenhäger-Gillesse et al. 2018)</li> <li>- Kognitive Aktivität als wesentlicher Schutzfaktor (Ackermann/Oswald 2008)</li> </ul>
<b>Gesundheitsrelevantes Verhalten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Körperliche Aktivität als Schutzfaktor (Selbstständigkeit, verbessertes psychisches Wohlbefinden); Wechselwirkungen zu anderen Einflussfaktoren, wie z. B. Wohnort, sind bedeutsam (Schlicht 2010, Baggetta et al. 2018, Deng/Paul 2018)</li> </ul>
<b>Soziale Integration</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ehe/Partnerschaft als Schutzfaktor, vor allem für Männer (der Eintritt in eine Pflegestufe ist seltener, der Übergang in stationäre Pflege unwahrscheinlicher) (Borchert/Rothgang 2008, Unger et al. 2015)</li> <li>- Verlust des(r) Partners/Partnerin als Risikofaktor für Frauen und Männer (Hajek et al. 2017)</li> </ul>
<b>Sozioökonomische Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenzlage zu sozioökonomischen Faktoren, unter anderem auch Qualifizierung und Bildung, ist allgemein uneindeutig (Borchert/Rothgang 2008, Alenhöner et al. 2014, Hajek et al. 2017)</li> <li>- Geschlecht als Risikofaktor (Frauen benötigen häufiger Pflege und ihr Pflegebedarf steigt schneller) (Kuhlmey 2011, van den Bussche et al. 2014)</li> <li>- Alter als Risikofaktor (höheres Risiko für Pflegebedürftigkeit bzw. schwererer Verlauf) (Winter 2006, Kuhlmey 2011)</li> <li>- Einkommensgruppe ist bedingt ein Risikofaktor (niedriges Einkommen nur bzgl. niedrigster Pflegestufe riskant; vermutlich, weil Versicherungsleistungen früher in Anspruch genommen werden müssen) (Unger et al. 2015)</li> </ul>
<b>Umweltbezogene Faktoren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterstützendes Wohnumfeld und gute nachbarschaftliche Beziehungen als Schutzfaktoren (insbesondere auch bzgl. Eintritt in stationäre Pflege) (Nowossadeck/Mahne 2017)</li> <li>- Auch hier sind Wechselwirkungen bedeutsam (z. B. Wohnumfeld beeinflusst körperliches Aktivitätslevel) (Chaudhury et al. 2016, Van Holle et al. 2016, Yun 2019)</li> <li>- Wohnen in sozial benachteiligten Gebieten als Risikofaktor für Einstufung in Pflegebedürftigkeit (Barnett et al. 2012)</li> <li>- Barrierefreie Wohnungen als Schutzfaktor (insbesondere Verzögerung von Heimeintritt) (Nowossadeck/Engstler 2017)</li> <li>- Räumliche Nähe der Hauptpflegeperson als Schutzfaktor (z. B. Notfallsituationen) (Schulze et al. 2018)</li> </ul>
<b>Gesellschaftliche Rahmenbedingungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patient Navigation: Unterstützung des Pflegebedürftigen durch geschulte Fachkräfte oder Peers zur Ressourcenstärkung (Ali-Faisal et al. 2017)</li> <li>- Beseitigung von strukturellen Hindernissen und Schaffung neuer Ressourcen (Schneekloth 2006, Klie 2018)</li> <li>- Im Gesundheits- und Pflegesystem verankerte Pflegeprävention mit regionaler und spezifischer Ausrichtung (Winter 2006, Klie 2018, Rothe 2018)</li> <li>- Pflegegutachter/-innen sollten schichtsensibel geschult werden (Borchert/Rothgang 2008)</li> </ul>

Tab. 1: Überblick von Schutz- und Risikofaktoren für Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

In Bezug auf die Analysen zu präventiven Potenzialen sind aus obiger Übersicht in Anbetracht der in den Begutachtungsunterlagen verfügbaren Informationen insbesondere die Aspekte der Krankheitsentwicklung, der sozialen Integration sowie der (wohn-)umweltbezogenen Faktoren bedeutsam und werden im Weiteren aufgegriffen.

## 2 Projektziele und Fragestellungen

---

### Projektziele und Fragestellungen

Die Analysen in der zweiten Projektphase zielten sowohl in einer Querschnittsbetrachtung als auch in einer Längsschnittbetrachtung darauf ab, die Charakteristika der Antragstellenden, bei denen im Jahr 2017 keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, deskriptiv und binär-logistisch zu analysieren. Im längsschnittlichen Design werden die Personen ohne Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad aus dem Jahr 2017 bis in das Jahr 2019 verfolgt. Ziel ist hierbei, Erkenntnisse zum weiteren Verlauf des Einstufungsgeschehens zu gewinnen und zu zeigen, ob und inwieweit die erfassten Merkmale zur Krankheitsentwicklung, zur sozialen Integration sowie zu (wohn) umweltbezogenen Faktoren hierbei bedeutsam sind.

Aus diesen Zielstellungen sind die Forschungsfragen abgeleitet:

1. Wie unterscheiden sich eingestufte und nicht eingestufte Antragstellende im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Erstdiagnosen, soziale Konstellationen im Gruppenvergleich und im Zeitvergleich?
2. Wie viele Antragstellende ohne Einstufung zu t0 sind in den Begutachtungsdaten zu t1 erneut auffindbar? Welche krankheitsbezogenen und sozialen Profile weisen diese auf? Wie stellt sich das Einstufungsgeschehen (Einstufung ja/nein) für diese Gruppe zu t1 dar?
3. Welche präventiven und rehabilitativen Potenziale von Antragstellenden sind am Übergang in eine Pflegebedürftigkeit im Gruppenvergleich und im Zeitvergleich (t0 zu t1) erkennbar?

# 3 Forschungsdesign

## 3.1 Datenquelle

### **Begutachtungsdaten des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg**

Die Basis für die hier beschriebenen Analysen bilden die Pflegeerstbegutachtungen des Medizinischen Dienstes Berlin-Brandenburg (MD BB) des Jahres 2017 und in einem zweiten Datensatz (für die Längsschnittanalyse) die Gutachten der Jahre 2018 und 2019 der Antragstellenden, bei denen in 2017 keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, die aber im Zeitverlauf (bis Ende 2019) einen erneuten Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI stellten. Die Begutachtung der antragstellenden Person erfolgt unter Nutzung des Begutachtungsinstruments nach dem neuen Pflegestärkungsgesetz II und der damit einhergehenden Umstellung von drei Pflegestufen auf fünf Pflegegrade. Diese Pflegebegutachtungen führen in den meisten Fällen Pflegefachkräfte in der Häuslichkeit der versicherten Person durch.

Insgesamt stellten im Jahr 2017 42.758 (58,8 %) Frauen und 29.922 (41,2 %) Männer einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI. Der Altersbereich der betrachteten Antragstellenden liegt zwischen 50 und 99 Jahren. Aus dem Bundesland Berlin kamen 38.819 (53,4 %) aller Anträge, aus dem Land Brandenburg entsprechend 33.861 (46,6 %). Die Erstbegutachtungen mündeten bei 57.572 (79,2 %) Personen in die Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad, bei 15.108 Personen wird keine Pflegebedürftigkeit festgestellt (20,8 %).

Der Datensatz 2018/2019 enthält 11.423 Begutachtungen bzw. 7.657 Antragstellende (Personen stellen mehrere Anträge innerhalb des Zeitraums 2018/2019). Nach Bereinigung der Daten (Exklusion von unplausiblen Angaben beim Pflegegrad (z. B. PG ungleich 0 in 2017)) reduziert sich die Personengruppe auf n = 6.398, bei denen in 2017 keine Pflegebedürftigkeit festgestellt worden ist. Anschließend wurden nur die Antragstellenden in die Analysen integriert, die in eigener Häuslichkeit wohnen, sodass letztlich die Daten dieser 6.037 Personen in die Untersuchungen einfließen. Darauf basierend besteht der Datensatz 2018/2019 aus 3.838 (63,6 %) Frauen und 2.199 (36,4 %) Männern, die einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI stellten. Der Altersbereich der hier betrachteten Antragstellerinnen und Antragsteller liegt zwischen 50 und 100+ Jahren. Aus dem Bundesland Berlin kamen 3.743 (62,0 %) aller Anträge, aus dem Land Brandenburg 2.294 (38,0 %).

## 3.2 Methodik

Grundlage für die statistischen Analysen bilden die zuvor beschriebenen Daten des MD BB. Die verfügbaren Daten enthalten neben den Diagnosen auch routinemäßig erhobene personenbezogene Daten zu Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Haushaltszusammensetzung oder Wohnort (in Form der ersten drei Stellen der PLZ) sowie Informationen zu individuellen psychischen, physischen, kognitiven und sozialen Voraussetzungen für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit. Sofern diese Informationen bereits als numerische Daten vorliegen, können sie direkt in die statistischen Analysen einbezogen werden.

Darüber hinaus finden sich im Zuge der Begutachtungen durch den MD auch Daten zu den familiären Verhältnissen der Antragstellenden, zum sozialen Umfeld oder zu den Wohnbedingungen in Form von Freitextangaben. Diese Angaben sind zwar nicht obligat und insofern teilweise lückenhaft, erlauben aber oftmals Rückschlüsse zu sozialen Konstellationen, die im Zusammenhang mit einer Pflegegradeinstufung relevant sein können.

Der beschriebene methodische Ansatz umfasst somit zwei Zugänge zur Identifizierung von Einflussfaktoren der Pflegebedürftigkeit: standardisierte Routinedaten und Text Mining. Abbildung 1 verdeutlicht beide Zugangswege.

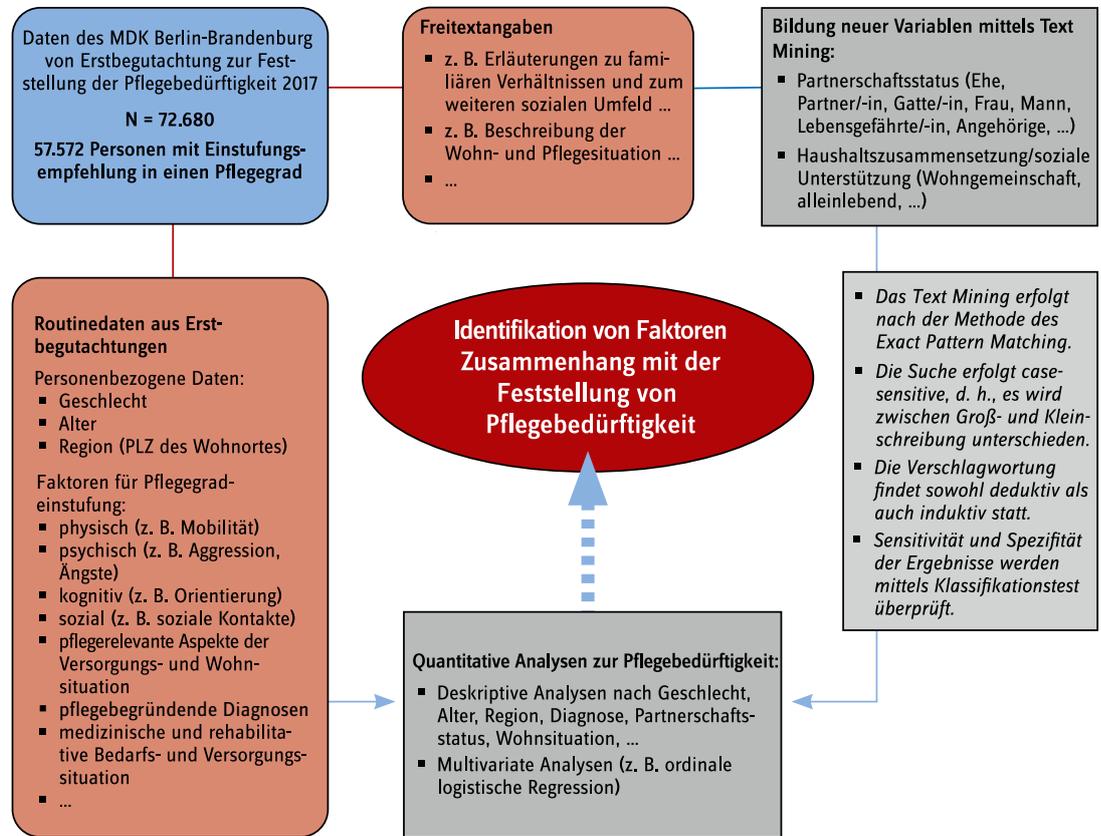


Abb. 1: Methodisches Vorgehen

### Text Mining

Im Rahmen der Anwendung von Text Mining auf die vorliegenden Daten der Begutachtungen werden mithilfe einer Verschlagwortung von Schlüsselbegriffen aus den Freitextangaben weitere Merkmale der begutachteten Personen extrahiert und einer statistischen Analyse zugänglich gemacht. Das Verfahren zur Ermittlung dieser Informationen wird nach der Methode des „Exact Pattern Matching“ durchgeführt. Dazu werden thematisch relevante Freitextangaben in den Datensätzen der Antragstellenden selektiert und in Zeichenketten (Strings) umgewandelt. Anschließend wird jeder dieser Strings exakt nach relevanten synonymen Schlagwörtern durchsucht (Schilling et al. 2021).

