

# Das Gesundheitswesen

*Supplement*

S1/2024

**Pflegebedürftigkeit  
im Alter –  
Implikationen für das  
Gesundheitswesen**



# Pflegebedürftigkeit im Alter – Implikationen für das Gesundheitswesen

**OPEN  
ACCESS**


Anna Pendergrass



Elmar Gräßel

## Institute

Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung, Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen

## Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S1–S2

DOI 10.1055/a-2189-0322

ISSN 0941-3790

© 2024. The Author(s).

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

Georg Thieme Verlag, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

## Korrespondenzadresse

Dr. Anna Pendergrass

Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung  
Bereich Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie  
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
[anna.pendergrass@uk-erlangen.de](mailto:anna.pendergrass@uk-erlangen.de)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,  
liebe Leserinnen und Leser,

in Deutschland weisen knapp fünf Millionen Menschen einen Pflegegrad auf und gelten somit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes als pflegebedürftig. Über 80 % davon werden zu Hause versorgt – der Großteil überwiegend durch An- und Zugehörige, die in diesem Editorial als Pflegenden bezeichnet werden. In sechs für die Weiterentwicklung der Versorgungssituation und für die Politik bedeutsamen Beiträgen soll die häusliche Pflege beleuchtet werden. Dabei sind die Beiträge durch eine methodische und inhaltliche Vielfalt gekennzeichnet. Sie beruhen auf einer Sekundärdatenanalyse von Daten, die im Rahmen der von der G. u. I. Leifheit-Stiftung geförderten Studie „Benefits of Being a Caregiver“ („Zugewinne durch die Pflege“) erhoben wurden. Für diese Querschnittsstudie wurden zwischen Oktober 2019 und März 2020 insgesamt 5.000 Fragebögen von 50 Pflegegutachtenden des Medizinischen Diensts (MD) Bayern an pflegende An- und Zugehörige – repräsentativ für das Bundesland Bayern – verteilt. Die Befragten betreuten oder pflegten eine gesetzlich versicherte Person, die beim MD entweder einen Erstantrag oder einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads nach Sozialgesetzbuch XI gestellt hatte.

Die Beiträge konzentrieren sich auf drei relevante Themengebiete der häuslichen Pflege. Im ersten Abschnitt werden der aktuelle Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Merkmale der Pflegegrade analysiert. Im zweiten Abschnitt werden die ambulanten Entlastungsangebote und ihre allgemeine Inanspruchnahme näher betrachtet. Vertieft werden in diesem Zusammenhang die Charakteristika der Nutzung des ambulanten Pflegedienstes und der Tagespflege. Im letzten Abschnitt geht es um die Zusammenhänge zwischen der häuslichen Pflege und der Erwerbstätigkeit der Pflegenden. Gerade

im Hinblick auf die steigende Zahl der Pflegebedürftigen und den immer größer werdenden Fachkräftemangel in Deutschland sind wissenschaftlich fundierte Ergebnisse unerlässlich, um dieser Entwicklung sozialpolitisch wirksam entgegenwirken zu können.

Keck et al. beschreiben in ihrem Artikel die für die Pflegegrade charakteristische Angehörigen-, Pflege- und Versorgungssituation. Die Ergebnisse zeigen, dass der Bedarf von Menschen mit Demenz durch den aktuellen Pflegebedürftigkeitsbegriff und die Pflegegrade deutlich abgebildet wird. Gleichzeitig erweist sich der Zeitaufwand für die Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens als ein ausschlaggebender Faktor für die Zuweisung des Grades der Pflegebedürftigkeit. Obwohl die Pflegegrade die steigende Belastung Pflegenden abbilden, werden Entlastungsangebote insgesamt nur minderheitlich genutzt [1].

Scheerbaum et al. vertiefen die Ergebnisse von Keck et al. und vergleichen in einem ersten Überblick die gegenwärtige und die künftig beabsichtigte Inanspruchnahme von acht ambulanten Entlastungsangeboten für Pflegebedürftige und deren Pflegenden. Es wird berichtet, dass zwei Fünftel der Pflegenden gegenwärtig keines der untersuchten ambulanten Entlastungs- bzw. Unterstützungsangebote nutzen. Jedoch möchte die Mehrheit dieser bisherigen Nicht-Nutzenden mindestens zwei der Angebote in Zukunft in Anspruch nehmen. Die Ergebnisse zeigen, dass zwischen der gegenwärtigen Inanspruchnahme der Nutzenden und der künftig beabsichtigten Inanspruchnahme der Nicht-Nutzenden bei allen Angeboten, bis auf den ambulanten Pflegedienst, eine deutliche Diskrepanz vorliegt. Dies legt nahe, dass in den nächsten Jahren auf Deutschland eine erhöhte Nachfrage nach ambulanten Entlastungsleistungen zukommen wird. Die Ergebnisse zeigen ferner, dass Pflegenden von Pflegebedürftigen mit Demenz subjektiv und objektiv stärker belastet sind [2].

In einem weiteren Beitrag von Scheerbaum et al. werden die Charakteristika für die Nutzung des ambulanten Pflegedienstes unter die Lupe genommen, denn der ambulante Pflegedienst ist mit über 1 Mio. Nutzenden das am häufigsten genutzte Unterstützungs-/Entlastungsangebot in Deutschland. Es wird berichtet, dass Pflegende, die bisher keine Sachleistungen erhalten, bereits einen zukünftigen Bedarf nach Unterstützung seitens des ambulanten Pflegedienstes angeben. Etwa die Hälfte der Pflegenden, die in Zukunft die Nutzung beabsichtigt, pflegt eine Person ohne Pflegegrad beziehungsweise mit dem Pflegegrad 1. Dieser künftige Bedarf muss entsprechend gedeckt werden, indem ausreichend professionelle Pflegekräfte angeworben und ausgebildet werden [3].

In dem Beitrag von Bösl et al. wird das Nutzungsverhalten eines weiteren ambulanten Entlastungsangebots – der Tagespflege – genauer evaluiert. Gemäß der „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in der teilstationären Pflege“ dient auch die Tagespflege der Förderung und Betreuung pflegebedürftiger Personen sowie der Entlastung Pflegenden. Gemäß dem Pflegestärkungsgesetz I und II soll die Zahl derjenigen, die eine Tagespflege besuchen, gesteigert werden. In ihrem Beitrag zeigen Bösl et al. auf, dass Tagespflegeangebote derzeit häufig von Pflegenden, die einen Menschen mit Demenz oder mit einem hohen Pflegegrad versorgen, genutzt werden. Zwar schildern etwa ein Viertel der Befragten einen Wunsch nach zukünftiger Nutzung, insgesamt möchten jedoch zwei Drittel der Pflegenden weder gegenwärtig noch zukünftig eine Tagespflege in Anspruch nehmen. Es sollte daher überprüft werden, inwiefern die bestehenden Tagespflegekonzepte an eine zunehmende bzw. ausgeprägte Pflegebedürftigkeit der Besucher\*innen angepasst werden müssen und wie die Tagespflegenutzung grundsätzlich weiter gefördert werden kann [4].

Gemäß dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend pflegen circa 2,5 Millionen Pflegenden neben ihrer Erwerbstätigkeit pflegebedürftige An- und Zugehörige. Aufgrund der Mehrfachbelastungen erfahren die Pflegenden jedoch häufig negative Auswirkungen auf ihren Erwerbstätigkeitsstatus. Sie sehen sich mit der Erwerbstätigkeitsaufgabe oder einer Erwerbstätigkeitsreduzierung konfrontiert.

Scheuermann et al. berichten in ihrem ersten Artikel über das Risiko­profil, das mit einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit assoziiert ist. Die Ergebnisse zeigen, dass jede\*r neunte Pflegenden die Erwerbstätigkeit pflegebedingt beendet hat. Ein für das Risiko­profil bedeutsamer Faktor war das weibliche Geschlecht der Pflegenden. Hochgerechnet auf die Gesamtpopulation der Pflegenden in Deutschland haben etwa 370.000 erwerbstätige Frauen ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der häuslichen Pflege eines älteren Menschen beendet. Die Ergebnisse zeigen, dass ein bedürfnisgerechter Ausbau der Entlastungsangebote – insbesondere für weibliche erwerbstätige Pflegenden – erforderlich ist, um eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege zu ermöglichen [5].

In ihrem zweiten Artikel berichten Scheuermann et al. über die mit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit assoziierten Faktoren und die arbeitsbezogenen Wünsche erwerbstätiger Pflegenden. Die Ergebnisse zeigen, dass ungefähr ein Viertel der erwerbstätigen Pflegenden den Umfang ihrer Erwerbstätigkeit pflegebedingt reduziert hat, wobei deskriptiv eine kritische Schwelle für die pflegebedingte Reduktion bei 30 Arbeitsstunden identifiziert werden konnte. Auf Grundlage dieser Ergebnisse zeigt sich, dass die

Unterstützungsangebote für erwerbstätige Pflegenden vor allem auf eine Entlastung hinsichtlich des Pflegeaufwandes abzielen sollten. Darüber hinaus sollten wirksame Maßnahmen entwickelt werden, um in Vollzeit erwerbstätigen Pflegenden eine Reduktion auf 30 Arbeitsstunden – oder weniger – pro Woche zu ermöglichen [6].

Wie aus den Ergebnissen der Beiträge deutlich wird, war die Weiterentwicklung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs wichtig; dieser wird durch die Pflegegrade differenzierter als früher abgebildet. In dem Bereich der ambulanten Entlastungsangebote gibt es jedoch einen akuten Handlungsbedarf. So müssen diese Angebote in den nächsten Jahren massiv ausgebaut werden, um die häusliche Pflegesituation aufrecht zu erhalten. Gleichzeitig wird durch die Beiträge zum Thema Erwerbstätigkeit und Pflege deutlich, wie viele Pflegenden aufgrund der Pflege in die Erwerbstätigkeitsreduzierung oder sogar zur Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit gezwungen werden. Dies führt nicht nur bei den direkt betroffenen Pflegenden eventuell zu persönlichen finanziellen Einbußen, sondern hat auch für den Wirtschaftsstandort Deutschland negative Auswirkungen, da Fachkräfte wegen der Pflege ihre Arbeitsstunden reduzieren oder ganz aufgeben.

Die Gastherausgeber bedanken sich ganz herzlich bei der G. u. I. Leifheit-Stiftung, bei der Reinhard Frank-Stiftung und bei der Universitätsbibliothek der FAU Erlangen-Nürnberg. Ohne deren finanzielle Unterstützung wäre das Erscheinen dieses Supplement-Hefes nicht möglich gewesen.

Eine anregende Lektüre wünschen Ihnen  
Anna Pendergrass und Elmar Gräßel

## Interessenkonflikt

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

## Literatur

- [1] Keck A, Pendergrass A, Gräßel E. Pflegebedürftigkeit im Alter: Angehörigen- und Versorgungssituation im Zusammenhang mit den Pflegegraden bei häuslicher Pflege. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S3–S12. DOI: 10.1055/a-2183-7198
- [2] Scheerbaum P, Gräßel E, Wasic C et al. Wunsch und Wirklichkeit: Diskrepanz zwischen tatsächlicher und beabsichtigter Nutzung von ambulanten Entlastungsangeboten. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S13–S20. DOI: 10.1055/a-2003-9184
- [3] Scheerbaum P, Gräßel E, Pendergrass A. Ambulanter Pflegedienst: Wer nutzt ihn und wer möchte ihn nutzen? Prädiktoren der aktuellen und künftigen Inanspruchnahme. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S21–S28. DOI: 10.1055/a-2146-6372
- [4] Bösl S, Diehl K, Pendergrass A et al. Tagespflege: Wer nutzt sie und wer möchte sie nutzen? Multivariable Analyse der aktuellen und zukünftigen Inanspruchnahme der Tagespflege bei der häuslichen Pflege. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S29–S36. DOI: 10.1055/a-2183-7096
- [5] Scheuermann JS, Gräßel E, Pendergrass A. Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen: Identifikation eines Risikoprofils. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S37–S44. DOI: 10.1055/a-2183-6741
- [6] Scheuermann JS, Gräßel E, Pendergrass A. Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger. *Das Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S45–S53. DOI: 10.1055/a-2191-2074

# 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

**OPEN  
ACCESS**

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

**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. <sup>a</sup>ANOVA für metrische Variablen. <sup>b</sup>χ<sup>2</sup>-Test für dichotome Variablen (df = 3, α = 0,05). <sup>c</sup>Odds Ratio für nicht-metrische Variablen. <sup>d</sup>Cohen's d für metrische Variablen. <sup>e</sup>ES bezogen auf den Vergleich von Pflegegrad 1 und 4. <sup>f</sup>subjektive Pflegebelastung = HPS-k (Kurzfassung der Häusliche-Pflege-Skala; Range: 0–30); <sup>g</sup>Benefits = 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  $\chi^2$ -Tests für nicht-metrische Variablen und einfaktorielle Varianzanalysen (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 <sup>a,b</sup>	ES <sup>c,d,e</sup>
	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)		
<b>Versorgungssituation</b>								
Expressed need								
Ambulanter Pflegedienst (ja) <sup>b</sup>	368 (38,4)	32 (16,8)	50 (36,8)	119 (37,8)	101 (47,9)	66 (62,3)	<b>0,006</b>	2,84 <sup>c</sup>
Betreuungsdienst (ja) <sup>b</sup>	48 (5,0)	6 (3,2)	3 (2,2)	12 (3,8)	16 (7,6)	11 (10,4)	<b>0,040</b>	5,13 <sup>c</sup>
24-h Betreuung (ja) <sup>b</sup>	60 (6,3)	4 (2,1)	1 (0,7)	7 (2,2)	24 (11,4)	24 (22,6)	<b>0,006</b>	39,51 <sup>c</sup>
Verhinderungspflege (ja) <sup>b</sup>	103 (10,8)	5 (2,6)	2 (1,5)	34 (10,8)	29 (13,7)	33 (31,1)	<b>0,006</b>	30,29 <sup>c</sup>
Haushaltshilfe (ja) <sup>b</sup>	241 (25,2)	4 (2,1)	34 (25,0)	79 (25,1)	67 (31,8)	30 (28,3)	0,555	1,18 <sup>c</sup>
Essen auf Rädern (ja) <sup>b</sup>	112 (11,7)	21 (11,1)	16 (11,8)	41 (13,0)	25 (11,8)	9 (8,5)	0,773	0,67 <sup>c</sup>
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) <sup>b</sup>	201 (21,0)	28 (14,7)	27 (19,9)	63 (20,0)	50 (23,7)	33 (31,1)	0,245	1,83 <sup>c</sup>
Tagespflege (ja) <sup>b</sup>	70 (7,3)	5 (2,6)	2 (1,5)	20 (6,3)	22 (10,4)	21 (19,8)	<b>0,006</b>	16,55 <sup>c</sup>
Betreuungsgruppe (ja) <sup>b</sup>	16 (1,7)	2 (1,1)	1 (0,7)	5 (1,6)	6 (2,8)	2 (1,9)	0,709	2,56 <sup>c</sup>
Kurzzeitpflege (ja) <sup>b</sup>	59 (6,2)	2 (1,1)	3 (2,2)	14 (4,4)	18 (8,5)	22 (20,8)	<b>0,006</b>	11,61 <sup>c</sup>
Angehörigenberatung (ja) <sup>b</sup>	66 (6,9)	6 (3,2)	6 (4,4)	27 (8,6)	19 (9,0)	8 (7,5)	0,615	1,77 <sup>c</sup>
Angehörigengruppe (ja) <sup>b</sup>	23 (2,4)	1 (0,5)	2 (1,5)	7 (2,2)	8 (3,8)	5 (4,7)	0,550	3,32 <sup>c</sup>
Pflegekurs (ja) <sup>b</sup>	25 (2,6)	3 (1,6)	2 (1,5)	7 (2,2)	5 (2,4)	8 (7,5)	0,661	5,47 <sup>c</sup>
Fahrdienst (ja) <sup>b</sup>	99 (10,3)	14 (7,4)	11 (8,1)	25 (7,9)	28 (13,3)	21 (19,8)	<b>0,015</b>	2,81 <sup>c</sup>
Ärztliche Versorgung (ja) <sup>b</sup>	409 (42,7)	59 (31,1)	41 (30,1)	134 (42,5)	104 (49,3)	71 (67,0)	<b>0,006</b>	4,70 <sup>c</sup>
Anzahl genutzter Unterstützungsangebote <sup>a</sup>	2,0 (1,9)	1,2 (1,5)	1,5 (1,5)	1,9 (1,8)	2,5 (1,9)	3,4 (1,9)	<b>0,006</b>	1,13 <sup>d</sup>
Felt need I								
Ambulanter Pflegedienst (ja) <sup>b</sup>	50 (5,2)	3 (1,6)	11 (8,1)	18 (5,7)	10 (4,7)	8 (7,5)	0,709	0,93 <sup>c</sup>
Betreuungsdienst (ja) <sup>b</sup>	8 (0,8)	6 (3,2)	1 (0,7)	2 (0,6)	4 (1,9)	0 (0,0)	0,550	– <sup>f</sup>
24-h Betreuung (ja) <sup>b</sup>	4 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	2 (0,9)	1 (0,9)	0,709	– <sup>f</sup>
Verhinderungspflege (ja) <sup>b</sup>	13 (1,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,6)	4 (1,9)	4 (3,8)	0,356	– <sup>f</sup>
Haushaltshilfe (ja) <sup>b</sup>	42 (4,4)	4 (2,1)	7 (5,1)	15 (4,8)	10 (4,7)	6 (5,7)	0,984	1,12 <sup>c</sup>
Essen auf Rädern (ja) <sup>b</sup>	5 (0,5)	1 (0,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,9)	0 (0,0)	<b>0,053</b>	– <sup>f</sup>
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) <sup>b</sup>	23 (2,4)	5 (2,6)	3 (2,2)	8 (2,5)	5 (2,4)	2 (1,0)	0,984	0,85 <sup>c</sup>
Tagespflege (ja) <sup>b</sup>	11 (1,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (1,6)	2 (0,9)	4 (3,8)	0,240	0,43 <sup>c</sup>
Betreuungsgruppe (ja) <sup>b</sup>	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,773	– <sup>f</sup>
Kurzzeitpflege (ja) <sup>b</sup>	6 (0,6)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	3 (1,4)	2 (1,0)	0,394	– <sup>f</sup>
Angehörigenberatung (ja) <sup>b</sup>	4 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	0 (0,0)	2 (1,9)	0,296	– <sup>f</sup>
Angehörigengruppe (ja) <sup>b</sup>	1 (0,1)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,773	– <sup>f</sup>
Pflegekurs (ja) <sup>b</sup>	3 (0,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,9)	0,646	– <sup>f</sup>
Fahrdienst (ja) <sup>b</sup>	9 (0,9)	1 (0,5)	2 (1,5)	3 (1,0)	1 (0,5)	2 (1,9)	0,773	1,29 <sup>c</sup>
Ärztliche Versorgung (ja) <sup>b</sup>	17 (1,8)	0 (0,0)	2 (1,5)	7 (2,2)	4 (1,9)	4 (3,8)	0,773	2,63 <sup>c</sup>
Felt need II								
Ambulanter Pflegedienst (ja) <sup>b</sup>	242 (25,3)	79 (41,6)	43 (31,6)	72 (22,9)	35 (16,6)	13 (12,3)	<b>0,006</b>	0,30 <sup>c</sup>
Betreuungsdienst (ja) <sup>b</sup>	256 (26,7)	56 (29,5)	46 (33,8)	72 (22,9)	56 (26,5)	26 (24,5)	0,267	0,64 <sup>c</sup>
24-h Betreuung (ja) <sup>b</sup>	151 (15,8)	21 (11,1)	26 (19,1)	47 (14,9)	38 (18,0)	19 (17,9)	0,773	0,92 <sup>c</sup>
Verhinderungspflege (ja) <sup>b</sup>	304 (31,7)	67 (35,3)	49 (36,0)	98 (31,1)	70 (33,2)	20 (18,9)	0,083	0,41 <sup>c</sup>
Haushaltshilfe (ja) <sup>b</sup>	336 (35,1)	85 (44,7)	58 (42,6)	113 (35,9)	50 (28,0)	21 (19,8)	<b>0,006</b>	0,33 <sup>c</sup>
Essen auf Rädern (ja) <sup>b</sup>	202 (21,1)	49 (25,8)	34 (25,0)	68 (21,6)	36 (17,1)	15 (14,2)	0,267	0,50 <sup>c</sup>
Heilmittel/nicht-medikamentös (ja) <sup>b</sup>	200 (20,9)	48 (25,3)	41 (30,1)	62 (19,7)	34 (16,1)	15 (14,2)	<b>0,018</b>	0,38 <sup>c</sup>
Tagespflege (ja) <sup>b</sup>	223 (23,3)	39 (20,5)	36 (26,5)	79 (25,1)	51 (24,2)	18 (17,0)	0,550	0,57 <sup>c</sup>

► **Tab. 2** Fortsetzung.

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

*Anmerkungen.* Pflegegrad 5 wurde aufgrund der Befragungsumstände als nicht plausible Angabe nicht berücksichtigt. ES = Effektstärke. <sup>a</sup>ANOVA für metrische Variablen. <sup>b</sup>χ<sup>2</sup>-Test für dichotome Variablen (*df* = 3; α = 0,05). <sup>c</sup>Odds Ratio für nicht-metrische Variablen. <sup>d</sup>Cohen's *d* für metrische Variablen. <sup>e</sup>Alle ES sind bezogen auf den Vergleich von Pflegegrad 1 und 4. <sup>f</sup>ES 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] Gräbel 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, Wilmowska-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 Gesundhwes* 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

# Wunsch und Wirklichkeit: Diskrepanz zwischen tatsächlicher und beabsichtigter Nutzung von ambulanten Entlastungsangeboten

Querschnittstudie zur häuslichen Pflege von älteren pflegebedürftigen Menschen

## Desire and Reality: Discrepancy Between the Actual Usage and the Need to Use Ambulant Support Services

Cross Sectional Study of Elderly People Living at Home in Chronic Need of Care



Autorinnen/Autoren

Petra Scheerbaum , Elmar Gräßel, Catharina Wasic, Anna Pendergrass

### Institute

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

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, ambulante geriatrische Pflege,  
pflegebedürftige Personen, pflegende Angehörige,  
ambulante Unterstützungsangebote

### Key words

long term care, outpatient geriatric care, care receivers,  
informal caregivers, outpatient support services

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S13–S20

DOI 10.1055/a-2003-9184

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

Petra Scheerbaum  
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
petra.scheerbaum@uk-erlangen.de

 Zusätzliches Material finden Sie unter <https://doi.org/10.1055/a-2003-9184>.

