

Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege

Need for Care in Old Age: Characterization of Informal Caregivers and the Care Situation with Regard to Care Levels in Home Care



Autorinnen/Autoren

Antonia Keck , Anna Pendergrass, Elmar Gräbel

Institute

Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany

Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, geriatrische Pflege, Pflegegrade, Pflegestärkungsgesetz, pflegende Angehörige

Key words

Need for care, geriatric care, levels of care, care levels, informal caregivers

Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S3–S12

DOI 10.1055/a-2183-7198

ISSN 0949-7013

© 2024. The Author(s).

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

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse

Antonia Keck
Uniklinikum Erlangen
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Zentrum für Medizinische
Versorgungsforschung
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen
Germany
antonia.keck@uk-erlangen.de

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund In Deutschland können pflegebedürftige Personen durch Leistungen der Pflegekassen unterstützt werden. Dafür ist die offizielle Feststellung der Pflegebedürftigkeit notwendig, die seit Inkrafttreten des zweiten Pflegestärkungsgesetzes durch die Zuweisung von Pflegegraden – 1 bis 5 – erfolgt. Mit der Einführung der Pflegegrade sollten unter anderem Menschen mit Demenz stärker berücksichtigt werden. In diesem Beitrag werden die Pflegegrade durch Merkmale der Angehörigen- und Versorgungssituation beschrieben, um den Ist-Zustand abzubilden und Ansatzpunkte zur bedarfsorientierten Versorgung zu bieten.

Methodik Die Datenerhebung erfolgte im Rahmen der Querschnittsstudie „Benefits of being a caregiver“ durch eine bayernweite schriftliche Befragung pflegender Angehöriger zu Aspekten der Pflegesituation und dem gegenwärtigen und zukünftig gewünschtem Nutzungsverhalten von 15 Versorgungsangeboten. Zum Vergleich der Pflegegrade wurden Gruppenunterschiede mittels χ^2 -Tests und einfaktoriellen Varianzanalysen ermittelt. Die Effektstärkenmaße Odds Ratio und Cohen's *d* wurden bei signifikanten Gruppenunterschieden zum Vergleich zwischen den Pflegegraden 1 und 4 angegeben. Die Stichprobe umfasste 958 Fälle pflegebedürftiger Personen im Alter von mindestens 65 Jahren.

Ergebnisse Der Anteil von Menschen mit Demenz stieg mit dem Pflegegrad signifikant an. Bei den pflegenden Angehörigen nahmen die subjektive Belastung, funktionale Copingstrategien und das Pflegemotiv die pflegebedürftige Person nicht in ein Heim geben zu wollen, mit dem Pflegegrad zu. Bei höherem Pflegegrad wandten pflegende Angehörige signifikant mehr Zeit für die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und für Beaufsichtigung auf; sie erhielten häufiger informelle Hilfe und wohnten häufiger mit der pflegebedürftigen Person zusammen. Bei 9 der 15 untersuchten Versorgungsangebote (z. B. 24-h-Betreuung) stieg der gegenwärtige Nutzungsgrad signifikant mit Zunahme des Pflegegrads an. Insgesamt lag die Nutzungsrate der Angebote jedoch über alle Pflegegrade hinweg auf einem niedrigen Niveau ($M = 2,20$; $SD = 1,90$).

Schlussfolgerung Infolge des zweiten Pflegestärkungsgesetzes wird ein guter Zugang zu Leistungen der Pflegekasse für Menschen mit Demenz ermöglicht. Der steigende Zeitaufwand für die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens und für Beaufsichtigung wird durch die Pflegegrade abgebildet. Trotz steigender Belastung wurden Entlastungsangebote selten genutzt. Es empfiehlt sich, Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme von Entlastungs- und Beratungsangeboten auszubauen.

ABSTRACT

Objective In Germany, people in need of care can be supported by benefits from care insurance. Prerequisite is an official assessment of the need for care, which is carried out by assigning care levels (1 to 5) according to the Second Care Strengthening Act. One of the reasons for introducing care levels was to pay more attention to the needs of people with dementia. In this article, characterization of care levels were based on characteristics of care recipients, their relatives, and the care situation. The aim was to map the current state of health care and providing practical suggestions to improve health care.

Methods Data was collected as part of the cross-sectional study "Benefits of being a caregiver" by a written survey of informal caregivers throughout Bavaria on aspects of the care-

giving situation as well as on current and desired future use of 15 care services. To compare care levels, group differences were analyzed using χ^2 -tests and one-factor analysis of variance. The effect size measures odds ratio and Cohen's *d* were reported for significant group differences comparing care levels 1 and 4. The sample consisted of 958 cases of people in need of care aged 65 and above.

Results The proportion of people with dementia increased significantly with care level. For informal caregivers, subjective burdens, functional coping strategies, and the caregiving motive of not wanting to place the care recipient in a nursing home increased with care level. Informal caregivers of those with higher care levels spent significantly more time on supporting activities of daily living and supervision; they received more informal help, and more often lived together with the care recipient in a household. For 9 of the 15 care services surveyed (e. g. 24-h care), current use increased significantly with increasing care level. However, we recorded a low overall utilization rate of care services across all care levels ($M = 2.20$; $SD = 1.90$).

Conclusions As a result of the Second Care Strengthening Act, people with dementia get good access to care insurance benefits. The increasing amount of time required for assisting in activities of daily living and supervision is reflected by care levels. Despite the increasing caregiving burdens, care services are rarely used. Therefore, we recommend that measures to increase the use of support and counselling services be expanded.

ABKÜRZUNGEN

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
MD	Medizinischer Dienst
OR	Odds Ratio
pA	pflegende * r Angehörige * r (Singular und Plural)
PB	pflegebedürftige Person/en (Singular und Plural)
RUD	Resource Utilization in Dementia-Instrument

Einleitung

Aufgrund des demographischen Wandels wurde zur Absicherung bei Pflegebedürftigkeit und zur Stärkung häuslicher und ambulanter Pflege 1995 die Pflegeversicherung als „fünfte Säule“ der Sozialversicherung in Deutschland eingeführt. Die Pflegeversicherung gilt als „Teilleistungsversicherung“ und soll Pflegebedürftigkeit durch Geld- und Sachleistungen in Teilen kompensieren [1]. Anspruchsberechtigung und Leistungen der Pflegeversicherung sind im elften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) gesetzlich festgelegt. Seit ihrer Einführung wurden die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung fortlaufend diskutiert [2]. Insbesondere die Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs stand unter Kritik. Vor Inkrafttreten der Reform 2017 galten Personen sozialrechtlich als pflegebedürftig, die aus somatischen Gründen wie Krankheit oder

Behinderungen Unterstützung bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL; z. B. Körperpflege, Nahrungsaufnahme) benötigten. Psychische Veränderungen und deren Folgen durch chronische Erkrankungen hatten weniger Einfluss auf die damalige Einteilung in Pflegestufen [1, 3].

Somit führte diese Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs dazu, dass der Unterstützungsbedarf bestimmter Personengruppen nicht angemessen abgebildet wurde, wodurch diese seltener eine Pflegestufe und damit Sach- und Geldleistungen des SGB XI als Entlastungsmaßnahmen erhielten [1]. Dazu zählten unter anderem Menschen mit Demenz, die durch die Erkrankung neben der Hilfe bei ADL auch zunehmend auf die Unterstützung bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) – z. B. Mahlzeitenzubereitung, Einhaltung eines Medikamentenplanes – angewiesen sind und häufig Beaufsichtigung zur Vermeidung von Gefahrensituationen benötigen [4]. Die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V. kritisierte das eingeschränkte Verständnis von Pflegebedürftigkeit sowie die gesetzlich definierten Anspruchsvoraussetzungen für Leistungen der Pflegeversicherung und forderte eine Reform mit der Begründung, dass „Beaufsichtigung und Betreuung“ nach wie vor keine 'Verrichtung' im Sinne des SGB XI sind“ [5].