Für zum Beispiel das Merkmal Partnerschaft wurden etwa die Begriffe Ehe, Partner, Gatt<sup>1</sup>, Mann, Lebensgefährt, Lebensgefäehrt ermittelt und ausgewählt. Im Falle eines Treffers wird dann einer neu gebildeten numerischen Variable Partnerschaft eine 1 für „in Partnerschaft lebend“, anderenfalls eine 0 für „alleinstehend“ zugeordnet. Angaben zu weiteren Dimensionen des Merkmals „soziale Unterstützung“ wie Kinder, andere Familienangehörige oder Kontaktpersonen werden nach dem gleichen Vorgehen ermittelt und entsprechend in numerische Variablen transformiert. (Dieses Verfahren des Text Mining ist detailliert im Endbericht zu Projektphase 1 beschrieben.) Das Text-Mining-Verfahren eröffnet die Möglichkeit, Informationen beispielsweise zu sozialen Unterstützungspotenzialen aus den Freitexten herauszufiltern und sie quantitativen statistischen Analysen zugänglich zu machen.

1 Bei Verwendung des Schlagwortes „Gatt“ würden beispielsweise die Begriffe „Gatte“ und auch „Gattin“ und weitere gefunden werden.

## Analytisches Vorgehen

Ansetzend an den bereits durchgeführten Analysen zu Personen, die in Berlin und Brandenburg im Jahr 2017 einen Erstantrag auf Feststellung einer Pflegebedürftigkeit stellten und einen Pflegegrad erhielten, was im Endbericht zu Projektphase 1 detailliert erläutert wurde, werden in der ersten Untersuchung in Projektphase 2 Personen ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit kontrastierend charakterisiert (z. B. Geschlecht, Alter, Diagnosen). Insbesondere Informationen zu sozialen Konstellationen (z. B. berichteter Partnerschaftsstatus, Wohnsituation) spielen in den Untersuchungen eine bedeutsame Rolle.

Mittels binär-logistischer Regression wird die Wahrscheinlichkeit berechnet, zur Gruppe mit oder ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu gehören. Die Ausprägung „mit Feststellung einer Pflegebedürftigkeit“ wurde als Referenzkategorie (Ref.) festgelegt, die Ergebnisse werden somit für die Gruppe der „Antragstellenden ohne Pflegegradempfehlung“ ausgewiesen. Als Prädiktoren sind die Merkmale Alter, Geschlecht, Wohnsituation, Partnerschaftsstatus und häufigste Erstdiagnosen (nach ICD-10-Codierung) sowie Wohnort (Berlin oder Brandenburg) und Begutachtungsart (Eil-Feststellung/Normbegutachtung) als weitere Einflussfaktoren in die Modellierung einbezogen. Zusätzlich ist die Interaktion von Geschlecht und Wohnsituation sowie von Alter und Wohnsituation statistisch kontrolliert.

Die Analysen wurden mit der Statistiksoftware IBM SPSS Version 27 durchgeführt. Im Rahmen der deskriptiven Analyse sind absolute und relative Häufigkeiten für kategoriale Variablen und Mittelwerte (MW) und Standardabweichung (SD) für stetige normalverteilte Variablen ausgewiesen. Im Rahmen der multivariablen Analyse sind neben adjustierten Odds Ratios außerdem 95 %-Konfidenzintervalle und p-Werte berechnet. Die Analysen wurden zweiseitig zum Signifikanzniveau von  $\alpha = 5\%$  durchgeführt, fehlende Werte nicht ersetzt.

## Längsschnittliche Analysen

Grundlage der längsschnittlichen Betrachtungen im zweiten Analysestrang bilden Daten des MD Berlin-Brandenburg von 11.423 Begutachtungen zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit in den Jahren 2018 und 2019 von insgesamt 7.657 Menschen, die im Jahr 2017 bereits einen Antrag zur Feststellung einer Pflegebedürftigkeit gestellt hatten, deren Antrag jedoch abschlägig beschieden wurde. Für die Analysen wurden Antragstellende, die beim Übergang von 2017 nach 2018/19 eine Pflegegradeinstufung größer 0 aufwiesen bzw. in den Begutachtungsdaten aus 2017 nicht mehr berücksichtigt werden konnten, ausgeschlossen ( $n = 1.259$ ). Die Auswertungen beschränken sich außerdem auf Antragstellende, die im Zeitraum 2018/19 in der eigenen Häuslichkeit wohnten - Personen in stationärer Betreuung, in Wohngruppen Lebende oder Antragstellende ohne Angabe zur Wohnsituation wurden nicht berücksichtigt ( $n = 361$ ). Die Analysen beziehen sich somit ausschließlich auf Personen, für die sowohl aus 2017 als auch aus 2018/19 Begutachtungsdaten vorliegen und die in der eigenen Häuslichkeit wohnen ( $n = 6.037$ ).

Auch der längsschnittliche Analyseansatz stützt sich sowohl auf routinemäßig erhobene Daten (z. B. Geschlecht, Alter, pflegebegründende Diagnosen) als auch auf ergänzende Einträge in Freitextfeldern (soziale Netzwerke, Unterstützungspotenziale, berichteter Partnerschaftsstatus), die mittels Text-Mining-Verfahren extrahiert und der statistischen Analyse zugeführt werden. Die so gewonnenen Informationen wurden dann für Gruppen- und Zeitvergleiche aufbereitet, um auch Veränderungen über den Zeitverlauf 2017 bis 2019 abbilden zu können. So lassen sich in den beschriebenen Vergleichsanalysen Hinweise auf Risiken und Ressourcen erkennen, die den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit beeinflussen können. Zielsetzung dieser Analysen bleibt es, mögliche präventive Potenziale im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit zu identifizieren.

Deskriptive Analysen bezüglich unter anderem Alter, Geschlecht, Erstdiagnosen und sozialer Unterstützung wurden vergleichend zwischen Personen, die auch Ende 2019 (bzw. bei letzter Begutachtung) weiterhin keine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad erhalten haben, und den Antragstellenden, bei denen im Zeitraum 2018/2019 die Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde, durchgeführt. In einem Folgeschritt werden aus den in Abschnitt 3.1 (Datenquelle) vorgestellten Datensätzen 2017 ( $t_0$ ) und 2018/2019 ( $t_1$ ) die Personen auf deskriptiver Ebene miteinander verglichen, bei denen sowohl in 2017 als auch in 2018/2019 keine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad erfolgte. Vergleichskategorien sind dabei erneut insbesondere Alter, Geschlecht, Erstdiagnosen und soziale Unterstützung.

Pflegebedürftigkeit mit den Ausprägungen „Pflegegrad 1, 2, 3, 4, 5“ oder „ohne Pflegegrad“ (Pflegegrad 0) bildet die Hauptvariable für die deskriptive Statistik. Eine Stratifizierung wurde zunächst nach Geschlecht (männlich/

weiblich), Alter (in Gruppen 50-65/65-74/75-89/90 Jahre und älter) und Partnerschaft (mit/ohne) vorgenommen. In einem nächsten Untersuchungsschritt sind Variablen generiert worden, die die Veränderung der sozialen Unterstützung im Zeitverlauf<sup>2</sup> und die Veränderung der Anzahl der Diagnosen im Zeitverlauf<sup>3</sup> abbilden (i. e. sogenannte Veränderungsvariablen). Häufigste Erstdiagnosen wurden auch in den Datensatz 2018/2019 nach ICD-10 in das Modell integriert.

Für die binär-logistische Regression ist die Variable Pflegebedürftigkeit in die Ausprägungen „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (Pflegegrade 1-5) und „keine Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ (Pflegegrad 0) dichotomisiert; die Ausprägung „Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ wurde als Referenzkategorie (Ref.) festgelegt, die Ergebnisse somit für die Kategorie „keine Feststellung einer Pflegebedürftigkeit“ ausgewiesen. Als Prädiktoren sind die Merkmale Geschlecht, Alter, Partnerschaftsstatus, Veränderung der sozialen Unterstützung im Zeitverlauf, Veränderung der Anzahl der Diagnosen im Zeitverlauf und häufigste Erstdiagnosen in 2018/19 in das Modell integriert. Des Weiteren wurde für das Ergebnis der Begutachtung aus 2017 statistisch kontrolliert. Auf diese Weise wurde die Wahrscheinlichkeit berechnet, entweder zur Gruppe mit oder ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu gehören.

Die statistischen Analysen wurden ebenfalls mit der Software IBM SPSS Version 27 durchgeführt. Im Rahmen der deskriptiven Analyse werden absolute und relative Häufigkeiten für kategoriale Variablen und Mittelwerte und Standardabweichung (SD) für stetige normalverteilte beziehungsweise Median und Interquartilsabstand (IQR) für nicht normalverteilte Variablen ausgewiesen. Im Rahmen der multivariablen Analyse sind neben adjustierten Odds Ratios außerdem 95 %-Konfidenzintervalle und p-Werte berechnet. Die Analysen wurden zum explorativen Signifikanzniveau von  $\alpha = 5 \%$  durchgeführt, fehlende Werte nicht ersetzt.

---

2 Diese Variable wurde in vier Kategorien unterteilt: seit 2017 ohne soz. Unt./seit 2017 mit soz. Unt./in 2019 ohne soz. Unt./in 2019 mit soz. Unterstützung.

3 Diese Variable wurde in vier Kategorien unterteilt: seit 2017 eine Diagnose/seit 2017 mindestens zwei Diagnosen/in 2019 Reduktion zu einer Diagnose/in 2019 mindestens zwei Diagnosen.

# 4 Ergebnisse und Diskussion: präventive Potenziale im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit

## 4.1 Querschnittsanalyse: Antragstellende mit und ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Jahr 2017

Ergebnisse und Diskussion: präventive Potenziale im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit

### Kernaussagen

- Antragstellende, die ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bleiben, sind im Schnitt jünger (50- bis 74-jährig), häufiger weiblich, allein lebend, ohne Partnerschaft, mit Unterstützungspotenzial
- Antragstellende, die ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bleiben, weisen Erkrankungen auf, die schwerpunktmäßig im muskuloskelettalen Formenkreis (v. a. Rückenschmerzen) liegen; kognitive Einbußen und psychische Erkrankungen hingegen spielen kaum eine Rolle

Bei diesen Analysen stand die Beschreibung von Personen ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit im Mittelpunkt. Entsprechend wurden die folgenden Fragestellungen adressiert:

- Wie lässt sich die Gruppe der Antragstellenden ohne Pflegegradeinstufung im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Partnerschaftsstatus, Wohnsituation und Krankheitsdiagnosen - im Vergleich zu Personen mit Einstufung - beschreiben?
- Lassen sich kontrastierend zu Antragstellenden mit Pflegegradeinstufung Hinweise zu zielgruppenspezifischen Präventionspotenzialen im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit ableiten?

### Ergebnisse

Feststellung Pflegebedürftigkeit	Ohne	Mit	Summe
n (%)	14.806 (23,3)	48.827 (76,7)	63.633
<b>Geschlecht</b>			
Frauen, n (%)	9.028 (61,0)	29.342 (60,1)	38.370 (60,3)
Männer, n (%)	5.778 (39,0)	19.485 (39,9)	25.263 (39,7)
<b>Altersgruppen</b>			
50-64, n (%)	2.998 (20,2)	6.430 (13,2)	9.428 (14,8)
65-74, n (%)	2.939 (19,9)	8.024 (16,4)	10.963 (17,2)
75-89, n (%)	8.173 (55,2)	30.136 (61,7)	38.309 (60,2)
90+, n (%)	696 (4,7)	4.237 (8,7)	4.933 (7,8)
<b>Alter in Jahren, MW (SD)</b>	75,4 (10,9)	78,2 (10,2)	77,5 (10,4)

Tab. 2: Soziodemografie von Antragstellenden in eigener Häuslichkeit

Tabelle 2 zeigt soziodemografische Charakteristika Antragstellender in eigener Häuslichkeit. Die Mehrzahl der Anträge wird von Frauen gestellt (60,3 %); im Einstufungsgeschehen ist in der deskriptiven Analyse zunächst kein geschlechtsspezifischer Unterschied zu erkennen. Bei den vier Altersgruppenkategorien zeigt sich, dass bei Personen ohne Pflegebedürftigkeit die jüngeren Altersgruppen (50-64 und 65-74) dominieren, die höheren Altersgruppen (75-89 und 90+) vergleichsweise schwächer besetzt sind. Das Durchschnittsalter für Personen ohne Pflegebedürftigkeit beträgt 75,4 Jahre (SD 10,9) und liegt damit fast drei Jahre unter dem der Gruppe mit Pflegegradeinstufung.

Feststellung Pflegebedürftigkeit	Ohne	Mit	Gesamt
n (%)	14.806 (23,3)	48.827 (76,7)	63.633
<b>Häufigste Erstdiagnosen<sup>1</sup></b>			
F00/F03/G30: Demenz/Alzheimer <sup>2</sup>	0,9	9,0	7,1
M15: Polyarthrose	5,0	5,7	5,5
J44: COPD	6,6	4,4	4,9
I50: Herzinsuffizienz	4,8	4,9	4,9
M54: Rückenschmerz	6,2	3,2	3,9
I63: Hirninfarkt	3,1	4,1	3,9
M19: Sonstige Arthrose	3,0	3,5	3,4
F06: Andere psychische Störungen	1,0	3,7	3,1
M17: Gonarthrose	3,7	2,0	2,4
I25: Chronische ischämische Herzkrankheit	3,4	2,1	2,4
G20: Primäres Parkinson-Syndrom	1,0	2,6	2,2

1 prozentuale Anteile der Diagnose an allen Antragstellenden mit jeweiligem Pflegebedürftigkeitsstatus (ja/nein); sortiert nach Gesamt

2 Zusammenfassende Diagnose-Kategorie wurde aus Diagnosen F00 (Demenz bei Alzheimer-Krankheit), F03 (nicht näher bezeichnete Demenz) und G30 (Alzheimer-Krankheit) nach ICD-10 generiert.

