

# Verzerrungen im Begutachtungsprozess?

## Zum Einfluss sozialer Parameter auf die Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung

ROLF SCHMUCKER

Dr. phil. Rolf Schmucker

Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Arbeitsgruppe Gesundheitssysteme, Gesundheitspolitik und Gesundheitssoziologie an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.

**Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen den Personen zugute kommen, die den Kriterien der Pflegebedürftigkeit entsprechen. Entscheidungsgrundlage des jeweiligen Finanzierungsträgers ist ein Gutachten, das in einem hochgradig standardisierten Verfahren erstellt wird. Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass die Leistungsvergabe nicht immer bedarfsgerecht erfolgt. Der Einfluss verschiedener sozialer Parameter kann zu systematischen Verzerrungen im Begutachtungsprozess führen.**

### 1 Einleitung

Die Entscheidung über die Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung erfolgt auf Grundlage einer Begutachtung der Antragsteller. In der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) wird diese durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) durchgeführt, in der Privaten Pflegeversicherung (PPV) übernimmt ein privates Unternehmen das entsprechende Begutachtungsverfahren. Die letztendliche Entscheidung über die Vergabe von Leistungen wird von der zuständigen Pflegekasse bzw. -versicherung getroffen. Die grundlegende sozialrechtliche Vorgabe hinsichtlich des leistungsberechtigten Personenkreises findet sich in § 14 des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI). Dort werden Personen als pflegebedürftig definiert, »die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße

der Hilfe bedürfen.« Die Feststellung des individuellen Hilfebedarfs soll sicherstellen, dass die Personen Leistungen erhalten, die tatsächlich der Zielgruppe der Pflegeversicherung angehören. Damit ist ein Element der Bedarfsgerechtigkeit in der SPV verankert: Nur wer den sozialrechtlichen Kriterien der Pflegebedürftigkeit entspricht hat einen Anspruch auf die Leistungen dieses Sozialversicherungszweigs.

Einige Jahre nach Einführung der Pflegeversicherung wurde die Frage aufgeworfen, inwieweit die Ergebnisse des Begutachtungsprozesses durch den MDK dem Ziel einer bedarfsgerechten Leistungsgewährung tatsächlich entsprechen (vgl. Simon 2003, 2004; SVR Gesundheit 2005: 394 f.). Ausgangspunkt der Debatte war eine Reihe von Auffälligkeiten in der Gutachtenstatistik. Dabei ging es um die Bedeutung sozialer, geschlechtsspezifischer, institutioneller und regionaler Merkmale bei der Einstufung der Pflegebedürftigkeit und die Frage, ob im Begutachtungsprozess systematische Verzerrungen zu beobachten sind. Im Folgenden werden

die zentralen Argumente dieser Diskussion aufgegriffen und um aktuelle Daten und zusätzliche Aspekte ergänzt. Nach einer kurzen Erläuterung des Begutachtungsverfahrens werden mögliche systematische Verzerrungen im Einstufungsprozess erörtert. Dies geschieht auf Grundlage der Daten der Gutachtenstatistik des Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), der Veröffentlichungen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG), der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes (Destatis), der Pflegereporte der Barmer-GEK sowie verschiedener wissenschaftlicher Einzelstudien. Die vorliegenden Daten deuten darauf hin, dass neben den »objektiven« medizinisch-pflegerischen Aspekten auch sozial-geprägte, »subjektive« Faktoren in die Pflegeempfehlungen einfließen.

## 2 Wie wird die Entscheidung über die Leistungsgewährung getroffen?

Nach § 18 SGB XI haben die Pflegekassen »durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung prüfen zu lassen, ob die Voraussetzungen der Pflegebedürftigkeit erfüllt sind und welche Stufe der Pflegebedürftigkeit vorliegt (...)«. Beim MDK handelt es sich um eine Gemeinschaftseinrichtung der Kranken- und Pflegekassen, die anteilig für die Finanzierung des Dienstes aufkommen. Der MDK ist in Form eigenständiger Arbeitsgemeinschaften organisiert, die in der Regel auf Ebene der Bundesländer angesiedelt sind und die Rechtsform eines eingetragenen Vereins bzw. einer Körperschaft des öffentlichen Rechts besitzen. Auch wenn es sich beim MDK um eine Einrichtung der Kranken- und Pflegekassen handelt, ist er organisatorisch selbständig und nicht an Weisungen der Versicherer gebunden. Gutachter können sowohl Ärzte als auch Pflegefachkräfte sein, die diese Tätigkeit entweder als Angestellte des MDK oder als externe, vom MDK beauftragte Experten wahrnehmen. Die sozialrechtlichen Kriterien für die Leistungsgewährung werden in den Pflegebedürftigkeits- und Begutachtungsrichtlinien (BRi) konkretisiert, die der GKV-Spitzenverband in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes (MDS) und anderen Organisationen aus dem Pflegebereich

entwickelt. Mit den BRi werden den Gutachtern detaillierte, wissenschaftlich fundierte Begutachungskriterien an die Hand gegeben, die dem Ziel dienen, »(...) bundesweit eine Begutachtung nach einheitlichen Kriterien zu gewährleisten und eine hohe Qualität der für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit maßgebenden Gutachten der Medizinischen Dienste sicherzustellen« (GKV-SV/MDS 2009: 11).