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurden durch die Weitening des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zusätzlich zu körperlichen auch psychische und geistige Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und Fähigkeiten und somit eine ganzheitliche Betrachtung von pflegebedürftigen Personen (PB) in den Vordergrund gerückt

[3, 6]. Damit einhergehend erfolgte der Einsatz eines neuen Begutachtungsinstrumentes, in dessen Rahmen verschiedene Aspekte aus sechs Lebensbereichen durch eine Punktevergabe zwischen 0 (kein Hilfebedarf) und 3 (voller Hilfebedarf) bewertet werden, um eine Pflegegradeinstufung in fünf Abstufungen zu ermöglichen (für nähere Informationen s. [7]). Durch diese Neuerung sollte eine noch stärker am Bedarf orientierte Ausrichtung der Leistungen für PB ermöglicht werden [1].

In der vorliegenden Arbeit soll analysiert werden, inwieweit sich die Pflegegrade – gemäß der aktuellen Einteilung – in Hinblick auf Charakteristika der PB, der pflegenden An- und Zugehörigen (pA) und der Pflege- sowie Versorgungssituation unterscheiden. Ziel der Arbeit ist die Abbildung des Ist-Zustandes sowie die Ableitung praktischer Implikationen, um eine bedarfsgerechte Ausrichtung der Versorgung zu fokussieren.

Methodik

Stichprobe

Im Rahmen der Querschnittsstudie „Benefits of Being a Caregiver“ wurden im Zeitraum von Oktober 2019 bis März 2020 von 50 Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern Fragebögen an 5.000 pA ausgehändigt. Die 50 Gutachtenden wurden vom MD Bayern repräsentativ für das Bundesland ausgewählt. Eine Begutachtung durch den MD ist gemäß des Pflegestärkungsgesetzes (SGB XI) notwendig, wenn Versicherte einen Erstantrag auf Pflegegradeinstufung oder einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads stellen. Nach der Begutachtung händigten die Gutachtenden den pA die Befragungsunterlagen inklusive kostenfreien Rückkuverts ohne Vorselektion aus – so lange, bis je Gutachtenden 100 Unterlagen verteilt waren. Die Rücksendung der Fragebögen durch die pA erfolgte freiwillig und auf Wunsch anonym. Insgesamt gingen 1082 ausgefüllte Fragebögen mit dem Einverständnis zur anonymisierten Datenverwendung bei der Studienzentrale Erlangen ein (Rücklaufquote 21,6%). Fälle, bei denen keine geriatrische Pflege vorlag (Alter der PB < 65; $n = 121$) und Fälle mit fehlenden Werten zur Versorgungssituation ($n = 3$) wurden von der Auswertung ausgeschlossen. Somit beruhen die Analysen der vorliegenden Arbeit auf 958 Datensätzen. Die vorliegende Studie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg geprüft und freigegeben (Nr.: 220_20 B).

Instrumente

Der Fragebogen umfasste soziodemographische Angaben, Aspekte der Pflegesituation und psychosoziale Aspekte, die mit Hilfe von Summenwertskalen erfasst wurden. Zur Erfassung der soziodemographischen Daten wurden Alter und Geschlecht der pA und der PB erhoben. Außerdem wurden der Pflegegrad der PB und die Ursache(n) der Pflegebedürftigkeit (z. B. Demenz, Schlaganfall, Krebs) zum Zeitpunkt der Begutachtung erfasst. Zusätzlich wurde die Berufstätigkeit und der Bildungsstand der pA sowie das Verwandtschaftsverhältnis zwischen pA und PB (die PB ist Schwieger-/Elternteil versus anderes Beziehungsverhältnis) erfasst. Zur Messung der gegenwärtigen subjektiven Pflegebelastung der pA wurde die Kurzversion der Häusliche-Pflege-Skala (HPS-k; [8]) verwendet.

Die HPS-k besteht aus 10 Items, die anhand einer vierstufigen Skala (0 = *stimmt nicht* bis 3 = *stimmt genau*) beantwortet werden (Range 0–30). Dabei steht ein höherer Summenwert für eine stärkere Belastung der pA [9]. Anhand der „Benefits of Being a Caregiver“-Skala (BBCS; [10]) wurden Zugewinne durch die Pflege (sogenannte Benefits) erfasst. Mittels 15 Items bewerteten die pA ihre Zugewinne durch die häusliche Pflege anhand einer 5-stufigen Likertskala (von 0 = *trifft gar nicht zu* bis 4 = *trifft voll zu*). Der Summenwert der Skala reicht von 0 bis 60, wobei höhere Werte auf mehr Zugewinne durch die Pflege schließen lassen.

Bewältigungsstrategien der pA in Bezug auf die Pflegeanforderungen wurden mit insgesamt sechs Items erfasst. Dabei wurden je zwei Items (fünfstufig, von 0 = *trifft gar nicht zu* bis 4 = *trifft voll zu*) aus dem Brief COPE-Fragebogen für vermeidendes, problemorientiertes und emotionsorientiertes Coping verwendet (Wertebereich je Subskala 0–8) [11]. Die aktuelle und die frühere (vor Beginn der Pflegebedürftigkeit) Beziehungsqualität zwischen pA und PB wurde anhand von Emoticons verschiedener Kategorien (positives, neutrales oder negatives Gesicht) eingeschätzt. Aufgrund der Annahme einer sozial erwünschten Antworttendenz wurde davon ausgegangen, dass die neutralen Einschätzungen eher als negativ zu werten sind. Daher erfolgte für die Auswertung eine Dichotomisierung durch Zusammenfassen der neutralen und der negativen Kategorie. Ferner wurde das vordergründige Pflegemotiv der pA erfasst, indem diese aus sieben vorgegebenen Motiven (z. B. Pflege aus Zuneigung, kein Pflegeplatz gefunden) das für sie primäre auswählte.

Zur Abbildung der Pflegesituation erfolgte die Einschätzung der aktuellen Pflegesituation und der aktuellen Bewältigung der Pflegesituation auf einer 10-stufigen Skala (1 = *positiv* bis 10 = *negativ* beziehungsweise 1 = *gelingt mir vollständig* bis 10 = *gelingt mir gar nicht*). Außerdem wurde das Zusammenwohnen von pA und PB erfasst. Neben der Dauer der häuslichen Pflege (in Monaten) wurde in Anlehnung an den Resource Utilization in Dementia (RUD, [12]) die Zeit (in Stunden pro Tag) erfasst, die die pA zur Unterstützung bei ADL (z. B. Körperpflege) und IADL (z. B. Arzneimittelleinnahme) und zur Beaufsichtigung der PB aufwendete. Ferner wurde aktuell vorhandene informelle Hilfe (z. B. von Freunden, Angehörigen) sowie der Wunsch nach mehr informeller Hilfe erfragt.

Zur Erfassung der Versorgungssituation gaben die pA gemäß des Needs-Konzepts nach Stirling et al. [13] zu 15 Unterstützungsangeboten (s. ► **Tab. 2**) an, ob sie das Angebot gegenwärtig nutzen (ja oder nein; „expressed need“), ob sie den Wunsch nach einer gegenwärtig intensiveren Nutzung haben (ja oder nein; „felt need I“) oder – für den Fall, dass gegenwärtig keine Nutzung erfolgte – ob der Wunsch nach zukünftiger Nutzung besteht (ja oder nein; „felt need II“).