Tab. 3: Häufigste Erstdiagnosen

Tabelle 3 weist die relativen Anteile der häufigsten Erstdiagnosen im Zusammenhang mit der (Nicht-)Feststellung einer Pflegebedürftigkeit aus.

Der Vergleich beider Gruppen legt markante Unterschiede offen: Während in der Gruppe mit Pflegebedürftigkeit Demenzdiagnosen F00/F03/G30 deutlich überrepräsentiert sind (9,0 %), zeigen sich diese in der Gruppe ohne Pflegebedürftigkeit als kaum relevant (0,9 %). In dieser Gruppe sind hingegen chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, J44), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems, insbesondere Rückenschmerzen (M54) und Gonarthrose (M17), aber auch die ischämische Herzkrankheit (I25) bedeutsamer.

Feststellung Pflegebedürftigkeit	Ohne	Mit	Summe
n (%)	14.806 (23,3)	48.827 (76,7)	63.633
<b>Wohnsituation</b>			
Allein lebend ohne Hilfe (Ref.), n (%)	3.971 (26,8)	7.537 (15,4)	11.508 (18,1)
Allein lebend mit Hilfe, n (%)	6.049 (40,9)	16.774 (34,4)	22.823 (35,9)
Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend, n (%)	4.786 (32,3)	24.516 (50,2)	29.302 (46,1)
<b>Partnerschaft</b>			
Ohne Partner/-in/keine Angabe, n (%)	10.314 (69,7)	27.206 (55,7)	37.520 (59,0)
Mit Partner/-in, n (%)	4.492 (30,3)	21.621 (44,3)	26.113 (41,0)

Tab. 4: Wohnsituation (Partnerschaft und Unterstützungspotenzial)

Tabelle 4 zeigt, dass die Mehrzahl der hier betrachteten Antragstellenden (46,1 %) mit mindestens einer weiteren Person im eigenen Haushalt lebt. Gut ein Drittel wohnt allein im eigenen Haushalt, verfügt aber über soziale Unterstützung<sup>1</sup> durch An- und Zugehörige oder nachbarschaftliche Netzwerke, während 18,1 Prozent ohne soziale Unterstützung allein im eigenen Haushalt leben. Explizit von einer Partnerschaft berichten insgesamt 41 Prozent aller Antragstellenden, die übrigen 59 Prozent setzen sich aus Antragstellenden zusammen, die entweder angeben,

1 Soziale Unterstützung wird operationalisiert über Informationen in den Freitexten der Begutachtungsunterlagen zu empfangener Hilfe innerhalb der Partnerschaft, durch Kinder, Enkelkinder, aber auch Bekannte, Freunde bzw. Freundinnen, Nachbarschaft. Abgebildet wird, ob von einer Unterstützung berichtet wird oder nicht.

ohne Partnerin oder Partner zu leben, oder nicht explizit von einer Partnerschaft berichten. Es zeigt sich zudem, dass in der Gruppe der Personen ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit die Haushaltsform „Allein lebend mit Hilfe“ dominiert (40,9 %) und häufiger keine Partnerschaft berichtet wird (69,7 %).

	Chance auf Nichtfeststellung der Pflegebedürftigkeit	P
N	63.633	
R2	0,123	
	<b>OR (95 % CI)</b>	
<b>Wohnsituation</b>		
Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend (Ref.)	1	
Allein lebend ohne Hilfe	2,41 (1,87-3,12)	
Allein lebend mit Hilfe	1,69 (1,35-2,11)	<0,001
<b>Partnerschaft</b>		
Mit Partner/-in (Ref.)	1	
Ohne Partner/-in	1,09 (1,03-1,15)	0,002
<b>Geschlecht</b>		
Männlich (Ref.)	1	
Weiblich	1,15 (1,08-1,22)	<0,001
<b>Altersgruppen in Jahren</b>		
90+ (Ref.)	1	
50-64	2,36 (1,95-2,86)	<0,001
65-74	1,76 (1,45-2,14)	<0,001
75-89	1,69 (1,41-2,04)	<0,001
<b>Interaktion Geschlecht* Wohnsituation</b>		
Männlich* zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend (Ref.)	1	
Weiblich* allein lebend ohne Hilfe	0,67 (0,60-0,75)	<0,001
Weiblich* allein lebend mit Hilfe	0,80 (0,72-0,87)	<0,001
<b>Interaktion Altersgruppen*Wohnsituation</b>		
90+* Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend (Ref.)	1	
50-64* allein lebend ohne Hilfe	1,14 (0,87-1,49)	0,339
50-64* allein lebend mit Hilfe	1,43 (1,13-1,82)	0,003
65-74* allein lebend ohne Hilfe	1,45 (1,11-1,89)	0,007
65-74* allein lebend mit Hilfe	1,53 (1,21-1,94)	<0,001
75-89* allein lebend ohne Hilfe	1,15 (0,90-1,48)	0,273
75-89* allein lebend mit Hilfe	1,16 (0,93-1,44)	0,185
<b>Erstdiagnosen</b>		
F00/F03/G30: Demenz/Alzheimer (Ref.)	1	
M54: Rückenschmerzen	16,00 (13,20-19,39)	<0,001
M15: Polyarthrose	7,86 (6,49-9,53)	<0,001
J44: COPD	11,60 (9,59-14,03)	<0,001
G20: Parkinson	3,75 (2,93-4,79)	<0,001
I50: Herzinsuffizienz	9,16 (7,55-11,11)	<0,001
I63: Hirninfarkt	6,45 (5,27-7,89)	<0,001
M19: Sonstige Arthrose	8,16 (6,66-10,00)	<0,001

	Chance auf Nichtfeststellung der Pflegebedürftigkeit	P
F06: Andere psychische Störungen	2,48 (1,95-3,16)	<0,001
M17: Gonarthrose	15,96 (13,02-19,57)	<0,001
I25: Chronische ischämische Herzkrankheit	15,64 (12,74-19,20)	<0,001
Andere Diagnosen	9,31 (7,81-11,09)	<0,001

Statistisch kontrolliert für Wohnort (Berlin oder Brandenburg) und Begutachtungsart (Eil-Feststellung vor Normbegutachtung/Normbegutachtung)

Tab. 5: Ergebnisse der binär-logistischen Regression

### Interaktionen von Geschlecht, Alter und Wohnsituation

Ausgehend von dem regressionsanalytischen Befund, wonach die Gruppe der Antragstellenden ohne Pflegegradeinstufung eher weiblich ist beziehungsweise allein lebt, zeigen sich unter Berücksichtigung der Wohnsituation differenziertere Zusammenhänge (Tabelle 5). Demnach ist die Chance, ohne Pflegegradeinstufung zu bleiben, für allein lebende Frauen, die auf Hilfe zurückgreifen können, um 20 Prozent (OR 0,80; [0,72-0,87]), und für Frauen, die über keine Hilfe verfügen, um 33 Prozent (OR 0,67; [0,60-0,75]) gegenüber der Referenzgruppe vermindert.

Des Weiteren ist die Gruppe der Antragstellenden ohne Pflegegradeinstufung jünger: Im Vergleich zur Referenzgruppe der 90-Jährigen und Älteren weisen alle jüngeren Altersgruppen höhere Chancen auf, ohne Pflegegradeinstufung zu bleiben (50- bis 64-Jährige: OR 2,36; [1,95-2,86]; 65- bis 74-Jährige: OR 1,76; [1,45-2,14]; 75- bis 89-Jährige: OR 1,69; [1,41-2,04]).

Differenziertere altersspezifische Zusammenhänge offenbaren sich auch hier unter Einbeziehung der Wohnsituation: Im Verhältnis zur Referenzgruppe (90+, mit weiterer Person zusammenlebend) ist vor allem bei allein lebenden Antragstellenden jüngeren Alters die Wahrscheinlichkeit erhöht, ohne Pflegegradeinstufung zu bleiben, und zwar weitgehend unabhängig davon, ob sie über Hilfe verfügen oder nicht. Lediglich für die Gruppe der 50- bis 64-jährigen Alleinlebenden ohne Hilfe sowie die 75- bis 89-jährigen Alleinlebenden zeigt sich kein statistisch signifikanter Zusammenhang im Hinblick auf die Pflegegradeinstufung.

### Häufigste Erstdiagnosen

Im Verhältnis zur Referenzgruppe der Demenzerkrankungen (F00/F03/G30) weisen alle weiteren ins Modell einbezogenen Erstdiagnosen erhöhte Wahrscheinlichkeiten für Antragstellende aus, zur Gruppe ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu gehören. Besonders hoch ist dabei die Chance für Antragstellende mit Erkrankungen aus dem muskuloskelettalen Formenkreis (vor allem M54: Rückenschmerzen und M17: Gonarthrose) sowie chronisch ischämischer Herzkrankheit (I25) und COPD (J44).

### Diskussion

Auf Basis der Analysen lassen sich Charakteristika der Antragstellenden ableiten, bei denen im Jahr 2017 keine Pflegebedürftigkeit festgestellt wurde. Im Kontrast zur Gruppe mit Pflegegradeinstufung dominieren zunächst Frauen sowie jüngere Alleinlebende (50- bis 64-Jährige) und Personen mit Erkrankungen, die schwerpunktmäßig im muskuloskelettalen Formenkreis (M54; M17) sowie im Bereich chronisch ischämischer Herzkrankheit (I25) und COPD (J44) liegen; kognitive Einbußen und psychische Erkrankungen hingegen spielen kaum eine Rolle.

Unter Berücksichtigung der Wohnsituation wird deutlich, dass allein lebende Frauen insgesamt im Verhältnis zu Männern, die mit einer weiteren Person zusammenleben, eine geringere Chance haben, ohne Pflegegradeinstufung zu bleiben, und zwar unabhängig davon, ob diese Frauen über Hilfe verfügen oder nicht.

Damit charakterisieren diese Merkmale zum einen Personengruppen, die sich zum Zeitpunkt der Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung durch einen funktionalen Gesundheitszustand auszeichnen, der ein noch relativ hohes Maß an Selbstständigkeit zu ermöglichen scheint. Es ist somit auch plausibel, dass in

dieser durchschnittlich jüngeren Gruppe das Alleinleben die dominante Wohnform ist. Zum anderen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass das Zusammenleben mit einer weiteren Person - insbesondere bei Männern - eine sich ankündigende Pflegebedürftigkeit zumindest verzögern kann.

Die aus den Analysen abgeleiteten Charakterisierungen beschreiben damit mehrere noch nicht in Pflegebedürftigkeit mündende, gleichwohl hochvulnerable Konstellationen und bedeutsame Zielgruppen für Prävention. Aus präventiver Perspektive, mit dem Ziel eines möglichst langen Erhalts selbstständiger Lebensführung bei drohendem Hilfe- und Pflegebedarf, stellen sich hier insbesondere Partnerschaftsstatus und Wohnsituation als wichtige Einflussfaktoren dar. Im Hinblick auf unterschiedliche, an die Haushaltszusammensetzung gebundene Formen der Unterstützung kann argumentiert werden, dass das Zusammenleben in besonders engen sozialen Beziehungen das höchste Potenzial zur Abfederung eines (drohenden) Hilfe- und Pflegebedarfs aufweist, das Alleinleben ohne Unterstützung hingegen das geringste. Mehrere Studien bestätigten bereits die protektiven Effekte und die Bedeutung von Partnerschaft und sozialer Unterstützung im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit (Schnitzer et al. 2020, Unger et al. 2015, Schneider et al. 2020, Hajek et al. 2016). Die Analysen unterstreichen eine grundlegende Argumentation, wonach der Eintritt von Pflegebedarf keineswegs immer unvermeidbar ist, sondern präventiv beeinflusst werden kann (Rott et al. 2020). Dies gilt auch für die rein krankheitsbezogene Prävention; so zeigen unsere Befunde zur Bedeutung demenzieller und psychischer Erkrankungen im Zusammenhang mit der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit, dass die Verhinderung oder Verzögerung von kognitiven Abbauprozessen wesentlich ist für den Erhalt von Selbstständigkeit. Daher müssen alle Möglichkeiten genutzt werden, dem kognitiven Abbau entgegenzuwirken oder diesen so lange wie möglich zu kompensieren.