Maßgeblich für die Begutachtung ist der dauerhafte individuelle Hilfebedarf bei den »gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens« (§ 14 Abs. 1 SGB XI). In der Begutachtung wird der Grad der Selbständigkeit bewertet. Als zusätzlicher Anhaltspunkt wird der nötige Zeitbedarf für die einzelnen Verrichtungen herangezogen (Diegmann-Hornig 2009: 179 f.). Die Einstufung beruht auf Untersuchungen, Befragungen, Beobachtungen und Messungen. Sie wird i.d.R. konkretisiert durch spezifische Instrumente und Verfahren, die einen hohen Standardisierungsgrad aufweisen, um den Prozess und die daraus resultierenden Einschätzungen objektivierbar und transparent zu gestalten. Damit soll im Bewertungsprozess das »intuitive Moment« auf Seiten der Gutachter verringert werden (Reuschenbach 2011: 43 f.). Mit der Einstufung in eine der drei Pflegestufen bzw. der Anerkennung einer stark eingeschränkten Alltagskompetenz wird im Gutachten eine Vorentscheidung über Art und Umfang der zu gewährenden Leistungen getroffen. Die Entscheidung über den Antrag auf Leistungen der SPV trifft die Pflegekasse »unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK« (GKV-SV/MDS 2009: 16). Weicht die Kasse in ihrer Entscheidung von den Empfehlungen des MDK ab, so hat sie dies gegenüber dem MDK zu begründen. In der Regel folgt die Kasse jedoch den Gutachtenempfehlungen. Der MDK führte im Jahr 2009 über 1,5 Millionen Begutachtungen für die SPV durch. In mehr als der Hälfte der Fälle handelt es sich um Erstbegutachtungen. Die restlichen Begutachtungen entfallen auf Folge- oder Widerspruchsbegutachtungen (MDS 2010).

Bei einer Befragung von Versicherten vor einigen Jahren wurde das Begutach-

tungsverfahren überwiegend positiv bewertet. Allerdings berichtete eine relevante Minderheit der Begutachteten von

**Bei einer Befragung von Versicherten vor einigen Jahren wurde das Begutachtungsverfahren überwiegend positiv bewertet.**

Konflikten im Begutachtungsverfahren (8,4%) sowie von mangelnder (über 30%) bzw. unverständlicher (knapp 17%) Kommunikation (SVR Gesundheit 2005: 394). Eine Diskrepanz zwischen subjektiver Einschätzung der Betroffenen und der MDK-Empfehlung ist aufgrund der Unterschiedlichkeit in der Perspektive des hilfesuchenden Betroffenen und des an gesetzliche und verwaltungsrechtliche Vorgaben gebundenen Gutachters vermutlich kaum gänzlich zu vermeiden. Hier bedarf es einer umfassenden Aufklärung und Transparenz über die Kriterien der Begutachtung. Ein anderes Problem besteht offensichtlich darin, dass sich trotz des Versuches, die Begutachtung auf standardisierten, wissenschaftlich fundierten und möglichst objektivierbaren Kriterien aufzubauen, bestimmte Verzerrungen im Rahmen der Begutachtung abzeichnen.

## 3 Mögliche Verzerrungen im Begutachtungsverfahren

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hatte im Jahr 2005 darauf hingewiesen, dass das Einstufungsverfahren durch »soziale Parameter« beeinflusst werde. Die Begutachtung als soziale Interaktion eröffne Bewertungsspielräume, die durch »Werthaltungen, Rollenerwartungen, Deutungsmuster und die Interaktionskompetenzen des Begutachters« ausgefüllt werden (SVR Gesundheit 2005: 394). Der Sachverständigenrat erwähnte insbesondere den Einfluss des Geschlechts und der sozialen Schicht der Antragsteller sowie der Profession des Gutachters. Zuvor hatte bereits Simon (2003, 2004) auf mögliche Verzerrungen im Begutachtungsverfahren hingewiesen und – zusätzlich zu den bereits genannten Parametern – auf die großen regionalen Varianzen

**Tabelle 1: Gutachterliche Empfehlung einer Pflegestufe für vollstationäre Leistungen im Jahr 2009 nach ausgewählten MDK-Regionen**

MDK	Durchgeführte Erstbegutachtungen	Davon in v.H.			
		Nicht pflegebedürftig	Pflegestufe I	Pflegestufe II	Pflegestufe III
Bremen	702	13,2	58,3	26,8	1,7
Meckl.-Vorp.	2.157	5,9	55,8	36,8	1,5
Nord	7.293	28,4	50,0	20,4	1,3
Rheinl.-Pfalz	7.065	23,7	41,4	31,9	3,1
Saarland	2.078	25,6	38,3	25,0	11,1
Sachsen	7.330	10,0	42,7	35,3	12,0
Thüringen	2.812	6,6	43,2	38,8	11,3
Westf.-Lippe	12.305	17,1	45,1	33,8	3,9
...					
Gesamt	134.956	16,1	48,1	29,6	6,2

(Quelle: Eigene Zusammenstellung nach MDS 2010: 27)

in den Begutachtungsergebnissen der verschiedenen MDKs sowie den sich verändernden Pflegestufenmix aufmerksam gemacht. Die statistischen Auffälligkeiten werfen die Frage auf, ob die Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens eine bedarfsgerechte Leistungsgewährung auslösen, oder ob die Einstufung durch subjektive oder interessengeleitete Faktoren verzerrt wird. Im Folgenden werden verschiedene Einflussfaktoren auf die Begutachtungsempfehlungen anhand der aktuellen Daten analysiert und mögliche Erklärungsansätze erörtert.

### 3.1 Regionale Varianzen in der Pflegebegutachtung

Von Beginn an wies die Gutachtenstatistik hinsichtlich der Einstufung der Pflegebedürftigkeit relativ starke Unterschiede zwischen den einzelnen MDK-Regionen auf. Bereits in den ersten Pflegeberichten des Medizinischen Dienstes zeigten sich auffällig große »Spannweiten« in der Ablehnungsquote sowie in den empfohlenen Pflegestufen (MDS 1999: 22 f.). Betrachtet man die gutachterlichen Empfehlungen für ambulante Leistungen bei Erstbegutachtungen im Jahr 2009, variiert die Empfehlung »nicht pflegebedürftig« zwischen 26,1 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und 39,8 Prozent in Westfalen-Lippe (Spannweite 13,7 Prozentpunkte). Auch

hinsichtlich der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen zeigen sich beträchtliche Differenzen (vgl. Tabelle 1). Bei den gutachterlichen Empfehlungen im Bereich vollstationärer Leistungen variiert die Ablehnungsquote zwischen 5,9 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und 28,4 Prozent beim MDK Nord (Spannweite: 22,5 Prozentpunkte). Während die Pflegestufe I in Bremen bei 58,3 Prozent der Antragsteller empfohlen wird, ist dies im Saarland nur bei 38,3 Prozent der Fall. Die Empfehlung der Pflegestufe III bei vollstationärer Leistung wurde in Sachsen bei 12 Prozent aller Erstbegutachtungen und damit fast zehnmal so häufig ausgesprochen wie in der Region Nord, wo nur bei 1,3 Prozent der Antragsteller die dritte Stufe für angemessen gehalten wurde (MDS 2010: 27).