Statistische Analysen

Die statistischen Analysen erfolgten mit IBM SPSS Version 28.0. Zur deskriptiven Beschreibung wurden absolute und relative Häufigkeiten, Mittelwerte und Standardabweichungen für die gesamte Stichprobe sowie separat für PB mit (noch) keinem Pflegegrad und für PB mit Pflegegrad 1 bis 4 berechnet. Da die Daten im Rahmen der Begutachtung von Erstanträgen oder Anträgen auf Höherstufung des Pflegegrades erhoben wurden, war ein Pflegegrad 5 zum Zeitpunkt der Befragung nicht plausibel. Daher wurden Datensätze mit Pflegegrad 5 aus den Analysen ausgeschlossen. Zur Unter-

► **Tab. 1** Charakteristika der Stichprobe im Hinblick auf die pflegebedürftigen Personen, die pflegenden Angehörigen und die Pflegesituation.

Variablen	Pflegegrad							p ^{a,b}	ES ^{c,d,e}
	Kohorte	kein	1	2	3	4			
	M(SD) oder n (%) (N=958)	M(SD) oder n (%) (n=190)	M(SD) oder n (%) (n=136)	M(SD) oder n (%) (n=315)	M(SD) oder n (%) (n=211)	M(SD) oder n (%) (n=106)			
Pflegebedürftige Personen									
Alter (Jahre) ^a	82,1 (7,0)	81,8 (7,0)	81,5 (6,0)	81,8 (7,1)	83,1 (7,3)	82,7 (7,5)	0,229	0,18 ^d	
Geschlecht (Frauen) ^b	642 (67,0)	131 (68,9)	98 (72,1)	214 (67,9)	126 (59,7)	73 (68,9)	0,229	1,17 ^c	
Erkrankungen									
Demenz (ja) ^b	364 (38,0)	48 (25,3)	44 (32,4)	114 (36,2)	94 (44,5)	64 (60,4)	0,006	3,19 ^c	
Schlaganfall (ja) ^b	145 (15,1)	18 (9,5)	18 (13,2)	51 (16,2)	37 (17,5)	21 (19,8)	0,709	1,62 ^c	
Krebs (ja) ^b	121 (12,6)	21 (11,1)	17 (12,5)	40 (12,7)	28 (13,3)	15 (14,2)	0,984	1,15 ^c	
Altersschwäche (ja) ^b	538 (56,2)	107 (56,3)	88 (64,7)	169 (53,7)	116 (55,0)	58 (54,7)	0,363	0,66 ^c	
sonstige (ja) ^b	337 (35,3)	75 (39,5)	46 (33,8)	117 (37,3)	70 (33,3)	29 (27,4)	0,550	0,74 ^c	
Pflegende Angehörige									
Alter (Jahre) ^a	62,1 (12,6)	62,5 (12,6)	60,6 (13,5)	62,2 (12,2)	62,5 (12,5)	62,1 (13,2)	0,728	0,11 ^d	
Geschlecht (Frauen) ^b	724 (75,6)	144 (75,8)	97 (71,3)	241 (76,5)	166 (78,7)	76 (71,7)	0,550	0,98 ^c	
Berufstätigkeit (ja) ^b	459 (47,9)	92 (48,4)	69 (50,7)	152 (48,3)	97 (46,0)	49 (46,2)	0,908	0,84 ^c	
Bildung (Jahre) ^a	10,7 (2,7)	10,8 (2,8)	10,6 (2,5)	10,7 (2,7)	10,4 (2,3)	11,1 (3,1)	0,240	0,18 ^d	
Verwandtschaftsverhältnis (Schwieger-/Elternteil, ja) ^b	586 (61,2)	106 (55,8)	89 (65,4)	198 (62,9)	125 (59,2)	68 (64,2)	0,773	0,95 ^c	
Subjektive Pflegebelastung ^{a,f}	16,7 (7,5)	15,8 (7,6)	15,7 (7,6)	16,4 (7,3)	17,9 (12,3)	18,6 (7,1)	0,015	0,39 ^d	
Benefits ^{a,g}	26,1 (12,3)	25,9 (12,4)	25,2 (12,1)	25,8 (12,3)	26,9 (12,3)	26,8 (12,8)	0,709	0,13 ^d	
Vermeidendes Coping ^a	6,2 (1,6)	6,0 (1,7)	6,1 (1,5)	6,3 (1,5)	6,1 (1,5)	6,3 (1,6)	0,468	0,13 ^d	
Problemorientiertes Coping ^a	4,0 (2,0)	3,9 (2,0)	4,0 (2,1)	3,8 (2,0)	4,3 (1,8)	4,5 (2,1)	0,025	0,29 ^d	
Emotionsorientiertes Coping ^a	3,7 (2,2)	3,6 (2,2)	3,6 (2,2)	3,6 (2,2)	3,8 (2,3)	4,3 (2,3)	0,132	0,31 ^d	
Aktuelle Beziehungsqualität (positiv) ^b	551 (57,5)	117 (61,6)	85 (62,5)	178 (56,5)	116 (55,0)	55 (51,9)	0,588	0,65 ^c	
Frühere Beziehungsqualität (positiv) ^b	568 (59,3)	119 (62,6)	86 (63,2)	191 (60,6)	116 (55,0)	56 (52,8)	0,456	0,65 ^c	
Pflegethema									
Zuneigung (ja) ^b	458 (47,8)	95 (50,0)	62 (45,6)	154 (48,9)	103 (48,8)	44 (41,5)	0,709	0,86 ^c	
Kein Pflegeplatz vorhanden (ja) ^b	19 (2,0)	2 (1,1)	4 (2,9)	6 (1,9)	5 (2,4)	2 (1,9)	0,957	0,64 ^c	
Gefühl der Verpflichtung (ja) ^b	321 (33,5)	73 (38,4)	43 (31,6)	101 (32,1)	75 (35,5)	29 (27,4)	0,709	0,82 ^c	
Pflegeplatz zu teuer (ja) ^b	41 (4,3)	6 (3,2)	7 (5,1)	12 (3,8)	11 (5,2)	5 (4,7)	0,936	0,91 ^c	
Wunsch der gepflegten Person (ja) ^b	198 (20,7)	30 (15,8)	25 (18,4)	69 (21,9)	48 (22,7)	26 (24,5)	0,773	1,44 ^c	
Wunsch, die PB nicht in ein Heim zu geben (ja) ^b	235 (24,5)	31 (16,3)	31 (22,8)	66 (21,0)	64 (30,3)	43 (40,6)	0,006	2,31 ^c	
Pflegesituation									
Zusammenwohnen (ja) ^b	505 (52,7)	89 (46,8)	59 (43,4)	155 (49,2)	132 (62,6)	70 (66,0)	0,006	2,54 ^c	
Pflegedauer (Monate) ^a	48,3 (78,6)	50,9 (69,3)	39,0 (40,5)	44,1 (78,5)	54,5 (108,3)	56,1 (57,6)	0,379	0,35 ^d	
ADL (Stunden/Tag) ^a	2,7 (2,2)	1,9 (1,8)	2,4 (2,4)	2,3 (1,8)	3,4 (2,3)	4,3 (2,9)	0,006	0,72 ^d	
IADL (Stunden/Tag) ^a	3,5 (2,3)	3,3 (2,5)	3,4 (2,3)	3,4 (2,3)	3,7 (2,0)	3,7 (2,0)	0,550	0,14 ^d	
Beaufsichtigung (Stunden/Tag) ^a	2,7 (3,3)	1,8 (2,6)	2,0 (2,7)	2,3 (2,8)	3,8 (3,7)	4,4 (4,0)	0,006	0,72 ^d	
Informelle Hilfe erhalten (ja) ^b	576 (60,1)	101 (53,2)	76 (55,9)	183 (58,1)	140 (66,4)	76 (71,7)	0,065	2,00 ^c	
Mehr informelle Hilfe erwünscht (ja) ^b	582 (60,8)	110 (57,9)	78 (57,4)	191 (60,6)	139 (65,9)	64 (60,4)	0,615	1,13 ^c	
Bewertung der Pflegesituation ^a	4,8 (2,1)	4,5 (2,0)	4,9 (2,2)	4,7 (2,0)	4,8 (2,1)	5,2 (2,4)	0,306	0,13 ^d	
Bewältigung der Pflegesituation ^a	3,1 (2,0)	3,1 (2,2)	3,6 (2,3)	2,9 (1,8)	3,0 (1,8)	3,2 (2,0)	0,018	-0,18 ^d	