## 4.2 Längsschnittanalyse: Einstufungsgeschehen, Diagnosen und soziale Konstellationen 2017-2018/2019

### Kernaussagen

1. Ende 2019 sind weiterhin gut 18 Prozent der Antragstellenden aus 2017 ohne Pflegegrad.
2. Mehr als die Hälfte der zehn häufigsten Diagnosen der aus 2017 weiterverfolgten Antragstellenden entfallen 2018/2019 auf Polyarthrose, COPD, Herzinsuffizienz und Rückenschmerzen.
3. Eine Reduktion der Anzahl von Diagnosen im Rahmen multimorbider Krankheitszustände vermindert das Risiko einer Pflegebedürftigkeit.
4. Mehr als drei Viertel der aus 2017 weiterverfolgten Antragstellenden berichten 2018/2019 von Unterstützungspotenzialen.
5. Reduktion von sozialer Unterstützung bedeutet erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit (operationalisiert über den Erhalt eines Pflegegrades).

Die Analysen adressieren Fragen zum Einstufungsgeschehen, zu Diagnosen sowie zu sozialen Konstellationen der Antragstellenden im Zeitverlauf:

1. Wie stellen sich das Einstufungsgeschehen, Diagnosen und soziale Konstellationen zum Zeitpunkt t1 (2018/2019) im Vergleich zum Einstufungsgeschehen, zu Diagnosen und sozialen Konstellationen zum Zeitpunkt t0 (2017) dar?
2. Wie lässt sich diejenige Personengruppe, die weder zum Zeitpunkt t0 noch zum Zeitpunkt t1 eine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad erhalten hat, bezüglich Diagnosen und sozialer Konstellationen charakterisieren?

### Ergebnisse

#### Einstufungsgeschehen, Diagnosen und soziale Konstellationen

Die deskriptive Analyse der Antragstellenden zum Zeitpunkt t1 (Begutachtungen 2018/2019) zeigt mit Blick auf das Einstufungsgeschehen folgendes Bild: Fast 75 Prozent der Antragstellenden sind Ende 2019 in Pflegegrad 1 oder 2 eingestuft, insgesamt 7 Prozent in mittlerem bis höchstem Grad (3-5), rund 18 Prozent bleiben ohne Pflegegradeinstufung (siehe Tabelle 6).

Pflegegrad	n, (%)
Ohne	1.104 (18,3)
1	2.305 (38,2)
2	2.201 (36,5)
3	383 (6,3)
4	38 (0,6)
5	6 (0,1)
Gesamt	6.037

Tab. 6: Verteilung der Pflegegradeinstufungen Ende 2019

### Demografische Merkmale, Diagnosen und soziale Konstellationen nach Einstufung

Tabelle 7 gibt einen Gesamtüberblick zu den demografischen Merkmalen, Diagnosen und sozialen Konstellationen der Antragstellenden in 2018/2019 sowie im Zeitvergleich zu 2017. Häufigste Diagnosen der Antragstellenden sind Polyarthrose (7,2 %), COPD (7,1 %), Herzinsuffizienz (5,6 %) sowie Rückenschmerzen (4,5 %); Demenz und andere psychische Störungen zeigen sich bei insgesamt 7,3 Prozent.

Obgleich knapp 71 Prozent der Antragstellenden allein in der eigenen Häuslichkeit leben, berichten insgesamt über 75 Prozent von vorhandenen Unterstützungspotenzialen – entweder innerhalb oder außerhalb des Haushalts; eine Partnerschaft geben explizit knapp 30 Prozent der Personen an.

In den Begutachtungen 2018/2019 zeigen sich im Vergleich der Antragstellenden mit und ohne Einstufung in einen Pflegegrad Unterschiede in demografischen Merkmalen, Diagnosen und sozialen Konstellationen (siehe Tabelle 7): Antragstellende, die keinen Pflegegrad erhielten, sind deutlich jünger. So entfielen knapp 54 Prozent dieser Gruppe auf den Altersbereich zwischen 50 und 74 Jahren, während über 74 Prozent der Personen mit Pflegegradeinstufung in den Altersgruppen der über 75- bis 89-Jährigen und der über 90-Jährigen liegen.

Mit Blick auf die zehn häufigsten Diagnosen der Antragstellenden zeigt sich in den Vergleichsgruppen ein markanter Unterschied, insbesondere bei den kognitiven Einschränkungen: Personen ohne Einstufung in einen Pflegegrad weisen zu insgesamt 1,0 Prozent eine demenzielle Erkrankung oder eine andere psychische Störung auf; demgegenüber liegt für 8,7 Prozent derjenigen mit Pflegegradeinstufung eine Demenz-Diagnose oder eine andere psychische Störung vor. Bezüglich des weiteren Diagnosespektrums zeigen sich Erkrankungen im muskuloskelettalen Bereich (Rückenschmerzen und Gonarthrose) vermehrt bei Antragstellenden ohne Pflegegradeinstufung, während Polyarthrose als ausgeweitetes Krankheitsgeschehen häufiger in der Gruppe mit Einstufung auftritt.

Zu sozialen Konstellationen berichten Personen ohne Pflegegradeinstufung häufiger, über kein Unterstützungspotenzial zu verfügen („Alleinleben ohne Hilfe“). Das Alleinleben in der eigenen Häuslichkeit stellt sich darüber hinaus für beide Gruppen als die dominante Wohnform dar, wenngleich Personen mit Einstufung etwas häufiger angeben, mit (mindestens) einer weiteren Person im Haushalt zusammenzuleben.

Mit Blick auf die Gruppe von Antragstellenden, die über den Zeitverlauf hinweg ohne Pflegegradeinstufung bleiben (Forschungsfrage 2), zeigt sich folgendes Bild (siehe Tabelle 7): Weniger Antragstellende berichten 2018/2019 von einer Partnerschaft, als dies noch 2017 der Fall war (24,1 % zu 29,4 %). Im Bereich der Diagnosen fällt auf, dass sich der Anteil Demenzerkrankter in der Gruppe der ohne Pflegebedarf Bleibenden innerhalb des Diagnosespektrums im Zeitverlauf deutlich reduziert hat (4,4 % auf 0,2 %).

Pflegegrad	2019						2017	
	Ohne	Mit (1-5)	1	2	3	4+5	Gesamt (Ohne + Mit)	Ohne
<b>Geschlecht</b>								
Weiblich, n (%)	668 (60,5)	3.171 (64,3)	1.526 (66,2)	1.390 (63,2)	230 (60,1)	25 (56,8)	3.839 (63,6)	3.839
Männlich, n (%)	436 (39,5)	1.762 (35,7)	779 (33,8)	811 (36,8)	153 (39,9)	19 (43,2)	2.198 (36,4)	2.198
<b>Bundesland</b>								
Berlin, n (%)	732 (66,3)	3.011 (61,0)	1.447 (62,8)	1.327 (60,3)	216 (56,4)	21 (47,7)	3.743 (62,0)	3.743
Brandenburg, n (%)	372 (33,7)	1.922 (39,0)	858 (37,2)	874 (39,7)	167 (43,6)	23 (52,3)	2.294 (38,0)	2.294
<b>Altersgruppe</b>								
50-64, n (%)	314 (28,4)	548 (11,1)	367 (15,9)	254 (11,5)	39 (10,2)	7 (15,9)	862 (14,3)	981 (16,2)
65-74, n (%)	278 (25,2)	726 (14,7)	403 (17,5)	340 (15,4)	68 (17,8)	4 (9,1)	1.004 (16,6)	1.093 (18,1)
75-89, n (%)	481 (43,6)	3.137 (63,6)	1.442 (62,6)	1.432 (65,1)	243 (63,4)	28 (63,6)	3.618 (59,9)	3.626 (60,1)
90+, n (%)	31 (2,8)	522 (10,6)	93 (4,0)	175 (8,0)	33 (8,6)	5 (11,4)	553 (9,2)	337 (5,6)
<b>Soziale Unterstützung</b>								
Vorhanden, n (%)	773 (70,0)	3.766 (76,3)	1.702 (73,8)	1.693 (76,9)	328 (85,6)	43 (97,7)	4.539 (75,2)	4.282 (70,9)
Nicht vorhanden, n (%)	331 (30,0)	1.167 (23,7)	603 (26,2)	508 (23,1)	55 (14,4)	1 (2,3)	1.498 (24,8)	1.755 (29,1)
<b>Haushaltszusammensetzung</b>								
Alleinlebend ohne Hilfe, n (%)	305 (27,6)	1.071 (21,7)	564 (24,5)	464 (21,1)	42 (11,0)	1 (2,3)	1.376 (22,8)	1.562 (26,0)
Alleinlebend mit Hilfe, n (%)	517 (46,8)	2.387 (48,4)	1.138 (49,4)	1.058 (48,1)	176 (46,0)	15 (34,1)	2.904 (48,1)	2.528 (42,0)
Mit weiterer Person zusammenlebend, n (%)	282 (25,5)	1.475 (29,9)	603 (26,2)	679 (30,8)	165 (43,1)	28 (63,6)	1.757 (29,1)	1.928 (32,0)
<b>Partnerschaft</b>								
Mit Partnerin bzw. Partner	266 (24,1)	1.506 (30,5)	626 (27,2)	703 (31,9)	156 (40,7)	21 (47,4)	1.772 (29,4)	1.772 (29,4)
Ohne Partnerin bzw. Partner	838 (75,9)	3.427 (69,5)	1.679 (72,8)	1.498 (68,1)	227 (59,3)	23 (52,6)	4.265 (70,6)	4.265 (70,6)
<b>Häufigste Diagnosen</b>								
Demenz, n (%)	2 (0,2)	255 (5,2)	57 (2,5)	122 (5,5)	70 (18,3)	6 (13,6)	257 (4,3)	256 (4,4)
Polyarthrose, n (%)	57 (5,2)	375 (7,6)	176 (7,6)	172 (7,8)	25 (6,5)	2 (4,5)	432 (7,2)	432 (7,5)
COPD, n (%)	88 (8,0)	341 (6,9)	178 (7,7)	147 (6,7)	16 (4,2)	-	429 (7,1)	420 (7,3)
Herzinsuffizienz, n (%)	54 (4,9)	282 (5,7)	118 (5,1)	146 (6,6)	18 (4,7)	-	336 (5,6)	332 (5,8)
Rückenschmerzen, n (%)	84 (7,6)	188 (3,8)	105 (4,6)	79 (3,6)	2 (0,5)	2 (4,5)	272 (4,5)	268 (4,6)
Sonstige Arthrose, n (%)	33 (3,0)	207 (4,2)	101 (4,4)	96 (4,4)	9 (2,4)	1 (2,3)	240 (4,0)	240 (4,2)
Hirnfarkt, n (%)	32 (2,9)	149 (3,0)	64 (2,8)	66 (3,0)	16 (4,2)	3 (6,8)	181 (3,0)	178 (3,1)
Andere psychische Störungen, n (%)	9 (0,8)	172 (3,5)	57 (2,5)	79 (3,6)	30 (7,8)	6 (13,6)	181 (3,0)	179 (3,1)
Gonarthrose, n (%)	48 (4,3)	120 (2,4)	77 (3,3)	41 (1,9)	2 (0,5)	-	168 (2,8)	168 (2,9)
Chronische ischämische Herzkrankheit, n (%)	36 (3,3)	105 (2,1)	55 (2,4)	45 (2,0)	4 (1,0)	1 (2,3)	141 (2,3)	140 (2,4)
Andere, n (%)	661 (59,9)	2.739 (55,5)	1.317 (57,1)	1.208 (54,9)	191 (49,9)	23 (52,3)	3.400 (56,3)	3.424 (59,4)

Tab. 7: Demografie, Diagnosen, soziale Merkmale nach Pflegegrad (Begutachtungen 2018/2019) und im Zeitvergleich (2018/2019 zu 2017)

Neben dem Vergleich von Antragstellenden mit und ohne Feststellung von Pflegebedürftigkeit in 2018/2019 erlaubt die Datenbasis eine auch nach einzelnen Pflegegraden differenzierte Deskription sowie eine Beschreibung soziodemografischer, medizinischer und sozialer Konstellationen im Längsschnittvergleich zu 2017.

Ergebnisse und  
Diskussion: präventive  
Potenziale im Vorfeld  
einer Pflegebedürftigkeit

Bei der Betrachtung nach Pflegegrad wird ersichtlich, dass bei den höheren Pflegegraden (4 und 5) der Anteil von Männern im Vergleich zu niedrigeren Pflegegraden zunimmt (43,2 % zu 33,8 %-39,9 %). Es ist augenfällig, dass bei den höchsten Pflegegraden (4 und 5) bis auf eine Ausnahme alle Personen über Unterstützungspotenzial verfügen. Der Anteil der Gruppe allein lebender Personen nimmt mit höherem Pflegebedarf in den Befunden der Jahre 2018/2019 stetig ab (PG 1 73,9 % bis PG 4/5 mit 36,4 %). Bei Betrachtung der Diagnosen fällt auf, dass eine Demenzdiagnose fast immer zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit führt (zu 99,2 %), auch bei anderen psychischen Störungen ist das Bild ähnlich (95,3 %). Häufigste Diagnosen sind weiterhin Polyarthrose, COPD, Herzinsuffizienz und Rückenschmerzen. Die Anteile der Demenz und anderer psychischer Störungen sind insbesondere in den Pflegegraden 3 bis 5 auffallend hoch (bis über 18 %).

Beim Längsschnittvergleich fällt zunächst auf, dass Ende 2019 mehr Personen von sozialer Unterstützung berichten, als dies 2017 der Fall war (75,2 % zu 70,9 %). Erwartungsgemäß (z. B. aufgrund des Versterbens eines Partners oder einer Partnerin) leben Ende 2019 mehr Personen zu Hause allein als 2017 (70,9 % zu 67,7 %). Das Diagnosespektrum und die Häufigkeiten des Auftretens einzelner Diagnosen haben sich kaum verändert.