Die regionalen Varianzen in den Begutachtungsempfehlungen werden auf verschiedene Faktoren zurückgeführt.

**Tabelle 2: Ablehnungsquote Pflegebedürftigkeit und Profession der Gutachter (Leistungsart ambulant) im Jahr 2009**

MDK	Nicht Pflegedürftig	Gutachter: MDK-Arzt	Gutachter: MDK-Pflegefachkraft	Externer Gutachter
Meckl.-Vorp.	26,1 %	0,8 %	97,5 %	1,6 %
Westf.-Lippe	39,8 %	31,6 %	67,9 %	1,5 %

(Quelle: Eigene Zusammenstellung nach MDS 2010: 26, 36)

In den Anfangsjahren der Pflegeversicherung spielten Unterschiede in den Versorgungsstrukturen und -traditionen zwischen den ost- und den westdeutschen Bundesländern eine Rolle. Seitdem hat sich dieses strukturelle Ost-West-Gefälle jedoch deutlich reduziert und kann als Erklärung für die regionalen Varianzen nicht mehr herangezogen werden (vgl. MDS 1999: 25 f.). Eine Ursache können regional unterschiedliche soziodemographische Merkmale sein. So lässt sich der stärkere Anstieg bei der Zahl der Pflegebedürftigen in den neuen Bundesländern zwischen 2005 und 2007 »zumindest teilweise auf die ausgeprägte Hochaltrigkeit in Ostdeutschland« zurückführen (Rothgang u. a. 2010: 45). Zudem ist auch bei gleichem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Pflegebedürftigkeit in den neuen Bundesländern »generell höher« als in Westdeutschland (ebd.). Hier wäre allerdings zu fragen, ob dies epidemiologische begründet ist oder – zumindest partiell – auf eine unterschiedliche Begutachtungspraxis zurückzuführen ist. Eine mögliche Erklärung wären z. B. regional konzipierte und durchgeführte Gutachterschulungen, durch die die bundeseinheitlichen Vorgaben eine regionalspezifische Auslegung erhalten. Unterschiedliche Ablehnungsquoten und Stufenzuordnungen könnten zudem im Antragsverhalten der Versicherten begründet sein. Regional geprägte Informations- und Beratungsangebote zu den Leistungen der Pflegeversicherung kommen hier als Erklärungsansatz in Betracht.

### 3.2 Profession der Gutachter

Auf Grundlage der Gutachtenstatistik des MDK lässt sich die Frage aufwerfen, welchen Einfluss die Profession der Gutachter auf die Empfehlungen hat. So zeigt sich in einigen Beispielen ein

Zusammenhang zwischen einem hohen Anteil begutachtender Pflegefachkräfte und einer geringeren Ablehnungsquote der Anträge auf Pflegebedürftigkeit im ambulanten Bereich (vgl. Tabelle 2). Dagegen scheint ein hoher Anteil begutachtender Ärzte zu höheren Ablehnungsquoten zu führen.

Auch hinsichtlich der vorgeschlagenen Pflegestufen zeigt sich ein gewisser Zusammenhang zwischen der Profession der Gutachter und der vorgeschlagenen Pflegestufe. So wird die Pflegestufe III im vollstationären Leistungsbereich am häufigsten in Sachsen vorgeschlagen. Dort sind fast ausschließlich Pflegefachkräfte in Diensten des MDK für die Begutachtung zuständig. Der geringste Anteil an Empfehlungen der Pflegestufe III findet sich dagegen in der Region Nord, wo ein größerer Anteil begutachtender Ärzte und externer Gutachter (für die keine Berufsangaben vorliegen) tätig ist (MDS 2010: 27, 37).

Auch wenn es aufgrund fehlender Daten schwierig ist, hier eindeutige kausale Zusammenhänge herzustellen, können die angeführten Zahlen als ein Indiz dafür gelten, dass die Anwendung der Begutachtungsrichtlinien und die Auslegung der Einstufungskriterien in einem Zusammenhang mit dem beruflichen Hintergrund des Gutachters stehen. Die aufgeführten Beispiele legen die Vermutung nahe, dass ärztliche Gutachter in der Tendenz zu einer restriktiveren Auslegung der Begutachtungskriterien neigen als begutachtende Pflegefachkräfte. Ein solcher Zusammenhang könnte auch zumindest einen Teil der Unterschiede in den regionalen Begutachtungsergebnissen erklären, da die MDK ihren Gutachterpool hinsichtlich der beruflichen Herkunft unterschiedlich zusammenstellen.