### ZUSAMMENFASSUNG

**Ziel** Pflegebedürftige Menschen in Deutschland werden im Rahmen der häuslichen Pflege hauptsächlich von ihren Angehörigen versorgt, die dabei unterschiedliche Entlastungs- und Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Ziel dieser Studie ist es, die Häufigkeit der tatsächlichen Nutzung sowie die gewünschte Nutzung von ambulanten Entlastungs- und Unterstützungsangeboten zu ermitteln. Als Ursache für die Pflegebedürftigkeit werden dabei Demenzerkrankungen und Nicht-Demenzerkrankungen unterschieden.

**Methodik** Die Daten stammen aus einer repräsentativen Stichprobe pflegender Angehöriger von gesetzlich versicherten Pflegebedürftigen, die vom MD Bayern zur Pflegegradeinstufung begutachtet wurden (N = 958). Die Nutzung folgender ambulanter Entlastungs- und Unterstützungsangebote wurde untersucht: ambulanter Pflegedienst, Haushaltshilfe, Tagespflege, Essen auf Rädern, Fahrdienst, Betreuungsdienst, 24-Stunden-Betreuung und Betreuungsgruppe. Charakteristika der pflegebedürftigen Personen, der pflegenden Angehörigen

gen und der Pflegesituation wurden erfasst. Unterschiedsanalysen wurden mittels Chi<sup>2</sup>-Tests sowie t-Tests durchgeführt.

**Ergebnisse** Die Inanspruchnahme der ambulanten Unterstützungsangebote fiel trotz hoher Pflegebelastung der pflegenden Angehörigen eher gering aus: Sie reichte von 1,7% bei der Betreuungsgruppe bis 38,4% beim ambulanten Pflegedienst. Über 40% der Befragten nutzten keines der acht Angebote. Von diesen Nicht-Nutzern hatten jedoch 72% den Wunsch, in Zukunft mindestens eines dieser Angebote nutzen zu wollen. Die Haushaltshilfe und der ambulante Pflegedienst waren von den Nicht-Nutzern die am häufigsten gewünschten Angebote. Bei Demenzerkrankungen war die tatsächliche und gewünschte Nutzung, insbesondere bei Tagespflege, Betreuungsgruppe und Betreuungsdienst, häufiger als bei anderen Ursachen der Pflegebedürftigkeit.

**Schlussfolgerung** Der Wunsch nach Nutzung ist deutlich höher als die Wirklichkeit der Inanspruchnahme, die bei ambulanten Entlastungsangeboten von niedrigen Nutzungsraten geprägt ist. Es gilt, die Ursachen für diese Diskrepanz zu erforschen. Daraus sollten wirksame Strategien entwickelt werden, die pflegenden Angehörigen so zu beraten, dass passende Entlastungsangebote die pflegenden Familien auch erreichen und damit die häusliche Pflegesituation stärken.

## ABSTRACT

**Aim** In Germany, people in need of care are mainly cared for by their relatives who make use of various outpatient relief and support services. The aim of this study was to determine the

frequency of actual use as well as the desired use of outpatient relief and support services. Dementia and non-dementia as causes behind need for care are distinguished.

**Methods** A representative sample of informal caregivers of statutorily insured care recipients assessed by the MD Bayern during application for a care level classification (n = 958) was analyzed. The use of the following outpatient relief and support services was investigated: outpatient care service; domestic help; day care centre; meals on wheels; driving service; care service; 24-hour care; and care group. Characteristics of the care receiver, the informal caregiver and the care situation were recorded. Difference analyses were carried out using Chi<sup>2</sup> tests and t-tests.

**Results** The use of outpatient support services was low despite the high care burden on informal caregivers ranging from 1,7% for the care group to 38,4% for the outpatient care service. More than 40% of respondents did not use any of the eight services. However, from this non-user group, 72% had a desire to use at least one of the eight services in the future. Domestic help and outpatient care services were the most frequently requested services by non-users. Actual and desired use was more common for dementia than for other causes of need for care, especially for day care, care group and care service.

**Conclusion** The desire for utilization is significantly higher than the reality of utilization. In general, the use of outpatient relief and support services is low. The causes of this discrepancy need to be explored. Therefore, effective strategies need to be developed to advise informal caregivers which ensure suitable respite services will be used to strengthen the home care situation.

## Einleitung

In Deutschland gab es im Jahr 2019 mehr als 4,1 Mio. pflegebedürftige Personen [1]. Der Großteil (etwa 80%) wird zu Hause von ihren Angehörigen betreut [1, 2] und wünscht sich einen möglichst langen Verbleib im eignen häuslichen Umfeld [1, 3]. Da das Risiko einer Pflegebedürftigkeit ab dem 80. Lebensjahr deutlich ansteigt [1, 2], wird die Anzahl der pflegebedürftigen Menschen mit der kontinuierlich steigenden Lebenserwartung [4] weiter zunehmen, wodurch die gesellschaftspolitische Relevanz der häuslichen Pflege noch mehr an Bedeutung gewinnen wird [5]. Dabei liegt es im Interesse aller Akteure, dass die häusliche Pflege möglichst dem stationären Aufenthalt in einem Pflegeheim vorzuziehen ist [6].

Pflegende Angehörige können prinzipiell, jedoch regional unterschiedlich, auf verschiedene Entlastungs- und Unterstützungsangebote zurückgreifen, wenn die pflegebedürftige Person ambulant im häuslichen Umfeld versorgt wird [2]. Dabei sind ärztliche von nicht-ärztlichen Versorgungsleistungen zu unterscheiden [2, 7] sowie formelle und informelle [8]. Als nicht-ärztliche Leistungen werden laut SGB XI zum einen kontinuierliche Angebote wie die häusliche Pflege durch den ambulanten Pflegedienst, Hilfe bei der Haushaltsführung sowie Tages- und Nachtpflege, zum anderen temporäre Angebote wie die Verhinderungspflege sowie Kurzzeitpflege aufgeführt. Neben diesen formellen Angeboten mit speziell ausgebildetem, professionellem Personal, können laut SGB XI pfle-

gende Angehörige zusätzlich auch informelle Angebote, nur kurz geschultes ehrenamtliches „Personal“, wie zum Beispiel einen Betreuungsdienst, zur Unterstützung hinzuziehen.

Trotz hoher objektiver und subjektiver Belastungen der pflegenden Angehörigen und dem damit einhergehenden Bedarf an formellen und informellen Entlastungs- und Unterstützungsangeboten [5, 9, 10] werden diese nur in geringem Umfang von den pflegenden Angehörigen genutzt [11–13]. In der Literatur werden verschiedene Gründe für diese Nicht-Nutzung genannt: Bis heute spielen mangelnde Kenntnis der pflegebedürftigen Personen und deren pflegenden Angehörigen bezüglich der vorhandenen Angebote sowie deren Kostenübernahme eine wichtige Rolle [13–17]. Zusätzlich möchten pflegebedürftige Menschen solche Dienste oft nicht nutzen, da sie Einschränkungen ihrer Selbstbestimmung befürchten beziehungsweise sie nicht von Fremden gepflegt werden wollen [1, 3, 13, 16, 18, 19]. Weiterhin entsprechen die Angebote nicht den Bedürfnissen oder Erwartungen der pflegenden Angehörigen [9, 18] oder es gibt Bedenken hinsichtlich der Qualität [15]. Ein weiterer Grund für eine geringe Inanspruchnahme ist, dass sich pflegende Angehörige zumeist auf die Wünsche der zu pflegenden Person konzentrieren und ihnen die eigenen Bedürfnisse oftmals nicht bewusst sind [20]. Deshalb wird häufig berichtet, dass formelle oder informelle Unterstützung nicht benötigt wird [21] und

erst bei zu hoher Belastung und stark eingeschränkter Lebensqualität Hilfe aufgesucht wird [17].

Zur genaueren Differenzierung der Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen bezüglich der Nutzung von Unterstützungsangeboten entwickelte Stirling eine Typologie auf Grundlage von Bradshaws soziologischer Taxonomie der sozialen Bedürfnisse [14, 22]. Stirling unterscheidet hierbei vier Arten von Bedürfnissen, den sogenannten „needs“, welche auf Englisch „normative“, „expressed“, „felt“ und „comparative“ heißen. Unter „normative need“ versteht man einen von Experten definierten normativen Standard, der festlegt, ob ein Bedarf zur Nutzung eines Unterstützungsangebots vorhanden ist. „Expressed need“ betrachtet die tatsächliche Nutzung eines Unterstützungsangebots. Bei „felt need“ handelt es sich um die gewünschte Nutzung eines Unterstützungsangebots. Bei „comparative need“ werden Personen, die Unterstützungsangebote nutzen, verglichen mit denjenigen, die sie nicht nutzen.

In der bisherigen Forschung zur Inanspruchnahme ambulanter Dienste standen insbesondere Menschen mit einer Demenzerkrankung und ihre pflegenden Angehörigen im Fokus [9, 11, 12, 15, 16, 19–21]. Dabei wurden vor allem die tatsächliche Nutzung [3, 11–13, 15, 16, 18] oder die Wünsche bezüglich der Nutzung betrachtet [14, 16, 17, 19, 20, 23].

In dieser Arbeit wurde untersucht, wie die tatsächliche Nutzung („expressed need“) sowie die gewünschte Nutzung („felt need“) von ambulanten Unterstützungsangeboten in einer repräsentativen Stichprobe gesetzlich versicherter Pflegebedürftiger und ihrer pflegenden Angehörigen in Bayern ist. Darüber hinaus wurde evaluiert, ob sich die tatsächliche und gewünschte Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungsangeboten unterscheidet, wenn die Pflegebedürftigen an Demenz erkrankt sind oder ein anderer Grund für ihre Pflegebedürftigkeit vorliegt und ob es bei der tatsächlichen Inanspruchnahme Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt. Dabei beziehen sich die Analysen auf folgende ambulante Pflege-/Unterstützungsangebote: ambulanter Pflegedienst, Haushaltshilfe, Tagespflege, Essen auf Rädern, Fahrdienst, Betreuungsdienst, 24-Stunden-Betreuung und Betreuungsgruppe.

## Methodik

### Stichprobe

Im Rahmen der Studie „Benefits of Being a Caregiver“ („Zugewinne durch die Pflege“) wurden pflegende Angehörige im Zeitraum von Oktober 2019 bis März 2020 in ganz Bayern befragt. Die Befragten betreuten oder pflegten eine gesetzlich versicherte Person, die beim Medizinischen Dienst (MD) entweder einen Erstantrag oder einen Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads nach Sozialgesetzbuch XI gestellt hatten. Von insgesamt 5.000 verteilten Fragebögen, die im Rahmen der MD-Begutachtung überreicht wurden, kamen 1.082 (21,6%) ausgefüllt zurück. Für die vorliegende Querschnittsuntersuchung wurden die Daten von 958 pflegenden Angehörigen analysiert. Gründe für den Ausschluss waren fehlende Informationen über die Nutzung von Unterstützungsangeboten ( $n = 3$ ) oder das Alter von unter 65 Jahren der pflegebedürftigen Person ( $n = 121$ ).

## Datenschutz und Ethikvotum

Mit der freiwilligen Rücksendung des Fragebogens erklärten sich die Teilnehmenden zur Verwendung der angegebenen Informationen in anonymisierter Form bereit.

Die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg hat der Studie ein positives Votum erteilt (Antragsnummer 220\_20 B).

## Instrumente

Zur Erfassung formaler Unterstützungsangebote wurde ein Fragebogen in Anlehnung an den Resource Utilization in Dementia [7] verwendet, der um für Deutschland spezifischen ambulanten Unterstützungsangebote „Betreuungsdienst“, „24-Stunden-Betreuung“ und „Betreuungsgruppe“ ergänzt wurde [2, 24]. Hierbei sollten die Befragten angeben, welche Unterstützungsangebote sie gegenwärtig oder in letzter Zeit nutzen oder genutzt haben („expressed need“ der Nutzenden) und ob sie diese in Zukunft intensiver nutzen möchten („felt need“ der Nutzenden). Wenn ein Angebot nicht genutzt wurde, wurde gefragt, ob in Zukunft eine Nutzung beabsichtigt ist („felt need“ der Nicht-Nutzenden).

Mit der häuslichen Pflegeskala (HPS) wurde die subjektive Belastung der Pflegenden durch die Pflege gemessen. Es wurde die Kurzversion der HPS (HPS-k) mit 10 Items verwendet [25]. Die Antwortmöglichkeiten wurden auf einer vier-stufigen Skala von 0 (stimmt nicht) bis 3 (stimmt genau) erfasst. Dabei spricht ein höherer Gesamtsummenwert (Spannweite von 0 bis 30) für eine stärkere subjektive Belastung der pflegenden Angehörigen. Die Werte zwischen 0 bis 4 deuten auf eine niedrige Belastung hin, Werte zwischen 5 bis 14 bedeuten eine mittlere Belastung und Werte zwischen 15 und 30 weisen auf eine hohe Belastung hin [26].

Darüber hinaus wurden soziodemografische Daten der pflegenden Angehörigen, der pflegebedürftigen Person sowie zur Pflegesituation erfasst.

## Datenanalyse

Zur Stichprobenbeschreibung wurden für kategoriale Variablen absolute und relative Häufigkeiten und für metrische Variablen Mittelwerte und Standardabweichung berechnet.

Bezüglich der Inanspruchnahme der einzelnen ambulanten Unterstützungsangebote wurden für die „expressed“ und „felt needs“ absolute und relative Häufigkeiten ausgegeben, getrennt nach Demenzerkrankung und Nicht-Demenzerkrankung als Ursache der Pflegebedürftigkeit. Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen wurden mit Chi<sup>2</sup>- bzw. t-Test auf Signifikanz analysiert. Aufgrund der Stichprobengröße (knapp 1000) wurde als Signifikanzniveau  $p < 0,01$  festgelegt. Für sämtliche Berechnungen wurde IBM SPSS Statistics 28.0 verwendet.

## Ergebnisse

Die Charakteristika der 958 pflegenden Angehörigen sowie der von ihnen gepflegten Personen sind in ► **Tab 1** dargestellt. Im Durchschnitt waren die Befragten 62 Jahre alt. Drei Viertel waren Frauen und etwa die Hälfte war erwerbstätig. Im Durchschnitt zeigten sie eine hohe subjektive Pflegebelastung. Die pflegebedürftigen Personen waren im Durchschnitt 82 Jahre alt, zwei Drittel waren weiblich und bei mehr als einem Drittel von ihnen lag eine Demenzer-

► **Tab 1** Stichprobencharakteristika.

Variable	Stichprobe (N=958) n (%) /MW ± SD	Demenz (N=364) n (%) /MW ± SD	Nicht-Demenz (N=594) n (%) /MW ± SD	p-Wert
<b>Pflegende Angehörige</b>				
Geschlecht (weiblich)	724 (75,6)	262 (72,0)	462 (77,8)	0,044 <sup>a</sup>
Alter in Jahren	62,1 ± 12,6	61,7 ± 12,7	62,3 ± 12,6	0,534 <sup>b</sup>
Bildungsabschluss (nominal)				0,471 <sup>a</sup>
Kein Schulabschluss	5 (0,5)	3 (0,8)	2 (0,3)	
Hauptschule/Volksschule	365 (38,1)	138 (37,9)	227 (38,2)	
Mittlere Reife/Realschule	405 (42,3)	145 (39,8)	260 (43,8)	
Abitur/Fachhochschulreife	88 (9,2)	37 (10,2)	51 (8,6)	
(Fach-)Hochschule/Universität	95 (9,9)	41 (11,3)	54 (9,1)	
Erwerbstätigkeit (ja)	459 (47,9)	187 (51,4)	312 (52,5)	0,739 <sup>a</sup>
Zusammenwohnen mit gepflegter Person (ja)	505 (52,7)	195 (53,6)	310 (52,5)	0,690 <sup>a</sup>
Verwandtschaftsgrad				0,074 <sup>a</sup>
Partner	291 (30,4)	96 (26,4)	195 (32,68)	
Eltern/Schwiegereltern	586 (61,2)	239 (65,7)	347 (58,4)	
Sonstige	81 (8,5)	29 (8,0)	52 (8,8)	
<b>Pflegebedürftige Person</b>				
Geschlecht (weiblich)	316 (67,0)	255 (70,1)	387 (65,2)	0,117 <sup>a</sup>
Alter in Jahren	82,1 ± 7,0	83,0 ± 6,4	81,6 ± 7,4	<b>0,001<sup>b</sup></b>
Demenz als Ursache der Pflegebedürftigkeit	364 (38,0)	-	-	-
Pflegegrad				<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>
Kein Pflegegrad	190 (19,8)	48 (13,2)	142 (23,9)	
Pflegegrad 1	136 (14,2)	44 (12,1)	92 (15,5)	
Pflegegrad 2	315 (32,9)	114 (31,3)	201 (33,8)	
Pflegegrad 3	211 (22,0)	94 (25,8)	117 (19,7)	
Pflegegrad 4	106 (11,1)	64 (17,6)	42 (7,1)	
<b>Pflegesituation</b>				
Dauer der Pflege in Monaten	48,3 ± 78,6	45,2 ± 55,6	50,3 ± 89,8	0,277 <sup>b</sup>
Durchschnittliche Stundenzahl für Hilfe bei Tätigkeiten (ADL, IADL und Supervision)	8,9 ± 5,1	9,5 ± 5,4	8,5 ± 4,9	<b>0,005<sup>b</sup></b>
HPS-k-Summenwert <sup>c</sup>	16,7 ± 7,5	18,3 ± 7,0	15,8 ± 7,6	<b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>

<sup>a</sup> Chi<sup>2</sup> (signifikante p-Werte in Fettdruck); <sup>b</sup> t-Test (signifikante p-Werte in Fettdruck); <sup>c</sup> HPS-k = Häusliche Pflege-Skala Kurzfassung (Spannweite: 0 bis 30).

krankung als Ursache für die Pflegebedürftigkeit vor. Zwischen den pflegenden Angehörigen einer demenzkranken und einer nicht-demenzkranken Person gab es keine signifikanten soziodemographischen Unterschiede (► **Tab 1**). Dagegen waren die Demenzkranken im Durchschnitt signifikant älter und hatten durchschnittlich einen signifikant höheren Pflegegrad. Die Pflegesituation unterscheidet sich dahingehend, dass die durchschnittliche tägliche Stundenzahl für Pflegetätigkeiten (ADL- und IADL-Hilfe sowie Supervision) bei Demenz signifikant höher war und die pflegenden Angehörigen einer demenzkranken Person sich durchschnittlich belasteter fühlten (HPS).

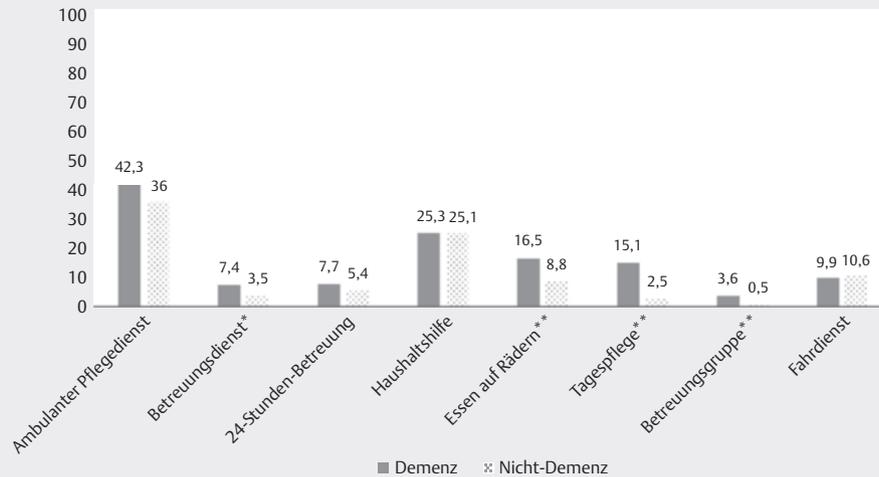
### „Expressed need“: Aktuelle Inanspruchnahme von ambulanten Unterstützungsangeboten

Insgesamt nutzten in der Gesamtstichprobe zwei Fünftel (40%) der Befragten keines der acht untersuchten Angebote. Der ambulante Pflegedienst wurde von pflegenden Angehörigen mit 38,4% am häufigsten in Anspruch genommen. Eine Haushaltshilfe nahm jede/r Vierte (25,2%) in Anspruch, während das Essen auf Rädern

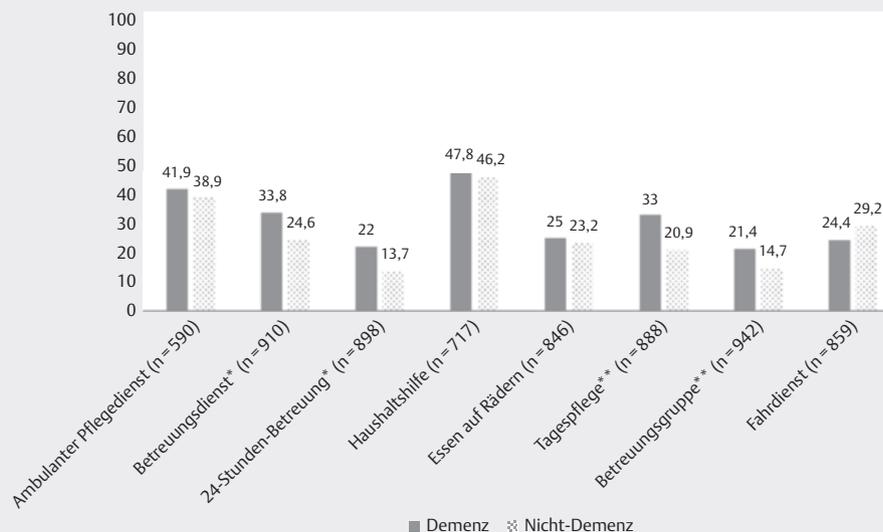
11,7% nutzten. Der Fahrdienst wurde von etwa einem Zehntel genutzt (10,3%). Bei den übrigen Angeboten (Betreuungsdienst, 24-Stunden-Betreuung, Tagespflege, Betreuungsgruppe) lag die Nutzung jeweils unter 10%. Pflegenden Angehörigen, die einen Menschen mit Demenz pflegten, nutzten signifikant häufiger die Tagespflege ( $p < 0,001$ ), Essen auf Rädern ( $p < 0,001$ ), Betreuungsgruppe ( $p < 0,001$ ) sowie einen Betreuungsdienst ( $p = 0,008$ ) als die Angehörigen eines Pflegebedürftigen ohne Demenz (siehe ► **Abb. 1**). Die weiblichen und die männlichen pflegenden Angehörigen unterscheiden sich nicht bei der aktuellen Inanspruchnahme.