Tabelle 8 gibt zunächst einen Überblick zur Anzahl der Begutachtungen im Zeitraum 2018/2019. Die große Mehrheit der Antragstellenden wurde einmal begutachtet (86,6 %), zweimal begutachtet wurden noch 10,9 Prozent, dreimal 2,1 Prozent, vereinzelt fanden auch vier und maximal fünf Begutachtungen statt. Bei Personen, bei denen keine Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgte, fand im Vergleich zu Personen mit Pflegebedarf am seltensten nur eine Begutachtung statt (79,8 %).

Zudem werden in folgender Tabelle 8 die Veränderungsvariablen „Diagnosen“ und „soziale Unterstützung“ im Zeitvergleich 2017 und 2018/2019 nach Pflegegrad dargestellt. Die Befunde zur Entwicklung der sozialen Unterstützung zeigen, dass bei rund 78 Prozent der Antragstellenden keine Veränderung eingetreten ist: darunter 64,7 Prozent, die seit 2017 unverändert von sozialer Unterstützung berichten, und 13,4 Prozent, die seit 2017 unverändert keine Unterstützung angeben. Insgesamt liegt somit weiterhin recht hohes soziales Unterstützungspotenzial vor. 564 Personen (9,4 %) können sogar im Unterschied zu 2017 in 2018/2019 auf soziale Unterstützung zurückgreifen, 756 Personen (12,5 %) haben hingegen im Zeitverlauf Unterstützungspotenzial verloren. Mit steigendem Pflegebedarf steigt auch der Anteil der Personen, bei denen nach wie vor soziale Unterstützung vorliegt.

Pflegegrad	2019					Summe	2017
	Ohne	1	2	3	4+5		Ohne
<b>Anzahl Begutachtungen</b>							
1, n (%)	881 (79,8)	1.983 (86,0)	1.980 (90,0)	343 (89,6)	39 (88,6)	5.226 (86,6)	6.037
2, n (%)	184 (16,7)	252 (10,9)	184 (8,4)	35 (9,1)	5 (11,4)	660 (10,9)	-
3, n (%)	34 (3,1)	55 (2,4)	33 (1,5)	5 (1,3)	-	127 (2,1)	-
4, n (%)	5 (0,5)	12 (0,5)	2 (0,1)	-	-	19 (0,3)	-
5, n (%)	-	3 (0,1)	2 (0,1)	-	-	5 (0,1)	-
<b>HHSozU</b>							
Seit 2017 ohne soziale Unterstützung, n (%)	211 (19,1)	314 (13,7)	259 (11,8)	21 (5,5)	1 (2,3)	806 (13,4)	-
Seit 2017 mit sozialer Unterstützung, n (%)	651 (59,0)	1.437 (62,7)	1.476 (67,2)	290 (75,9)	38 (86,4)	3.892 (64,7)	-
In 2018/2019 mit sozialer Unterstützung, n (%)	94 (8,5)	244 (10,6)	205 (9,3)	21 (5,5)	-	564 (9,4)	-
In 2018/2019 ohne soziale Unterstützung, n (%)	147 (13,3)	298 (13,0)	256 (11,7)	50 (13,1)	5 (11,4)	756 (12,5)	-
<b>Diagnosen</b>							
unverändert, n (%)	851 (77,1)	1.997 (86,6)	1.996 (90,7)	353 (92,2)	42 (95,4)	5.239 (86,8)	-
verändert, n (%)	253 (22,9)	308 (13,4)	205 (8,3)	30 (7,8)	2 (4,6)	798 (13,2)	-

Tab. 8: Veränderungsvariablen im Zeitverlauf 2017-2019

Letztlich hat sich im Zeitverlauf bei einer nur relativ kleinen Gruppe von Antragstellenden die Anzahl der Diagnosen reduziert (13,2 %); dennoch zeigt sich, dass die Chance, ohne Pflegegrad zu bleiben, bei denjenigen, bei denen sich die Anzahl der Diagnosen über den Zeitverlauf reduziert hat, höher ist (Tabelle 9).

	Chance auf Nichtfeststellung einer Pflegebedürftigkeit	P
N	6018	
R2	0,136	
	OR (95 % CI)	
<b>Geschlecht</b>		
Weiblich	1,04 (0,89-1,20)	0,623
Männlich (Ref.)	1	
<b>Altersgruppen in Jahren</b>		
50-u65	4,48 (2,99-6,73)	<0,001
65-u75	3,33 (2,22-4,99)	<0,001
75-u90	1,28 (1,07-1,52)	<0,001
90+ (Ref.)	1	
<b>Partnerschaft</b>		
Ohne Partner/-in	1,28 (1,07-1,52)	0,007
Mit Partner/-in (Ref.)	1	
<b>Veränderung sozialer Unterstützung im Zeitverlauf 2017-2018/19</b>		
Seit 2017 ohne soziale Unterstützung	1,36 (1,06-1,75)	0,016
Seit 2017 mit sozialer Unterstützung	0,97 (0,78-1,21)	0,808
In 2018/19 mit sozialer Unterstützung	0,86 (0,64-1,16)	0,334
In 2018/19 ohne soziale Unterstützung (Ref.)	1	
<b>Veränderung der Anzahl der Diagnosen im Zeitverlauf 2017-2018/19</b>		
Seit 2017 mind. zwei Diagnosen	1	<0,001
In 2019 Reduktion zu einer Diagnose	2,49 (2,08-2,97)	
<b>Erstdiagnosen in 2018/19</b>		
J44: COPD (Ref.)	1	
Demenz (inkl. Alzheimer)	0,04 (0,01-0,18)	<0,001
M15: Polyarthrose	0,98 (0,67-1,43)	0,914
I50: Herzinsuffizienz	1,23 (0,83-1,82)	0,294
M54: Rückenschmerzen	2,33 (1,62-3,36)	<0,001
I63: Hirninfarkt	0,82 (0,51-1,30)	0,392
M19: Sonstige Arthrose	0,93 (0,59-1,46)	0,736
F06: Sonstige psychische Erkrankung	0,31 (0,15-0,63)	0,001
M17: Gonarthrose	2,37 (1,54-3,64)	<0,001
I25: Chronische ischämische Herzkrankheit	2,08 (1,31-3,31)	0,002
Andere Diagnosen	1,11 (0,85-1,44)	0,440

Tab. 9: Binär-logistische Regression zur Nichtfeststellung der Pflegebedürftigkeit

Bei Betrachtung der Altersverteilung lässt sich feststellen, dass die deskriptiven Befunde von den multivariaten Ergebnissen weitgehend bestätigt werden. Zunächst wird deutlich, dass Antragstellende ohne Feststellung der

Pflegebedürftigkeit weiterhin eher jüngere Personen sind: Im Vergleich zur Referenzgruppe der 90-Jährigen und Älteren ist die Chance in der Gruppe der 75- bis unter 90-Jährigen ca. 30 Prozent höher, dass der Antrag auf Pflegeleistungen abschlägig beschieden wird. Bei den 65- bis unter 75-Jährigen ist die Chance um mehr als das 3-Fache und bei den 50- bis unter 65-Jährigen um mehr als das 4-Fache erhöht, dass die Begutachtung nicht zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit führt. Außerdem berichten Antragstellende ohne Feststellung der Pflegebedürftigkeit seltener davon, dass sie in einer Partnerschaft leben beziehungsweise auf soziale Unterstützung zurückgreifen können; hier ist die Chance auf Nichtfeststellung einer Pflegebedürftigkeit bei Antragstellenden ohne berichtete Partnerschaft gegenüber der Referenzgruppe um knapp 30 Prozent erhöht; die Chance von Antragstellenden, ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu bleiben, ist bei denjenigen, die auch schon 2017 ohne die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung lebten, gegenüber der Referenzgruppe sogar um 36 Prozent erhöht.

Ebenso bestehen Zusammenhänge zwischen der Veränderung der Morbidität (gemessen an der Anzahl der Diagnosen seit 2017) mit der Feststellung einer Pflegebedürftigkeit; so ist die Chance auf Nichtfeststellung einer Pflegebedürftigkeit bei denjenigen Personen, bei denen sich die Anzahl der Diagnosen über den Zeitverlauf reduziert hat, um das Anderthalbfache gegenüber denjenigen mit mindestens zwei Diagnosen seit 2017 (Ref.) erhöht. Im Verhältnis zur Referenzgruppe, Personen mit der Diagnose COPD 2018/2019, ist die Wahrscheinlichkeit, zur Personengruppe ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu gehören, dann statistisch erhöht, wenn bei den Antragstellenden eine Erkrankung aus dem muskuloskelettalen Formenkreis (M54: Rückenschmerzen, M17: Gonarthrose) oder die chronisch ischämische Herzkrankheit (I25) vorliegt. Demgegenüber weisen Demenzerkrankte eine um 95 Prozent und Antragstellende mit einer Diagnose aus dem Bereich sonstiger psychischer Erkrankungen eine um 70 Prozent verminderte Chance auf, zur Gruppe ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit zu gehören.

### Diskussion

Aus den dargelegten Befunden zur längsschnittlichen Analyse des Einstufungsgeschehens, des Diagnosespektrums sowie der sozialen Konstellationen der Antragstellenden im Zeitvergleich 2017 und 2018/2019 soll an dieser Stelle – in dem Bemühen, Hinweise auf präventive Potenziale zu identifizieren – die Gruppe derjenigen fokussiert werden, die im Zeitraum 2017 bis Ende 2019 trotz erneuter Beantragung ohne Pflegegrad geblieben sind.

Dabei ist zunächst festzuhalten, dass die beschriebenen Charakteristika der Antragstellenden ohne Pflegegrad in 2017 in der Nachverfolgung bei den 1.104 Personen (18 %), die 2018/2019 wiederum nicht eingestuft wurden, eine hohe Kontinuität aufweisen:

- Obgleich alle in der Nachverfolgung betrachteten Antragstellenden nunmehr bis zu drei Jahre älter sind, sind es wiederum die Jüngeren, die unter 65-Jährigen, die besonders häufig ohne Pflegegrad bleiben.
- Mit Blick auf die Diagnosen kommt den Demenzen weiterhin eine Schlüsselrolle zu: Bei Vorliegen einer Diagnose aus diesem Formenkreis (F00, F03, G30) steigt das Risiko für einen Pflegegrad dramatisch. Umgekehrt haben Antragstellende ohne kognitive und psychische Einschränkungen höhere Chancen, ohne Pflegegrad zu bleiben.
- Auch die Befunde zu sozialen Konstellationen weisen im Zeitraum 2017 bis 2019 insofern Kontinuität auf, als wiederum die allein lebenden Antragstellenden, die seltener von Partnerschaft, jedoch von Unterstützungspotenzialen berichten, häufiger ohne Pflegegrad bleiben.

Zusammengefasst zeigt sich hier in der Nachverfolgung in einem 2-Jahres-Zeitraum somit das Profil einer Gruppe allein lebender, unter 65-Jähriger – vielfach ohne Partnerschaft, jedoch teilweise mit Unterstützungspotenzial, ohne kognitive Einschränkungen und psychische Erkrankungen, häufiger hingegen mit Erkrankungen aus dem muskuloskelettalen Formenkreis. In dieser hochvulnerablen Gruppe bilden sich Ressourcen- und Risikokonstellationen ab, die im betrachteten Zeitraum in der Summe eine noch so weit selbstständige Lebensführung erlauben, dass kein Pflegegrad zuerkannt wurde. In diesem Zusammenhang ist besonders bemerkenswert, dass die Gruppe derjenigen, die ohne Pflegegrad bleiben, häufiger als diejenigen mit Einstufung angeben, nicht in einer Partnerschaft oder anderen Unterstützungsnetzen zu leben. Dies stützt die von uns abgeleitete Charakterisierung dieser Gruppe noch selbstständig Lebender, bei denen sich die Risiken mangelnder Unterstützungspotenziale bislang nicht in dem Maße manifestiert haben, dass die Selbstständigkeit substantiell eingeschränkt ist. Gerade daher sind diese Antragstellenden jedoch als bedeutsame Referenzgruppe mit Blick auf den weiteren Erhalt einer fragilen funktionalen Gesundheit zu betrachten, aus der Hinweise zu krankheitsbezogenen Präventionspotenzialen und zur Bedeutung sozialer Konstellationen abzuleiten sind. Ableitungen zur Krankheitsprävention, respektive zum Erhalt von Fähigkeiten selbstständiger Lebensführung,

müssen sich in hohem Maße auf die Entwicklung medizinischer und nicht medizinischer Strategien zur Vermeidung oder Verzögerung von kognitiven Abbauprozessen fokussieren, gerade auch bei den unter 70-Jährigen (hierzu auch Punkt 5 „Handlungsempfehlungen“). Soziale Risiken können in dieser - funktional noch relativ gut aufgestellten - Gruppe vor allem in vielfach fehlenden engen Beziehungen und entsprechend brüchigen Unterstützungspotenzialen gesehen werden. Diese Defizite entfalten in Zuständen hoher Fragilität mit steigendem Alter zunehmende Risiken für den Erhalt von Selbstständigkeit (hierzu ebenfalls „Handlungsempfehlungen“).