### 3.3 Parameter soziale Herkunft

Die vorliegenden sozialepidemiologischen Daten belegen deutlich, dass untere Sozialschichten einem erhöhten Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko ausgesetzt sind (vgl. z. B. Mielck 2005). Dass dies auch für das Risiko einer möglichen Pflegebedürftigkeit gilt, haben Borchert und Rothgang anhand der Daten einer Pflegekasse nachgewiesen. Insbesondere bei der Feststellung einer »erheblichen Pflegebedürftigkeit (Stufe I) macht sich die soziale Herkunft nachhaltig bemerk-

bar. So haben Männer aus gering qualifizierten Berufsgruppen ein um 37 bis 59 Prozent erhöhtes Risiko, im Verlauf ihres Lebens pflegebedürftig zu werden (Borchert/Rothgang 2008: 228). Auch wenn dieser Effekt in den höheren Pflegestufen nachlässt zeigt sich eine deutliche Wirkung sozialer Ungleichheitsstrukturen bei der Pflegebedürftigkeit. Dies steht zumindest partiell im Widerspruch zu den Ergebnissen eines kleinräumigen Vergleichs der Begutachtungsergebnisse des MDK in Schleswig-Holstein. Dabei wurde festgestellt, dass die geringste Selbständigkeit in der Pflegestufe III bei Antragstellern begutachtet wurde, die in wohlhabenderen Wohngebieten beheimatet sind (»Ordnungsräume«). Die Autoren führen dies u. a. auf das unterschiedliche Anspruchsverhalten und differierende Selbstwahrnehmungen der Befragten zurück (Pritzkuweit/Erben 2001: 202). Im Begutachtungsprozess kommen danach nicht nur objektive, medizinisch-pflegerische Sachverhalte zum Tragen, die ja gegenläufige Ergebnisse erwarten ließen, sondern sozial geprägte, subjektive Deutungen der eigenen Situation.

Die soziale Herkunft prägt zudem die Verfügbarkeit über soziales und kulturelles Kapital (soziale Netzwerke, Bildungsstand etc.). Dies macht sich u. a. in dem ungleich verteilten Wissen über eigene Ansprüche gegenüber den Leistungsträgern sowie hinsichtlich der Kriterien der Leistungsgewährung bemerkbar. Hinzu kommt die ebenfalls in unterschiedlichem Maße vorhandene Fähigkeit, eigene Interessen und Wünsche in der Interaktion mit Gutachtern und anderen Vertretern des Pflegesystems durchzusetzen. Diese »milieuspezifischen Stärken und Schwächen« kommen nicht nur im Begutachtungsprozess zum Tragen, sondern beeinflussen die Selbstbestimmungschancen und die Versorgungsqualität der Betroffenen insgesamt. »Soziale Ungleichheit setzt sich somit nicht nur im Alter fort, sondern entfaltet bei Pflegebedürftigkeit zum Teil kumulative Wirkungen.« (Heusinger 2008: 313).

### 3.4 Unterschiede nach Geschlecht

Im Jahr 2009 waren mehr als zwei Drittel aller Pflegebedürftigen im Sinne des

SGB XI Frauen (Destatis 2011: 6). Insbesondere in der Gruppe der Hochbetagten (80 Jahre und älter) wird Pflegebedürftigkeit überwiegend zu einem weiblichen Phänomen. Hier macht sich einerseits die höhere Lebenserwartung von Frauen bemerkbar, andererseits spielt hier noch

## Es zeigt sich eine deutliche Wirkung sozialer Ungleichheitsstrukturen bei der Pflegebedürftigkeit.

die Dezimierung männlicher Alterskohorten durch den zweiten Weltkrieg eine Rolle. Auffällig ist, dass in der Begutachtung des MDK die Pflegebedürftigkeit von Frauen eher verneint wird als die von Männern. Zudem findet sich bei den als pflegebedürftig anerkannten Männern ein höherer Anteil mit der Empfehlung der Pflegestufen II und III, während bei pflegebedürftigen Frauen häufiger die Pflegestufe I empfohlen wird (MDS 2005: 34). Der MDS führt diese geschlechtsspezifischen Besonderheiten v.a. auf das Merkmal einer (nicht) bestehenden Partnerschaft zurück. Die fehlenden Unterstützungsmöglichkeiten bei den häufiger alleinlebenden älteren Frauen führen nach Auffassung des MDS zu einer subjektiv empfundenen Hilfebedürftigkeit. Dies bedeute jedoch nicht unbedingt einen ausreichenden Hilfebedarf entsprechend der sozialrechtlichen Vorschriften. Umgekehrt führe das häufigere Zusammenleben älterer Männer mit ihren Ehefrauen dazu, dass die benötigte Hilfe häufiger durch die Partnerin geleistet werde. Dadurch werde die Schwelle zur Antragstellung bei Männern oft erst dann überschritten, sobald die Partnerin nicht mehr in der Lage ist, den steigenden Hilfebedarf zu leisten. Dies erkläre sowohl die seltenere Antragstellung von Männern als auch die geringere Ablehnungsquote sowie die höheren Pflegestufenempfehlungen durch den MDK (ebd.: 36 f.).

Simon ging hingegen davon aus, dass der Begutachtungsprozess sowohl auf Seiten der Gutachter als auch bei den Antragstellern durch soziale »Deutungsmuster, Werthaltungen und Geschlechterstereotypen« beeinflusst werde. Selbstbilder und Auskunftsverhalten von Antragstellenden seien möglicher-

weise geschlechtsspezifisch geprägt und nähmen so Einfluss auf das Ergebnis der Begutachtung. Ähnliches gelte für die Gutachter, bei denen ebenfalls unbewusst wirkende Vorstellungen in den Interaktionsprozess einfließen »und zu einer Ungleichbehandlung und Benachteiligung bestimmter Gruppen von Antragstellenden führen können« (Simon 2004: 226). Ein »gender bias« aufgrund geschlechtsspezifischer Wahrnehmungen der individuellen Situation und des »health reporting behaviour« wird auch aus anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung berichtet (vgl. Babitsch 2008: 224 f.). Im Rahmen des Begutachtungsprozesses der Pflegeversicherung könnte er eine besondere Bedeutung besitzen, da er hier schon bei der Entscheidung über die Leistungsgewährung zu Geltung kommen würde. Eine systematische Berücksichtigung der mit dem biologischen und dem sozialen Geschlecht verbundenen Implikationen (»Gender Mainstreaming«) könnte daher zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und einer Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheit beitragen (vgl. Kolip/Lademann 2008).