### „Felt need“ der Nutzenden: Intensivere Nutzung von ambulanten Unterstützungsangeboten

Bei den Nutzenden ( $n = 577$ ; Nutzung mindestens eines ambulanten Unterstützungsangebotes) gaben 18,4% an, dass sie mindestens ein ambulantes Unterstützungsangebot intensiver nutzen möchten: ambulanter Pflegedienst (13,6%), Tagespflege (15,7%), Betreuungsdienst (16,7%) und Haushaltshilfe 17,4%. Die Nutzung der übrigen vier Angebote lag zwischen 4,5% (Essen auf Rädern)



► **Abb. 1** Aktuelle Inanspruchnahme („expressed need“) von ambulanten Diensten bei Demenz und Nicht-Demenz in % (Gesamtstichprobe n=958); \*p<0,01 \*\*p<0,001.



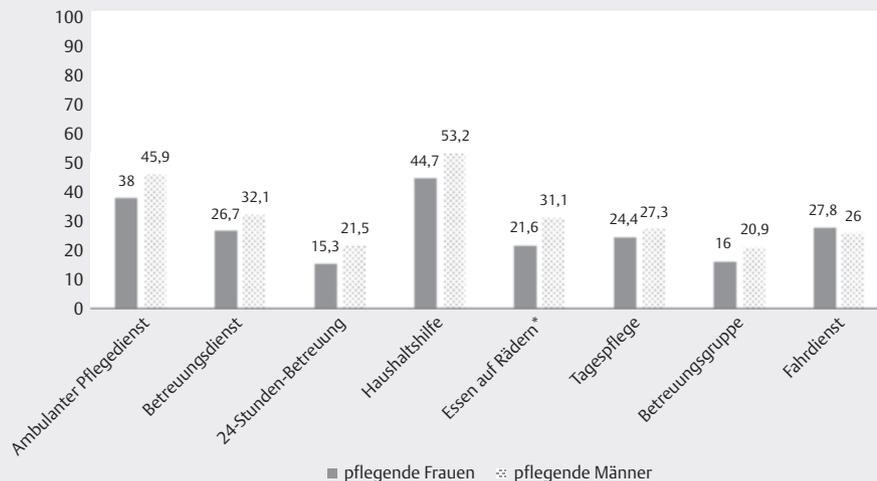
► **Abb. 2** Geplante künftige Nutzung („felt need“ der Nicht-Nutzer) von ambulanten Diensten bei Demenz und Nicht-Demenz in %; \*p<0,01 \*\*p<0,001 (bezogen auf die Gesamtzahl n der jeweiligen Nicht-Nutzer).

und 7,1 % (Fahrdienst). Es resultierten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen Demenz und Nicht-Demenz und beim Geschlecht des pflegenden Angehörigen.

### „Felt need“ der Nicht-Nutzenden: Künftige Nutzung von ambulanten Unterstützungsangeboten

Bei den Nicht-Nutzenden (n = 381; Nutzung keines der acht Angebote) möchten in Zukunft insgesamt 71,9 % mindestens ein Angebot und mehr als die Hälfte mindestens zwei der acht ambulanten Unterstützungsangebote (57 %) nutzen. Fast die Hälfte (46,7 %) der jeweiligen Nicht-Nutzer möchte die Haushaltshilfe und zwei von fünf Befragten (40 %) möchten den ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen. Etwa jeweils ein Viertel der aktuellen Nicht-Nut-

zenden will künftig jeweils folgende Angebote nutzen: Betreuungsdienst (28 %), Fahrdienst (27,4 %), Tagespflege (25,1 %) und Essen auf Rädern (23,9 %). Unter 20 % liegen die Angaben für die Betreuungsgruppe (17,2 %) und die 24-Stunden-Betreuung (16,8 %). Pflegenden Angehörigen, die einen Menschen mit Demenz pflegten, möchten zukünftig – im Vergleich zu den Angehörigen eines nicht an Demenz Erkrankten, signifikant häufiger 24-Stunden-Betreuung ( $p = 0,001$ ), eine Tagespflege ( $p < 0,001$ ), einen Betreuungsdienst ( $p = 0,003$ ) sowie eine Betreuungsgruppe ( $p < 0,009$ ) nutzen (► **Abb. 2**). Bei allen Angeboten, bis auf den Fahrdienst, lagen die Werte bei den männlichen pflegenden Angehörigen höher. Signifikant war der Unterschied lediglich beim Entlastungsangebot Essen auf Rädern (► **Abb. 3**).



► **Abb. 3** Geplante künftige Inanspruchnahme („felt need“ der Nicht-Nutzer) von ambulanten Diensten nach Geschlecht der pflegenden Angehörigen in %; \* $p < 0,01$  \*\* $p < 0,001$  (bezogen auf die Gesamtzahl der jeweiligen Nicht-Nutzer).

## Diskussion

Ziel dieser Studie war es zu untersuchen, welche der ambulanten Pflege- und Unterstützungsangebote von pflegenden Angehörigen tatsächlich genutzt werden und welcher Bedarf an Angeboten in Zukunft besteht. Hier zeigte sich eine deutliche Diskrepanz. Wie bereits andere Forschungsergebnisse zeigen (vgl. [24]), wurden ambulante Entlastungsangebote auch von den Befragten dieser Studie allgemein eher wenig genutzt. Dagegen war der Wunsch der Nicht-Nutzenden, ambulante Entlastungsangebote in Zukunft nutzen zu wollen, deutlich höher.

Die Ergebnisse der Querschnittstudie zeigen weiterhin, dass Angehörige, wenn sie Unterstützungsangebote bereits nutzten, keinen weiteren Bedarf nach einer intensiveren Nutzung hatten. Offensichtlich war bei den Nutzenden der Bedarf tatsächlich abgedeckt.

Bei den Nicht-Nutzenden, also bei den pflegenden Angehörigen, die ambulante Unterstützungs- bzw. Entlastungsangebote in letzter Zeit nicht nutzten, sah die Situation anderes aus. Fast drei Viertel von ihnen möchte in Zukunft mindestens ein Angebot und über die Hälfte mindestens zwei Angebote nutzen. Das heißt, dass eine Mehrheit einen Hilfebedarf hat, der jedoch nicht bedient wird. In unserer Studie zeigte sich dies sowohl für Angehörige eines Demenzerkrankten als auch bei anderen Ursachen der Pflegebedürftigkeit. Dieser Widerspruch wurde bereits in einer internationalen Studie bezüglich pflegender Angehörigen von Menschen mit Demenz in acht europäischen Ländern thematisiert [16]. Dort wurde festgestellt, dass die meisten Angehörigen versuchten, sehr lange auf formelle Hilfe zu verzichten, obwohl sie den Wunsch nach Unterstützung verspürten. Die Diskrepanz zwischen Bedarf und Nutzung sollte in Zukunft aktiv reduziert werden, in dem die pflegenden Angehörigen ermuntert werden, früher Unterstützung anzunehmen und ihren Wunsch nach Entlastung in die Tat umzusetzen. Dies kann durch aufsuchende und zielgerichtete Angehörigenberatung erfolgen, um aus der großen Auswahl die inhaltlich passende, regional verfügbare und bezahlbare Kombination an Unterstützung zu erhalten [27, 28].

Dass pflegende Angehörige trotz der Belastung und des Bedarfs an Unterstützung eher wenig ambulante Entlastungsangebote nutzten, stimmt mit den bisherigen Erkenntnissen aus der nationalen und internationalen Forschung überein [11–13, 15, 24]. Doch welche Gründe gibt es dafür? Oft sind es die pflegebedürftigen Personen selbst, die keine „fremden“ Helfer anstelle ihrer pflegenden Angehörigen akzeptieren wollen [1, 3, 13, 16, 18]. Auch in diesem Fall sollten jedoch pflegende Angehörige ermutigt werden, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und zusammen mit dieser die Bedenken der pflegebedürftigen Person abzubauen und gemeinsam entlastende Lösungen zu finden. Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Faktor für die Nicht-Nutzung sind auch die Kosten beziehungsweise die Unsicherheit bezüglich der Finanzierung der Leistungen, also der Entlastungsangebote [13–17]. Möglicherweise ist das deutsche Angebotssystem für Laien und für manche Experten noch immer unübersichtlich. Eventuell würde hierbei eine Vereinfachung beziehungsweise mehr Transparenz für potenzielle Nutzer Abhilfe schaffen. Auch der Blick auf andere europäische Länder zeigt, dass nicht nur die individuellen Merkmale eine Nutzung beeinflussen, sondern auch die institutionellen Gegebenheiten. Etwa in Schweden [29] oder in den Niederlanden [30] sind formelle Angebote nicht nur vielen Menschen durch eine staatliche soziale Absicherung zugänglich, sondern auch ausreichend verfügbar und werden entsprechend relativ häufig genutzt. In Österreich [31, 32] oder in Großbritannien [33] gibt es vergleichsweise hohe Selbstbehalte, weshalb insbesondere bei einer geringeren Pflegebedürftigkeit die (unbezahlte) informelle Pflege vorrangig priorisiert wird.

Ferner wurde in verschiedenen Studien berichtet, dass die Angebote inhaltlich nicht passend zur individuellen Pflegesituation sind [9, 10, 15, 18]. Die verschiedenen individuellen Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen und der Gepflegten sollten bei einem Entlastungsangebot weitgehend abgedeckt werden [11, 20, 23], damit formelle Hilfe auch akzeptiert wird [17]. Als zentrales Element zur Überwindung der Hindernisse zur Inanspruchnahme und damit auch zur Reduzierung der Diskrepanz zwischen der tatsäch-

lichen Nutzung und der gewünschten Nutzung der ambulanten Entlastungsangebote ist die Pflegeberatung. Sie sollte möglichst früh im Pflegeprozess den Angehörigen „nahe gebracht werden“ werden, um für die individuelle Pflegesituation sinnvolle Entlastungsangebote rechtzeitig organisieren zu können [19, 23]. Eine effektive Möglichkeit, die Inanspruchnahme von Pflegeberatungen frühzeitig zu fördern, wäre es, wenn bei der Diagnose von chronischen, Pflegebedarf verursachenden Erkrankungen alle Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich auf die Möglichkeit von Unterstützungsangeboten und vor allem auf die Angehörigenberatung hinweisen würden; z. B. konkret durch Aushändigung einer Adressenliste von regionalen Beratungsstellen.

Auffällig ist, dass sowohl bei expressed need (gegenwärtige Nutzung) als auch bei felt need (Nutzungswunsch der Nicht-Nutzenden) pflegende Angehörige einer Person mit Demenz die Tagespflege, die Betreuungsgruppe und den Betreuungsdienst signifikant häufiger angeben als Angehörige einer nicht an Demenz erkrankten pflegebedürftigen Person. Diese drei Hilfen, Tagespflege, Betreuungsgruppe als auch Betreuungsdienst, wirken direkt entlastend für den pflegenden Angehörigen, da sie/er in der Zeit der Inanspruchnahme keine Betreuungstätigkeiten durchführen muss. Der stärkere „need“ könnte damit erklärt werden, dass pflegende Angehörige einer Person mit Demenz – wie unsere Ergebnisse zeigen – sowohl subjektiv (siehe Häusliche-Pflege-Skala) als auch objektiv (Pflegegrad und durchschnittlicher Stundenaufwand pro Tag für Pflegetätigkeiten) signifikant stärker belastet sind.

Lediglich ein Viertel der pflegenden Angehörigen waren männlich. Dies zeigt, dass sich das Geschlechterverhältnis in der häuslichen Pflege seit Jahren nicht verändert hat und somit die Care-Arbeit trotz gesellschaftlichen Veränderungen (z. B. erhöhte Erwerbstätigkeit der Frauen) immer noch hauptsächlich von Frauen getragen wird. Das kann auch in anderen Ländern Europas beobachtet werden. (vgl. [34]) Interessanterweise unterscheiden sich die Nutzer von Entlastungsangeboten nicht nach Geschlecht (weder bei der aktuellen noch bei der geplanten intensiveren Nutzung). Allerdings wurden bei den Wünschen der Nicht-Nutzer geschlechtsspezifische Unterschiede festgestellt. Männer, die bisher einzelne Entlastungsangebote nicht nutzten, planen in Zukunft häufiger eine Nutzung als Frauen.

## Stärken und Limitationen

Zu den Stärken der Studie gehört, dass die Daten repräsentativ für pflegende Angehörige der gesetzlich Versicherten mit Erst- oder Folgeantrag auf Pflegegradeinstufung in Bayern sind. Des Weiteren wurde ein breites Spektrum von ambulanten Entlastungs- und Unterstützungsangeboten berücksichtigt und nicht nur die aktuelle Nutzung, sondern auch der Wunsch, welche Angebote eigentlich gebraucht werden, erfasst.

Einschränkend ist zu erwähnen, dass Pflegesituationen vor der Begutachtung zur Erlangung eines Pflegegrades nicht erfasst wurden. Da es in diesen Fällen weder Sach- noch Geldleistungen aus der Pflegeversicherung gibt, ist davon auszugehen, dass die Nutzung von Angeboten zur Pflegeentlastung hier nur eine untergeordnete Rolle spielt. Limitierend wirkt sich in der Studie aus, dass

explizite Informationen zu den Gründen der Nutzung beziehungsweise der Nicht-Nutzung von Unterstützungsangeboten fehlen. Ferner wurde nach der Nutzung in letzter Zeit gefragt, das heißt, ohne eine genaue Zeitangabe. Der Hintergrund war, dass die Häufigkeit der Nutzung in einem bestimmten Zeitraum je nach Entlastungs- und Unterstützungsangebot unterschiedlich sein kann, welches in Zukunft vermieden werden soll (RUNIC, Online-Anhang).

Da es offensichtlich in Deutschland regionale Unterschiede bei der Inanspruchnahme der ambulanten Dienste in der häuslichen Pflegesituation gibt [1] und in dieser Studie nur Daten aus Bayern analysiert wurden, wäre es in zukünftigen Arbeiten auch wichtig den Vergleich zwischen verschiedenen Bundesländern zu ziehen.

## FAZIT

- Trotz hoher Belastungen der pflegenden Angehörigen wurden ambulante Unterstützungsangebote nur von einer Minderheit genutzt.
- Bei Inanspruchnahme eines ambulanten Dienstes war der Bedarf in der Regel abgedeckt. Es bestand kein intensiverer Nutzungswunsch.
- Bei pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen, die aktuell keine ambulanten Unterstützungsangebote in Anspruch nahmen, äußerten über 70 % den Wunsch, mindestens eines davon in Zukunft zu nutzen. Niedrigschwellige, aufsuchende, individualisierte Beratung kann helfen, aus dem Wunsch nach Inanspruchnahme Wirklichkeit werden zu lassen.
- Angehörige von Personen mit Demenz waren subjektiv und objektiv stärker belastet. Sie nutzten Tagespflege, Betreuungsgruppe, Betreuungsdienst und Essen auf Rädern signifikant häufiger als andere Angehörige. Für Tagespflege, Betreuungsgruppe, Betreuungsdienst und 24-Stunden-Betreuung galt dies auch für den Wunsch nach Inanspruchnahme.
- Pflegende Männer wünschen sich in Zukunft mehr formelle Unterstützung als pflegende Frauen.

## Danksagung

Die Autoren bedanken sich vielmals bei allen teilnehmenden pflegenden Angehörigen und bei den Gutachtern des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern für die Verteilung der Fragebögen. Die vorliegende Arbeit wurde als Teil der Erfüllung der Voraussetzungen für die Erlangung des Doktorgrades „Dr. rer. biol. hum.“ von Petra Scheerbaum durchgeführt.

## Interessenkonflikt

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

## Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2020
- [2] Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al. Pflege-Report 2021: Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin: Springer; 2021. DOI:10.1007/978-3-662-63107-2
- [3] Räder M, Schwinger A, Klauber J. Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al., Hrsg. Pflege-Report 2020. Springer; Berlin, Heidelberg: 2020: 65–95. DOI:10.1007/978-3-662-61362-7\_5
- [4] Rothgang H, Müller R. BARMER Pflegereport 2021 – Wirkungen der Pflegeformen und Zukunftstrends. Berlin: Barmer 2021
- [5] Plöthner M, Schmidt K, de Jong L et al. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr* 2019; 19: 82. DOI:10.1186/s12877-019-1068-4
- [6] Stiefler S, Seibert K, Domhoff D et al. Prädiktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit—Eine Sekundärdatenanalyse im Längsschnittdesign. *Gesundheitswesen* 2022; 84: 139–153. DOI:10.1055/a-1276-0525
- [7] Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 429–435.e417. DOI:10.1016/j.jalz.2012.06.008
- [8] Schulz E, Geier J. Pflegebedarfe und Pflegesettings: ein Vergleich formeller und informeller Pflege in ausgewählten europäischen Ländern. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung* 2014; 83: 137–157. DOI:10.3790/vjh.83.4.137
- [9] McCabe M, You E, Tatangelo G. Hearing Their Voice: A Systematic Review of Dementia Family Caregivers' Needs. *Gerontologist* 2016; 56: e70–e88. DOI:10.1093/geront/gnw078
- [10] Anker-Hansen C, Skovdahl K, McCormack B et al. The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services—A systematic review from a person-centred perspective. *J Clin Nurs* 2018; 27: e1309–e1326. DOI:10.1111/jocn.14205
- [11] Alltag S, Conrad I, Riedel-Heller SG. Pflegebelastungen bei älteren Angehörigen von Demenzerkrankten und deren Einfluss auf die Lebensqualität. *Z Gerontol Geriatr* 2019; 52: 477–486. DOI:10.1007/s00391-018-1424-6
- [12] Karrer L, Dietzel N, Wolff F et al. Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Gesundheitswesen* 2020; 82: 40–49. DOI:10.1055/a-1071-7851
- [13] 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
- [14] 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
- [15] Neville C, Beattie E, Fielding E et al. Literature review: use of respite by carers of people with dementia. *Health Soc Care Community* 2015; 23: 51–63. DOI:10.1111/hsc.12095
- [16] Stephan A, Bieber A, Hopper L et al. Barriers and facilitators to the access to and use of formal dementia care: findings of a focus group study with people with dementia, informal carers and health and social care professionals in eight European countries. *BMC Geriatr* 2018; 18: 131. DOI:10.1186/s12877-018-0816-1
- [17] Brodaty H, Thomson C, Thompson C et al. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr* 2005; 20: 537–546. DOI:10.1002/gps.1322
- [18] Bieber A, Nguyen N, Meyer G et al. Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 1–21. DOI:10.1186/s12913-018-3825-z
- [19] Bressan V, Visintini C, Palese A. What do family caregivers of people with dementia need? A mixed-method systematic review. *Health Soc Care Community* 2020; 28: 1942–1960. DOI:10.1111/hsc.13048
- [20] 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
- [21] Brodaty H, Donkin M. Family caregivers of people with dementia. *Dialogues Clin* 2009; 11: 217–228
- [22] Bradshaw J. Taxonomy of social need. In: *Problems and progress in medical care: essays on current research*. London: Oxford University Press; 1972: 71–82
- [23] Silva AL, Teixeira HJ, Teixeira MJ et al. The needs of informal caregivers of elderly people living at home: An integrative review. *Scand J Caring Sci* 2013; 27: 792–803. DOI:10.1111/scs.12019
- [24] VdK. Nächstenpflege: Alleingelassen und in Bürokratie erstickt. Zentrale Studienergebnisse und Forderungen des Sozialverbands VdK, 2022; [https://www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/05/VdK-Pflegestudie\\_Zentrale-Studienergebnisse\\_Forderungen\\_und\\_Pflege-Glossar\\_9-5-2022.pdf](https://www.vdk-naechstenpflege.de/wp-content/uploads/2022/05/VdK-Pflegestudie_Zentrale-Studienergebnisse_Forderungen_und_Pflege-Glossar_9-5-2022.pdf) Stand: 29.06.2022.
- [25] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014; 14: 1–9. DOI:10.1186/1471-2318-14-23
- [26] Pendergrass A, Malnis C, Graf U et al. Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 229. DOI:10.1186/s12913-018-3047-4
- [27] Eggert S, Storch L, Sulmann D. Perspektive informell Pflegenden auf ihre Pflegesituation. Zentrum für Qualität in der Pflege, Berlin 2018
- [28] Jacobs K, Schwinger A, Klauber J et al. Pflege-Report 2016: Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus. Schattauer Verlag; 2016
- [29] Bökberg C, Ahlström G, Karlsson S. Utilisation of formal and informal care and services at home among persons with dementia: A cross-sectional study. *Scand J Caring Sci* 2018; 32: 843–851. DOI:10.1111/scs.12515
- [30] Bakx P, De Meijer C, Schut F et al. Going formal or informal, who cares? The influence of public long-term care insurance. *Health economics* 2015; 24: 631–643. DOI:10.1002/hec.3050
- [31] Krutter S, Schaffler-Schaden D, Essl-Maurer R et al. Comparing perspectives of family caregivers and healthcare professionals regarding caregiver burden in dementia care: results of a mixed methods study in a rural setting. *Age Ageing* 2020; 49: 199–207. DOI:10.1093/ageing/afz165
- [32] Pichlbauer EG. Das österreichische Pflegesystem: ein europäischer Sonderfall: Bertelsmann Stiftung 2018
- [33] Zigante V, Fernandez J-L, Mazzotta F. Changes in the balance between formal and informal care supply in England between 2001 and 2011: evidence from census data. *Health Economics, Policy and Law* 2021; 16: 232–249. DOI:10.1017/S1744133120000146
- [34] Tur-Sinai A, Teti A, Rommel A et al. How many older informal caregivers are there in Europe? Comparison of estimates of their prevalence from three European surveys. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17: 9531. DOI:10.3390/ijerph17249531

# Ambulanter Pflegedienst: Wer nutzt ihn und wer möchte ihn nutzen? Prädiktoren der aktuellen und künftigen Inanspruchnahme

## Outpatient Care Service: Predictors Of Current And Future Use Of Outpatient Care Service By Family Members Providing Informal Care To Elderly Persons In Long-Term Home Care



Autorinnen/Autoren  
Petra Scheerbaum , Elmar Gräbel, Anna Pendergrass

### Institute

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

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, ambulante geriatrische Pflege, pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige, ambulanter Pflegedienst

### Key words

outpatient geriatric care, care receiver, informal caregivers, home care, long-term care

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S21–S28

DOI 10.1055/a-2146-6372

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

Petra Scheerbaum  
Psychiatrische Universitätsklinik Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
[petra.scheerbaum@uk-erlangen.de](mailto:petra.scheerbaum@uk-erlangen.de)

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Pflegebedürftige Personen werden in Deutschland mehrheitlich von ihren An- und Zugehörigen, den „pflegenden Angehörigen“, zu Hause gepflegt. Der ambulante Pflegedienst stellt dabei eine zentrale Säule in der ambulanten Versorgung von Pflegebedürftigen dar. Ziel dieses Beitrags ist, die Einflussfaktoren für die aktuelle und zukünftige Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes zu analysieren.