Die angestellten Überlegungen zu krankheitsbezogenen und sozialen Risiken und Ressourcen an der Schwelle zu einer Pflegebedürftigkeit sind zudem im Lichte der vorgenommenen Veränderungsanalysen (vgl. Tabelle 8 „Veränderungsvariablen“) zu werten. In hohem Maße plausibel sind dabei die gezeigten Befunde, wonach (1) eine geringere Anzahl von Diagnosen im Zeitlauf die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit unwahrscheinlicher macht sowie (2) abnehmende soziale Unterstützung im Zeitverlauf hingegen die Feststellung von Pflegebedürftigkeit wahrscheinlicher macht. Diese Befunde adressieren damit das Erfordernis einer Stabilisierung oder Verbesserung von Krankheitszuständen bei drohendem Pflegebedarf in einer pathogenetischen Perspektive ebenso wie den Erhalt oder Ausbau von Unterstützungspotenzialen in einer salutogenetischen Perspektive.

## 5 Handlungsempfehlungen

### Handlungsempfehlungen

Die Formulierung möglicher Handlungsempfehlungen, die aus den vorgestellten Analysen abgeleitet werden können, soll auf die im Ergebnisteil herausgestellten Kernaussagen Bezug nehmen. Daher werden an dieser Stelle nochmals die wesentlichen Aussagen aufgegriffen.

1. Antragstellende, die ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bleiben, sind im Schnitt jünger (50- bis 74-jährig), allein lebend, eher ohne Partnerschaft, teilweise mit Unterstützungspotenzial
2. Reduktion von sozialer Unterstützung bedeutet erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit

Empfehlungen richten sich aus salutogenetischer Perspektive auf die Förderung von inter- und intragenerationalen Wohnformen, die geeignet sind, Netzwerke enger und verbindlicher sozialer Beziehungen zu knüpfen. Die hierdurch entstehenden sozialen Ressourcen in Form von Unterstützungspotenzialen können gerade bei frühzeitiger Aktivierung funktionale Gesundheit stärken und helfen, Einsamkeit als gesundheitliches Risiko zu vermeiden. Gerade die Gruppe der oben genannten Antragstellenden (jünger, häufig alleinstehend und -lebend) ist mit Blick auf den weiteren Altersgang als bedeutsame Zielgruppe für den Erhalt von Fähigkeiten der selbstständigen Lebensführung zu begreifen. Zentral hierbei sind Möglichkeiten, enge und verbindliche soziale Unterstützungsnetze zu knüpfen.

Angesprochen sind hierfür vor allem Akteure auf politischen Entscheidungsebenen (rechtliche Rahmenbedingungen für neue Wohnformen, Steuerung von monetären Ressourcen) sowie Akteure der privaten und kommunalen Bauwirtschaft.

3. Antragstellende, die ohne Feststellung einer Pflegebedürftigkeit bleiben, weisen Erkrankungen auf, die schwerpunktmäßig im muskuloskelettalen Formenkreis (v. a. Rückenschmerzen) liegen; kognitive Einbußen und psychische Erkrankungen hingegen spielen kaum eine Rolle
4. Mehr als die Hälfte der zehn häufigsten Diagnosen der aus 2017 weiterverfolgten Antragstellenden entfallen 2018/2019 auf Polyarthrose, COPD, Herzinsuffizienz und Rückenschmerzen
5. Eine Reduktion der Anzahl von Diagnosen im Rahmen multimorbider Krankheitszustände vermindert das Risiko einer Pflegebedürftigkeit

Empfehlungen richten sich aus pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive zum einen auf die Vermeidung oder Verzögerung kognitiver Einbußen. Hierzu ist sowohl auf medikamentöse Ansätze etwa zur Verlangsamung pathologischer kognitiver Abbauprozesse zu verweisen als auch auf nicht medikamentöse Strategien der Ressourcenstärkung, wie gezieltes kognitives Training, die Ermöglichung von sozialer Teilhabe sowie den Einsatz von technischen Hilfsmitteln (Orientierungshilfen) zur Kompensierung leichterer kognitiver Einschränkungen.

Zum anderen sind mit Blick auf die häufigen Diagnosen in der beschriebenen Gruppe, v. a. im muskuloskelettalen Formenkreis, angemessene medikamentöse und nicht medikamentöse Ansätze zur Schmerztherapie ebenso zu empfehlen wie zielgruppenadäquate bewegungsfördernde und mobilisierende Angebote. Hier ist tertiärpräventives und rehabilitatives Handeln deutlich zu stärken!

Angesprochen sind hier wiederum Akteure auf (gesundheits-)politischen Entscheidungsebenen (rechtliche Rahmenbedingungen, Steuerung von monetären Ressourcen) sowie Akteure im Bereich SGB V und SGB XI mit dem Ziel der noch stärkeren, leistungsunterlegten Betonung von (Tertiär-)Prävention und Rehabilitation für hochvulnerable Zielgruppen.

6. Ende 2019 sind weiterhin gut 18 Prozent der nachverfolgten Antragstellenden aus 2017 ohne Pflegegrad

Empfehlungen richten sich aus pathogenetischer und salutogenetischer Perspektive darauf, die hier beschriebene Gruppe vulnerabler Personen an der Schwelle zu einer Pflegebedürftigkeit als die zentrale Zielgruppe für risiko- und ressourcenorientierte Maßnahmen zur Stabilisierung der funktionalen Gesundheit zu begreifen.

Entsprechende Angebote und Leistungen – sowohl im Bereich medikamentöser als auch nicht medikamentöser Ansätze – sollten dabei konsequent unter dem Blickwinkel der Tertiärprävention sowie Rehabilitation vor Pflegebedürftigkeit standardmäßig aus allen Begutachtungen folgen, die (noch) keinen Pflegebedarf gemäß SGB XI zuerkennen.

Angesprochen sind hier neben Akteuren auf politischen Entscheidungsebenen (rechtliche Rahmenbedingungen, Steuerung von monetären Ressourcen) vor allem Akteure im Bereich SGB XI, damit den betreffenden Versicherten geeignete Leistungen im Rahmen der Begutachtungsverfahren zugänglich gemacht werden können, mit dem Ziel, eine drohende Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich hinauszuschieben.

## 6 Fallanalysen: Personen mit Einstufungsempfehlung für Pflegegrad 5 (2018/2019)

### Einführung

Fallanalysen:  
Personen mit  
Einstufungsempfehlung  
für Pflegegrad 5  
(2018/2019)

Die hier vorgelegten Fallanalysen von Personen, bei denen im Begutachtungsgeschehen zwischen 2017 und Ende 2019 ein besonders markanter Verlust von Selbstständigkeit dokumentiert wurde, stellen den dritten inhaltlichen Schwerpunkt im Rahmen des Projektes „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“ dar.

Diese Darlegung knüpft unmittelbar an die vorgelegten Analysen zu Antragstellenden an, die in der Begutachtung 2017 noch ohne Pflegegrad geblieben waren und die – im Falle einer erneuten Antragstellung – mithilfe eines Datensatzes aus Begutachtungen der Jahre 2018/2019 weiterverfolgt werden konnten.

Während die vorherigen Analysen auf die Gruppe von Antragstellenden fokussierten, die auch in der Nachverfolgung 2018/2019 weiterhin ohne Pflegegrad blieben, um hieraus mögliche Anknüpfungspunkte für Prävention oder Rehabilitation für eine vulnerable Zielgruppe an der Schwelle zu einer Pflegebedürftigkeit abzuleiten, stellt folgende Darstellung die Beschreibung von insgesamt 17 Antragstellenden in den Mittelpunkt, die in den Jahren 2018/2019 in den höchsten Pflegegrad (5) eingestuft wurden, nachdem sie in der Begutachtung 2017 noch ohne Pflegegrad geblieben waren.

Ziel der deskriptiven Analyse war es somit, eine Charakterisierung von Antragstellenden vorzunehmen, die im betrachteten Zeitraum den – innerhalb der Einstufungssystematik der Pflegeversicherung – größtmöglichen Verlust an Selbstständigkeit zu verzeichnen hatten.

Nachfolgend wird die Beschreibung dieser Gruppe von Antragstellenden in vier Subgruppen vorgenommen, die jeweils verbindende Charakteristika aufweisen:

- 1) Antragstellende, bei denen eine persönliche Begutachtung aufgrund des Gesundheitszustandes nicht mehr zumutbar war; Begutachtung daher nach Aktenlage<sup>1</sup> (n = 2),
- 2) Antragstellende, die zwischen Beantragung und Begutachtung<sup>1</sup> verstorben waren; Begutachtung daher nach Aktenlage (n = 6),
- 3) Antragstellende, die in institutionellen Kontexten leben (vollstationär versorgt oder in ambulanten Wohngruppen) (n = 3),
- 4) Antragstellende, die weiterhin in der eigenen Häuslichkeit leben (n = 6).

### Ergebnisse der Fallanalysen

Der analysierte Datensatz der Jahre 2018/2019 beinhaltet Informationen aus den Begutachtungen des MD zu 6.398 Personen – dies sind Antragstellende, die in 2017 keine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad (PG) erhielten und innerhalb des Zeitraums 2018/2019 erneut mindestens einen weiteren Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung nach SGB XI stellten.

Pflegegrad Ende 2019	n (%)
Kein Pflegegrad	1.134 (17,7 %)
1	2.339 (36,6 %)
2	2.334 (36,5 %)
3	505 (7,9 %)
4	69 (1,1 %)
5	17 (0,3 %)
Summe	6.398

Tab. 10: Verteilung (Nicht-)Einstufungsempfehlungen nach Pflegegrad

<sup>1</sup> Eine Begutachtung nach Aktenlage, also ohne die im Regelfall durchzuführende persönliche Befunderhebung, erfolgt nur dann ausnahmsweise, wenn die persönliche Befunderhebung nicht möglich oder nicht zumutbar ist (z. B. stationäre Hospizversorgung, ambulante Palliativpflege) oder wenn die betreffende Person zwischenzeitlich verstorben ist. (Bei Zuerkennung eines Pflegegrades fließt dann beispielsweise das Pflegegeld der Erbmasse zu oder Rechnungen des Pflegedienstes in der Zeit vor dem Tod können beglichen werden.) (MD Baden-Württemberg, 2023)

Fallanalysen:  
 Personen mit  
 Einstufungsempfehlung  
 für Pflegegrad 5  
 (2018/2019)

Die Verteilung in verschiedene Pflegegrade (Tabelle 10) zeigt dabei zum einen, dass immer noch knapp 18 Prozent der Antragstellenden ohne Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad bleiben, zum anderen aber auch, dass zum Ende des Beobachtungszeitraums (2019) für 17 Personen eine Einstufungsempfehlung in PG 5 erfolgte.

		männlich	weiblich	Summe
<b>Altersgruppe</b>	50-74	3	3	6
	75-89	3	7	10
	90+	0	1	1
<b>Bundesland</b>	Berlin	2	5	7
	Brandenburg	4	6	10
<b>Wohnsituation<sup>1</sup></b>	Vollst./Wohngr. <sup>2</sup>	2	1	3
	zu Hause allein	0	1	1
	zu Hause nicht allein	2	3	5
<b>Demenz</b>	ja	0	1	1
	nein	6	10	16
<b>Partnerschaft</b>	ja	3	2	5
	nein	3	9	12
<b>Soziale Unterstützung</b>	ja	5	6	11
	nein	1	5	6

1 Bereits Verstorbene und Personen im Krankenhaus (Begutachtungen nach Aktenlage, n = 8) sind in der Charakteristik der Wohnsituation nicht enthalten  
 2 „Vollst.“ = vollstationär, „Wohngr.“ = Wohngruppe

Tab. 11: Charakteristika der Antragstellenden mit Einstufungsempfehlung in PG 5 Ende 2019

Tabelle 11 gibt eine Übersicht zu Charakteristika (Altersgruppe, Wohnsituation, Demenzerkrankung, berichtete Partnerschaft sowie berichtete soziale Unterstützung) über alle vier Subgruppen hinweg. Es zeigt sich, dass lediglich eine Person in der betrachteten Gruppe über 90 Jahre alt ist. Ein weiterer augenfälliger Befund ist hier zudem, dass von den 17 Personen mit Einstufungsempfehlung in PG 5 für lediglich eine Antragstellende eine Demenzdiagnose dokumentiert war. In einer Partnerschaft lebten fünf Personen, die Möglichkeit, auf soziale Unterstützung zurückgreifen zu können, berichteten elf Personen. Sechs Antragstellende lebten zum Begutachtungszeitpunkt in der eigenen Häuslichkeit, drei wurden vollstationär oder in einer ambulanten Wohngruppe versorgt. Für die insgesamt acht Begutachtungen nach Aktenlage liegen keine Angaben zur Wohnsituation vor.

Zwei weibliche Antragstellende befinden sich stationär im Krankenhaus beziehungsweise bereits in der Palliativversorgung, bei Person 2 ist die Hospizversorgung geplant. Die 85- bis 89-jährige Frau erlitt 2018 einen malignen Mediainfarkt und leidet in der Konsequenz zusätzlich an einer Lähmung der rechten Körperhälfte, die 75- bis 79-jährige Frau leidet an einem metastasierenden Mammakarzinom. Keine der beiden Personen berichtet von einer Partnerschaft, die Ältere (85- bis 89-jährige) kann aber auf andere soziale Unterstützung zurückgreifen (siehe Tabelle 12).