### 3.5 Pflegebedürftigkeit von Migranten

Der Einfluss spezifischer Sozillagen und kulturell geprägter Einstellungen und Verhaltensmuster betrifft auch die Gruppe der Migranten. Die Ergebnisse einer Studie zu türkischen Migranten in der Region Westfalen-Lippe zeigen, dass diese Gruppe in der Pflegebegutachtung eine höhere Ablehnungsquote aufweist als die nicht türkischen Fälle (39 zu 25 Prozent) und bei einem festgestellten Pflegebedarf durchschnittlich niedrigeren Pflegestufen zugeordnet werden (Okken/Spallek/Razum 2008: 409 ff.). Die Autoren weisen darauf hin, dass diese Unterschiede weder auf die Altersstrukturen der beiden Gruppen, noch auf den besseren Gesundheitszustand türkischer Migranten zurückgeführt werden können. Sie gehen vielmehr davon aus, »dass insbesondere ältere Menschen mit einem türkischen Migrationshintergrund durch die lebenslange Kumulation der ungünstigen ökonomischen Verhältnisse und der überdurchschnittlichen körperlichen Belastung im Berufsleben eine im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung erhöhte

**Tabelle 3: Pflegestufenempfehlungen des MDK bei Erstbegutachtungen 1998–2009 (in Prozent)**

	Begutachtungsempfehlung	Berichtszeitraum		
		1998	2005	2009
Erstbegutachtung ambulant	Nicht pfl.-bed.	32,4	32,2	34,2
	Pflegestufe I	41,9	47,4	49,8
	Pflegestufe II	19,9	16,4	13,3
	Pflegestufe III	5,8	4,0	2,7
Erstbegutachtung stationär	Nicht pfl.-bed.	18,9	15,3	16,1
	Pflegestufe I	38,0	45,3	48,1
	Pflegestufe II	32,7	32,2	29,6
	Pflegestufe III	10,4	7,2	6,2

(Quellen: Eigene Zusammenstellung nach MDS 1998, 2007, 2010)

Pflegebedürftigkeit aufweisen (...)« (ebd.: 416). Auch eine »übersteigerte Antragstellung« der türkischen Gruppe ist nicht feststellbar. Eine mögliche Benachteiligung der türkischen Migranten könnte nach Ansicht der Autoren auf zwei Ebenen begründet sein. Auf Seiten der Antragsteller wird zum einen eine schlechtere Gesundheitsaufklärung und -bildung vermutet. Das Fehlen von Informationen hinsichtlich der Modalitäten der Leistungsgewährung in der Pflegeversicherung könnte zu einer höheren Ablehnungsquote führen. Zum anderen kommen kulturelle und sprachliche Verständigungsschwierigkeiten hinzu, die dazu beitragen können, dass türkischstämmige Personen »es nicht in dem Maße schaffen, ihre Hilfsbedürftigkeit den weitgehend deutschen Begutachtern zu beschreiben wie die größtenteils deutsche Vergleichsgruppe« (ebd.: 417). Eine zweite Erklärungsebene rückt die Deutungsmuster der Gutachter in den Mittelpunkt. Hier formulieren die Autoren die Vermutung, dass der Unterstützungsbedarf in türkischen Familien durch den Gutachter unbewusst geringer veranschlagt wird, weil ein »stärkerer innerfamiliärer Zusammenhang« angenommen wird (ebd.). Diese These unterstreicht die Bedeutung soziokulturell geprägter Vorstellungen auf Seiten der Gutachter, die zu einer Überformung der standardisierten Begutachtungskriterien und einer Verzerrung der Begutachtungsempfehlungen führen können.

### 3.6 Verschiebung zu niedrigeren Pflegestufen

Seit der Einführung der Pflegeversicherung nimmt der Anteil der Antragsteller, die mit der Pflegestufe III begutachtet werden, kontinuierlich ab, während insbesondere die Stufe I stark an Bedeutung gewonnen hat. Der Trend zur Empfehlung niedrigerer Pflegestufen durch die MDK-Gutachter vollzieht sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Im ambulanten Sektor ist er etwas stärker ausgeprägt. Wurde hier 1998 bei 41,9 Prozent aller Antragsteller die Pflegestufe I empfohlen, so lag der Anteil gut zehn Jahre später bei fast 50 Prozent. Gleichzeitig ging der Anteil der Pflegestufe III bei den Empfehlungen von 5,8 auf 2,7 Prozent zurück (vgl. Tabelle 3).

Auch wenn die Prognosen zur Entwicklung der Pflegebedürftigkeit stark variieren, sind sich die verschiedenen Autoren darin einig, dass es auch in den kommenden Jahrzehnten einen Anstieg der Zahl der Pflegebedürftigen geben wird (vgl. Gerlinger/Röber 2008: 15). Angesichts des in der Regel progredienten Verlaufs von Pflegebedürftigkeit ließe sich die Erwartung formulieren, dass die höheren Pflegestufen nicht an Bedeutung verlieren, sondern eher einen Bedeutungszuwachs erfahren werden. Der MDS erklärt den überproportionalen Zuwachs der Pflegestufe I mit einer Art »Aufbaueffekt«, der durch einen stärkeren Zugang aus Erstbegutachtungen sowie einem längeren Verbleib vieler (nicht-progredienter) Pflegebedürftiger

**Tabelle 4: Begutachtungsempfehlungen von MDK und Medicproof im Jahr 2010 (in Prozent)**

Einstufungen (Erstgutachten) ambulant		MDK	Medicproof
2010	nicht pflegebedürftig	34,0	26,0
	Pflegestufe I	50,8	51,8
	Pflegestufe II	12,6	18,8
	Pflegestufe III	2,6	3,4
Einstufungen (Erstgutachten) stationär			
2010	nicht pflegebedürftig	16,1	10,4
	Pflegestufe I	49,1	42,8
	Pflegestufe II	28,6	36,8
	Pflegestufe III	6,2	10,0

(Quellen: Eigene Zusammenstellung nach MDS 2011 und Medicproof 2011)

in der Stufe I erklärt wird. Neben dem schwächeren Zugang wird der relative Bedeutungsverlust der höheren Pflegestufen durch höhere Abgänge aufgrund des Versterbens von Pflegebedürftigen erklärt (MDS 2007: 21).