**Methodik** Im Rahmen der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver (Zugewinne durch die Pflege) wurden von Oktober 2019 bis März 2020 pflegende Angehörige von pflegebedürftigen älteren Menschen aus Bayern befragt (n = 958). Neben den Charakteristika der pflegenden Angehörigen und der Pflegebedürftigen wurden Angaben zur Pflegesituation sowie zur tatsächlichen und in Zukunft gewünschten Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes erhoben. Es wurden zwei binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt, um die Prädiktoren der Nutzung zu ermitteln.

**Ergebnisse** Der ambulante Pflegedienst wurde von 368 (38 %) pflegenden Angehörigen bzw. den Pflegebedürftigen „gegenwärtig oder in letzter Zeit“ genutzt. 236 pflegende Angehörige (40 % der aktuellen Nicht-Nutzenden) gaben an, einen ambulanten Pflegedienst in Zukunft nutzen zu wollen. Als Prädiktoren für die aktuelle Nutzung wurden das Verwandtschaftsverhältnis „Nicht-Partner“, ein höherer Pflegegrad der Pflegebedürftigen sowie die Einschätzung der pflegenden Angehörigen, mit der Pflege nicht zurecht zu kommen, ermittelt. Prädisponierende Faktoren für die gewünschte zukünftige Nutzung waren der Wunsch nach gegenwärtiger informeller Hilfe und ein niedrigerer Pflegegrad.

**Schlussfolgerung** Da die Nutzenden angaben, mit der häuslichen Pflege weniger gut zurechtzukommen, sollte der ambulante Pflegedienst sein Beratungsangebot verstärkt auf Empowerment der Angehörigen ausrichten. Darüber hinaus sind die Nutzenden vorwiegend erwerbstätige Töchter oder Schwiegertöchter, die in getrennten Haushalten leben. Daher ist die Verlässlichkeit des Angebotes eine Grundvoraussetzung, um

die häusliche Pflege aufrechterhalten zu können. Zukünftig ist ein erheblicher Nutzungswunsch für ambulante Pflegedienstleistungen zu erwarten. Deshalb sind Anstrengungen zu unternehmen, um das Angebot gegebenenfalls auszubauen.

## ABSTRACT

**Objective** In Germany, people in need of care are usually cared for at home by their informal caregivers. The outpatient care service represents a central pillar in the home care of people in need of care. The aim of this article was to analyse the factors influencing the current as well the future use of outpatient care service.

**Methods** With the cross-sectional study Benefits of Being a Caregiver (October 2019 – March 2020) overall 958 family caregivers of elderly people in need of care from Bavaria were interviewed. In addition to the characteristics of the caregivers and those in need of care, information on the care situation as well as the current and desired future use of outpatient care service were collected. Two binary logistic regression analyses were carried out to determine the predictors of the use.

**Results** The outpatient care service was used by 368 (38%) care giving relatives or those in need of care currently or recently. 236 family caregivers (40% of current non-users) stated that they would like to use an outpatient care service in the future. As predictors for the current use, the relationship non-partner, a higher care level of the persons in need of care and the perception of caregivers of not being able to manage caregiving were determined. Predisposing factors for the desired future use were the desire for current informal help and a lower care level.

**Conclusion** Family caregivers using the outpatient care service state that they are less able to cope with home care. Therefore, this service should focus its counselling on the empowerment of the caregivers. Moreover, the users are predominantly employed daughters or daughters-in-law who live in separate households. Therefore, the reliability of the offer is a basic condition for being able to maintain home care. In the future, a considerable increase in the number of informal care givers wishing to use outpatient care services is to be expected. Efforts should therefore be made to enlarge the range of services.

## ABKÜRZUNGEN

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
HPS-k	Häusliche Pflege-Skala - Kurzversion
MD	Medizinischer Dienst
pA	pflegende Angehörige
PAC	Positive Aspects of Caregiving
PB	Pflegebedürftige
RUD	Ressource Utilisation in Dementia

## Einleitung

Die Anzahl der pflegebedürftigen Personen (PB) steigt seit Jahren kontinuierlich an. Davon werden in Deutschland 80% zu Hause, vorwiegend von nahestehenden verwandten oder befreundeten Personen, als pflegende An- und Zugehörige (pA) bezeichnet, gepflegt [1]. Die Versorgung von PB ist eine objektiv zeitaufwändige [2] und belastende Tätigkeit [3]. Für die häusliche Pflege stellt der ambulante Pflegedienst daher eine wichtige Möglichkeit zur Entlastung dar: Er ist in Deutschland das von pA am häufigsten genutzte ambulante Entlastungsangebot [1, 4]. Laut Bundesministerium für Gesundheit soll der ambulante Pflegedienst insbesondere die PB und ihre pA bei den Aufgaben der häuslichen Pflege unterstützen. Dazu gehören nicht nur pflegerische Tätigkeiten, sondern auch die Beratung und Vermittlung von weiteren Hilfsangeboten [5].

Zwischen dem Bedarf an Unterstützung durch den ambulanten Pflegedienst und der tatsächlichen Inanspruchnahme besteht eine Diskrepanz [6]. Um die Angebotsstruktur an ambulanten Pflegediensten optimal ausrichten und somit diese Diskrepanz verringern zu können, ist es wichtig, die aktuelle sowie die gewünschte zu-

künftige Nutzung dieses Versorgungsangebots zu analysieren. Dafür kann das Modell der sozialen Bedürfnisse von Bradshaw, das von Stirling auf pA angepasst wurde, herangezogen werden [7, 8]. Bisher wurden in der Literatur zum Nutzungsverhalten von Entlastungsangeboten hauptsächlich Menschen mit Demenz betrachtet [9–11]. Dieser Beitrag befasst sich nun mit der aktuellen Nutzung (expressed need) sowie der gewünschten zukünftigen Nutzung (felt need der aktuell Nicht-Nutzenden) aller pA unabhängig von den Pflegeursachen. Daraus ergeben sich zwei Forschungsfragen: Welche Faktoren stehen mit der aktuellen Nutzung des ambulanten Pflegedienstes in Zusammenhang? Welche Faktoren hängen bei den Nicht-Nutzenden mit einer gewünschten Inanspruchnahme in Zukunft zusammen?

## Methodik

### Stichprobe

PA wurden im Rahmen der Querschnittsstudie „Zugewinne durch die Pflege“ in Bayern im Zeitraum von Oktober 2019 bis März 2020 befragt. Dabei wurden von insgesamt 50 Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes (MD) Bayern 5.000 Befragungsunterlagen, über ganz Bayern, an pA verteilt, deren PB einen Erstantrag auf Erhalt eines Pflegegrades oder einen Folgeantrag auf dessen Erhöhung – gemäß Pflegestärkungsgesetz (PSG) – bei ihrer Pflegekasse gestellt hatten. Die Rücklaufquote lag mit 1.082 Fragebögen bei 21,6%. Die Befragten gaben ihr Einverständnis zur anonymisierten Datenverwendung durch die Rücksendung des Fragebogens. Für die vorliegende Arbeit konnten die Daten von 958 pA analysiert werden, deren PB 65 Jahre oder älter war. Ausschlusskriterien waren das Alter der PB unter 65 Jahren (n = 121) oder fehlende Information zur Nutzung des ambulanten Dienstes (n = 3). Die zuständige Ethik-Kom-

mission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg hat der Studie ein positives Votum erteilt (Antragsnummer 220\_20 B).

## Instrumente

Der Fragebogen zur Situation pflegender Angehöriger beinhaltete neben der Inanspruchnahme von verschiedenen Unterstützungsangeboten die Erfassung der Belastungssituation und die erlebten Zugewinne der pA, soziodemografische Angaben zu den pA und den PB sowie Daten zur Pflegesituation.

## Abhängige Variablen

Zur Erfassung der Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes wurde ein Fragebogen in Anlehnung an den Resource Utilization in Dementia (RUD) [12] verwendet. Befragte sollten angeben, ob sie gegenwärtig oder in letzter Zeit den ambulanten Pflegedienst nutzen oder genutzt haben (expressed need der Nutzenden). Die aktuell Nicht-Nutzenden konnten angeben, ob sie das Angebot in Zukunft nutzen möchten (felt need der Nicht-Nutzenden).

## Unabhängige Variablen

Die subjektive Belastung der pA wurde durch eine Kurzversion der Häusliche-Pflege-Skala (HPS-k) mit 10 Items erfasst. Die Ausprägung jedes Items wurde auf einer vierstufigen Skala von 0 (stimmt nicht) bis 4 (stimmt genau) erfasst. Dabei spricht ein höherer Summenwert (0 bis 30) für eine stärkere subjektive Belastung der pA [13, 14]. Positive Aspekte der Pflege wurden mittels der Skala Positive Aspects of Caregiving (PAC) anhand von 9 Items auf einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 (trifft gar nicht zu) bis 4 (trifft voll zu) gemessen [15]. Höhere Summenwerte deuten darauf hin, dass die pA der Pflegesituation auch etwas Positives abgewinnen können. Für die Erfassung der Copingstrategien der pA wurden je zwei Items aus den drei Subskalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping des Brief COPE [16] verwendet. Die Beziehungsqualität wurde über die aktuelle Einschätzung sowie die Einschätzung vor Beginn der Pflegebedürftigkeit mittels eines drei-stufigen piktorialen Antwortformats (negativ, neutral, positiv) erfasst. Dieses wurde anschließend dichotomisiert. Wegen der Tendenz zur sozialen Erwünschtheit beim Antwortverhalten wurden die Kategorien neutral und negativ zusammengefasst.

Die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurden sowohl für pA als auch für die PB erhoben. Die pA wurden zudem zur Erwerbstätigkeit, zum Bildungsabschluss und zum Verwandtschaftsverhältnis befragt. Beim Verwandtschaftsverhältnis zur PB wurde zwischen Partner, (Schwieger-)Kinder und Sonstige differenziert. Für die multivariablen Analysen wurde der Bildungsabschluss metrisch in Bildungsjahre umgerechnet und das Verwandtschaftsverhältnis dichotomisiert in Partner oder Nicht-Partner. Für die PB wurde die Ursache der Pflegebedürftigkeit und der Pflegegrad erhoben. Der Pflegegrad wurde in kein bis niedrig (Pflegegrad 0 bis 1), mittel (Pflegegrad 2) und hoch (Pflegegrad 3 bis 4) kategorisiert. Diese Aufteilung basiert auf der Tatsache, dass beim Pflegegrad 0 bis 1 keine Sachleistungen, etwa Leistungen der ambulanten Pflegedienste, erstattet werden [17]. Ab dem Pflegegrad 2 beginnen die Sachleistungen (mit etwa 700 Euro im Monat). Für die Pflegegrade 3 bis 4 liegen diese deutlich höher (bei etwa 1.300

bzw. 1.700 Euro monatlich), da auch das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit erhöht ist.

In Bezug auf die aktuelle Pflegesituation wurde die Dauer der Pflegezeit in Monaten erhoben. Die informelle Pflegezeit durch die pA in Stunden pro Tag wurde für folgende drei Bereiche gemäß der Vorgaben des RUD erfasst [12]: Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle ADL (IADL) und Supervision. Die subjektive Wahrnehmung der Pflegesituation wurde mittels zweier Items, jeweils mit einer 10-stufigen Skala, operationalisiert. Zum einen wurde gefragt, wie die Befragten allgemein die aktuelle Pflegesituation einschätzen – von 1 (positiv) bis 10 (negativ). Zum anderen sollten die pA ihre aktuellen Möglichkeiten einschätzen, mit der Pflege zurechtzukommen – von 1 (gelingt mir vollständig) bis 10 (gelingt mir gar nicht). Die Motivation zur häuslichen Pflege von pA wurde ermittelt, indem aus sieben Antwortmöglichkeiten der Hauptgrund für die häusliche Pflege angegeben werden sollte [18]. Dieser wurde dichotomisiert in Wunsch der pA und andere Gründe. Bezüglich der informellen Hilfe wurde die aktuelle und die zukünftig erwünschte Unterstützungsleistung bei der Pflege durch das persönliche Umfeld (z. B. durch Angehörige und Bekannte) dichotom (ja/nein) erfasst.

## Statistische Analyse

Gruppenunterschiede zwischen der Inanspruchnahme und Nicht-Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes wurden entweder mit  $\chi^2$ -Tests (nominalskalierte Variablen) oder mit t-Tests für unabhängige Stichproben (metrische Variablen) analysiert. Dabei wurde zur Adjustierung des Alphaniveaus die Korrekturmethode nach Benjamini-Hochberg [19] durchgeführt, um den Alpha-Fehler beim multiplen Testen zu minimieren.

Binär logistische Regressionsanalysen wurden durchgeführt, um diejenigen Variablen zu ermitteln, die für die Nutzung des ambulanten Pflegedienstes prädiktive Bedeutung haben. Abhängige Variable war zum einen die aktuelle Nutzung (Kodierung: 0 keine aktuelle Nutzung, 1 aktuelle Nutzung) und zum anderen die für die Zukunft gewünschte Nutzung (Kodierung: 0 keine gewünschte Nutzung, 1 Nutzung gewünscht). Die unabhängigen Variablen, die nicht metrisch waren und mehr als zwei Ausprägungen hatten, wurden theoriegeleitet dichotomisiert. Alle unabhängigen Variablen wurden auf Multikollinearität ( $r \geq 0.6$ ) geprüft. Beim Auftreten von Multikollinearität wurde nur die Variable in das Analysemodell aufgenommen, die bivariat am stärksten mit der abhängigen Variablen assoziiert war.

Die Regressionsanalysen wurden jeweils in einem zweistufigen Verfahren realisiert. Zunächst wurden drei Adjustierungsvariablen (Alter, Geschlecht sowie Bildungsniveau der pA) mit der *Enter-Methode* aufgenommen. Des Weiteren erfolgte mit der *Methode der Vorwärtssélection* eine schrittweise Aufnahme signifikanter Prädiktoren aus dem Pool aller unabhängigen Variablen. Als Grenze für die Aufnahme der Variablen in das Modell wurde der Wert  $p = 0,01$  gewählt und als Grenzwert für den Ausschluss aus dem Modell  $p = 0,10$ .

Die Varianzaufklärung wurde mittels Nagelkerkes  $R^2$  bestimmt.

Da ökonomische Faktoren (Anspruch auf Sachleistungen) bei der aktuellen Inanspruchnahme eine Rolle spielen können, wurden zusätzliche Sensitivitätsanalysen durchgeführt. Zwei Regressionsanalysen wurden getrennt für die Pflegegrade 0 bis 1 sowie für Pflegegrad  $\geq 2$  berechnet.

Als Signifikanzniveau wurde  $p < 0,01$  festgelegt. Für sämtliche Berechnungen wurde die Statistiksoftware IBM SPSS 28.0 verwendet.

## Ergebnisse

In der Gesamtstichprobe von  $n = 958$  waren drei Viertel der pA Frauen (724; 75,6%). Im Mittel waren die pA 62,1 Jahre alt. Bezüglich der Bildung der pA verfügten fünf Personen (0,5%) über keinen Schulabschluss, 365 (38,1%) hatten Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 405 (42,3%) einen Realschulabschluss, 88 (9,2%) Abitur und 95 (9,9%) einen Hochschulabschluss. Bezüglich des Verwandtschaftsverhältnisses von pA zu PB waren die meisten von ihnen (Schwieger-)Kinder (586; 61,2%), etwa ein Drittel waren Partner (291; 30,4%) und 81 (8,5%) wurden unter der Kategorie Sonstige zusammengefasst. Vergleicht man die pflegenden (Schwieger-)Kinder mit den Partnern – und zwar in der Gesamtstichprobe ( $n = 958$ ) unabhängig vom Nutzungsverhalten – dann waren sie im Vergleich zu den Partnern signifikant häufiger Frauen (469; 80,4% vs. 188; 64,6%,  $p < 0,001$ ), signifikant häufiger erwerbstätig (399; 68,1% vs. 27; 9,3%,  $p < 0,001$ ) und im Durchschnitt etwa 20 Jahre jünger ( $56,5 \pm 10,1$  vs.  $74,9 \pm 7,4$ ,  $p < 0,001$ ). Lediglich ein Drittel von ihnen lebte mit der PB zusammen (195; 33,3% vs. 287; 98,6%,  $p < 0,001$ ).

Bei den PB waren zwei Drittel weiblich (642; 67,0%) und das Durchschnittsalter lag bei 82,1 Jahren. Bezüglich der Ursache für Pflegebedürftigkeit konnten auch mehrere Erkrankungen angegeben werden. So wurde bei 364 (38,0%) eine Demenz berichtet. Schlaganfall hatten 145 (15,1%) und Krebs 121 (12,6%) angegeben.

### Expressed need: Aktuelle Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes (ja oder nein)

Insgesamt nutzten 368 (38,4%) pA einen ambulanten Pflegedienst. Bei den Nutzenden waren die pA signifikant jünger, häufiger pflegende (Schwieger-)Kinder und stärker subjektiv belastet – im Vergleich zu den Nicht-Nutzenden (► **Tab. 1**). Sie lebten seltener mit der PB zusammen, wünschten sich mehr informelle Hilfe, schätzten ihre aktuelle Pflegesituation schlechter ein und kamen mit der Pflege weniger zurecht. Die PB der Nutzenden waren signifikant älter und verfügten über einen höheren Pflegegrad. Die Sensitivitätsanalysen – stratifiziert nach Anspruch auf Sachleistungen: ja (Pflegegrad 0 bis 1)/nein (Pflegegrade 2 bis 4) – hat ergeben, dass die Ergebnisse der Gesamtstichprobe insbesondere für die pA von PB ab dem Pflegegrad 2 zutreffend sind.

### Expressed need: Multivariable Analyse

Das binär logistische Regressionsmodell zur aktuellen Nutzung des ambulanten Pflegedienstes (► **Tab. 2**) ist signifikant ( $\chi^2 = 96,58$ ,  $df = 7$ ,  $p < 0,001$ ) und zeigt eine Varianzaufklärung von 13,0% (Nagelkerkes  $R^2$ ). Der ambulante Pflegedienst wurde doppelt so häufig (OR: 2,0) bei einem mittleren Pflegegrad und fast viermal so häufig (OR: 3,7) beim höheren Pflegegrad – im Vergleich zu keinem oder niedrigerem Pflegegrad – in Anspruch genommen. Des Weiteren war die Inanspruchnahme doppelt so häufig, wenn die pA und die PB nicht in einer Partnerschaft lebten (OR: 2,1); diese Nicht-Partner sind überwiegend erwachsene Kinder oder Schwiegerkin-

der. Je weniger die pA nach eigener Einschätzung mit der Pflege zurechtkamen, umso häufiger nutzten sie den ambulanten Pflegedienst.

### Felt need der Nicht-Nutzenden: Zukünftige Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes (ja oder nein)

Insgesamt nutzten 590 (62%) der pA keinen ambulanten Pflegedienst. Von den 590 Personen (aktuelle Nicht-Nutzende) gaben jedoch zwei Fünftel (236, 40%) an, diesen in Zukunft nutzen zu wollen. Die pA mit zukünftigem Nutzungswunsch wendeten signifikant weniger Stunden für die Hilfe bei sämtlichen Tätigkeiten auf, wünschten sich häufiger informelle Hilfe und kamen mit der Pflege weniger zurecht als die pA, die keinen zukünftigen Nutzungswunsch hatten. Die PB der pA mit zukünftigem Nutzungswunsch waren signifikant häufiger weiblich und verfügten über einen niedrigeren Pflegegrad.

### Felt need der Nicht-Nutzenden: Multivariate Analyse

Mit dem binär logistischen Regressionsmodell zur künftigen Nutzung des ambulanten Pflegedienstes konnte 6,7% (Nagelkerkes  $R^2$ ) der Varianz aufgeklärt werden ( $\chi^2 = 29,86$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ). Die künftige Nutzung des ambulanten Pflegedienstes beabsichtigten pA, die sich zum Befragungszeitpunkt mehr Hilfe von Personen aus Freundes- oder Verwandtenkreis wünschten (OR: 1,7). Im Vergleich zu keinem oder niedrigen Pflegegrad beabsichtigte etwa die Hälfte der übrigen pA eine Nutzung in Zukunft (OR: 0,6 bei mittlerem beziehungsweise OR: 0,5 bei höherem Pflegegrad).