	Person 1	Person 2
<b>Geschlecht</b>	w	w
<b>Altersgruppe</b>	75-79	85-89
<b>Bundesland</b>	Berlin	Berlin
<b>Demenz</b>	nein	nein
<b>Partnerschaft</b>	nein	nein
<b>Soziale Unterstützung</b>	nein	ja
<b>Erstdiagnose</b>	metastasierender Brustkrebs	maligner Mediainfarkt
<b>Erstdiagnose ICD-10</b>	C50.9	I63

	Person 1	Person 2
<b>Zweitdiagnose</b>	-	Hemiparese rechts
<b>Zweitdiagnose ICD-10</b>	-	G81
<b>Sonstige Aspekte</b>	Palliativstation	unheilbar erkrankt, vollständig bettlägerig und hilfebedürftig, Hospizversorgung geplant

Tab. 12: Profile der Personen im Krankenhaus bei Begutachtung (nach Aktenlage)

Eine weitere Subgruppe mit Einstufungsempfehlung in Pflegegrad 5 sind die Antragstellenden, die zwischen Leistungsbeantragung und geplanter Begutachtung verstorben sind - daher erfolgte auch hier die Beurteilung nach Aktenlage (Tabelle 13).

Bei diesen Personen handelt es sich um zwei Männer und vier Frauen, die jüngste Person (männlich) war in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen, die beiden ältesten Personen waren zwei Frauen im Altersbereich von 85 bis 89 Jahren. Eine Frau wohnte in Berlin, alle anderen in Brandenburg. Lediglich eine Person, die 85- bis 89-jährige Frau aus Berlin, hatte die Erstdiagnose Demenz. Bei sämtlichen Verstorbenen ist keine vorherige Partnerschaft bekannt, lediglich eine Person verfügte aber über soziale Unterstützung.

Die Personen 4 (weiblich, 65-69) und 6 (männlich, 75-79 Jahre) litten an malignen Erkrankungen (Person 4: maligne Neubildung der Lunge; Person 6: bösartige Neubildung der Harnblase). Bei beiden wurden der progrediente Verlauf mit der Konsequenz des zügigen Abbaus der Selbstständigkeit und die Unheilbarkeit der Erkrankung festgestellt. Bei dem 75- bis 79-jährigen lag zudem als Zweitdiagnose eine Angststörung vor.

Person 7 zeigte laut Aktenlage schwere motorische und kognitive Funktionseinschränkungen als vermutete Folgeerscheinungen der Demenzerkrankung. Diese 85- bis 89-jährige Antragstellende litt zudem an einer rheumatischen Erkrankung. Bei Person 5 lag ein Aortenaneurysma ohne Angabe einer Ruptur vor, weitere Angaben zu einem Krankheitsverlauf sind nicht vorhanden. Person 8 erlitt einen Hirninfarkt, befand sich in einem Zustand nach Therapie eines Karzinoms der Verdauungsorgane und litt zusätzlich unter COPD und chronischem Vorhofflimmern. Schließlich Person 3, männlich und 60- bis 64-jährig, mit Diagnose Neubildung (Gehirn), ohne weitere Angaben zum Verlauf.

Die vorletzte Subgruppe umfasst die Personen, die entweder vollstationär oder in einer ambulanten Wohngruppe versorgt werden - ein Mann (Altersgruppe 65-69) und eine Frau (80-84) vollstationär in Brandenburg, ein Mann (80-84) intensivmedizinisch in einer ambulanten Wohngruppe in Berlin.

	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7	Person 8
<b>Geschlecht</b>	m	w	w	m	w	w
<b>Altersgruppe</b>	60-64	65-69	70-74	75-79	85-89	85-89
<b>Bundesland</b>	Brandenburg	Brandenburg	Brandenburg	Brandenburg	Berlin	Brandenburg
<b>Demenz</b>	nein	nein	nein	nein	ja	nein
<b>Partnerschaft</b>	nein	nein	nein	nein	nein	nein
<b>Soziale Unterstützung</b>	nein	nein	nein	ja	nein	nein
<b>Erstdiagnose</b>	Gehirntumor	Karzinom Lunge	Aneurysma der Aorta	Karzinom Harnblase	Alzheimer-Krankheit	Hirninfarkt
<b>Erstdiagnose ICD-10</b>	D43.2	C34	I71.2	C67.8	G30.9	I63
<b>Zweitdiagnose</b>	-	-	-	Angststörung	Polymyalgia rheumatica	Kardiomyopathie
<b>Zweitdiagnose ICD-10</b>	-	-	-	F41.9	M35.3	I42

Fallanalysen:  
Personen mit  
Einstufungsempfehlung  
für Pflegegrad 5  
(2018/2019)

	Person 3	Person 4	Person 5	Person 6	Person 7	Person 8
<b>Sonstige Aspekte</b>		unheilbare Erkrankung -> schneller Abbau		unheilbare Erkrankung -> schneller Abbau		Hemiplegie/ -parese; vergangene Krebserkrankung Verdauungsapparat

Tab. 13: Profile der zwischen Antrag und Durchführung auf Begutachtung Verstorbener (nach Aktenlage)

Beide männlichen Antragsteller berichten von einer Partnerschaft, soziale Unterstützung wurde für alle drei Personen dokumentiert. Alle drei Antragstellenden leben mit derart schwerwiegenden Diagnosen, dass intensive Betreuung erforderlich ist. Der 65- bis 69-Jährige leidet an einer psychischen und Verhaltensstörung durch Alkohol, vollständiger Inkontinenz und verschiedenen weiteren schweren Einschränkungen, wie zum Beispiel der Spondylodiszitis (Entzündung der Bandscheiben und angrenzender Wirbel) mit Steh- und Gehunfähigkeit.

Die 80- bis 84-Jährige leidet an ausgeprägtem Muskelschwund und ebenfalls ausgeprägten kognitiven Einschränkungen. Im Zusammenhang mit einer Femurfraktur, Osteoporose, chronischer Niereninsuffizienz und chronischem Schmerzsyndrom ist die Antragstellende vollständig bettlägerig. Person 11 schließlich hatte infolge einer Messerstichverletzung und OP einen Myokardinfarkt mit vielfältigen schweren Komplikationen erlitten, dazu gehören Pneumonie, Lungenödem und Nierenversagen (Tabelle 14).

	Person 9 (vollstationär)	Person 10 (vollstationär)	Person 11 (Wohngruppe)
<b>Geschlecht</b>	m	w	m
<b>Altersgruppe</b>	65-69	80-84	80-84
<b>Bundesland</b>	Brandenburg	Brandenburg	Berlin
<b>Demenz</b>	nein	nein	nein
<b>Partnerschaft</b>	ja	nein	ja
<b>Soziale Unterstützung</b>	ja	ja	ja
<b>Erstdiagnose</b>	psychische Störung durch Alkohol	ausgeprägte Muskelatrophie	respiratorische Insuffizienz
<b>Erstdiagnose ICD-10</b>	F10.1	M62	J96
<b>Zweitdiagnose</b>	Harninkontinenz	ausgeprägte kognitive Defizite	Messerstichverletzung Abdomen
<b>Zweitdiagnose ICD-10</b>	N39.4	F06	S31.80
<b>Sonstige Aspekte</b>	chronischer Alkoholabusus, Spondylodiszitis, Apraxie, steh- und gehunfähig, stuhlinkontinent	Femurfraktur, Osteoporose, chronische Niereninsuffizienz, chronisches Schmerzsyndrom, vollständige Bettlägerigkeit, kognitive Einschränkungen	Trauma Messerstich, OP, Traumafolge Myokardinfarkt, Komplikationen wie Pneumonie, Lungenödem, Nierenversagen, intensivmedizinisch betreut, Inkontinenz

Tab. 14: Profile der Personen in vollstationärer Versorgung oder in einer ambulanten Wohngruppe

Die letzte untersuchte Subgruppe von Antragstellenden mit Einstufungsempfehlung in Pflegegrad 5 umfasst sechs Personen, die in eigener Häuslichkeit lebten (Tabelle 15).

	Person 12 nicht allein lebend	Person 13 nicht allein lebend	Person 14 nicht allein lebend	Person 15 nicht allein lebend	Person 16 nicht allein lebend	Person 17 allein lebend
<b>Geschlecht</b>	W	m	m	w	w	w
<b>Altersgruppe</b>	60-64	65-69	80-84	80-84	80-84	95-99
<b>Bundesland</b>	Berlin	Berlin	Brandenburg	Berlin	Brandenburg	Brandenburg
<b>Demenz</b>	Nein	nein	nein	nein	nein	nein
<b>Partnerschaft</b>	Ja	nein	ja	nein	ja	nein
<b>Soziale Unterstützung</b>	Ja	ja	ja	ja	ja	ja
<b>Erstdiagnose</b>	bösartige Neubildung Pankreaskopf	Vorhofflimmern/-flattern	andere psych. Störung	Tetraparese bei Spinalkanalstenose	Femurfraktur links	Polyarthrose
<b>Erstdiagnose ICD-10</b>	C25.0	I48	F06	G82	S72	M15
<b>Zweitdiagnose</b>	Aszites	sonstige COPD	chronische Nierenkrankheit, Stad. V	andere psych. Störung	Schwannom, Neurinom	n. n. b. Demenz
<b>Zweitdiagnose ICD-10</b>	R18	J44	N18.5	F06	S32	F03
<b>Sonstige Aspekte</b>	fortgeschrittenes Karzinom, Schmerzen im Bauchraum, schlechte Gemütslage wegen Erkrankung, überwiegend bettlägerig, Harninkontinenz, Obstipation, antriebslos	Diabetes, Alkohol- und Nikotinabusus, Abnahme Mobilität, Polyneuropathie, Tetraparese, Delir, Stuhlinkontinenz, kognitiv eingeschränkt, inkompliant	vollständig immobil, komplette Inkontinenz, kaum Kommunikation möglich, zunehmende kogn. Defizite	seit KH-Aufenthalt wegen zunehmender Schmerzen nun dauerhaft bettlägerig, spricht kaum, Halluzinationen, palliative Versorgung	zunehmende kognitive Einschränkungen, nach Fraktur LWK bettlägerig, inkomplette Inkontinenz Blase und Darm, Fraktur im Unterschenkel	starker körperlicher und kognitiver Abbau in den letzten zwei Monaten, apathisch, Verlust Geh- und Stehfähigkeit, palliative Versorgung

Tab. 15: Profile der Personen in eigener Häuslichkeit

Tabelle 15 gibt einen Überblick über die Personen, die eine Einstufungsempfehlung in PG 5 erhalten haben und zum Zeitpunkt der Begutachtung in eigener Häuslichkeit lebten. Es handelt sich dabei um zwei männliche und vier weibliche Antragstellende, drei leben in Berlin, drei in Brandenburg. Die älteste Person (95- bis 99-jährig, weiblich) ist dabei die einzige allein lebende, die anderen fünf leben mit mindestens einer weiteren Person zusammen. Von diesen fünf Antragstellenden berichten drei von einer Partnerschaft, die Möglichkeit, auf soziale Unterstützung zurückzugreifen, ist für alle sechs Personen dokumentiert.

Das Erkrankungsspektrum umfasst vor allem muskuloskelettale Erkrankungen, neurologische und psychische Störungen, Erkrankungen des Kreislaufsystems, aber auch eine schwerwiegende Krebsdiagnose. Bei Person 17 (95-99) zeigte sich in der kürzeren Vergangenheit ein relativ plötzlicher und deutlicher Abbau der Selbstständigkeit, wie Verlust der Geh- und Stehfähigkeit. Zum Zeitpunkt der Begutachtung befand sich die Frau bereits in der Palliativversorgung. Der 80- bis 84-jährige Mann (Person 14) leidet an einer schweren chronischen Nierenerkrankung sowie an vollständiger Inkontinenz, ist zudem immobil und zeigt zunehmende kognitive Einschränkungen. Die 80- bis 84-jährige Frau (Person 15) war bei Begutachtung vollständig bettlägerig, sprach kaum, zeigte Hinweise auf Halluzinationen und wurde palliativ versorgt. Person 15 (65-69, männlich) leidet neben Vorhofflimmern an unter anderem COPD, Diabetes, Tetraparese und Polyneuropathie mit Vorliegen von Alkohol- und Nikotinabusus; der Antragstellende ist stuhlinkontinent und kognitiv eingeschränkt. Person 16 (80- bis 84-jährige Frau) erlitt verschiedene Knochenfrakturen, zeigt zunehmend kognitive Einschränkungen, inkomplette Inkontinenz von Blase und Darm und war mittlerweile bettlägerig. Die jüngste Person (60-64, weiblich) schließlich leidet an einem lokal fortgeschrittenen Pankreaskopf-Karzinom mit in der Konsequenz rezidivierenden Bauchschmerzen, schlechter Gemütslage, Antriebs- und Interessenlosigkeit sowie Harninkontinenz.