Anmerkungen. Pflegegrad 5 wurde aufgrund der Befragungsumstände als nicht plausible Angabe nicht berücksichtigt. Vermeidende, emotionsfokussierte und problemfokussierte Copingstrategien wurden mit je 2 Items des Brief COPE Fragebogens erhoben. ES = Effektstärke; PB = pflegebedürftige Person; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. ^aANOVA für metrische Variablen. ^bχ²-Test für dichotome Variablen (df = 3, α = 0,05). ^cOdds Ratio für nicht-metrische Variablen. ^dCohen's d für metrische Variablen. ^eES bezogen auf den Vergleich von Pflegegrad 1 und 4. ^fSubjektive Pflegebelastung = HPS-k (Kurzfassung der Häusliche-Pflege-Skala; Range: 0–30); ^gBenefits = Benefits of Being a Caregiver-Skala (Range: 0–60). Alle p-Werte sind bezogen auf den Gruppenvergleich der Pflegegrade 1–4 unter Anwendung der Benjamini-Hochberg Methode.

suchung von deskriptiven Gruppenunterschieden zwischen den Pflegegraden wurden χ^2 -Tests für nicht-metrische Variablen und einfaktorielles Varianzanalyse (ANOVA) für metrische Variablen berechnet. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0,05$ festgelegt. Die Kategorie „kein Pflegegrad“ wurde aufgrund der ausstehenden Pflegegradeinstufung sowie der anzunehmenden heterogenen Ausprägung der Pflegebedürftigkeit nicht in die Berechnung von Gruppenunterschieden einbezogen. Zur Korrektur der Alpha-Fehler-Kumulierung bei multiplem Testen wurde die Benjamini-Hochberg Methode [14] verwendet. Für Variablen mit signifikanten Gruppenunterschieden wurden Effektstärken für den Unterschied zwischen Pflegegrad 1 und Pflegegrad 4 berechnet. Für nicht-metrische Variablen wurde Odds Ratio (OR) und für metrische Variablen Cohen's d berechnet. Ein OR = 1,5 (beziehungsweise $d = 0,20$) wird als kleiner, ein OR = 2,5 (beziehungsweise $d = 0,50$) als mittlerer und ein OR = 4 (beziehungsweise $d = 0,80$) als starker Effekt bezeichnet [15–17].

Ergebnisse

Variablen der häuslichen Pflege

Die Ergebnisse zu den Variablen der häuslichen Pflege werden unterteilt in die Bereiche „Pflegebedürftige Person“ (PB), „pflegende Angehörige“ (pA) und „Pflegesituation“ (► **Tab. 1**). In jedem der Bereiche werden zuerst die Variablen mit signifikanten Unterschieden zwischen den Pflegegraden (1 bis 4) berichtet und dann die Merkmale der Gesamtstichprobe, bei denen keine Abhängigkeit zu den Pflegegraden festgestellt werden konnte.

Bei den Variablen der PB gab es nur für den Anteil von Demenzerkrankungen einen signifikanten Unterschied zwischen den Pflegegraden: Der Anteil der PB mit Demenz stieg von 32 % bei Pflegegrad 1 auf 60 % bei Pflegegrad 4 (► **Tab. 1**). Die PB in der gesamten Stichprobe waren durchschnittlich 82 Jahre alt und zu zwei Drittel Frauen.

Hinsichtlich der Variablen der pA zeigte sich zwischen den Pflegegraden ein signifikanter Unterschied in der subjektiven Pflegebelastung. Von Pflegegrad 1 zu Pflegegrad 4 stieg der HPS-k-Summenwert um 10 % der Spannweite an. Weiterhin wiesen die pA bei Pflegegrad 4 häufiger funktionale Copingstrategien auf als bei Pflegegrad 1: Die Mittelwerte für emotions- und problemorientiertes Coping stiegen jeweils um etwa ein Zehntel der Spannweite an. Ferner gab es zwischen den Pflegegraden einen signifikanten Unterschied im Pflegemotiv. Bei Pflegegrad 4 gaben die pA mit 41 % fast doppelt so häufig wie bei Pflegegrad 1 als primäres Pflegemotiv den Wunsch an, die PB nicht in ein Heim zu geben. Die pA der Gesamtstichprobe waren durchschnittlich 62 Jahre alt und zu drei Viertel Frauen. Etwa die Hälfte war zum Zeitpunkt der Befragung berufstätig. Das durchschnittliche Bildungsniveau lag bei 11 Jahren Schulbesuchszeit. Eine Mehrheit von fast zwei Drittel der pA pflegten ein (Schwieger-) Elternteil. Etwas mehr als die Hälfte der pA schätzte die aktuelle sowie die frühere Beziehungsqualität zwischen pA und PB positiv ein. Zuneigung war bei knapp der Hälfte der pA das primäre Pflegemotiv. Bei einem Drittel war es das Gefühl der Verpflichtung und bei einem Fünftel der Wunsch der PB nach einer Pflege im eigenen Zuhause. Ein zu teurer (4 %) oder nicht vorhandener (2 %) Pflegeplatz waren eher seltene Pflegemotive.

Im Hinblick auf die Pflegesituation gab es einen signifikanten Unterschied in der Häufigkeit des Zusammenwohnens von pA und PB. Während bei Pflegegrad 1 etwas weniger als die Hälfte der pA mit der PB in einem Haushalt wohnte, war dies bei Pflegegrad 4 in zwei Drittel der Fälle zu beobachten. Weiterhin unterschied sich der Zeitaufwand für ADL-Unterstützung und für Beaufsichtigung zwischen den Pflegegraden, indem er von Pflegegrad 1 zu Pflegegrad 4 für beide Bereiche im Durchschnitt um zwei Stunden anstieg und sich somit verdoppelte. In der subjektiven Einschätzung zeigten die pA bei Pflegegrad 4 eine bessere Bewältigung der Pflegesituation, die sich im Vergleich zum Pflegegrad 1 um 4 % der Spannweite der zehnstufigen Skala unterschied. In der Gesamtstichprobe erhielten etwa 60 % der pA informelle Hilfe durch Freunde und Verwandte. Die Pflegedauer lag in der Gesamtstichprobe durchschnittlich bei vier Jahren. Für die Unterstützung bei IADL wurden im Durchschnitt vier Stunden täglich aufgewandt. Die Mehrheit aller pA (61 %) wünschte sich mehr informelle Hilfe. Die Pflegesituation wurde auf der 10-stufigen Skala von der gesamten Stichprobe mit 5 bewertet und lag damit genau in der Mitte zwischen negativem und positivem Pol.

Versorgungssituation

Expressed need: Gegenwärtige Nutzung von Unterstützungsangeboten

Die durchschnittliche Anzahl genutzter Unterstützungsangebote unterschied sich signifikant zwischen den Pflegegraden und war mit durchschnittlich drei genutzten Unterstützungsangeboten bei Pflegegrad 4 mehr als doppelt so hoch wie bei Pflegegrad 1 (► **Tab. 2**). Für die folgenden Unterstützungsangebote gab es signifikante Unterschiede zwischen den Pflegegraden (mit abnehmender Effektstärke): 24-Stunden-Betreuung, Verhinderungspflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege, Betreuungsdienst, ärztliche Versorgung, ambulanter Pflegedienst und Fahrdienst. Dabei wurde die 24-Stunden-Betreuung bei Pflegegrad 4 von einem Viertel der pA und damit vierzigmal häufiger als bei Pflegegrad 1 genutzt. Die Nutzungsrate der Verhinderungspflege stieg von 2 % bei Pflegegrad 1 auf ein Drittel bei Pflegegrad 4. Tages- und Kurzzeitpflege wurden bei Pflegegrad 4 jeweils von einem Fünftel der pA und somit zehnmal häufiger genutzt als bei Pflegegrad 1. Die Nutzungshäufigkeit des Betreuungsdienstes verfünffachte sich von Pflegegrad 1 auf Pflegegrad 4 von 2 % auf 10 %. Auch die Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung und des ambulanten Pflegedienstes war bei Pflegegrad 4 mit jeweils zwei Dritteln etwa doppelt so häufig wie bei Pflegegrad 1. Die Nutzungsrate des Fahrdienstes stieg von 8 % bei Pflegegrad 1 auf 20 % bei Pflegegrad 4 an. Ein Viertel der Gesamtstichprobe nahm die Haushaltshilfe in Anspruch, ein Fünftel nutzte nicht-medikamentöse Heilmittel. Essen auf Rädern wurde von 12 % und die Angehörigenberatung von 7 % genutzt. Betreuungs- und Angehörigengruppe sowie der Pflegekurs wurden jeweils von etwa 2 % in Anspruch genommen.