## Diskussion

Der ambulante Pflegedienst wurde in unserer Studie von etwa einem Drittel der Befragten gegenwärtig oder in letzter Zeit in Anspruch genommen (expressed need). Es wurde deutlich, dass das Angebot eher von Personen wahrgenommen wurde, die ihre Möglichkeiten, mit der Pflege zurechtzukommen, schlechter einschätzten. Dies verdeutlicht, wie wichtig dieses Unterstützungsangebot für den Erhalt der häuslichen Pflege ist, nämlich zur Kompensation wahrgenommener Einschränkungen der eigenen Pflegekompetenz. Weiterhin wurde der ambulante Pflegedienst zweimal beziehungsweise fast viermal so häufig in Anspruch genommen, wenn die PB einen Pflegegrad 2 beziehungsweise 3 oder 4 hatte. Einerseits kann dies dadurch begründet sein, dass ein höherer Pflegegrad mit mehr zeitlichen, psychischen und körperlichen Anstrengungen, den Pflegebedarf abzudecken, verbunden ist. Dies kann der ambulante Pflegedienst teilweise kompensieren. Andererseits könnte sich hier auch widerspiegeln, dass die Sachleistungen für den ambulanten Pflegedienst überhaupt erst ab Pflegegrad 2 erstattet werden. Für viele scheint jedoch die Nutzung erst mit höherem Pflegegrad (3 oder 4) finanziell „attraktiv“ zu sein. Ein Pflegedienst wurde zusätzlich deutlich häufiger in Anspruch genommen, wenn die pA nicht in einer Partnerschaft mit ihrem PB lebte. Dies ist Ausdruck einer generationsübergreifenden Pflege und betrifft vor allem pflegende, häufiger erwerbstätige Töchter und Schwiebertöchter, die tendenziell in getrennten Haushalten vom PB leben und deutlich jünger als pflegende Partner sind. Dies wurde bereits in der bisherigen Literatur berichtet [20, 21]. Damit wird

► **Tab. 1** Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes (n = 958).

Variable	Expressed need (n = 958) (Aktuelle Nutzung)			Felt need (n = 590) (Zukünftiger Nutzungswunsch)		
	Ja (n = 368)	Nein (n = 590)	p	Ja (n = 236)	Nein (n = 354)	p
	n (%)	n (%)		n (%)	n (%)	
	MW ± SD	MW ± SD		MW ± SD	MW ± SD	
<b>Pflegende Angehörige</b>						
Geschlecht (Frauen)	282 (76,6)	442 (74,9)	0,704 <sup>a</sup>	168 (71,2)	274 (77,4)	0,169 <sup>a</sup>
Alter in Jahren	60,5 ± 12,4	63,1 ± 12,7	<b>0,010<sup>b</sup></b>	62,1 ± 13,2	63,7 ± 12,2	0,1225 <sup>b</sup>
Bildungsabschluss (nominal)			0,792 <sup>a</sup>			0,745 <sup>a</sup>
Kein Schulabschluss	1 (0,3)	4 (0,7)		1 (0,4)	3 (0,8)	
Hauptschule/Volksschule	132 (35,9)	233 (39,5)		85 (36,0)	148 (41,8)	
Mittlere Reife/Realschule	162 (44,0)	243 (41,2)		102 (43,2)	141 (39,8)	
Abitur/Fachhochschulreife	34 (9,2)	54 (9,2)		24 (10,2)	30 (8,5)	
(Fach-)Hochschule/Universität	39 (10,6)	54 (9,5)		24 (10,2)	32 (9,0)	
Erwerbsstatus (ja)	188 (51,1)	271 (45,9)	0,214 <sup>a</sup>	110 (46,6)	161 (45,5)	0,837 <sup>a</sup>
Verwandtschaftsgrad			<b>&lt;0,007<sup>a</sup></b>			0,214 <sup>a</sup>
Partner	79 (21,5)	212 (35,9)		77 (32,6)	135 (38,1)	
Eltern / Schwiegereltern	258 (70,1)	328 (55,6)		143 (60,6)	185 (52,3)	
Sonstige	31 (8,4)	50 (8,5)		16 (6,8)	24 (9,6)	
Beziehungsqualität aktuell (positiv)	195 (53)	356 (60,3)	0,078 <sup>a</sup>	142 (60,2)	214 (60,5)	0,946 <sup>a</sup>
Beziehungsqualität früher (positiv)	202 (54,9)	366 (62)	0,085 <sup>a</sup>	146 (61,9)	220 (62,1)	0,946 <sup>a</sup>
Subjektive Belastung (HPS-k)	17,9 ± 7,4	16 ± 7,5	<b>&lt;0,007<sup>b</sup></b>	15,8 ± 7,4	16,1 ± 7,5	0,735 <sup>b</sup>
PAC	16,8 ± 9,1	17,8 ± 9,2	0,128 <sup>b</sup>	17,4 ± 9,2	18,0 ± 9,2	0,596 <sup>b</sup>
Coping	14,2 ± 3,7	13,7 ± 3,8	0,128 <sup>b</sup>	13,6 ± 4,0	13,8 ± 3,7	0,792 <sup>b</sup>
<b>Pflegebedürftige Person</b>						
Geschlecht (% Frauen)	256 (71,7)	378 (64,1)	0,047 <sup>a</sup>	169 (71,6)	209 (59,0)	<b>0,01<sup>a</sup></b>
Alter in Jahren	83,0 ± 6,7	81,6 ± 7,2	<b>0,01<sup>b</sup></b>	81,8 ± 7,2	81,44 ± 7,2	0,703 <sup>a</sup>
Demenz (ja) <sup>c</sup>	154 (41,8)	210 (35,6)	0,113 <sup>a</sup>	88 (37,3)	122 (34,5)	0,653 <sup>a</sup>
Schlaganfall (ja) <sup>c</sup>	54 (14,7)	91 (15,4)	0,818 <sup>a</sup>	33 (14,0)	58 (16,4)	0,596 <sup>a</sup>
Krebs (ja) <sup>c</sup>	54 (14,7)	67 (11,4)	0,225 <sup>a</sup>	28 (11,9)	39 (11,0)	0,818 <sup>a</sup>
Pflegegrad			<b>&lt;0,007<sup>a</sup></b>			<b>0,021<sup>a</sup></b>
Kein Pflegegrad	32 (8,7)	158 (26,8)		77 (32,6)	81 (22,9)	
Pflegegrad 1	50 (13,6)	86 (14,6)		42 (17,8)	44 (12,4)	
Pflegegrad 2	119 (32,3)	196 (33,2)		72 (30,5)	124 (35,0)	
Pflegegrad 3	101 (27,4)	110 (18,6)		34 (14,4)	76 (21,5)	
Pflegegrad 4	66 (17,9)	40 (6,8)		9 (4,7)	29 (8,2)	
<b>Pflegesituation</b>						
Dauer der Pflege in Monaten	48,1 ± 64,5	48,5 ± 86,3	0,946 <sup>b</sup>	43,4 ± 89,9	51,8 ± 83,7	0,386 <sup>b</sup>
Zusammenwohnen mit gepflegter Person (ja)	168 (45,7)	337 (57,1)	<b>&lt;0,007<sup>a</sup></b>	129 (54,7)	208 (58,8)	0,492 <sup>a</sup>
Durchschnittliche Stundenzahl für Hilfe bei Tätigkeiten (ADL, IADL, Supervision)	9,0 ± 5,2	8,7 ± 5,1	0,332 <sup>b</sup>	8,04 ± 5,1	9,21 ± 5,0	<b>0,023<sup>b</sup></b>
Hilfe von Angehörigen erhalten (ja)	236 (64,1)	340 (57,6)	0,113 <sup>a</sup>	141 (59,7)	199 (56,2)	0,581 <sup>a</sup>
Mehr Hilfe von weiteren Angehörigen/ Freunden gewünscht (ja)	243 (66,0)	339 (57,5)	<b>0,028<sup>a</sup></b>	152 (64,4)	187 (52,8)	<b>0,021<sup>a</sup></b>
Pflegemotivation: Wunsch der Pflegenden	103 (28,0)	132 (22,4)	0,113 <sup>a</sup>	50 (21,2)	82 (23,2)	0,715 <sup>a</sup>
Einschätzung der aktuellen Pflegesituation	5,1 ± 2,1	4,6 ± 2,1	<b>0,007<sup>b</sup></b>	4,8 ± 2,0	4,4 ± 2,1	0,113 <sup>b</sup>
Zurechtkommen mit der Pflege	4,4 ± 2,0	3,9 ± 2,0	<b>0,007<sup>b</sup></b>	4,2 ± 2,0	3,6 ± 2,0	<b>0,007<sup>b</sup></b>
Anmerkungen: n: Stichprobengröße; M: arithmetischer Mittelwert; SD: Standardabweichung; p: signifikante Werte (<0,05) in Fett; HPS-k: Häusliche-Pflege-Skala – Kurzversion, Range: 0–30; PAC: Positive Aspects of Caregiving, Range: 9–36; ADL: Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens; Einschätzung der aktuellen Pflegesituation, Range: 1–10; Zurechtkommen mit der Pflege, Range: 1–10; <sup>a</sup> χ <sup>2</sup> -Test für nicht metrische Variablen; <sup>b</sup> t-Test für unabhängige Stichproben für metrische Variablen; <sup>c</sup> Mehrfachnennungen möglich.						

► **Tab. 2** Binär Logistische Regressionen für die Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes.

a) EXPRESSED NEED (n = 947)				
	Regressionskoeffizient B	p <sup>a</sup>	Odds Ratio	99%-KI
<b>Block I<sup>b</sup></b>				
Geschlecht (weiblich)	0,089	0,603	1,093	[0,782–1,526]
Alter (in Jahren)	–0,001	0,928	0,999	[0,985–1,014]
Bildung (in Jahren)	0,004	0,893	1,004	[0,953–1,057]
<b>Block II<sup>c</sup></b>				
Pflegegrad <sup>d</sup>		<b>&lt;0,001</b>		
niedrig vs. mittel	0,675	<b>&lt;0,001</b>	1,965	[1,385–2,787]
niedrig vs. hoch	1,314	<b>&lt;0,001</b>	3,720	[2,634–5,255]
Verwandtschaftsverhältnis zwischen den Pflegebedürftigen und den Angehörigen (Nicht-Partner) <sup>e</sup>	0,725	<b>&lt;0,001</b>	2,064	[1,367–3,117]
Einschätzung der aktuellen Möglichkeiten, mit der Pflege zurecht zu kommen <sup>f</sup>	0,151	<b>&lt;0,001</b>	1,163	[1,085–1,247]
b) FELT NEED (n = 590)				
	Regressionskoeffizient B	p <sup>a</sup>	Odds Ratio	99%-KI
<b>Block I<sup>b</sup></b>				
Geschlecht (weiblich)	0,369	0,072	1,1446	[0,967–2,161]
Alter (in Jahren)	–0,012	0,098	0,988	[0,975–1,002]
Bildung (in Jahren)	0,024	0,474	1,024	[0,960–1,092]
<b>Block II<sup>c</sup></b>				
Pflegegrad <sup>d</sup>				
niedrig vs. mittel	–0,494	0,013	0,610	[0,413–0,901]
niedrig vs. hoch	–0,799	<b>&lt;0,001</b>	0,450	[0,291–0,696]
Mehr Hilfe von Angehörigen gewünscht <sup>g</sup>	0,535	<b>0,003</b>	1,707	[1,206–2,416]
KI: Konfidenzintervall; <sup>a</sup> Signifikanzniveau: p = 0,01 (signifikante p-Werte in Fett); <sup>b</sup> Einschluss-Methode (enter): Merkmale der pflegenden Angehörigen als Adjustierungsvariablen; <sup>c</sup> Vorwärtsselektion aller Variablen; <sup>d</sup> niedrig: keiner oder Pflegegrad 1; mittel: Pflegegrad 2; hoch: Pflegegrad 3 oder 4; <sup>e</sup> Referenzkategorie: Pflegenden Angehörigen und pflegebedürftige Person sind Partner; <sup>f</sup> Metrische Variable: 1 (positiv) bis 10 (negativ); <sup>g</sup> Referenzkategorie: die pflegenden Angehörigen wünschen sich keine Hilfe von anderen Angehörigen oder Freunden.				

insbesondere die Situation der pA mit PB, die einen Anspruch auf Sachleistungen haben (ab Pflegegrad 2) abgebildet.

Pflegende, die in Zukunft (felt need) den ambulanten Pflegedienst signifikant häufiger nutzen möchten, äußerten fast doppelt so häufig den Wunsch nach mehr informeller Hilfe aus Freundes- und Verwandtenkreis. Sie wünschten sich also bereits für die Gegenwart mehr informelle Hilfe. Es scheint, dass sie sich zunächst private (informelle) Unterstützung erhoffen, um später mit steigendem Pflegegrad Teile der Pflegeaufgaben an professionelle Pflegedienste abgeben zu können. Ferner waren diese Personen mit einem Nutzungswunsch für die Zukunft etwa doppelt so häufig die pA von PB ohne Pflegegrad oder mit Pflegegrad 1, die noch keine Sachleistungen für einen ambulanten Pflegedienst erhielten. Der Unterstützungsbedarf scheint bereits bei Pflegegrad 1 vorhanden zu sein (felt need), aber aufgrund der fehlenden Finanzierung werden die Unterstützungsangebote nicht beansprucht (expressed need).

Bei Demenz als Ursache der Pflegebedürftigkeit zeigte sich gegenüber anderen Ursachen kein signifikanter Zusammenhang mit der aktuellen oder der für die Zukunft gewünschten Nutzung. Das Alter der PB und der pA hatte keinen signifikanten Einfluss auf die Nutzung. Diese Befunde stehen im Gegensatz zur bisherigen Literatur, bei der jedoch nur Menschen mit Demenz betrachtet wurden [9, 10].

Basierend auf unseren Ergebnissen und den Daten des Statistischen Bundesamtes [22] ergibt eine grobe Schätzung für Deutschland, dass über 800.000 pA, die aktuell keinen ambulanten Pflegedienst nutzen, diesen jedoch zukünftig nutzen möchten. Im Hinblick auf die gefundenen Einflussfaktoren in Kombination mit allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklungen, die den demographischen Wandel betreffen – nämlich häufigere Erwerbstätigkeit von Frauen [23], Häufung von Single-Haushalten sowie größere geografische Entfernungen zwischen Familienmitgliedern – wird die Bedarfsdeckung häuslicher Pflegearrangements durch pA in Zukunft schwieriger werden. Dadurch könnte der Bedarf an genereller Entlastung und speziell auch durch ambulante Pflegedienste weiter ansteigen, vor allem, da die meisten PB so lange wie möglich im eigenen häuslichen Umfeld leben möchten [24]. Zur Unterstützung der häuslichen Pflege ist daher auf der Angebotsseite nicht nur eine Aufrechterhaltung, sondern auch eine weitere Anwerbung und Ausbildung von Fachkräften notwendig [25], um den Fachkräfteengpass entgegenzuwirken [26].

### Stärken und Limitationen

Die Ergebnisse beruhen auf einer Querschnittsbefragung, mit der statistische Zusammenhänge aufgedeckt werden können, die jedoch keine Schlussfolgerungen auf Ursache-Wirkungsbeziehungen

ermöglicht. Ferner legt die relativ geringe Varianzaufklärung der multivariaten Regressionsanalysen nahe, dass es weitere, in unserem Datensatz nicht vorhandene Variablen gibt, die den Zusammenhang erklären. Die Daten sind jedoch repräsentativ für Bayern bei Pflegesituationen, in denen entweder ein Pflegegrad erstmalig oder eine Höherstufung eines bestehenden Pflegegrades beantragt wurde.

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Der ambulante Pflegedienst sollte sein Beratungsangebot verstärkt auf Empowerment der Angehörigen ausrichten, da die den ambulanten Pflegedienst nutzenden pflegenden Angehörigen angeben, mit der häuslichen Pflege weniger gut zurechtzukommen.
- Da die den ambulanten Pflegedienst Nutzenden oft die pflegenden Kinder/Schwiegerkinder sind, die viel häufiger noch erwerbstätig sind und seltener in räumlicher Nähe zum Pflegeort wohnen, sind sie auf die Verlässlichkeit der ambulanten Dienste angewiesen.
- Da ein erheblicher zukünftiger Nutzungswunsch für ambulante Pflegedienstleistungen besteht, sind Anstrengungen zu unternehmen, um das Angebot gegebenenfalls auszubauen, um die häusliche Pflege zu stabilisieren.

### Danksagung

Die Autor\*innen bedanken sich vielmals bei allen teilnehmenden pflegenden Angehörigen und bei den Pflegegutachter\*innen 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 als Teil der Erfüllung der Voraussetzungen für die Erlangung des Doktorgrades „Dr. rer. biol. hum.“ von Petra Scheerbaum an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) durchgeführt.

### Förderung

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

### 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.

### Interessenkonflikt

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

### Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2020;
- [2] Hielchen V, Kirchen-Peters S, Nock L. Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung 2017
- [3] DAK Pflege-Report 2015: Repräsentative Forsa-Umfrage. In: DAK-Gesundheit ed. Hamburg: DAK; 2015
- [4] Matzk S, Tsiasioti C, Behrendt S et al. Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In: Jakobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al., Hrsg. Pflege-Report. 2022: 2022: 251–286
- [5] Bundesministerium für Gesundheit. Pflegedienst und Pflegesachleistungen. Was macht ein ambulanter Pflegedienst? (02.01.2023) Im Internet: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflegedienst-und-pflegesachleistungen.html>; Stand: 27.02.2023
- [6] Lamura G, Mních E, Wojszel B et al. Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen: Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39: 429–442. DOI: 10.1007/s00391-006-0416-0
- [7] Bradshaw J. Taxonomy of social need. In *Problems and progress in medical care: essays on current research*. London: Oxford University Press; 1972: 71–82
- [8] 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
- [9] Krutter S, Schaffler-Schaden D, Eßl-Maurer R et al. Home care nursing for persons with dementia from a family caregivers' point of view: Predictors of utilisation in a rural setting in Austria. *Health Soc Care Community* 2022; 30: 389–399. DOI: 10.1111/hsc.13412a
- [10] Graessel E, Luttenberger K, Bleich S et al. Home nursing and home help for dementia patients: Predictors for utilization and expected quality from a family caregiver's point of view. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52: 233–238. DOI: 10.1016/j.archger.2010.04.001
- [11] Karrer L, Dietzel N, Wolff F et al. Wenn es nicht mehr alleine geht – Inanspruchnahme ambulanter Unterstützungsangebote von Menschen mit Demenz: der Bayerische Demenz Survey (BayDem). *Gesundheitswesen* 2020; 82: 40–49. DOI: 10.1055/a-1071-7851
- [12] Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 429–435.e417. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.06.008
- [13] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014; 14: 1–9. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23
- [14] Pendergrass A, Malnis C, Graf U et al. Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 229. DOI: 10.1186/s12913-018-3047-4
- [15] Tarlow BJ, Wisniewski SR, Belle SH et al. Positive aspects of caregiving: Contributions of the REACH project to the development of new measures for Alzheimer's caregiving. *Res Aging* 2004; 26: 429–453. DOI: 10.1177/0164027504264493
- [16] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- [17] Löbbberding M, Sascha K, Elke P. Versorgungsleistungen in der Pflege. In: Haring R, Hrsg. *Gesundheitswissenschaften*. Springer; Berlin, Heidelberg: 2022. DOI: 10.1007/978-3-662-65219-0

- [18] Gräßel E. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *GeroPsych* 2000; 13: 85–94. DOI: 10.1024/1011-6877.13.2.85
- [19] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1995; 57: 289–300. DOI: 10.1111/j.2517-6161.1995.tb02031.x
- [20] Wetzstein M, Rommel A, Lange C. Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst 2015; 6: 12. DOI: 10.17886/rki-gbe-2016-018
- [21] Geyer J, Schulz E. Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *Diw Wochenbericht* 2014; 81: 294–301
- [22] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2021, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2022
- [23] Statistisches Bundesamt. Erwerbspersonenvorausberechnung 2020 (02.11.2020). Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Erwerbspersonenvorausberechnung-2020.html>; Stand: 13.03.2023
- [24] Räker M, Schwinger A, Klauber J. Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S et al., Hrsg. *Pflege-Report 2020*. Springer; Berlin, Heidelberg: 2020: 65–95. DOI: 10.1007/978-3-662-61362-7\_5
- [25] Stemmer R. Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen? In: Jacobs K, Kuhlmei A, Greß S et al., Hrsg. *Pflege-Report*. 2021: 2021: 173–184. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2\_12
- [26] Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2022, Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich (Mai 2022). Im Internet: [https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=7](https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Statistiken/Themen-im-Fokus/Berufe/Generische-Publikationen/Altenpflege.pdf?__blob=publicationFile&v=7); Stand 13.03.2023

# Tagespflege: Wer nutzt sie und wer möchte sie nutzen? Multivariable Analyse der aktuellen und zukünftigen Inanspruchnahme der Tagespflege bei der häuslichen Pflege

## Adult Day Care Service: Who Uses it and Who Wants to Use it? Multivariable Analysis of Current and Future Use of Adult Day Care Service by Elderly Persons in Long-Term Care



Autorinnen/Autoren  
Sophia Bösl , Kristina Diehl, Anna Pendergrass, Elmar Gräßel

### Institute

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

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, geriatrische Tagespflege, pflegebedürftige Person, pflegende Angehörige

### Key words

long-term care, adult day care centers, care recipient, informal caregivers

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S29–S36

DOI 10.1055/a-2183-7096

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 KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Sophia Bösl  
Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung,  
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik,  
Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg (FAU)  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
sophia.boesl@uk-erlangen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Tagespflege dient der Entlastung pflegender Angehöriger sowie der adäquaten Versorgung und Förderung pflegebedürftiger Personen. Bayern- und deutschlandweit wird die Tagespflege von 4 % aller pflegebedürftigen Personen besucht. Ziel der Sekundäranalyse ist die Identifikation von Variablen der Angehörigen- und Pflegesituation, die mit einer gegenwärtigen oder gewünschten zukünftigen Inanspruchnahme des Tagespflegeangebots assoziiert werden.