Denkbar wäre auch, dass sich die Verteilung der Pflegestufen aufgrund einer zurückgehenden Morbidität wandelt. Tatsächlich gibt es empirische Hinweise auf einen Zuwachs an Lebensjahren ohne Pflegebedürftigkeit. Dieser hält allerdings mit dem Anstieg der gesamten Lebenserwartung nicht Schritt. Im Ergebnis bedeutet dies nicht nur einen Zugewinn an gesunden Lebensjahren, sondern auch eine Ausdehnung der Jahre in Pflegebedürftigkeit. »Eine Kompression der Pflegebedürftigkeit auf einen kürzeren Abschnitt vor dem Tod zeigt sich also weder absolut noch relativ, bezogen auf die Lebenserwartung.« (Rothgang u. a. 2010: 131).

Auf das Spannungsverhältnis zwischen dem in der SPV verankerten Gebot der Beitragssatzstabilität (§ 70 SGB XI) und der Tätigkeit der MDK-Gutachter macht Simon aufmerksam. Der MDK handelt bei der Begutachtung als unabhängige Organisation, ist jedoch gleichzeitig eine Gemeinschaftseinrichtung der Pflegekassen. Mit seinen Empfehlungen, die die Grundlage für die Leistungsgewährung sind, übt er maßgeblichen Einfluss auf die Ausgabenentwicklung aus. Auch wenn es keine Hinweise auf eine bewusste Steu-

erung des Pflegestufenmix durch den MDK gibt, erscheint es auffällig, dass die Leistungsausgaben »nicht wesentlich stärker gestiegen sind als die Zahl der Leistungsempfänger« (Simon 2004: 226). Angesichts des Primats der Beitragssatzstabilität und der permanenten Diskussion um die Finanzierbarkeit der Pflegeversicherung erscheint es denkbar, dass diese Rahmenbedingungen die Gutachter des MDK – bewusst oder unbewusst – zu einer restriktiveren Begutachtungspraxis veranlassen.

### **Der Zuwachs an Lebensjahren ohne Pflegebedürftigkeit hält mit dem Anstieg der gesamten Lebenserwartung nicht Schritt.**

#### **3.7 Unterschiede zwischen Sozialer und Privater Pflegeversicherung**

Ähnlich wie in der Krankenversicherung existieren in der Pflegeversicherung zwei parallele Finanzierungssysteme: Die Soziale Pflegeversicherung, die an die GKV angekoppelt ist, und die Private Pflegeversicherung (PPV), die der PKV zugeordnet ist. Anträge auf Leistungen der Privaten Pflegeversicherung werden von Gutachtern der Medicproof GmbH geprüft. Ungeachtet aller institutionellen Unterschiede zwischen SPV und PPV gelten die gleichen sozialrechtlichen Begutachtungskriterien. Vergleicht man

die Begutachtungsempfehlungen von MDK und Medicproof, so zeigen sich deutliche Unterschiede in der Ablehnungsquote sowie in der Pflegestufenempfehlung. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich ist der Anteil der Antragsteller in der PPV, der als »nicht pflegebedürftig« eingestuft wird, deutlich geringer (vgl. Tabelle 4). Von den als pflegebedürftig erachteten Personen werden in der privaten Versicherung einem höheren Anteil die Pflegestufen II und III zuerkannt. Besonders deutlich ist der Unterschied im stationären Bereich, wo im Jahr 2010 die Pflegestufen II und III in der PPV für knapp 47 Prozent der Antragsteller empfohlen wurde, während diese Empfehlung in der SPV nur bei knapp 35 Prozent ausgesprochen wurde.

Die Krankheitslast der Versicherten im gesetzlichen System liegt über der der privat Versicherten. Dies hängt mit der unterschiedlichen Risikostruktur der beiden Versichertenpopulationen zusammen (vgl. Huber/Mielck 2010). Dies gilt auch für die Verteilung von schweren und chronischen Erkrankungen, die bei »ressourcenschwachen Gruppen« überproportional häufig auftreten. »Sie verfügen über ein im Vergleich zu allen übrigen Bevölkerungsgruppen erhöhtes Risiko, pflegebedürftig zu werden und damit verbunden einer häufigeren und längeren Abhängigkeit von personellen Hilfeleistungen formeller und informeller Art.« (Bauer/Büscher 2008: 29). Demnach wären zunächst eine höhere Pflegebedürftigkeit und ein größerer Anteil von Leistungsempfängern in der SPV zu erwarten. Betrachtet man den Anteil der Leistungsbezieher an den Versicherten insgesamt, so zeigt sich auch eine wesentlich höhere Leistungsempfängerquote in der SPV. Während etwa 3,3 Prozent aller SPV-Versicherten Leistungen aufgrund von Pflegebedürftigkeit der Stufen I bis III beziehen, liegt der Anteil in der PPV mit knapp 1,5 Prozent deutlich darunter (eigene Berechnungen nach BMG 2011). Fraglich ist allerdings, warum die Leistungsempfänger der SPV durchschnittlich eine geringere Pflegebedürftigkeit aufweisen sollen als diejenigen der PPV. Die Bundesregierung verneint eine großzügigere Bewilligungspraxis in der PPV und verweist auf den höheren Anteil an hochbetagten Antragstellern. Da im Al-

ter die Pflegebedürftigkeit ansteigt, liege die geringere Ablehnungsquote und das höhere Pflegestufenniveau in der PPV in der unterschiedlichen Morbidität

### **Fraglich ist allerdings, warum die Leistungsempfänger der SPV durchschnittlich eine geringere Pflegebedürftigkeit aufweisen sollen als diejenigen der PPV.**

der Antragsteller begründet (Deutscher Bundestag 2008: 24). Angesichts der erwähnten Unterschiede in Risikostruktur und Morbidität der Versichertenkollektive erscheint dieses Argument jedoch nicht völlig überzeugend. Die Existenz verschiedener Begutachtungsorganisationen und die unterschiedlichen Finanzierungsmechanismen und –probleme in der sozialen und privaten Pflegeversicherung legen die Vermutung nahe, dass die Begutachtungsdifferenzen auch mit der Trennung in zwei Versicherungssysteme zusammen hängen.