Felt need I: Wunsch nach gegenwärtig intensiverer Nutzung

Die pA, die das jeweilige Angebot gegenwärtig nutzten, wurden gefragt, ob Sie sich gegenwärtig eine intensivere Nutzung wünschen (ja oder nein). Derartige Wünsche (s. ► **Tab. 2**) lagen in der Stichprobe für die 15 untersuchten Unterstützungsangebote im

► **Tab. 2** Versorgungssituation in Hinblick auf die tatsächlich erfolgte gegenwärtige Nutzung („expressed need“), auf den Wunsch nach gegenwärtig intensiverer Nutzung („felt need I“) und auf den Wunsch nach einer zukünftigen Nutzung („felt need II“).

Variablen	Pflegegrad						p ^{a,b}	ES ^{c,d,e}
	Kohorte	kein	1	2	3	4		
	M(SD) oder n (%) (N=958)	M(SD) oder n (%) (n=190)	M(SD) oder n (%) (n=136)	M(SD) oder n (%) (n=315)	M(SD) oder n (%) (n=211)	M(SD) oder n (%) (n=106)		
Versorgungssituation								
Expressed need								
Ambulanter Pflegedienst (ja) ^b	368 (38,4)	32 (16,8)	50 (36,8)	119 (37,8)	101 (47,9)	66 (62,3)	0,006	2,84 ^c
Betreuungsdienst (ja) ^b	48 (5,0)	6 (3,2)	3 (2,2)	12 (3,8)	16 (7,6)	11 (10,4)	0,040	5,13 ^c
24-h Betreuung (ja) ^b	60 (6,3)	4 (2,1)	1 (0,7)	7 (2,2)	24 (11,4)	24 (22,6)	0,006	39,51 ^c
Verhinderungspflege (ja) ^b	103 (10,8)	5 (2,6)	2 (1,5)	34 (10,8)	29 (13,7)	33 (31,1)	0,006	30,29 ^c
Haushaltshilfe (ja) ^b	241 (25,2)	4 (2,1)	34 (25,0)	79 (25,1)	67 (31,8)	30 (28,3)	0,555	1,18 ^c
Essen auf Rädern (ja) ^b	112 (11,7)	21 (11,1)	16 (11,8)	41 (13,0)	25 (11,8)	9 (8,5)	0,773	0,67 ^c
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) ^b	201 (21,0)	28 (14,7)	27 (19,9)	63 (20,0)	50 (23,7)	33 (31,1)	0,245	1,83 ^c
Tagespflege (ja) ^b	70 (7,3)	5 (2,6)	2 (1,5)	20 (6,3)	22 (10,4)	21 (19,8)	0,006	16,55 ^c
Betreuungsgruppe (ja) ^b	16 (1,7)	2 (1,1)	1 (0,7)	5 (1,6)	6 (2,8)	2 (1,9)	0,709	2,56 ^c
Kurzzeitpflege (ja) ^b	59 (6,2)	2 (1,1)	3 (2,2)	14 (4,4)	18 (8,5)	22 (20,8)	0,006	11,61 ^c
Angehörigenberatung (ja) ^b	66 (6,9)	6 (3,2)	6 (4,4)	27 (8,6)	19 (9,0)	8 (7,5)	0,615	1,77 ^c
Angehörigengruppe (ja) ^b	23 (2,4)	1 (0,5)	2 (1,5)	7 (2,2)	8 (3,8)	5 (4,7)	0,550	3,32 ^c
Pflegekurs (ja) ^b	25 (2,6)	3 (1,6)	2 (1,5)	7 (2,2)	5 (2,4)	8 (7,5)	0,661	5,47 ^c
Fahrdienst (ja) ^b	99 (10,3)	14 (7,4)	11 (8,1)	25 (7,9)	28 (13,3)	21 (19,8)	0,015	2,81 ^c
Ärztliche Versorgung (ja) ^b	409 (42,7)	59 (31,1)	41 (30,1)	134 (42,5)	104 (49,3)	71 (67,0)	0,006	4,70 ^c
Anzahl genutzter Unterstützungsangebote ^a	2,0 (1,9)	1,2 (1,5)	1,5 (1,5)	1,9 (1,8)	2,5 (1,9)	3,4 (1,9)	0,006	1,13 ^d
Felt need I								
Ambulanter Pflegedienst (ja) ^b	50 (5,2)	3 (1,6)	11 (8,1)	18 (5,7)	10 (4,7)	8 (7,5)	0,709	0,93 ^c
Betreuungsdienst (ja) ^b	8 (0,8)	6 (3,2)	1 (0,7)	2 (0,6)	4 (1,9)	0 (0,0)	0,550	– ^f
24-h Betreuung (ja) ^b	4 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (0,9)	1 (0,9)	0,709	– ^f
Verhinderungspflege (ja) ^b	13 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,6)	4 (1,9)	4 (3,8)	0,356	– ^f
Haushaltshilfe (ja) ^b	42 (4,4)	4 (2,1)	7 (5,1)	15 (4,8)	10 (4,7)	6 (5,7)	0,984	1,12 ^c
Essen auf Rädern (ja) ^b	5 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,9)	0 (0,0)	0,053	– ^f
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) ^b	23 (2,4)	5 (2,6)	3 (2,2)	8 (2,5)	5 (2,4)	2 (1,0)	0,984	0,85 ^c
Tagespflege (ja) ^b	11 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,6)	2 (0,9)	4 (3,8)	0,240	0,43 ^c
Betreuungsgruppe (ja) ^b	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,773	– ^f
Kurzzeitpflege (ja) ^b	6 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (1,4)	2 (1,0)	0,394	– ^f
Angehörigenberatung (ja) ^b	4 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	0 (0,0)	2 (1,9)	0,296	– ^f
Angehörigengruppe (ja) ^b	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,773	– ^f
Pflegekurs (ja) ^b	3 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,9)	0,646	– ^f
Fahrdienst (ja) ^b	9 (0,9)	1 (0,5)	2 (1,5)	3 (1,0)	1 (0,5)	2 (1,9)	0,773	1,29 ^c
Ärztliche Versorgung (ja) ^b	17 (1,8)	0 (0,0)	2 (1,5)	7 (2,2)	4 (1,9)	4 (3,8)	0,773	2,63 ^c
Felt need II								
Ambulanter Pflegedienst (ja) ^b	242 (25,3)	79 (41,6)	43 (31,6)	72 (22,9)	35 (16,6)	13 (12,3)	0,006	0,30 ^c
Betreuungsdienst (ja) ^b	256 (26,7)	56 (29,5)	46 (33,8)	72 (22,9)	56 (26,5)	26 (24,5)	0,267	0,64 ^c
24-h Betreuung (ja) ^b	151 (15,8)	21 (11,1)	26 (19,1)	47 (14,9)	38 (18,0)	19 (17,9)	0,773	0,92 ^c
Verhinderungspflege (ja) ^b	304 (31,7)	67 (35,3)	49 (36,0)	98 (31,1)	70 (33,2)	20 (18,9)	0,083	0,41 ^c
Haushaltshilfe (ja) ^b	336 (35,1)	85 (44,7)	58 (42,6)	113 (35,9)	50 (28,0)	21 (19,8)	0,006	0,33 ^c
Essen auf Rädern (ja) ^b	202 (21,1)	49 (25,8)	34 (25,0)	68 (21,6)	36 (17,1)	15 (14,2)	0,267	0,50 ^c
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) ^b	200 (20,9)	48 (25,3)	41 (30,1)	62 (19,7)	34 (16,1)	15 (14,2)	0,018	0,38 ^c
Tagespflege (ja) ^b	223 (23,3)	39 (20,5)	36 (26,5)	79 (25,1)	51 (24,2)	18 (17,0)	0,550	0,57 ^c

► **Tab. 2** Fortsetzung.