## Fazit und Schlussfolgerungen

Die dargelegten Beschreibungen von Begutachtungsdaten des MD zu Personen, die im Zeitraum 2017 bis 2019 einen besonders starken Verlust an Selbstständigkeit erlitten haben, zeigen eine Variabilität an Zuständen und Versorgungsarrangements, die in den vier gebildeten Subgruppen unterschiedliche Voraussetzungen für eine regelhafte Begutachtung seitens des MD bieten: So war in acht von insgesamt 17 Fällen lediglich eine Einschätzung nach Aktenlage möglich. (In sechs dieser acht Fälle verstarben die Antragstellenden vor dem Begutachtungstermin.) Dieser Umstand verweist auf die Schwere des Krankheitsgeschehens verbunden mit gravierenden Verlusten an Selbstständigkeit (Pflegegrad 5) und einem kurzen Pflegeverlauf am Ende des Lebens.

In einer solchen Gruppe von Pflegebedürftigen fokussiert das Erkrankungsspektrum auf schwere somatische Leiden mit abrupten oder aggressiven Verläufen (Herz-, Hirninfarkte, Neubildungen, hier v. a. in Hirn, Lunge, Brust, Blase, Pankreas). Die demenziellen Erkrankungen fallen in der betrachteten Gruppe mit raschem Selbstständigkeitsverlust hingegen kaum auf, ganz im Gegensatz zu unseren Analysen zum Einstufungsgeschehen in die niedrigeren Pflegegrade, wonach die Demenz geradezu eine Schlüsseldiagnose für das Risiko einer Pflegebedürftigkeit darstellte.

Die Dominanz schwerer Krankheitsverläufe relativiert möglicherweise auch die Bedeutung von demografischen Merkmalen und sozialen Kontexten der betroffenen Pflegebedürftigen. Das betrifft insbesondere die evidente Korrelation zwischen Pflegebedürftigkeit und hohem Lebensalter. Der Einfluss des Alters auf die schwere Pflegebedürftigkeit scheint marginal: Tabelle 11 verdeutlicht, dass nur eine Person aus der dargestellten Gruppe über 90 Jahre alt ist, sechs Personen hingegen entfallen sogar auf die Altersgruppe 50 bis 74 Jahre. Auch diese Tendenz, die unter die Überschrift „Krankheit schlägt Alter“ subsumierbar wäre, steht im Gegensatz zu unseren Analysen zum Einstufungsgeschehen in niedrigere Pflegegrade: Hier zeigte sich höheres Alter als ein bedeutsamer Risikofaktor für Pflegebedürftigkeit.

Über die geringere Bedeutung des Alters angesichts schwerer Krankheitsverläufe hinaus könnten sich auch die Gestaltungsspielräume in den sozialen Kontexten der Betroffenen relativieren: Wohnsituationen, Partnerschaft und private Unterstützungsarrangements können, bei aller Bedeutsamkeit, an die auch unsere Analysen zum Einstufungsgeschehen in niedrigere Pflegegrade anknüpften, schwerste Hilfe- und Pflegebedarfe oftmals nicht mehr hinreichend abfedern. Insbesondere abruptes und aggressiv-progredientes Krankheitsgeschehen stellt Versorgungsanforderungen, denen häufig nur noch institutionelle und professionelle Akteure gerecht werden können. Enge soziale Beziehungen aus Partnerschaft oder anderen Netzwerken sind dabei von fundamentaler Bedeutung für lebensqualitätsbezogene Bedürfnisse der Betroffenen, erleben jedoch mit Blick auf die Versorgung im engeren Sinne einen Bedeutungsverlust. Umgekehrt zeigt sich aber, dass die stark Pflegebedürftigen, die noch zu Hause leben, in Beziehungskontexte in der eigenen Häuslichkeit eingebunden sind.

Auch die im bisherigen Projektkontext fokussierte Frage, inwieweit aus den Begutachtungsdaten des MD präventive Anknüpfungspunkte zur Vermeidung oder Verzögerung einer Pflegebedürftigkeit ableitbar sind, stellt sich angesichts des hier beschriebenen schwersten und vielfach terminalen Krankheitsgeschehens in anderem Licht dar. Antragstellende, die in der Erstbegutachtung noch ohne Pflegegrad blieben und im weiteren Verlauf innerhalb eines relativ kurzen Zeitraums schwer erkranken oder gar versterben, markieren sicherlich auch (derzeitige) Grenzen präventiven Bemühens. Im Sinne eines Forschungsdesiderats kann hier jedoch auf den weiteren Erkenntnisgewinn bei biomedizinischen Markern verwiesen werden, die perspektivisch in größerem Umfang im Rahmen präventiver Screenings zur Anwendung kommen können. Hier könnten sich auch routinemäßige und standardisierte Anwendungsmöglichkeiten für vulnerable Personen an der Schwelle zu einer Pflegebedürftigkeit entwickeln, um sich anbahnende, schwerste Erkrankungen möglicherweise noch präventiv adressieren zu können. Insgesamt zeigt sich hier jedoch eine durch terminale Erkrankungen ausgelöste Pflegebedürftigkeit als eine zumeist kurze und für präventive Interventionen nicht mehr zugängliche Phase am Ende des Lebens. Vielmehr geht es bei einem solchen Weg in die Pflegebedürftigkeit vorrangig um den Ausbau lebensqualitätsbezogener, palliativer Versorgungskompetenzen. In diesem Sinne ist ein weiterer Aufbau palliativer Strukturen für die Versorgung alter pflegebedürftiger Menschen ebenso zu fordern wie die flächendeckende Struktur einer Hospizversorgung. Nicht zuletzt geht es aber auch um die weitere Diskussion und die Forschung im Bereich einer Quartärprävention, verbunden mit der Fragestellung, welche medizinischen und pflegerischen Interventionen im Falle der dargestellten Situationen zum Nutzen der Pflegebedürftigen (noch) eingesetzt werden sollen und auf welche verzichtet werden sollte.

- Ackermann, A., Oswald, W.-D. (2008). Selbständigkeit erhalten, Pflegebedürftigkeit und Demenz verhindern, in: Oswald, Wolf-D.; Gerald Gatterer und Ulrich M. Fleischmann (Hrsg.): Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns, Wien: Springer, S. 129-140.
- Ali-Faisal, S. F., Colella, T. J., Medina-Jaudes, N., Benz Scott, L. (2017). The effectiveness of patient navigation to improve healthcare utilization outcomes: A meta-analysis of randomized controlled trials, in: Patient Education Counseling, 100, H. 3, S. 436-448.
- Altenhöner, T.; M. Philippi und J. Bocken (2014). Gesundheitsverhalten und Änderungen im Gesundheitsverhalten – welche Relevanz haben Bildung und Schicht?, in: Das Gesundheitswesen, 76, H. 1, S. 19-25.
- Baggetta, R.; G. D'Arrigo; C. Torino; S. A. ElHafeez; F. Manfredini; F. Mallamaci; C. Zoccali; G. Tripepi und Excite Working group (2018). Effect of a home based, low intensity, physical exercise program in older adults dialysis patients: a secondary analysis of the EXCITE trial, in: BMC Geriatrics, 18, Art.-Nr.: 248.
- Barnett, K., Mercer, S. W., Norbury, M., Watt, G., Wyke, S., Guthrie, B. (2012). Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study, in: The lancet, 380, H. 9836, S. 37-43.
- Beekmann, Meike; van den Bussche, H., Glaeske, G., Hoffmann, F. (2012). Geriatrietypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz, in: Psychiatrische Praxis, 39, H. 5, S. 222-227.
- Birkenhäger-Gillesse, E. G., Kollen, B. J., Zuidema, S. U., Achterberg, W. P. (2018). The "more at home with dementia" program: a randomized controlled study protocol to determine how caregiver training affects the well-being of patients and caregivers, in: BMC geriatrics, 18, H. 1, Art.-Nr.: 252.
- Borchert, L., Rothgang, H. (2008). Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer, in: Bauer, Ullrich und Andreas Büscher (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 215-237.
- Chaudhury, H., Campo, M., Michael, Y., Mahmood, A. (2016). Neighbourhood environment and physical activity in older adults, in: Social Science & Medicine, 149, S. 104-113.
- Deng, Y., Paul, D. R. (2018). The Relationships between depressive symptoms, functional health status, physical activity, and the availability of recreational facilities: a rural-urban comparison in middle-aged and older Chinese adults, in: International journal of behavioral medicine, 25, H. 3, S. 322-330
- Hajek, A., König H. H. (2016). Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe--Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. PLoS One. Jan 19;11(1): e0146967.
- Hajek, A., Bretschneider, C., Ernst, A., Posselt, T., Mamone, S., Wiese, B., Weyerer, S., Werle, J., Pentzek, M., Fuchs, A., Stein, J., Luck, T., Bickel, H., Mösch, E., Kleineidam, L., Hesel, K., Maier, W. Scherer, M., Riedel-Heller, S. G., König, H. H. (2017). Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt, in: Das Gesundheitswesen, 79, H. 2, S. 73-79.
- Kieslich, B. (2011). Pflegeheim - Einbahnstraße?: Ergebnisse aktivierender Pflege und Therapie von Heimbewohnern bis zur Entlassung und x Jahr später, Inaugural-Dissertation, Medizinische Fakultät, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg.
- Klie, T. (2018). Sorge und Pflege in Sozialräumen - Stärkung der kommunalen Verantwortung, in: Bleck, Christian; Anne van Rießen und Reinhold Knopp (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen, Wiesbaden: Springer, S. 35-51.
- Kuhlmei, A. (2011). Versorgungsforschung zur angemessenen Gesundheitsversorgung im Alter, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 54, H. 8, S. 915-921.
- Luppa, M., Luck, T., Matschinger, H., König, H.-H., Riedel-Heller, S. G. (2010). Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission - results from the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+), in: BMC health services research, 10, Art.-Nr.: 186.
- Medizinischer Dienst Baden-Württemberg - <https://www.md-bw.de/fuer-versicherte/pflege/pflegebegutachtung/>  
[13.01.2023, 12:30 Uhr]
- Nowossadeck, S., Mahne, K. (2017). Bewertung des Wohnumfeldes in der zweiten Lebenshälfte, in: K. Mahne; J. K. Wolff; J. Simonson und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Wiesbaden: Springer VS, S. 301-314.
- Nowossadeck, S., Engstler, H. (2017). Wohnung und Wohnkosten im Alter, in: Mahne, K.; J. K. Wolff; J. Simonson und C. Tesch-Römer (Hrsg.): Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS), Wiesbaden: Springer VS, S. 287-300.
- Rothe, V. (2018). Demenzfreundliche Kommunen, in: Bleck, Christian; Anne van Rießen und Reinhold Knopp (Hrsg.): Alter und Pflege im Sozialraum: Theoretische Erwartungen und empirische Bewertungen, Wiesbaden: Springer, S. 267-281.

- Rott C., Wiloth S., Kramer B. et al. (2020). Prävention statt Pflege. G+G digital 06/2020. <https://www.gg-digital.de/2020/03/neuer-lehrplan-fuer-die-pflegeberatung/index.html>.
- Schilling R., Stein T., Kuhlmei A., Blüher S. (2021). Anwendung von Text Mining zur Auswertung von Begutachtungsdaten des MDK am Beispiel sozialer Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit. *Monitor Pflege* 01: S. 16–23.
- Schlicht, W. (2010). Mit körperlicher Aktivität das Altern gestalten, in: Häfner, Heinz; Konrad Beyreuther und Wolfgang Schlicht (Hrsg.): *Altern gestalten: Medizin - Technik - Umwelt*, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 25–39.
- Schneekloth, U. (2006). Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39, H. 6, S. 405–412.
- Schneider A.; Blüher S.; Grittner U. et al. (2020). Is there an association between social determinants and care dependency risk? A multi-state model analysis of a longitudinal study. *Res Nurs Health*. Jun; 43(3):230–240.
- Schnitzer S., Blüher S., Teti A. et al. (2020). Risk Profiles for Care Dependency: Cross-Sectional Findings of a Population-Based Cohort Study in Germany. *Journal of Aging and Health*. Jun/Jul;32(5- 6): 352–360.
- Schulze, K., Schander, J., Jungmann, A., Voss, M. (2018). Bedarfe und Ressourcen Hilfe- und Pflegebedürftiger im Alltag und in Extremsituationen. Auswertung einer quantitativen Befragung in Willich, Katastrophenforschungsstelle und Freie Universität Berlin (Hrsg.): KFS Working Paper Nr. 07, Berlin.
- Unger, R., Giersiepen, K., Windzio, M. (2015). Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf, in: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 67, H. 1, S. 193–215.
- van den Bussche, H., Heinen, I., Koller, D., Wiese, B., Hansen, H., Schäfer, I., Scherer, M., Glaeske, G., Schön, G. (2014). Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 47, H. 5, S. 403–409.
- Van Holle, V.; Van Cauwenberg, J., De Bourdeaudhuij, I., Deforche, B., Van de Weghe, N., Van Dyck, D. (2016). Interactions between Neighborhood Social Environment and Walkability to Explain Belgian Older Adults' Physical Activity and Sedentary Time, in: *International journal of environmental research and public health*, 13, H. 6, Art.-Nr.: 569.
- Winter, M. H. J. (2006). Zentrale Ressourcen und Herausforderungen: Demographischer Wandel und pflegerische Versorgung im Alter, in: *Deutsches Ärzteblatt online*, 103, H. 10, S. A-600.
- Hae Young, Y. (2019). Environmental Factors Associated with Older Adult's Walking Behaviors: A Systematic Review of Quantitative Studies, in: *Sustainability*, 11, H. 12, Art.-Nr.: 3253.