#### **4 Begutachtung zwischen Standardisierung und sozialer Interaktion**

Die Statistiken des MDK und der Pflegeversicherung sowie die herangezogenen wissenschaftlichen Studien machen auf eine Reihe von Auffälligkeiten in den Begutachtungsergebnissen und der Leistungsgewährung der Pflegeversicherung aufmerksam. Regionale, institutionelle, soziale, ökonomische und kulturelle Aspekte fließen offenbar in den Begutachtungsprozess ein. Das Ziel eines standardisierten und an objektiven, wissenschaftlich begründeten Kriterien ausgerichteten, bedarfsgerechten Verfahrens wird durch verschiedene Merkmale auf Seiten der Gutachter und der Antragsteller beeinträchtigt. Wie groß das Ausmaß solcher Verzerrungen ist, lässt sich anhand der vorliegenden Daten nicht präzise beziffern. Hier besteht weiterer Forschungsbedarf. Auch für die kausalen Zusammenhänge existieren unterschiedliche Erklärungsansätze, es zeichnet sich jedoch ab, dass die Begutachtungsergebnisse nicht vollständig auf medizinisch-pflegerische Aspekte zurückzuführen sind.

Trotz aller Standardisierung lässt die

Begutachtung einen »erheblichen Spielraum für Interpretationen« (Neufeld 2009: 64). Innerhalb des einheitlichen sozialrechtlichen Rahmens stehen Gutachtern und Antragstellern Handlungs- und Entscheidungsspielräume zur Verfügung. Diese sind sowohl durch institutionelle Merkmale geprägt (Soziale und Private Pflegeversicherung, Regionale Strukturen des MDK, Professionszugehörigkeit der Gutachter),

werden aber auch durch subjektive Deutungs- und Wahrnehmungsmuster, normative Orientierungen und soziokulturelle Stereotype ausgefüllt. Viele dieser Einflüsse werden vermutlich von den Gutachtern nicht bewusst wahrgenommen und verschaffen sich »quasi hinter dem Rücken« der Akteure Geltung (Simon 2004: 226). Die Feststellung systematischer Verzerrungen im Begutachtungsprozess ist somit keine Kritik an der Tätigkeit der Gutachter, sondern macht Beschränkungen der Standardisierbarkeit des Verfahrens deutlich, das wesentlich auf einem sozialen Interaktionsprozess beruht. Gleichwohl führen diese Einflüsse dazu, dass die Leistungsgewährung das Ziel der Bedarfsgerechtigkeit in Teilen verfehlt und bestehende gesundheitliche Ungleichheiten verfestigt werden.

Auf Seiten der Antragsteller machen sich Unterschiede nicht nur beim ökonomischen, sondern auch beim sozialen und kulturellen Kapital bemerkbar. Die Fähigkeiten zur Informationsaneignung, zur Interaktion und Kommunikation, die bei der Begutachtung eine nicht unwesentliche Rolle spielen, sind nicht in allen Bevölkerungsschichten gleichermaßen vorhanden. Soziale Netzwerke, Unterstützung durch Angehörige und Freunde sind in ressourcenschwachen Milieus schwerer mobilisierbar. Es kommt zu einer Kumulierung von Ungleichheiten: Das erhöhte Risiko unterer Sozialschichten, pflegebedürftig zu werden, geht mit geringeren Durchsetzungschancen im Verfahren der Leistungsgewährung einher.

Wenn es zutrifft, dass der Begutachtungsprozess in der Pflegeversicherung das Ziel, Pflegebedürftigen die notwendigen Leistungen zu gewähren, zumindest partiell verfehlt, dann stellt sich die Frage nach den möglichen Konsequen-

zen. Bei den Akteuren, die unmittelbar mit der Begutachtung befasst sind, wäre zuerst die Bereitschaft erforderlich, die verzerrenden Einflüsse anzuerkennen, um in einem zweiten Schritt Maßnahmen im Sinne einer geschlechter-, sozialschicht-, kultur- und migrationssensiblen Begutachtung zu ergreifen. Dies wäre die Voraussetzung dafür, solche Fragen innerhalb der Gutachterschulungen und den Qualitätssicherungsverfahren zu berücksichtigen und gegensteuernde Strategien und Instrumente zu entwickeln. Auf Seiten der Antragsteller wäre der Unterstützungsbedarf der ressourcenschwachen Zielgruppen zu ermitteln und geeignete Angebote in der Vorbereitung und der Durchführung der Begutachtung zu erstellen. Pflegestützpunkte, Pflegeberater und Case-Manager sind geeignete Ansätze, bleiben für die hier diskutierten Ungleichheitslagen jedoch weitgehend wirkungslos, wenn sie nicht auf die besonders bedürftigen Gruppen zugeschnitten werden. Schließlich ist auch die Makroebene gesundheitspolitischer Steuerung gefordert. Der systematischen Verzerrung, die durch die Parallelstruktur von Sozialer und Privater Pflegeversicherung entsteht, wären im Rahmen einer »Bürgerpflegeversicherung« zumindest die institutionellen Grundlagen entzogen.