Variablen	Pflegegrad						p ^{a,b}	ES ^{c,d,e}
	Kohorte	kein	1	2	3	4		
	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>N</i> =958)	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>n</i> =190)	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>n</i> =136)	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>n</i> =315)	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>n</i> =211)	<i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> (<i>n</i> =106)		
Betreuungsgruppe (ja) ^b	162 (16,9)	31 (16,3)	25 (18,4)	53 (16,8)	41 (19,4)	12 (11,3)	0,550	0,57 ^c
Kurzzeitpflege (ja) ^b	250 (26,1)	47 (24,7)	39 (28,7)	84 (26,7)	60 (28,4)	20 (18,9)	0,516	0,58 ^c
Angehörigenberatung (ja) ^b	231 (24,1)	56 (29,5)	37 (27,2)	72 (22,9)	47 (22,3)	19 (17,9)	0,611	0,58 ^c
Angehörigengruppe(ja) ^b	109 (11,4)	28 (14,7)	15 (11,0)	33 (10,5)	23 (10,9)	10 (9,4)	0,984	0,84 ^c
Pflegekurs (ja) ^b	147 (15,3)	31 (16,3)	20 (14,7)	45 (14,3)	35 (16,6)	16 (15,1)	0,957	1,03 ^c
Fahrdienst (ja) ^b	235 (24,5)	48 (25,3)	41 (30,1)	81 (25,7)	50 (23,7)	15 (14,2)	0,102	0,38 ^c
Ärztliche Versorgung (ja) ^b	125(13,09)	35 (18,4)	17 (12,5)	41 (13,0)	24 (11,4)	8 (7,5)	0,706	0,57 ^c

Anmerkungen. Pflegegrad 5 wurde aufgrund der Befragungsumstände als nicht plausible Angabe nicht berücksichtigt. ES = Effektstärke. ^aANOVA für metrische Variablen. ^bχ²-Test für dichotome Variablen (*df*=3; α=0,05). ^cOdds Ratio für nicht-metrische Variablen. ^dCohen's *d* für metrische Variablen. ^eAlle ES sind bezogen auf den Vergleich von Pflegegrad 1 und 4. ^fES nicht berechenbar aufgrund von *n*=0 bei Pflegegrad 1 und/oder 4. Alle *p*-Werte sind bezogen auf den Gruppenvergleich der Pflegegrade 1–4 unter Anwendung der Benjamini-Hochberg Methode.

Bereich zwischen 0,1 % (Angehörigengruppe und Betreuungsgruppe) und 5,2 % (ambulanter Pflegedienst). Da für neun der 15 Versorgungsangebote bei Pflegegrad 1 und/oder Pflegegrad 4 keine pA einen Wunsch nach intensiverer Nutzung angab, konnten in diesen Fällen keine Effektstärken berechnet werden. Insgesamt ergaben sich aufgrund der niedrigen Werte für kein Versorgungsangebot relevante Unterschiede zwischen den Pflegegraden.

Felt need II: Wunsch nach zukünftiger Nutzung

Die pA, die das jeweilige Angebot gegenwärtig nicht nutzten, wurden gefragt, ob Sie sich für die Zukunft eine Nutzung wünschen (ja oder nein). Für die folgenden Unterstützungsangebote gab es signifikante Unterschiede zwischen den Pflegegraden (mit abnehmender Effektstärke): Nicht-medikamentöse Heilmittel, Haushaltshilfe und ambulanter Pflegedienst. Dabei lag der Wunsch nach zukünftiger Nutzung des ambulanten Pflegedienstes bei Pflegegrad 1 bei einem Drittel und war damit etwa dreimal so hoch wie bei Pflegegrad 4. Der Wunsch nach zukünftiger Nutzung nicht-medikamentöser Heilmittel halbierte sich von etwa einem Drittel bei Pflegegrad 1 auf 14 % bei Pflegegrad 4. Der Wunsch nach einer Haushaltshilfe halbierte sich ebenfalls von Pflegegrad 1 auf Pflegegrad 4 (von 43 % auf 20 %). In der Gesamtstichprobe wünschte sich etwa ein Drittel der pA, in Zukunft die Verhinderungspflege zu nutzen. Jeweils etwa ein Viertel der pA wünschte sich, zukünftig Betreuungsdienst, Tagespflege, Kurzzeitpflege und Angehörigenberatung zu nutzen. Ein Fünftel wünschte sich die Nutzung von Essen auf Rädern. Der Wunsch, an einer Betreuungsgruppe teilzunehmen bestand bei 17 % der pA, während 16 % sich die zukünftige Nutzung der 24-Stunden-Betreuung und 15 % die zukünftige Teilnahme an einem Pflegekurs wünschten. Bei einem Zehntel der pA bestand jeweils der Wunsch nach zukünftiger Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und nach zukünftiger Teilnahme an einer Angehörigengruppe.

Diskussion

Die Ergebnisse der Querschnittsstudie bestätigen, dass ein wesentliches Ziel, das mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs verbunden war – nämlich psychische Beeinträchtigungen und deren Auswirkungen auf die Selbstständigkeit im Alltag deutlich zu berücksichtigen – erreicht wurde. Der hohe Anteil von PB mit Demenz in Pflegegrad 4 impliziert, dass eine Demenzerkrankung durch das neue Begutachtungsinstrument häufig zu einer Einstufung der PB als „schwer in Selbstständigkeit und Fähigkeiten beeinträchtigt“ führt. Die Lebensbereiche „kognitive und kommunikative Fähigkeiten“ (z. B. Verstehen, Entscheiden) und „Verhaltensweisen und psychische Problemlagen“ (z. B. nächtliche Unruhe, Ängste, Aggressionen) [7] des neuen Begutachtungsinstruments zielen besonders auf die Berücksichtigung von PB mit Demenz ab, da Einschränkungen in diesen Bereichen zum Krankheitsbild zählen [3, 18, 19]. Mit zunehmender Krankheitsschwere wirken sich die Krankheitssymptome bei Demenz auch auf die Lebensbereiche „selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen“ (z. B. eigenständige Medikamenteneinnahme) und „Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte“ (z. B. eigenständige Tagesgestaltung) [7] aus, sodass sich das Demenzsyndrom auch auf diese Bereiche des seit 2017 gültigen Begutachtungsinstruments auswirkt. Das Demenzsyndrom wird also mehrdimensional in den Pflegegraden abbildet.