**Methodik** Für die Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver („Zugewinne durch die Pflege“) wurden von Oktober 2019 bis März 2020 in Bayern pflegende Angehörige von geriatrischen Pflegebedürftigen (> 65 Jahre; n = 958) zur Pflegesituation, zu Eigenschaften der pflegenden Angehörigen und der pflegebedürftigen Personen sowie zur Soziodemografie befragt. Zur Ermittlung von Prädiktoren einer gegenwärtigen oder gewünschten Tagespflegenutzung wurden zwei binäre logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

**Ergebnisse** Es nutzten 7.3 % (n = 70) der Befragten das Tagespflegeangebot, wobei die Inanspruchnahme mit einer demenziellen Erkrankung und einem hohen Pflegegrad der pflegebedürftigen Person assoziiert war (Nagelkerkes  $R^2 = 0,200$ ). Von den 888 Befragten ohne Tagespflegenutzung äußerten 25.1 % (n = 223) einen Nutzungswunsch. Dieser war mit einer demenziellen Erkrankung der pflegebedürftigen Person, einer schlechten früheren Beziehung und einer starken subjektiven Belastung der pflegenden Angehörigen assoziiert (Nagelkerkes  $R^2 = 0,083$ ).

**Schlussfolgerung** Die Nutzungszahlen waren höher als in den Pflegestatistiken berichtet. Demenz und ein erhöhter Pflegebedarf der pflegebedürftigen Personen waren mit der Inanspruchnahme assoziiert, entgegen der Literatur war jedoch kein Zusammenhang mit Alltagsbeschränkungen, Geschlecht, Bildung oder Pflegedauer zu finden. Aktuell wollen mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen in Bayern weder gegenwärtig noch zukünftig Tagespflegeangebote nutzen.

**ABSTRACT**

**Background** Adult day care serves to ease the burden on informal caregivers and to provide adequate care and support for care recipients. Across Bavaria and Germany, adult day care is attended by 4% of all care recipients. The aim of the secondary analysis was to identify variables linked to the current or desired future use of adult day care services.

**Methodology** For the cross-sectional study Benefits of Being a Caregiver (“Zugewinne durch die Pflege”), informal caregivers of geriatric care receiver were surveyed in Bavaria from October 2019 to March 2020 (age > 65; n = 958). Data regarding caregiving situation, characteristics of informal caregivers and care recipients, and sociodemographic information were collected. Two binary logistic regression analyses were conducted to identify predictors of current or desired adult day care service use.

**Results** Adult day care was used by 7.3% (n = 70) of informal caregivers. Utilization was associated with dementia and high care degree requirements of the care recipient (Nagelkerke's  $R^2 = 0.200$ ). Of the 888 informal caregivers not using adult day care services, 223 (25.1%) expressed a desire to use them. This was associated with care recipients suffering from dementia, a poor previous relationship, and a high subjective burden on the informal caregiver (Nagelkerke's  $R^2 = 0.083$ ).

**Conclusion** The utilization rate of adult day care was found to be higher than reported in Bavarian or German care statistics. Dementia and an increased need for care of the care recipient were associated with utilization, but contrary to reports in literature, no association with everyday limitations, sex, education, or duration of care was found. More than two-thirds of Bavarian informal caregivers do not want to use adult day care services either now or in the future.

**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**

Die Tagespflege ist ein in Deutschland etabliertes Versorgungsangebot, das von den Pflegekassen ab Pflegegrad 2 bezuschusst wird. Es dient der Entlastung und Unterstützung der pflegenden Angehörigen (pA) sowie dem Erhalt und der Förderung der sozialen, kognitiven, physischen und emotionalen Kompetenzen der pflegebedürftigen Personen (PB) [1, 2]. Die Tagespflege kann bei PB und pA zu einer Reduktion des Stresserlebens und zu einer Verbesserung des Wohlbefindens beitragen [3–5]. In Bayern besuchten 2019 etwa 4% der landesweit 404 000 PB eine Tagespflege [6], in Deutschland belief sich die Zahl der PB in Tagespflege 2019 ebenfalls auf ca. 4% [7].

Bisherige Forschungsergebnisse zeigen, dass die Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten mit dem Alter [8, 9] und dem Bildungsgrad der pA [9, 10], dem Geschlecht von pA und PB [11] und der Art der Beziehung zwischen pA und PB [11, 12] assoziiert ist. Zudem steht die Inanspruchnahme mit dem Verstärkergrad des Wohnortes [11] und der Erreichbarkeit der Tagespflege [8, 9] im Zusammenhang. Die Pflegedauer [11] sowie der Pflegegrad der PB [9], die Pflege von Personen mit starken kognitiven Einschränkungen [12, 13] und hohem Unterstützungsbedarf in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL [14]) [12, 15] gehen mit der Inanspruchnahme einher. Zudem gibt es widersprüchliche Ergebnisse bezüglich des Zusammenhangs zwischen der subjektiven Be-

lastung der pA durch die häusliche Pflege und der Nutzung von Tagespflegeangeboten [10–12].

Im Sinne des Need-Konzepts nach Bradshaw [16] kann die Nutzung von Sozialleistungen in einen von Expert\*innen festgelegten Bedarf (normative need), einen im Vergleich zu anderen Gruppen zugehörigen bestehenden Bedarf (comparative need), einen individuell wahrgenommenen Bedarf (felt need) sowie eine gegenwärtige Nutzung (expressed need) unterteilt werden. Im Vergleich von wahrgenommenem Bedarf und gegenwärtiger Nutzung ist häufig ein größerer felt need als ein expressed need zu beobachten [16]. Dies ist auch im Hinblick auf die von pA gewünschte zukünftige (felt need) und gegenwärtige (expressed need) Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten zu vermuten [17].

Ein gesundheitspolitisches Ziel, abgeleitet aus den jeweiligen Novellierungen des Sozialgesetzbuchs (SGB XI) im Rahmen des ersten und zweiten Pflegestärkungsgesetzes [18, 19], ist die Entlastung der pA, unter anderem durch die Förderung der Tagespflegenutzung [20]. Um Konzepte für eine gezielte Förderung der Inanspruchnahme entwickeln zu können, sind Informationen über die Faktoren notwendig, die sowohl mit dem expressed need als auch mit dem felt need der pA assoziiert sind.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist daher eine Erfassung von Variablen, die aktuell mit einer gegenwärtigen oder gewünschten zukünftigen Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten in Bayern im Zusammenhang stehen.

**Stichprobe**

Im Rahmen der Querschnittsstudie „Benefits of Being a Caregiver“ („Zugewinne durch die Pflege“) wurden in Bayern zwischen Oktober 2019 und März 2020 insgesamt 5000 Fragebögen von 50 Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes (MD) ohne Vorselektion an pA zum Ausfüllen verteilt. Die Gutachtenden wurden vom MD Bayern entsprechend einer repräsentativen Verteilung aller bayerischen Regionen ausgewählt. Gemäß SGB XI erfolgt eine Begutachtung durch den MD, wenn ein Erstantrag auf Pflegeeinstufung oder ein Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads gestellt wird. Von den 1082 (21,6%) rückläufigen Fragebögen mit Einverständ-

nis zur anonymisierten Datenverwendung wurden nach Ausschluss von Datensätzen nicht geriatrischer Fälle (Pflege von PB < 65 Jahre,  $n = 121$ ) und fehlender Antworten auf der Zielvariable „Tagespflegenutzung“ ( $n = 3$ ) 958 Datensätze verwendet. Für die Analyse der in Zukunft gewünschten Tagespflegenutzung wurden die Daten der pA ausgewertet, die die Tagespflege zum Zeitpunkt der Erhebung nicht nutzten ( $n = 888$ ). Die Stichprobencharakteristika sind in ► **Tab. 1** zu finden. Alle beschriebenen Untersuchungen erfolgten nach Prüfung und Freigabe der zuständigen Ethik-Kommission (Votums-Nr. 220\_20 B).

## Instrumente

Der Fragebogen wurde von pA ausgefüllt, um deren Situation in der häuslichen Pflege zu erfassen. Dieser besteht aus fünf bereits existierenden Befragungsinstrumenten sowie mehrerer ergänzenden Einzelfragen zur Einschätzung der häuslichen Pflegesituation und zur Soziodemographie. Die Nutzung formeller Hilfeangebote wurde in Anlehnung an das Resource Utilization in Dementia (RUD) Instrument [21] erhoben. Hierbei gaben die pA sowohl ihren expressed need („Welche Angebote nutzen Sie gegenwärtig oder haben Sie in letzter Zeit genutzt?“), als auch ihren felt need („Falls Sie bestimmte Angebote gegenwärtig nicht nutzen: Haben Sie den Wunsch, in Zukunft dieses Angebot zu nutzen?“) für 16 mögliche Unterstützungsangebote an, darunter auch die Tagespflege. Die aktuelle subjektive Belastung der pA wurde mittels der Kurzversion der Häusliche-Pflege-Skala (HPS-k; Wertebereich 0–30) [22, 23] erhoben. Die positiven Zugewinne der pA durch die Pflege wurden mit der „Benefits of Being a Caregiver“ Skala (BBCS; Wertebereich 0–56) [24] ermittelt. Die Bewältigungsstrategien der pA bezüglich der Anforderungen der Pflege wurden mit je 2 Fragen aus dem Brief COPE-Fragebogen zur Erfassung von vermeidenden sowie problemorientierten oder emotionsorientierten Copingstrategien erhoben (Wertebereich je Subskala 0–8) [25]. Die allgemeine Bewertung der Pflegesituation („Wie schätzen Sie ganz allgemein Ihre aktuelle Pflegesituation ein?“) sowie die Einschätzung der subjektiven Bewältigung der Pflegesituation („Wie schätzen Sie aktuell Ihre Möglichkeit ein, mit der Pflege zurecht zu kommen?“) wurde jeweils auf einer 10-stufigen numerischen Schätzskaala erfasst, wobei höhere Werte einer negativeren Bewertung beziehungsweise Einschätzung entsprechen.

Zudem wurde die Pflegedauer in Monaten, der primäre Grund der Pflegebedürftigkeit (Demenz, Schlaganfall, Krebs, Altersschwäche, Sonstige), die Hauptmotivation zur häuslichen Pflege [26] (sieben Antwortmöglichkeiten, in dichotomer Form zusammengefasst: Wunsch der pA ja/nein) sowie der Pflegegrad der PB erfragt. Letzterer wurde anschließend kategorisiert (niedrig: Pflegegrad 0–1; mittel: Pflegegrad 2; hoch: Pflegegrad 3–4). Die Unterstützung bei den ADLs [14], die Hilfe für instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) [27] sowie die Beaufsichtigung zur Vermeidung von Gefahrensituationen wurde in Stunden pro Tag in Anlehnung an RUD [21] erfasst. Die aktuelle sowie frühere (vor Beginn der Pflegebedürftigkeit) Beziehungsqualität wurde anhand dreier Piktogramme (negatives, neutrales und positives Gesicht) eingeschätzt [28]. Negative und neutrale Antworten wurden im zweiten Schritt zusammengefasst. Ferner wurde der Erhalt von oder der Wunsch nach informeller Hilfe bei der Pflege durch das persönliche Umfeld der pA erfragt.

Für die soziodemografischen Daten wurden Alter und Geschlecht der pA und der PB sowie Bildungsgrad, Umfang der Erwerbstätigkeit, Wohnsituation (mit PB getrennt/zusammenlebend), Verwandtschaftsverhältnis (Ehepartner\* in: ja/nein) und Anzahl der von den pA versorgten PB erhoben.

## Statistische Analysen

Die statistischen Analysen wurden mit IBM SPSS Version 28.0 durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde bei 1 % festgesetzt. Zur Stichprobenbeschreibung wurden in bivariaten Analysen Gruppenunterschiede durch  $\chi^2$ -Tests und t-Tests ermittelt. Eine Korrektur der p-Werte erfolgte mittels Benjamini-Hochberg Methode [29]. Zur Bestimmung möglicher Prädiktoren, die mit der gegenwärtigen oder gewünschten zukünftigen Nutzung der Tagespflege in Zusammenhang stehen, wurden binär logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Vor Aufnahme in das Regressionsmodell erfolgte für alle unabhängigen Variablen eine Multikollinearitätsprüfung. Die Festlegung der Multikollinearitätsgrenze ( $r \geq 0,6$ ) erfolgte in Anlehnung an Scheuermann et al. [30]. Bei vorliegender Multikollinearität wurde die Variable mit höherer Korrelation zur abhängigen Variable in das Modell aufgenommen. Zudem erfolgte eine Ausreißeranalyse mittels Betrachtung der Hebelwerte nach Igo [31] sowie die Überprüfung der Linearität von kontinuierlichen Variablen anhand des Box-Tidwell-Verfahrens mit Bonferroni-Korrektur. Zur Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildungsniveau der pA wurden diese im ersten Block mittels Enter-Methode in die Regressionsanalyse aufgenommen. Danach erfolgte mittels Vorwärtss Selektion aller erhobenen Variablen (siehe ► **Tab. 1**) eine schrittweise Inklusion signifikanter Prädiktoren. Der Wert  $p = 0,01$  wurde als Grenze für die Aufnahme der Variablen in das Modell bestimmt, während  $p = 0,10$  als Wert für den Ausschluss aus dem Modell festgesetzt wurde. Die Varianzaufklärung des Modells erfolgte mittels Nagelkerkes  $R^2$ .

## Ergebnisse

Die Multikollinearitätsprüfung ergab einen deutlichen Zusammenhang zwischen den Variablen Bewertung und Bewältigung der Pflegesituation. Aufgrund der stärkeren Korrelation zur entsprechenden abhängigen Variable wurde für die Analyse der gegenwärtigen Nutzung die Bewertung der Pflegesituation und für die Analyse der gewünschten zukünftigen Nutzung die Bewältigung der Pflegesituation aufgenommen. Die Erwerbstätigkeit der pA und die (Ehe-) partnerschaftliche Beziehung zu den PB wurde aufgrund hoher Korrelationen mit dem Alter der pA in beiden Analysen ausgeschlossen. Das Box-Tidwell-Verfahren zur Überprüfung der Linearität kontinuierlicher Variablen war für alle betreffenden Variablen nicht signifikant. Es wurde ein Ausreißer identifiziert. Dieser wurde aufgrund fehlender klinischer Erklärungen jedoch im Datensatz belassen.

## Gegenwärtige Inanspruchnahme der Tagespflege (expressed need)

### Bivariate Analyse

Tagespflegeangebote wurden von 70 (7,3 %) pA in Anspruch genommen. Diese pflegten häufiger PB mit hohem Pflegegrad, PB mit Demenz und wiesen eine höhere subjektive Pflegebelastung als pA ohne Tagespflegenutzung auf (► **Tab. 1**).

► **Tab. 1** Stichprobeneigenschaften pflegender Angehöriger, pflegebedürftiger Personen und der Pflegesituation (n = 958)

Variablen	Kohorte (n = 958)			Expressed need (n = 958)			Felt need (n = 888)			p°
	M ± SD oder n (%)	Nutzung (n = 70) M ± SD oder n (%)	Nicht-Nutzung (n = 888) M ± SD oder n (%)	M ± SD oder n (%)	Nutzung (n = 223) M ± SD oder n (%)	Nicht-Nutzung (n = 665) M ± SD oder n (%)				
<b>Pflegende Angehörige</b>										
Alter (Jahre)	62,07 ± 12,63	59,87 ± 10,5	62,24 ± 12,8	0,124 <sup>a</sup>	61,26 ± 12,59	62,57 ± 12,8	0,216 <sup>a</sup>			
Geschlecht (Männlich)	234 (24,4)	18 (25,7)	216 (24,3)	0,810 <sup>b</sup>	59 (27,3)	157 (23,6)	0,440 <sup>b</sup>			
Erwerbstätig (Ja)	459 (47,9)	40 (57,1)	419 (47,2)	0,230 <sup>b</sup>	104 (46,6)	315 (47,4)	0,850 <sup>b</sup>			
Bildung (Jahre)	10,67 ± 2,68	10,89 ± 3,1	10,66 ± 2,6	0,329 <sup>a</sup>	10,50 ± 2,49	10,70 ± 2,70	0,241 <sup>a</sup>			
Beziehung (Ehepartner*in)	291 (30,4)	17 (24,3)	274 (30,9)	0,230 <sup>b</sup>	60 (26,9)	214 (32,2)	0,236 <sup>b</sup>			
Subjektive Pflegebelastung	16,73 ± 7,48	19,98 ± 7,20	16,78 ± 7,44	<b>0,005<sup>a</sup></b>	18,64 ± 6,93	15,75 ± 7,47	<b>0,005<sup>a</sup></b>			
Benefits	27,04 ± 12,9	28,74 ± 11,81	26,90 ± 12,97	0,236 <sup>a</sup>	27,18 ± 12,72	26,81 ± 13,06	0,424 <sup>a</sup>			
Vermeidendes Coping	6,15 ± 1,56	6,01 ± 1,59	6,16 ± 1,56	0,316 <sup>a</sup>	6,03 ± 1,48	6,20 ± 1,58	0,203 <sup>a</sup>			
Emotionsorientiertes Coping	3,72 ± 2,22	4,03 ± 2,30	3,69 ± 2,22	0,230 <sup>a</sup>	3,82 ± 2,16	3,65 ± 2,23	0,252 <sup>a</sup>			
Problemorientiertes Coping	4,04 ± 1,97	4,41 ± 1,99	4,01 ± 1,97	0,132 <sup>a</sup>	4,35 ± 1,96	3,90 ± 1,96	0,009 <sup>a</sup>			
Aktuelle Beziehungsqualität (negativ)	407 (42,5)	35 (50,0)	372 (41,9)	0,269 <sup>b</sup>	118 (52,9)	254 (38,2)	<b>0,005<sup>b</sup></b>			
Frühere Beziehungsqualität (negativ)	390 (40,7)	37 (52,9)	353 (39,8)	0,111 <sup>b</sup>	112 (50,2)	241 (36,2)	<b>0,005<sup>b</sup></b>			
Pflegewunsch pA (Ja)	235 (24,5)	20 (28,6)	215 (24,2)	0,456 <sup>b</sup>	63 (28,3)	152 (22,9)	0,230 <sup>b</sup>			
<b>Pflegebedürftige Person</b>										
Alter (Jahre)	82,13 ± 7,06	81,63 ± 6,26	82,17 ± 7,11	0,345 <sup>a</sup>	82,58 ± 6,94	82,03 ± 7,16	0,251 <sup>a</sup>			
Geschlecht (Männlich)	316 (33,0)	15 (21,4)	301 (33,9)	0,111 <sup>b</sup>	70 (31,4)	231 (34,7)	0,424 <sup>b</sup>			
Demenzkrankung (Ja)	364 (38,0)	55 (78,6)	309 (34,8)	<b>0,005<sup>b</sup></b>	102 (45,7)	207 (31,1)	<b>0,005<sup>b</sup></b>			
Pflegegrad				<b>0,005<sup>b</sup></b>			0,549 <sup>b</sup>			
Pflegegrad 0	190 (19,8)	5 (7,1)	185 (20,8)		39 (17,5)	146 (22,0)				
Pflegegrad 1	136 (14,2)	2 (2,9)	134 (15,1)		36 (16,1)	98 (14,7)				
Pflegegrad 2	315 (32,9)	20 (28,6)	295 (33,2)		79 (35,4)	216 (32,5)				
Pflegegrad 3	211 (22,0)	22 (31,4)	189 (21,3)		51 (22,9)	138 (20,8)				
Pflegegrad 4	106 (11,1)	21 (19,8)	85 (9,6)		18 (8,1)	67 (10,1)				
<b>Pflegelumstände</b>										
Bewertung der Pflegesituation	3,75 ± 2,10	4,25 ± 2,29	3,71 ± 2,08	0,087 <sup>a</sup>	4,09 ± 2,12	3,59 ± 2,05	<b>0,005<sup>a</sup></b>			
Bewältigung der Pflegesituation	3,08 ± 2,03	3,33 ± 2,06	3,06 ± 2,03	0,236 <sup>a</sup>	3,53 ± 2,04	2,90 ± 2,00	<b>0,005<sup>a</sup></b>			
Zusammenwohnen (Ja)	505 (52,7)	45 (64,3)	460 (51,8)	0,125 <sup>b</sup>	112 (50,2)	348 (52,3)	0,620 <sup>b</sup>			
Pflegedauer (Monate)	45,25 ± 52,76	40,12 ± 31,15	45,65 ± 54,09	0,216 <sup>a</sup>	42,36 ± 44,25	43,76 ± 57,00	0,241 <sup>a</sup>			
Pflege mehrerer Personen (Ja)	59 (6,2)	5 (7,1)	54 (6,1)	0,750 <sup>b</sup>	17 (7,6)	37 (5,6)	0,345 <sup>b</sup>			
ADL (Stunden/Tag)	2,69 ± 2,24	3,22 ± 2,71	2,65 ± 2,20	0,125 <sup>a</sup>	2,54 ± 2,07	2,69 ± 2,24	0,269 <sup>a</sup>			
IADL (Stunden/Tag)	3,45 ± 2,26	3,31 ± 2,06	3,45 ± 2,27	0,363 <sup>a</sup>	3,50 ± 2,14	3,45 ± 2,32	0,440 <sup>a</sup>			
Beaufsichtigungszeit (Stunden/Tag)	2,70 ± 3,25	4,27 ± 4,35	2,58 ± 3,12	<b>0,005<sup>a</sup></b>	2,66 ± 2,98	2,55 ± 3,17	0,398 <sup>a</sup>			

► **Tab. 1** Fortsetzung.