## Literatur

- Babitsch, Birgit (2008):** Die Kategorie Geschlecht – Implikationen für die Analyse gesundheitlicher Ungleichheit. In: Tiesmeyer (u. a.) (Hrsg.), S. 217–232.
- Bauer, Ullrich / Büscher, Andreas (2008):** Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Dies. (Hrsg.): S. 7–45.
- Bauer, Ullrich / Büscher, Andreas (Hrsg.) (2008):** Soziale Ungleichheit und Pflege. Wiesbaden: VS.
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2011):** Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung. (online: [http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011\\_o8\\_Zahlen\\_und\\_Fakten\\_Pflegeversicherung.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/2011_o8_Zahlen_und_Fakten_Pflegeversicherung.pdf) Download am 04.10.2011).
- Borchert, Lars / Rothgang, Heinz (2008):** Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer/Bücher (Hrsg.), S. 215–237.
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2011):** Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige. Wiesbaden: Destatis. (online: <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Fachveroeffentlichungen/Sozialleistungen/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001099004.property=file.pdf> Download am 04.10.2011).
- Deutscher Bundestag (2008):** Unterrichtung durch die Bundesregierung. Vierter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. BT-Drucksache 16/7772.
- Diegmann-Hornig, Katja (2009):** Die Beurteilung von Pflegebedürftigkeit und Pflegeleistungen. In: Dies. (u. a.), S. 177–194.
- Diegmann-Hornig, Katja / Jurgschat-Geer, Heike / Beine, Matthias / Neufeld, Gudrun (2009):** Pflegebegutachtung. Lehrbuch für Sachverständige und Gutachter in der Pflege. Bern: Huber.
- Gerlinger, Thomas / Röber, Michaela (2009):** Die Pflegeversicherung. Bern: Huber.
- GKV-SV / MDS (2009):** Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches. Fassung vom 08. Juni 2009. Berlin: GKV-SV. (online: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI\\_Pflege\\_090608.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/BRI_Pflege_090608.pdf) Download am 04.10.2011).
- Heusinger, Josefine (2008):** Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer/Bücher (Hrsg.), S. 301–314.
- Huber, Johanna / Mielck, Andreas (2010):** Morbidität und Gesundheitsversorgung bei GKV- und PKV-Versicherten. Forschungsstand empirischer Studien. In: Bundesgesundheitsblatt 2010, Vol. 53, S. 925–938.
- Kolip, Petra / Lademann, Julia (2008):** Gender als zentrale Dimension sozialer Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Tiesmeyer (u. a.) (Hrsg.): S. 233–244.
- MDS (1999):** Pflegebericht des Medizinischen Dienstes. Berichtszeitraum 1998. Essen: MDS. (online: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/pflegebericht\\_1998.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/pflegebericht_1998.pdf) Download am 04.10.2011)
- MDS (2007):** Pflegebericht des Medizinischen Dienstes 2005. Essen: MDS. (online: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebericht\\_2005.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebericht_2005.pdf) Download am 04.10.2011).
- MDS (2010):** Begutachtungen des Medizinischen Dienstes für die Pflegeversicherung 2009. Essen: MDS. (online: [http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebegutachtung\\_2009.pdf](http://www.mds-ev.de/media/pdf/Pflegebegutachtung_2009.pdf) Download am 04.10.2011).
- Medicproof (2011):** Tätigkeitsbericht 2010. Köln: Medicproof GmbH. (online: [http://www.medicproof.de/fileadmin/user\\_upload/Bildmaterial/PDF/Medicproof\\_Taetigkeitsbericht\\_web.pdf](http://www.medicproof.de/fileadmin/user_upload/Bildmaterial/PDF/Medicproof_Taetigkeitsbericht_web.pdf) Download am 04.10.1022)
- Mielck, Andreas (2005):** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. Bern: Huber Verlag.
- Neufeld, Gudrun (2009):** Pflegerische Grundlagen. In: Diegmann-Hornig (u. a.), S. 13–68.
- Okken, Petra-Karin / Spallek, Jacob / Razum, Oliver (2008):** Pflege türkischer Migranten. In: Bauer/Bücher (Hrsg.), S. 396–422.
- Pritzkeleit, Ron / Erben, C.M. (2001):** Antragsverhalten und Pflegebedürftigkeit in der ambulanten Pflege nach SGB XI. Ein siedlungsstruktureller Ansatz. In: Das Gesundheitswesen 2001; 63, S. 200–204.
- Reuschenbach, Bernd (2011):** Definition und Abgrenzung des Pflegeassessments. In: Reuschenbach, Bernd / Mahler, Cornelia (Hrsg.): Pflegebezogene Assessmentinstrumente. Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern: Huber, S. 27–45.
- Rothgang, Heinz (u. a.) (2009):** GEK-Pflegebericht 2009. Schwerpunktthema: Regionale Unterschiede in der pflegerischen Versorgung. Schwäbisch Gmünd: GEK. (online: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2009/091118-Pflegereport-2009/PDF-Pflegereport.property=Data.pdf> Download am 04.10.2011).
- Rothgang, Heinz (u. a.) (2010):** Barmer GEK Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. Schwäbisch Gmünd: Barmer GEK. (online: <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2010/101130-Pflegereport/PDF-Pflegereport-2010.property=Data.pdf> Download am 04.10.2011)
- Simon, Michael (2003):** Pflegeversicherung und Pflegebedürftigkeit: Eine Analyse der Leistungsentwicklung in den Jahren 1997 bis 2001. efh-papers. Veröffentlichungsreihe der Evangelischen Fachhochschule Hannover P03–001. Hannover: Blumhardt Verlag.
- Simon, Michael (2004):** Die Begutachtung im Rahmen der sozialen Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zur Validität der Ergebnisse. In: J Public Health (2004) 12:218–228.
- SVR Gesundheit (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2005):** Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005.
- Tiesmeyer, Karin / Brause, Michaela / Lierse, Meike / Lukas-Nülle, Martina / Hehlmann, Thomas (Hrsg.):** Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung. Bern: Huber.