Aber auch die „klassischen“ Einschränkungen einer chronischen, die körperlichen Funktionen beeinträchtigenden Erkrankung (z. B. bei Halbseitenlähmung nach Schlaganfall) finden entsprechenden Eingang in die Pflegegrade. Dies zeigt die mit dem Pflegegrad signifikant ansteigende Pflegezeit in Stunden pro Tag für „reine“ ADL-Tätigkeiten, also Unterstützung bei Körperpflege, Nahrungsaufnahme, Mobilität und Toilettenbenutzung. Hier besteht eine Parallele zum ehemaligen Pflegebedürftigkeitsbegriff vor Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes, der die Zuweisung der Pflegestufen hauptsächlich am zeitlichen Unterstützungsbedarf bei der Verrichtung von ADL festmachte [2]. In der mit steigendem

Pflegegrad deutlich zunehmenden Beaufsichtigungszeit scheint sich ferner die Reform des Pflegebedürftigkeitsbegriffes im Sinne der mit fortschreitender chronischer Erkrankung notwendigen Beaufsichtigung widerzuspiegeln. Dieser Bedarf wird insbesondere – aber nicht nur – bei PB mit Demenz [4, 20] relevant, da hier etwa selbstgefährdende Verhaltensweisen mit Zunahme der Krankheitschwere häufiger werden. Dies spiegelt sich dann in einer Zunahme der Beaufsichtigungszeit mit Zunahme des Pflegegrades wider.

Für den Zeitaufwand zur Unterstützung bei IADL zeigte sich kein Unterschied zwischen den Pflegegraden. So lagen in der vorliegenden Arbeit bereits bei relativ geringer Pflegebedürftigkeit deutliche Defizite im IADL-Bereich vor, also z. B. bei der Benutzung von Telefon oder bei der Arzneimittelleinnahme. Der durchschnittliche zeitliche Pflegeaufwand in diesem Bereich war nicht mit dem Pflegegrad assoziiert. Bereits in früheren Untersuchungen bei PB mit Demenz zeigte sich mit zunehmendem Demenzschweregrad kein Anstieg im Zeitaufwand für IADL-Unterstützung, wohl aber für ADL-Unterstützung und Beaufsichtigung [20]. Weiterhin kommen Einschränkungen im Bereich IADL bei Menschen über 65 Jahren – und zwar unabhängig von der Pflegeursache – insgesamt etwa doppelt so häufig vor wie ADL-Einschränkungen [21, 22]. Somit scheinen Schwierigkeiten bei der Verrichtung von IADL aufgrund deren Komplexität [23] deutlich früher zu entstehen als bei der Verrichtung von ADL, wobei das Ausmaß der notwendigen Kompensation durch die pA bei höherem Pflegegrad nicht weiter zuzunehmen scheint. Dies zeigt sich zumindest in unseren Querschnittsdaten im interindividuellen Vergleich. Dieses Ergebnis sollte allerdings im intraindividuellen Verlauf im Rahmen von Längsschnittdaten überprüft werden.

In der vorliegenden Arbeit zeigte sich eine mit dem Pflegegrad ansteigende Nutzung von Entlastungsangeboten, die der pA eine zeitlich begrenzte „Auszeit“ von der Pflege ermöglichen (z. B. für eigene Erledigungen; bei Urlaub oder Krankheit). Dazu zählen Betreuungsdienst, Tagespflege, 24-Stunden-Betreuung sowie Verhinderungs- und Kurzzeitpflege. Dies steht in Einklang mit dem bei höherem Pflegegrad festgestellten höheren Zeitaufwand für die Pflege. Außerdem steigt der Anspruch auf Sachleistungen und damit die Finanzierbarkeit von Entlastungsangeboten mit steigenden Pflegegrad deutlich an. Dadurch wird in höheren Pflegegraden die Nutzung der genannten Angebote ohne zusätzlichen finanziellen Eigenaufwand von PB und/oder pA ermöglicht. Allerdings ist in Anbetracht der bereits bei niedrigen Pflegegraden beobachtbaren hohen subjektiven Belastung der pA [9] die insgesamt überwiegend niedrige Rate der Inanspruchnahme der Entlastungsangebote auffällig. Entsprechend der geringen Nutzungsrate von Entlastungsangeboten bei pA [24–26] wird der Großteil der Pflege- und Beaufsichtigungsleistung allein durch die pA verrichtet. Die Ursachen für die geringe Nutzung der Entlastungsangebote sind vielfältig, wie zum Beispiel Ablehnung durch die PB, begrenzte Verfügbarkeit, aber auch fehlendes Wissen über die Angebote [24, 27–31]. Gerade dem letztgenannten Aspekt könnte professionelle Angehörigenberatung entgegenwirken, in deren Rahmen unter anderem Informationen zu Entlastungsmöglichkeiten vermittelt werden und die zusätzlich selbst entlastend wirken kann [32]. Doch auch die Angehörigenberatung wies eine durchweg geringe Nutzungsrate von unter zehn Prozent in jedem Pflegegrad auf. Auffällig ist, dass hier kein Zusammenhang der Nutzungsrate mit den

Pflegegraden zu beobachten ist, obwohl die mit dem Pflegegrad steigende objektive Belastung eine Zunahme von Beratungsanlässen vermuten lässt. Studien zu den Gründen für Nicht-Nutzung von Angehörigenberatung identifizierten die Unkenntnis über dieses Angebot, den subjektiv empfundenen fehlenden Bedarf und Zugangsbarrieren als Einflussfaktoren [33–36]. Proaktive Gegenmaßnahmen, wie beispielsweise die Kontaktierung der pA durch die Beratungsstellen – Stichwort „zugehende Beratung“ – könnten zu einer höheren Nutzungsrate führen [36]. Diese Entwicklung wäre sehr zu wünschen, um etwa schwierige Situationen für die pA frühzeitig einer Lösung zuzuführen oder zumindest eine Abschwächung ihrer negativen Auswirkungen auf pA und PB zu bewirken.

Insgesamt ist weiterführende Forschung zur Identifikation von Gründen für die geringe Nutzung von Entlastungs- und Beratungsangeboten notwendig. Um diese Versorgungslücke zu schließen, sollten neue Strategien entwickelt werden, um Angebote bedarfsgerecht zu gestalten und pA zur Inanspruchnahme zu motivieren.

Limitationen und Stärken

Als Einschränkungen der Studie sind zu nennen, dass nur wenige Informationen über die PB, insbesondere keine ärztlich-medizinischen Daten, vorliegen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es sich um eine Befragung der pA handelte. Weiterhin sind in der Stichprobe Personen, die bisher keinen Pflegegrad beantragt hatten oder Personen mit Pflegegrad 5 – keine Möglichkeit auf Höherstufung des Pflegegrads – nicht enthalten, da die Verteilung der Befragungsunterlagen durch den MD Bayern erfolgte. Außerdem handelt es sich um Querschnittsdaten, die keine Rückschlüsse auf zeitliche Veränderungen zulassen. Weiterhin sind die Stichprobenergebnisse regional auf Bayern einzuschränken. Für die Pflegebedürftigkeit älterer gesetzlich versicherter Menschen in Bayern scheint die Stichprobe jedoch repräsentativ zu sein. Ein breites Feld von Ursachen der Pflegebedürftigkeit wird abgebildet.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Der deutlich ansteigende relative Anteil von PB mit Demenz bei zunehmendem Pflegegrad spricht dafür, dass durch den reformierten Pflegebedürftigkeitsbegriff der Unterstützungsbedarf von PB mit Demenz in den Pflegegraden merklich berücksichtigt wird.
- Bei höherem Grad der Pflegebedürftigkeit besteht ein größerer Zeitbedarf für ADL-Pflege und Beaufsichtigung, jedoch nicht für IADL-Pflege.
- Obwohl die Nutzung der meisten untersuchten Entlastungsangebote mit steigendem Pflegegrad zunimmt, besteht insgesamt nur eine minderheitliche Nutzung.
- Strategien zur Stärkung der Inanspruchnahme von Angehörigenberatung sowie konkreter Entlastungsangebote sollten zur Entlastung der pflegenden Angehörigen entwickelt, erprobt und umgesetzt werden.

Danksagung

Die Autor*innen bedanken sich vielmals bei allen teilnehmenden pflegenden Angehörigen für die Beantwortung der Fragen und bei den Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern für die Verteilung der Fragebögen. Besonderer Dank gilt der G. & I. Leifheit Stiftung, die diese Studie ermöglicht hat.