Variablen	Kohorte (n = 958) M ± SD oder n (%)	Expressed need (n = 958)		Felt need (n = 888)		p°
		Nutzung (n = 70) M ± SD oder n (%)	Nicht-Nutzung (n = 888) M ± SD oder n (%)	Nutzung (n = 223) M ± SD oder n (%)	Nicht-Nutzung (n = 665) M ± SD oder n (%)	
Informelle Hilfe erhalten (ja)	576 (60,1)	48 (8,3)	528 (59,5)	142 (63,7)	386 (58,0)	0,236 <sup>b</sup>
Informelle Hilfe erwünscht (ja)	582 (60,8)	51 (72,9)	531 (59,8)	160 (71,7)	371 (55,8)	0,005 <sup>b</sup>

Anmerkung. Abhängige Variable expressed need (Tagespflegenutzung), felt need (gewünschte Tagespflegenutzung). Subjektive Belastung durch die Pflege = HPS-K, Wertebereich 0–30; BBCS = Benefits of being a caregiver-Skala, Wertebereich 0–60; Vermeidendes, emotions- und problemorientiertes Coping werden mit je 2 Items des COPE-6 erhoben, Wertebereich jeweils 0–8; frühere Beziehungsqualität: Beziehungsqualität zwischen Pflegenden und pflegebedürftigen Personen vor Beginn der Pflegebedürftigkeit; Bewertung und Bewältigung der Pflegesituation: Wertebereich 0 (positiv) – 9 (negativ); Zusammenwohnen: Pflegend und pflegebedürftige leben in häuslicher Gemeinschaft; ADL = Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL = Instrumentelle Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens; Informelle Hilfe = Hilfe aus Freundes-/Verwandtschaftskreis. ° Alpha-Fehler-Korrektur der p-Werte mittels Benjamini-Hochberg Methode  $p < 0,01$  in fett. <sup>a</sup> t-Test für metrische Variablen. <sup>b</sup> Chi-Quadrat-Test für dichotome Variablen ( $df = 1, \alpha = 0,01$ ).

## Multivariable Analyse

Für die Nutzung der Tagespflegeangebote konnte anhand der binär logistischen Regression ein signifikantes Modell ( $\chi^2 = 77,50, df = 3, p < 0,001$ ) mit zwei Prädiktoren identifiziert werden (► **Tab. 2**), das 20,0% (Nagelkerkes  $R^2 = 0,200$ ) der Varianz aufklärte. PA von PB mit Demenz nahmen sechsmal häufiger Tagespflegeangebote in Anspruch als pA von PB ohne Demenz (Odds Ratio [OR]: 6,06; 99% - Konfidenzintervall [KI]: 2,71–13,56). Im Vergleich zu pA von PB mit niedrigem Pflegegrad nutzten pA von PB mit hohem Pflegegrad sechsmal häufiger Tagespflegeangebote (OR: 6,36; 99%-KI: 1,99–20,33).

## Gewünschte zukünftige Inanspruchnahme der Tagespflege (felt need)

### Bivariate Analyse

Von den pA, die keine Tagespflege in Anspruch nahmen ( $n = 888$ ), gaben 223 (25,1%) einen Wunsch nach zukünftiger Inanspruchnahme des Angebots an. Im Vergleich zu pA ohne Wunsch nach zukünftiger Inanspruchnahme zeigten pA mit Nutzungswunsch eine höhere subjektive Pflegebelastung und berichteten häufiger von einer schlechten aktuellen und früheren Beziehungsqualität zu den PB. Zudem pflegten pA mit Nutzungswunsch häufiger PB mit Demenz, bewerteten die aktuelle Pflegesituation negativer, schätzten die Bewältigung der Pflege schlechter ein und wünschten sich häufiger informelle Hilfe als pA ohne Nutzungswunsch (► **Tab. 1**).

### Multivariable Analyse

Die binär logistische Regression resultierte in einem signifikanten Modell ( $\chi^2 = 45,62, df = 3; p < 0,001$ ) mit drei Prädiktoren (► **Tab. 2**) und einer Varianzaufklärung von 8,3% (Nagelkerkes  $R^2 = 0,083$ ). Der Wunsch der pA nach einer zukünftigen Nutzung der Tagespflege war mit dem Vorliegen einer dementiellen Erkrankung der PB (OR: 1,69; 99%-KI: 1,10–2,59), einer negativen früheren Beziehungsqualität zwischen pA und PB (OR: 1,74; 99%-KI: 1,14–2,63) und einer höheren subjektiven Pflegebelastung der pA (OR: 1,05; 99%-KI: 1,02–1,08) assoziiert.

## Diskussion

Ziel der vorliegenden Analyse war die Identifikation möglicher Faktoren, die mit einer gegenwärtigen und für die Zukunft gewünschten Inanspruchnahme eines Tagespflegeangebots im Zusammenhang stehen. Eine gegenwärtige Inanspruchnahme (expressed need) gaben zum Zeitpunkt der Erhebung etwa 7% der befragten pA an. Dies entspricht den Ergebnissen der nicht-repräsentativen Befragung von pA des VdK aus dem Jahr 2021: 7% der befragten Mitglieder des VdK gaben dort die Inanspruchnahme von Tagespflege an [13]. Das Ergebnis liegt jedoch deutlich über der bayerischen und bundesweiten errechneten Nutzungsrate von 4% aus dem Jahr 2019 [6, 7]. Diese Daten beruhen jedoch nicht auf Befragungsergebnissen, sondern auf den Nutzungszahlen des Angebots im Verhältnis zur Gesamtzahl der Personen mit Pflegegrad. Dies kann den Unterschied begründen. Für den expressed need der pA konnte gezeigt werden, dass Tagespflegeangebote besonders von pA in Anspruch genommen werden, die dementiell erkrankte PB mit hohem Pflegegrad pflegen.

Ein Viertel der pA, die bisher noch keine Tagespflege in Anspruch genommen hatten, gaben einen Nutzungswunsch für die Zukunft

► **Tab. 2** Binär logistische Regressionsanalyse für die gegenwärtige und gewünschte Inanspruchnahme der Tagespflege - Modell: Enter (Block I), Vorwärtsselektion (Block II)

a) Gegenwärtige Inanspruchnahme der Tagespflege (expressed need)				
Unabhängige Variable	Regressionskoeffizient	p-Wert	Odds Ratio	99% Konfidenzintervall
Block I <sup>a</sup>				
Geschlecht (männlich)	-0,02	0,995	0,99	[0,44-2,27]
Alter	-0,02	0,135	0,98	[0,96-1,01]
Bildung	0,03	0,589	1,03	[0,91-1,16]
Block II <sup>b</sup>				
Demenzerkrankung (ja)	1,80	<0,001	6,06	[2,71-13,56]
Pflegegrad <sup>c</sup>		<0,001		
niedrig vs. mittel	1,16	0,015	3,20	[0,93-10,99]
niedrig vs. hoch	1,85	<0,001	6,36	[1,99-20,33]
b) Gewünschte zukünftige Inanspruchnahme der Tagespflege (felt need)				
Unabhängige Variable	Regressionskoeffizient	p-Wert	Odds Ratio	99% Konfidenzintervall
Block I <sup>a</sup>				
Geschlecht (männlich)	0,40	0,040	1,50	[0,90-2,46]
Alter	-0,01	0,209	0,99	[0,98-1,01]
Bildung	-0,04	0,281	0,97	[0,89-1,05]
Block II <sup>d</sup>				
Demenzerkrankung (ja)	0,53	0,001	1,69	[1,10-2,59]
Frühere Beziehungsqualität (negativ) <sup>e</sup>	0,55	<0,001	1,74	[1,14-2,63]
Subjektive Pflegebelastung <sup>f</sup>	0,05	<0,001	1,05	[1,02-1,08]
<p>Anmerkungen. Abhängige Variable expressed need (Tagespflegenutzung): n = 958; 0 = nein, 1 = ja. Abhängige Variable felt need (gewünschte Tagespflegenutzung): n = 888; 0 = nein, 1 = ja. <sup>a</sup> Adjustierungsvariablen, mit Enter-Methode eingefügt, Variablen beziehen sich nur auf pflegende Angehörige. <sup>b</sup> Schrittweises Hinzufügen der Variablen mittels Vorwärtsselektion. Finales Regressionsmodell: Nagelkerkes <math>R^2 = 0,206</math>, <math>\chi^2 = 76,65</math> (df:3), <math>p &lt; 0,001</math>; 2 Schritte. <sup>c</sup> Pflegegrad: niedrig (Pflegegrad 0-1), mittel (Pflegegrad 2), hoch (Pflegegrad 3-4). <sup>d</sup> Regressionsmodell: Nagelkerkes <math>R^2 = 0,088</math>, <math>\chi^2 = 47,55</math> (df:3), <math>p &lt; 0,001</math>; 3 Schritte. <sup>e</sup> Frühere Beziehung: Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und pflegebedürftigen Personen vor Pflegebedürftigkeit <sup>f</sup> Subjektive Belastung durch die Pflege; HPS-k: Wertebereich 0-30.</p>				

an und kommunizierten somit gemäß Bradshaw [16] ihr Bedürfnis nach Tagespflege (felt need). Besonders pA von PB mit Demenz, die von einer negativen früheren Beziehung zu den PB berichteten, äußerten den Wunsch nach Tagespflegenutzung in der Zukunft. Dieser Wunsch war zudem bei größerer subjektiver Belastung der pA zu beobachten.

### Gegenwärtige Inanspruchnahme der Tagespflege (expressed need)

pA von PB mit Demenz nahmen mit einer sechsfach erhöhten Wahrscheinlichkeit Tagespflegeangebote in Anspruch im Vergleich zu pA von PB ohne Demenz. Die psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz, wie beispielsweise Agitation oder Irritierbarkeit, führen bei pA häufig zu einer größeren Belastung [32]. Diese kann durch Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen, die PB mit Demenz im Rahmen etablierter Konzepte fördern [33], reduziert werden [34]. Einschränkungen in den ADLs, die mit dementiellen Erkrankungen einhergehen [35], waren in vorhergehenden Studien [12, 15] mit der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten assoziiert. Dieser Zusammenhang konnte in der vorliegenden Studie jedoch nicht gefunden werden. Mit Blick auf den Wunsch der pA nach zukünftiger Inanspruchnahme zeigt sich, dass der Bedarf an Tagespflege durch das bestehende Angebot noch nicht gedeckt wird: die häusliche Pflege von PB mit Demenz steht neben dem expressed need auch mit dem felt need der pA im Zusammenhang.

Die häusliche Pflege von PB mit höherem Pflegegrad stand ebenfalls mit der Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten im Zusammenhang. Im Vergleich zu pA, die PB mit keinem bzw. niedrigem Pflegegrad (0 oder 1) pflegen, war bei pA von PB mit mittlerem Pflegegrad (2) ein Anstieg der Nutzungshäufigkeit zu erkennen. Deutlicher wird dieser Unterschied im Vergleich der pA, die PB mit keinem bzw. niedrigem Pflegegrad pflegen zu pA, die PB mit hohem Pflegegrad (3 oder 4) pflegen. Wasić et al. [9] konnten sogar zeigen, dass die Pflege von PB mit mind. Pflegegrad 2 mit einer Steigerung der Nutzungsintensität von Tagespflegeangeboten assoziiert ist. Im Gegensatz dazu stehen die Ergebnissen von Lüdecke et al. [10], die keinen Unterschied zwischen den damals geltenden Pflegestufen bezüglich der Nutzung von Unterstützungsleistungen berichten.

Im Unterschied zur bestehenden Literatur [8, 9, 11, 12, 15] konnten in der vorliegenden Analyse keine Zusammenhänge bezüglich des Alters oder des Bildungsstands der pA, der Art der Beziehung zwischen pA und PB, des Geschlechts von pA oder PB, der Pflegedauer und der Inanspruchnahme des Tagespflegeangebots gefunden werden. Weitere Studien zeigten zudem auf, dass eine starke Belastung der pA durch die häusliche Pflege mit einer Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten wie der Tagespflege im Zusammenhang steht [10, 11]. Dies können unsere Ergebnisse nicht bestätigen.

Anhand der dargestellten Variablen konnten 20% der Varianz aufgeklärt werden. Daher ist von der Existenz weiterer Faktoren

auszugehen, die mit einer Inanspruchnahme im Zusammenhang stehen. Hierbei sei beispielsweise die negative Einstellung der PB gegenüber der Tagespflege [36] oder auch die Erreichbarkeit der Tagespflegeeinrichtung [8] zu erwähnen, die die Entscheidung bezüglich einer Unterstützung durch die Tagespflege beeinflussen können.

### Gewünschte zukünftige Inanspruchnahme der Tagespflege (felt need)

Eine negative frühere Beziehung zwischen pA und PB stand mit einem annähernd verzweifachten Wunsch nach zukünftiger Inanspruchnahme des Tagespflegeangebotes im Zusammenhang. Bekannt ist, dass eine positive frühere Beziehungsqualität mit einer geringeren Belastung der pA assoziiert wird [37]. Eine negative frühere Beziehungsqualität kann hingegen zu einer verzerrten Wahrnehmung des Krankheitsausmaßes [38] und zu einer höheren subjektiven Pflegebelastung [39] führen.

Die Belastung der pA durch die häusliche Pflege stand mit dem Wunsch nach zukünftiger Tagespflegenutzung im Zusammenhang. Der Review von Phillipson et al. [12] gibt dafür einen Erklärungshinweis, denn auch wenn pA von einer hohen subjektiven Belastung berichten, führt dies aufgrund vielfältiger Barrieren nicht zu einer Nutzung von Tagespflegeangeboten.

Die Varianzaufklärung von 8 % ist als gering zu interpretieren [40]. Es ist daher zu erwarten, dass viele weitere Faktoren mit dem Wunsch nach der Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten im Zusammenhang stehen.

Mit Blick auf die Angaben zu expressed und felt need der pA zeigt sich zudem, dass etwa 70 % der Befragten weder gegenwärtig durch Tagespflegeangebote in der häuslichen Pflege unterstützt werden, noch einen zukünftigen Bedarf äußern. Tagespflegeeinrichtungen dienen sowohl der Betreuung und Förderung der PB [1, 2] als auch der Entlastung der pA [5]. Es stellt sich daher die Frage, weshalb mehr als zwei Drittel der pA keine Tagespflegeangebote weder aktuell in Anspruch nehmen noch zukünftig in Anspruch nehmen wollen.

### Stärken und Einschränkungen

Als Stärke der Studie ist die Repräsentativität der Daten für in Bayern wohnhafte pA zu nennen, die gesetzlich versicherte PB mit (Erst-)Antrag auf Pflegegradeinstufung pflegen. Zudem kann die Betrachtung des breiten Spektrums an Belastungs-, Beziehungs- und Umgebungsfaktoren und deren Zusammenhang mit einer Inanspruchnahme der Tagespflege als Stärke angeführt werden. Hervorzuheben ist, dass sich die Analyse nicht nur auf Daten von pA von PB mit Demenz bezieht, sondern auch Informationen von pA von PB mit anderen Gründen der Pflegebedürftigkeit einfließen. Als Einschränkungen der Studie sind das querschnittliche Design, ein hypothesengenerierendes statt theoriebasiertes Vorgehen, die Erfassung einer gekürzten und adaptierten Version des Need-Konzepts von Bradshaw [16], fehlende medizinische Daten über die PB sowie die Begrenzung auf ein Bundesland zu nennen. Um die Inanspruchnahme der Tagespflegeangebote in Bayern gezielt zu beeinflussen und mögliche Barrieren abbauen zu können, sollten zukünftige Studien die Gründe der in Bayern lebenden pA und der PB für die Nicht-Nutzung der Tagespflege erfragen.

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Tagespflegekonzepte müssen an Besucher\*innen mit Demenz oder mit hohem Pflegegrad angepasst werden, um die Prinzipien der Partizipation und der Ressourceno-rientierung bei gleichzeitig erhöhtem Pflegebedarf weiterhin verfolgen zu können.
- Für eine Förderung der Inanspruchnahme von Tagespflegeangeboten sollten Maßnahmen erforscht und umgesetzt werden, die bewirken, dass das Tagespflegeangebot von einer größeren Zahl an pA genutzt wird.

### Danksagung

Die Autor\*innen bedanken sich vielmals bei allen teilnehmenden pflegenden Angehörigen 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.

### Hinweis

Die vorliegende Arbeit wurde von Sophia Bösl 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 Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (Votums-Nr. 220\_20 B), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

### Förderung

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

### Interessenkonflikt

Die Autor\*innen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

- [1] Rahmenvertrag für die teilstationäre Pflege in Bayern gemäß §75 SGB XI. 2018
- [2] Kücking B. Bekanntmachung der Geschäftsstelle Qualitätsausschuss Pflege Maßstäbe und Grundsätze für die Qualität und die Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach §113 des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) in der teilstationären Pflege (Tagespflege) vom 18. Februar 2020. Gesundheit Bf ed. Bundesanzeiger; 2020: 1–8

- [3] Måvall L, Malmberg B. Day care for persons with dementia: an alternative for whom? *Dementia* 2007; 6: 28–43. DOI: 10.1177/1471301207075627
- [4] Iecovich E, Biderman A. Attendance in adult day care centers of cognitively intact older persons: reasons for use and nonuse. *J Appl Gerontol* 2012; 32: 561–581. DOI: 10.1177/0733464811432141
- [5] Vandepitte S, Van Den Noortgate N, Putman K et al. Effectiveness of Supporting Informal Caregivers of People with Dementia: A Systematic Review of Randomized and Non-Randomized Controlled Trials. *J Alzheimers Dis* 2016; 52: 929–965. DOI: 10.3233/JAD-151011
- [6] Bayerisches Landesamt für Statistik. Pflegeeinrichtungen, ambulante sowie stationäre und Pflegegeldempfänger in Bayern - Ergebnisse der Pflegestatistik; 2019
- [7] Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2019. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt; 2020
- [8] Donath C, Winkler A, Graessel E et al. Day care for dementia patients from a family caregiver's point of view: A questionnaire study on expected quality and predictors of utilisation - Part II. *BMC Health Serv Res* 2011; 11: 1–7. DOI: 10.1186/1472-6963-11-76
- [9] Wasić C, Gräbel E, Luttenberger K et al. Prädiktoren für die Nutzungsintensität von Tagespflegen bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen. *Z Gerontol Geriatr* 2022; 55: 575–582. DOI: 10.1007/s00391-021-01972-x
- [10] Lüdecke D, Mnich E, Kofahl C. How Do Socioeconomic Factors Influence the Amount and Intensity of Service Utilization by Family Caregivers of Elderly Dependents? In: Janssen C, Swart E, Lengerke Tv, Hrsg. *Health Care Utilization in Germany*. New York: Springer; 2014: 171–189. DOI: 10.1007/978-1-4614-9191-0\_10
- [11] Moholt J-M, Friborg O, Blix BH et al. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia* 2020; 19: 1712–1731. DOI: 10.1177/1471301218804981
- [12] Phillipson L, Jones SC, Magee C. A review of the factors associated with the non-use of respite services by carers of people with dementia: implications for policy and practice. *Health Soc Care Community* 2014; 22: 1–12. DOI: 10.1111/hsc.12036
- [13] Büscher A, Peters L, Stelzig S et al. VdK-Pflegestudie. Pflege zu Hause - zwischen Wunsch und Wirklichkeit. 3. Zwischenbericht. Osnabrück: Hochschule Osnabrück; 2022
- [14] Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14: 61–65
- [15] Robinson K, Buckwaalter K, Reed D. Predictors of Use of Services Among Dementia Caregivers. *West J Nurs Res* 2005; 27: 126–140
- [16] Bradshaw J. Taxonomy of social need. In: McLachlan G, Hrsg. *Problems and progress in medical care: essays on current research*. London: Oxford University Press; 1972: 71–82
- [17] Phillipson L, Magee C, Jones SC. Why carers of people with dementia do not utilise out-of-home respite services. *Health Soc Care Community* 2013; 21: 411–422. DOI: 10.1111/hsc.12030
- [18] Sozialgesetzbuch XI. Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz-PSG I). *Bundesgesetzblatt* 2014; 2222–2230
- [19] Sozialgesetzbuch XI. Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz-PSG II). *Bundesgesetzblatt* 2015; 2424–2463
- [20] BMG. Siebter Pflegebericht. *Gesundheit Bf ed, Bericht der Bundesregierung über die Entwicklung der Pflegeversicherung und den Stand der pflegerischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit; 2021
- [21] Wimo A, Nordberg G, Jansson W et al. Assessment of informal services to demented people with the RUD instrument. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15: 969–971
- [22] Pendergrass A, Malnis C, Graf U et al. Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 229. DOI: 10.1186/s12913-018-3047-4
- [23] Gräbel E. *Häusliche-Pflege-Skala HPS zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. 2. Aufl. Ebersberg: Vless Verlag; 2001
- [24] 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
- [25] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92–100
- [26] Gräbel E. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *GeroPsych* 2000; 13: 85–94. DOI: 10.1024/1011-6877.13.2.85
- [27] Spiegel R, Brunner C, Ermini-Fünfschilling D et al. A new behavioral assessment scale for geriatric out- and in-patients: the NOSGER (Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients). *JAGS* 1991; 39: 339–347
- [28] Becker L, Graessel E, Pendergrass A. Predictors of the quality of the relationship between informal caregiver and care recipient in informal geriatric caregiving: Presentation and evaluation of a new item. *BMC Psychol* in press
- [29] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 1995; 57: 289–300
- [30] Scheuermann J-S, Gräbel E, Pendergrass A. Predictors of expressed, felt, and normative needs for informal caregiver counseling. *Z Gerontol Geriatr* 2023; 56: 395–401. DOI: 10.1007/s00391-022-02097-5
- [31] Igo RP. *Influential Data Points*. In: Salkind NJ, Hrsg. *Encyclopedia of Research Design*. Los Angeles: Sage; 2010: 600–602
- [32] Connors MH, Seeher K, Teixeira-Pinto A et al. Dementia and caregiver burden: A three-year longitudinal study. *Int J Geriatr Psychiatry* 2020; 35: 250–258. DOI: 10.1002/gps.5244
- [33] Straubmeier M, Behrnt E-M, Seidl H et al. Non-Pharmacological Treatment in People With Cognitive Impairment. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 815–821. DOI: 10.3238/arztebl.2017.0815
- [34] Pinquart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia: which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006; 18: 577–595. DOI: 10.1017/S1041610206003462
- [35] Cipriani G, Danti S, Picchi L et al. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol* 2020; 14: 93–102. DOI: 10.1590/1980-57642020dn14-020001
- [36] Brodaty H, Thomson C, Thompson C et al. Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *Int J Geriatr Psychiatr* 2005; 20: 537–546. DOI: 10.1002/gps.1322
- [37] Steadman PL, Tremont G, Davis JD. Premorbid relationship satisfaction and caregiver burden in dementia caregivers. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007; 20: 115–119. DOI: 10.1177/0891988706298624
- [38] Gold DP, Cohen C, Shulman K et al. Caregiving and dementia: predicting negative and positive outcomes for caregivers. *Int J Aging Hum Dev* 1995; 41: 183–201. DOI: 10.2190/RGYJ-5KA2-7THX-7BQ5
- [39] Heru AM, Ryan CE. Family functioning in the caregivers of patients with dementia: one-year follow-up. *Bull Menninger Clin* 2006; 70: 222–231. DOI: 10.1521/bumc.2006.70.3.222
- [40] Backhaus K, Erichson B, Plinke W et al. *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. 10. Aufl. Berlin: Springer; 2003. DOI: 10.1007/978-3-658-32425-4

# Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger: Identifikation eines Risikoprofils

## Care-related Termination of Employment among Informal Caregivers of Elderly Persons: Identification of a Risk Profile

**OPEN  
ACCESS**

Autorinnen/Autoren

Julia-Sophia Scheuermann <sup>1</sup>, Elmar Gräßel, Anna Pendergrass

### Institute

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

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, ambulante gerontologische Pflege,  
pflegende Angehörige, Beendigung der Erwerbstätigkeit,  
Risikoprofil

### Key words

care needs, gerontological outpatient care, informal  
caregivers, employment termination, risk profile

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S37–S44

DOI 10.1055/a-2183-6741

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

### Correspondence

Julia-Sophia Scheuermann  
Uniklinikum Erlangen  
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik  
Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
Julia-sophia.scheuermann@uk-erlangen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Erwerbstätige pflegende Angehörige erleben häufig Rollenkonflikte zwischen der häuslichen Pflege eines pflegebedürftigen älteren Menschen und ihrer Erwerbstätigkeit. Ziel dieses Beitrags ist die Identifikation eines Risikoprofils der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit.