Die vorliegende Arbeit wurde von Antonia Keck als Teil der Erfüllung der Voraussetzungen für die Erlangung des Doktorgrads „Dr. rer. biol. hum.“ an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) durchgeführt.

Ethische Richtlinien

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission (Votums-Nr. 220_20 B), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

Fördermittel

Die Studie ‚Benefits of Being a Caregiver‘ wurde durch die G. & I. Leifheit Stiftung gefördert.

Interessenkonflikt

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

Literatur

- [1] Kimmel A, Breuninger K. Pflegereform 2017. Das Gesundheitswesen 2016; 78: 477–488. DOI: 10.1055/s-0042-101411
- [2] Roth G. Fünf Jahre Pflegeversicherung in Deutschland: Funktionsweise und Wirkungen. Sozialer Fortschritt 2000; 49: 184–192
- [3] Wingenfeld K. Der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff. In: Pflege im Wandel gestalten – Eine Führungsaufgabe. Berlin, Heidelberg. Springer; Berlin Heidelberg: 2017: 39–46
- [4] Neubauer S, Holle R, Menn P et al. Measurement of informal care time in a study of patients with dementia. Int Psychogeriatr 2008; 20: 1160. DOI: 10.1017/S1041610208007564
- [5] Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Die Pflegeversicherung. Pressemitteilung 2005
- [6] Buchmann K-P. Aus Pflegestufen werden Pflegegrade. Heilberufe 2016; 68: 50–51. DOI: 10.1007/s00058-016-2342-x
- [7] BARMER Pflegekasse. Vom Punktwert zum Pflegegrad. Die Bewertungssystematik der Pflegebegutachtung 2020
- [8] Gräßel E. Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen. 2. Auflage. Ebersberg: Vless Verlag; 2001
- [9] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burdens: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. BMC Geriatr 2014; 14: 23. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23
- [10] Pendergrass A, Weiß S, Rohleder N et al. Validation of the Benefits of Being a Caregiver Scale (BBCS) – further development of an independent characteristic of informal caregiving. BMC Geriatr 2023; 23: 26. DOI: 10.1186/s12877-022-03650-y
- [11] Carver CS. You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope. Int J Behav Med 1997; 4: 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- [12] Wimo ANGJW et al. Assessment of informal services to demented people with the RUD instrument. Int J Geriatr Psychiatry 2000; 15: 969–971
- [13] Stirling C, Andrews S, Croft T et al. Measuring dementia carers' unmet need for services - an exploratory mixed method study. BMC Health Serv Res 2010; 10: 122. DOI: 10.1186/1472-6963-10-122
- [14] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the False Discovery Rate: A Practical and Powerful Approach to Multiple Testing. Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological) 1995; 57: 289–300. DOI: 10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x
- [15] Cohen J. Statistical Power Analysis. Curr Dir Psychol Sci 1992; 1: 98–101. DOI: 10.1111/1467-8721.ep10768783
- [16] Rosenthal JA. Qualitative Descriptors of Strength of Association and Effect Size. J Soc Serv Res 1996; 21: 37–59. DOI: 10.1300/J079v21n04_02
- [17] Maher JM, Markey JC, Ebert-May D. The Other Half of the Story: Effect Size Analysis in Quantitative Research. CBE – Life Sciences Education 2013; 12: 345–351. DOI: 10.1187/cbe.13-04-0082
- [18] Lyketsos CG, Carrillo MC, Ryan JM et al. Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. Alzheimer's & Dementia 2011; 7: 532–539. DOI: 10.1016/j.jalz.2011.05.2410
- [19] Gale SA, Acar D, Daffner KR. Dementia. Am J Med 2018; 131: 1161–1169. DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.01.022
- [20] Wang H, Gao T, Wimo A et al. Caregiver Time and Cost of Home Care for Alzheimer's Disease: A Clinic-based Observational Study in Beijing, China. Ageing Int 2010; 35: 153–165. DOI: 10.1007/s12126-010-9056-1
- [21] Gaertner B, Busch MA, Scheidt-Nave C et al. Journal of Health Monitoring | 4/2019 | Aktivitätseinschränkungen im Alter in DE und EU. Journal of Health Monitoring 2019; 4: DOI: 10.25646/6220.2
- [22] Ćwirlej-Sozańska A, Wiśniowska-Szurlej A, Wilmonska-Pietruszyńska A et al. Determinants of ADL and IADL disability in older adults in southeastern Poland. BMC Geriatr 2019; 19: 297. DOI: 10.1186/s12877-019-1319-4
- [23] Feger DM, Willis SL, Thomas KR et al. Incident Instrumental Activities of Daily Living Difficulty in Older Adults: Which Comes First? Findings From the Advanced Cognitive Training for Independent and Vital Elderly Study. Front Neurol 2020; 11: DOI: 10.3389/fneur.2020.550577
- [24] Lamura G, Mnich E, Wojszel B et al. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen. Z Gerontol Geriatr 2006; 39: 429–442. DOI: 10.1007/s00391-006-0416-0
- [25] Lethin C, Leino-Kilpi H, Roe B et al. Formal support for informal caregivers to older persons with dementia through the course of the disease: an exploratory, cross-sectional study. BMC Geriatr 2016; 16: 32. DOI: 10.1186/s12877-016-0210-9
- [26] Robinson KM, Buckwalter K, Reed D. Differences Between Dementia Caregivers Who are Users and Nonusers of Community Services. Public Health Nurs 2013; 30: 501–510. DOI: 10.1111/phn.12041
- [27] Bieber A, Bartoszek G, Stephan A et al. Formelle und informelle Unterstützung der häuslichen Pflege bei Demenz: Eine Mixed-Method Studie im Rahmen des Actifcare Projekts. Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 2018; 139: 17–27. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.11.004

- [28] Brodaty H, Thomson C, Thompson C et al. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20: 537–546. DOI: 10.1002/gps.1322
- [29] Leocadie M-C, Roy M-H, Rothan-Tondeur M. Barriers and enablers in the use of respite interventions by caregivers of people with dementia: an integrative review. *Archives of Public Health* 2018; 76: 72. DOI: 10.1186/s13690-018-0316-y
- [30] Schwinger A. TC; KJ. Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege. Eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs K; KA; GS; KJ; SA, Hrsg. *Pflegereport 2016*. Stuttgart. 2016: 189–216
- [31] Clemmensen TH, Lauridsen HH, Andersen-Ranberg K et al. „I know his needs better than my own“ – carers' support needs when caring for a person with dementia. *Scand J Caring Sci* 2021; 35: 586–599. DOI: 10.1111/scs.12875
- [32] Gallagher-Thompson D, Coon DW. Evidence-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychol Aging* 2007; 22: 37–51. DOI: 10.1037/0882-7974.22.1.37
- [33] Gräßel E, Luttenberger K, Trilling A et al. Counselling for dementia caregivers – predictors for utilization and expected quality from a family caregiver's point of view. *Eur J Ageing* 2010; 7: 111–119. DOI: 10.1007/s10433-010-0153-5
- [34] Scheuermann J-S, Gräßel E, Pendergrass A. Predictors of expressed, felt, and normative needs for informal caregiver counseling. *Z Gerontol Geriatr* 2022; 56: 395–401. DOI: 10.1007/s00391-022-02097-5
- [35] Grossfeld-Schmitz M, Donath C, Holle R et al. Counsellors contact dementia caregivers - predictors of utilisation in a longitudinal study. *BMC Geriatr* 2010; 10: 24. DOI: 10.1186/1471-2318-10-24
- [36] Toseland RW, McCallion P, Gerber T et al. Predictors of health and human services use by persons with dementia and their family caregivers. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1255–1266. DOI: 10.1016/S0277-9536(01)00240-4