**Methodik** Die Analysen basieren auf der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver (Oktober 2019 – März 2020) mit Angaben von 481 pflegenden Angehörigen eines pflegebedürftigen älteren Menschen. Die erhobenen Daten beziehen sich auf Charakteristika der Pflegebedürftigen, der pflegenden Angehörigen und der Pflegesituation sowie auf Aspekte der Erwerbstätigkeitssituation. Das Risikoprofil einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit beruht auf einer binären logistischen Regression.

**Ergebnisse** Ungefähr jede/-r Neunte (n = 55) hat in der vorliegenden Stichprobe die Erwerbstätigkeit beendet, weil er/sie eine ältere Person zu Hause pflegen musste. Das Risikoprofil einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit ist durch die Faktoren weibliches Geschlecht der pflegenden Angehörigen, jüngeres Alter der Pflegebedürftigen, in häuslicher Gemeinschaft mit dem Pflegebedürftigen lebend und höherer Pflegegrad des Pflegebedürftigen gekennzeichnet.

**Schlussfolgerungen** Zur Reduktion der pflegebedingten Aufgabe der Erwerbstätigkeit ist die Anpassung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten an die Faktoren des identifizierten Risikoprofils nötig. Dabei sollte vor allem die Angehörigenberatung formal und inhaltlich modifiziert werden, um pflegende Angehörige frühzeitig zu erreichen und individuelle Lösungen zur Vereinbarkeit zu erarbeiten. Insbesondere weibliche erwerbstätige pflegende Angehörige sollten bei den angepassten Maßnahmen im Fokus stehen und erreicht werden.

### ABSTRACT

**Objective** Employed informal caregivers often experience role conflicts between caring for an elderly person in need of care at home and their employment. The goal of this paper was to identify a risk profile of care-related termination of employment.

**Methods** Analyses are based on the cross-sectional Benefits of Being a Caregiver Study (October 2019 – March 2020) with data from 481 informal caregivers of elderly persons in need of care. The data collected relate to characteristics of the care recipient, the informal caregiver, and the caregiving situation, as well as aspects of the employment situation. The risk profile of care-related cessation of employment is based on a binary logistic regression.

**Results** Approximately one in nine in the present sample ( $n = 55$ ) terminated employment because of having to offer informal care to an elderly person at home. Factors character-

izing the risk profile of a care-related termination of employment were female gender of the caregivers, younger age of the care receiver, co-residence with the care receiver, and a higher care level of the care receiver.

**Conclusions** In order to reduce care-related cessation of employment, support and relief services need to be adapted to the factors of the identified risk profile. In particular, the form and content of informal caregiver counselling should be modified in order to reach informal caregivers at an early stage. Adapted support programs should focus on and reach in particular female employed caregivers.

## ABKÜRZUNGEN

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BBCS	Benefits of Being a Caregiver Skala
HPS-k	Häusliche Pflegeskala – Kurzversion
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
MD	Medizinischer Dienst Bayern
pA	pflegende Angehörige
PB	pflegebedürftige Person (Singular und Plural)
RUD	Resource Utilisation in Dementia

## Einleitung

Aktuell wird in Deutschland mehr als die Hälfte der pflegebedürftigen Personen (PB) zu Hause von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (pA) betreut [1]. Aufgrund des demografischen Wandels, des zunehmenden Fachkräftemangels im Pflegesektor, der zunehmenden Pflegekosten und -belastungen im stationären Bereich und der Verlagerung der Pflegelast auf pA sowie zahlreichen weiteren Faktoren, ist mit einem weiteren Anstieg der Anzahl an pA zu rechnen [2, 3]. Mehrfachbelastungen durch Erwerbs- und Pflegetätigkeit werden von den pA aufgrund des hohen Stellenwerts der Arbeit in Kauf genommen [4]. Die informelle Pflege durch pA führt für diese zu einer physischen und psychischen Pflegebelastung sowie hohen Anforderungen an Zeit- und Energieressourcen. Diese gehen mit negativen Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit der pA, im Sinne einer Beendigung oder Reduktion dieser, einher [5, 6]. Somit ist die informelle Pflege mit niedrigeren Erwerbstätigkeitsquoten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung assoziiert [7]. Trotz des Anstiegs der Erwerbstätigkeitsquote von pA, ergab sich dieser Zusammenhang auch in Deutschland [8].

In der Literatur wurden bereits Faktoren, die mit einer Erwerbstätigkeitsaufgabe bzw. -reduktion bei pA assoziiert sind, identifiziert [5–7], wobei der Fokus auf der Pflege einer PB mit Demenz lag. Anhand einer deutschen Kohortenstudie konnte ergänzend die Relevanz eines supportiven Verhaltens der Führungskraft für den Erhalt der Erwerbstätigkeit bei pA nachgewiesen werden [3].

Wünschenswert wäre die Modifikation und Weiterentwicklung von gesetzlichen Regelungen und Unterstützungsangeboten für erwerbstätige pA. Einerseits hat die Erwerbstätigkeit für pA einen hohen Stellenwert, da sie eine Kompensationsmöglichkeit und ein

Rückzugsort von der Pflegetätigkeit sein kann [6] sowie die Pflegebelastung positiv beeinflussen kann [9]. Andererseits sollten die negativen Konsequenzen aus der Doppelbelastung von Pflege und Beruf, die sowohl bei Frauen als auch bei Männern bestehen [10], nicht vernachlässigt werden. Durch die Doppelbelastung erleben pA eine hohe zeitliche Gesamtbelastung – emotional, sozial, aber auch finanziell [6] –, Überforderung und Rollenkonflikte [11]. Diese können mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit der pA einhergehen [11, 12]. Ein höherer Erwerbstätigkeitsanteil unter den pA könnte allerdings dazu führen, dass weniger informelle Pflegeleistungen durch die pA erbracht werden können und entgegen dem Ziel von Sozialgesetzbuch XI [13] auf den formellen Sektor ausgelagert werden. In der Folge könnte dies aufgrund des im Pflegesektor bereits vorherrschenden Fachkräftemangels [14] zu einer Verschlechterung in der Versorgung der PB führen.

Daher ist das Ziel der vorliegenden Arbeit die Identifikation von Faktoren, die mit der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit bei gerontologisch pflegenden pA assoziiert sind.

## Methodik

### Stichprobenbeschreibung

Zwischen Oktober 2019 und März 2020 wurden im Rahmen der Querschnittsstudie „Benefits of Being a Caregiver“ 5.000 Fragebögen von 50 Pflegegutachtenden des Medizinischen Diensts (MD) Bayern an pA – repräsentativ für das Bundesland Bayern – verteilt. Deren PB hatten gemäß Pflegestärkungsgesetz (PSG) beim MD einen Erstantrag auf Pflegegradeinstufung oder Antrag auf Erhöhung des Pflegegrads gestellt. Die Gutachtenden übergaben am Ende der Begutachtung die Befragungsunterlagen ohne Vorselektion an die pA. Insgesamt gingen 1082 ausgefüllte Fragebögen (Rücklaufquote 21,6%) mit dem Einverständnis zur anonymisierten Datenverwendung bei der Studienzentrale Erlangen ein. Aus der Analyse mussten 121 Befragungen ausgeschlossen werden, da keine gerontologische Pflege vorlag. Einschlusskriterien für diese Analyse sind: das Vorliegen einer aktuellen Erwerbstätigkeit ( $n = 426$ ) oder eine pflegebedingte Erwerbslosigkeit ( $n = 55$ ), wodurch 481 Befragungsunterlagen in die Analyse einbezogen werden konnten. Die vorliegende Studie wurde durch die Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg geprüft und freigegeben (Nr.: 220\_20 B).

## Instrumente

Mittels Fragebögen wurden von den pA Informationen über ihre Erwerbstätigkeit, beeinflussbare und unbeeinflussbare Faktoren, Charakteristika der PB und Aspekte der Pflege- und Erwerbstätigkeitssituation erhoben.

### Ergebnisvariable

Zur Klassifizierung des Erwerbstätigkeitsstatus der pA wurden der aktuelle Beschäftigungsstatus und der Grund für eine etwaige Erwerbslosigkeit erfasst. Basierend darauf wurde zur Untersuchung der Pflegeauswirkungen auf den Beschäftigungsstatus die Variable *Erwerbstätigkeitsaufgabe* generiert, in der erwerbstätige pA und pflegebedingt nicht mehr erwerbstätige pA dichotomisiert wurden.

### Unabhängige Variablen

Die von den pA in Anspruch genommenen formellen Unterstützungsdienste wurden in Anlehnung an den Resource Utilisation in Dementia (RUD) [15] erfasst, wobei der Fokus der vorliegenden Untersuchung auf der derzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Haushaltshilfen als Unterstützungsleistungen, die pA direkt entlasten, lag. Die subjektive Pflegebelastung von pA wurde mit der 10-Item-Kurzversion der Häuslichen Pflegeskala (HPS-k) [16] auf einer vierstufigen Likertskala erhoben (Range 0–30), wobei eine höhere Gesamtpunktzahl eine höhere subjektive Belastung darstellt. Die aus der informellen Pflege erlebten Benefits wurden mit der neu entwickelten Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS) [17] auf einer fünfstufigen Likertskala erhoben (Range 0–56). Ein höherer Gesamtwert indiziert mehr erlebte Benefits. Das allgemeine Copingverhalten der pA wurde mit je zwei Items aus den drei Subskalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping des Brief COPE [18] erhoben (Range Subskalen 0–8). Die pA bewerteten ihre Fähigkeit, die Pflege zu bewältigen, auf einer 10-Punkte-Skala. Dabei entsprechen höhere Werte einer schlechteren Bewältigungsfähigkeit.

Um die Motivation der pA für die häusliche Pflege zu ermitteln, gaben die pA aus sieben Antwortalternativen ihren Hauptgrund für die häusliche Pflege an [19]. Dieser wurde für die Auswertung in selbstbestimmte Übernahme (Wunsch der pA) oder nicht selbstbestimmte Übernahme der Pflege (andere Pflegemotive, z. B. Pflegeplatzkosten) dichotomisiert. Die pA bewerteten die aktuelle und die Beziehungsqualität vor der Pflegebedürftigkeit der PB mittels dreistufig piktoralem Antwortformat mit positivem, neutralem oder negativem Smiley. Aufgrund sozial erwünschter Antworttendenzen wurde davon ausgegangen, dass neutrale Einschätzungen mit größerer Wahrscheinlichkeit negative Einschätzungen sind und für die Analyse dichotomisiert.

Die von den pA pro Tag aufgewendete informelle Pflegezeit wurde in Stunden pro Tag für die drei Bereiche Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), instrumentelle ADL (IADL) und Supervision gemäß den RUD-Richtlinien operationalisiert [20]. Informelle Hilfe für pA wurde mit den beiden Items Unterstützung erhalten und Unterstützung in Zukunft gewünscht mittels dichotomen Antwortformat erfasst.

Die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurden für pA und PB erhoben. Für die pA wurden zusätzlich die Bildung und das Verwandtschaftsverhältnis zu den PB – dichotomisiert in (Schwieger-)Eltern oder Verwandte, die keine (Schwieger-)

Eltern sind – erfasst. Im Hinblick auf die aktuelle Pflegesituation wurden Informationen über das Zusammenleben von pA und PB sowie die Pflegedauer in Monaten ermittelt. Hinsichtlich der Charakteristika der PB wurden die Ursache der Pflegebedürftigkeit – z. B. Demenz, Schlaganfall, Altersgebrechlichkeit – und der Pflegegrad zum Zeitpunkt der Antragstellung erhoben.

## Statistische Analyse

Die statistische Analyse wurde mit IBM SPSS (V. 28) auf dem 5%-Signifikanzniveau durchgeführt. Die Imputation fehlender Werte erfolgte über den EM-Algorithmus für metrische bzw. den Median für kategoriale Variablen. Dabei lagen im Gesamtdatensatz der gerontologisch pflegenden pA ( $n = 961$ ) pro Variable nicht mehr als 10 fehlende Werte vor. Die Beschreibung der Stichprobenmerkmale erfolgte in deskriptiven Statistiken. Zur Untersuchung von Gruppenunterschieden wurden t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Welch-Tests – bei keiner vorliegenden Varianzhomogenität – für metrische Variablen und  $\chi^2$ -Tests für kategoriale Variablen eingesetzt. Zur Kontrolle des kumulierten Alpha-Fehlers bei multiplem Testen wurde die Benjamini-Hochberg Korrekturmethode [21] angewandt. Die Zusammenstellung der untersuchten Variablen erfolgte für die Hauptanalyse der Benefits of Being a Caregiver Studie [17]; in der vorliegenden Sekundärdatenanalyse wurde auf diesen Variablenpool zurückgegriffen und mit den in der Literatur identifizierten Faktoren abgeglichen. Eine Ergänzung erfolgte um die Variable erlebte Benefits, die bisher in der Literatur im Kontext der Erwerbstätigkeit noch nicht betrachtet wurde. Alle potentiellen Einflussvariablen für eine pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit wurden mittels binär logistischer Regression in Blöcken analysiert (Kodierung: 0 keine Erwerbstätigkeitsaufgabe, 1 Erwerbstätigkeitsaufgabe). Vor der Aufnahme in das Regressionsmodell wurde eine Multikollinearitätsanalyse (Pearson  $r > 0,60$  [22]) berechnet. Bei Vorliegen von Multikollinearität, wurde die Variable mit der höheren bivariaten Korrelation mit der Ergebnisvariable in das Regressionsmodell aufgenommen. Die weiteren Voraussetzungen für die Regressionsanalyse wurden überprüft. Im ersten Block der Regressionsanalyse wurde mittels Enter-Methode für die deskriptiven Variablen Alter, Geschlecht und Bildung der pA kontrolliert. Im zweiten Block wurden aufgrund des Stichprobenumfangs alle anderen nicht multikollinearen Prädiktoren mittels Vorwärtsselektion einbezogen. Schwellenwert für die Prädiktorenaufnahme war  $p = 0,01$ , für die Entfernung  $p = 0,10$ .

Da die häusliche Gemeinschaft mit der PB einen höheren Zeit- und Ressourcenaufwand indiziert, wurde in einer explorativen Zusatzanalyse der korrelative Zusammenhang dieser Wohn- und Lebenssituation mit den anderen erhobenen Variablen überprüft.

## Ergebnisse

### Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit – bivariate Analyse

Die Erwerbstätigkeit wurde von 55 pA (11,4%) pflegebedingt beendet. Nicht mehr erwerbstätige pA zeichneten sich bei den unbeeinflussbaren Faktoren der pA durch einen geringeren Anteil an Männern und eine seltenere Pflege von (Schwieger-)Eltern als die erwerbstätigen pA aus (► **Tab. 1**). Bei den beeinflussbaren Fakto-

ren der pA erlebten die nicht mehr erwerbstätigen pA mehr Zugewinne durch die Pflege, sog. Benefits, und zeigten – im Sinne eines problemorientierten Copings – ein höheres funktionales Coping. Außerdem kamen sie mit der Pflege weniger gut zurecht als die erwerbstätigen pA. Hinsichtlich der Faktoren mit Bezug auf die PB zeigt sich folgendes Bild: die nicht mehr erwerbstätigen pA pflegten eher jüngere PB, mehr männliche PB und PB mit einem höheren Pflegegrad als die erwerbstätigen pA. Bezüglich der Merkmale der Pflegesituation zeichnete sich die Pflege der nicht mehr erwerbstätigen pA durch einen höheren Anteil an häuslicher Gemeinschaft, eine längere Pflegedauer, einen höheren täglichen Aufwand für Supervisionstätigkeiten und eine häufigere Inanspruchnahme des ambulanten Pflegediensts aus als bei den weiterhin erwerbstätigen pA.

### Risikofaktoren der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit – multivariable Analyse

Die Voraussetzungen der Regressionsanalyse waren erfüllt. Die binär logistische Regression (► **Tab. 2**) resultierte in einem signifikanten Modell ( $\chi^2 = 90,53$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ) mit vier signifikanten Prädiktoren und einer Varianzaufklärung von 33,7% (Nagelkerke's  $R^2 = 0,337$ ). Die häusliche Gemeinschaft mit der PB (Odds ratio [OR] = 3,81) und ein höherer Pflegegrad der PB (OR = 1,51) waren mit einem erhöhten Risiko einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit assoziiert. Männliches Geschlecht der pA (OR = 0,07) und ein höheres Alter der PB (OR = 0,94) sind mit einem geringeren Risiko einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit verknüpft.

### Häusliche Gemeinschaft – explorative Zusatzanalyse

Lebten pA und PB in häuslicher Gemeinschaft korrelierte dieser Lebensumstand bivariat signifikant mit einem höheren Pflegegrad ( $r = 0,168$ ,  $p = 0,003$ ), einem höheren ADL-Aufwand ( $r = 0,175$ ,  $p = 0,003$ ), einer selteneren Pflege von (Schwieger-)Eltern ( $r = -0,208$ ,  $p = 0,003$ ), einer selbstbestimmteren Pflegemotivation ( $r = 0,122$ ,  $p = 0,030$ ) und einer häufigeren pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit ( $r = 0,186$ ,  $p = 0,003$ ).

## Diskussion

Das Risikoprofil einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit – die in der vorliegenden Studie bei etwa jedem neunten pA vorlag – setzt sich aus formalen, teilweise unbeeinflussbaren Aspekten der pA, der PB und der Pflegesituation zusammen, wie z. B. dem Geschlecht der pA. Der identifizierte Effekt der Varianzaufklärung des Regressionsmodells ist dabei nach Backhaus als akzeptabel bis gut einzustufen [23] und entspricht nach Cohen einem großen Effekt [24].

Von Seiten der Politik werden weniger Frührenten-Eintritte zur Vermeidung eines zunehmenden Personal- und Fachkräftemangels in der Wirtschaft gefordert [25]. Dabei soll der Ausbau von Ganztagsangeboten der Kinderbetreuung forciert werden, um den Anteil an erwerbstätigen Elternteilen am Arbeitsmarkt zu stabilisieren bzw. zu erhöhen [25]. Aus unserer Sicht bleibt die pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit von pA aufgrund der häuslichen Pflege von Angehörigen hierbei jedoch bisher unberücksichtigt. Weibliche erwerbstätige pA gaben in der vorliegenden

Stichprobe ihre Erwerbstätigkeit wegen der häuslichen Pflege häufiger auf, insbesondere bei einem höheren Pflegegrad der PB und dem damit verbundenen Betreuungsaufwand, falls sie mit der PB zusammenleben. In der explorativen Zusatzanalyse hat sich gezeigt, dass für die mit der PB zusammenlebenden pA auffällig ist, dass sie nicht ihre (Schwieger-)Eltern pflegen und deren PB ein jüngeres Alter aufweist als die PB, die von einer jüngeren Generation, wie bspw. den (Schwieger-)Kindern, gepflegt wird.

Männliche pA weisen gemäß der vorliegenden Analyse ein circa 14-fach geringeres Risiko einer pflegebedingten Beendigung ihrer Erwerbstätigkeit als Frauen auf. Als mögliche Gründe kommen die häufigere Inanspruchnahme von externen Unterstützungsangeboten durch Männer und die durchschnittlich geringere emotionale Involviertheit dieser mit der Rolle als Pflegeperson [5, 26–30] in Frage. Zudem wird die informelle Pflege sowohl in der vorliegenden als auch in anderen Untersuchungen [5, 6, 31] häufiger durch Frauen als durch Männer übernommen. Frauen scheiden aufgrund von Vereinbarkeitskonflikten zwischen Pflege und Erwerbstätigkeit [32], geringeren Karrierechancen verbunden mit finanziellen Nachteilen und – entsprechend gesellschaftlicher Stereotype – der Übernahme der Pflege-Hauptlast [33, 34] in der Folge häufiger aus der Erwerbstätigkeit aus.

Eine zeitintensivere Pflege, wie sie mit der partnerschaftlichen Pflege als einer komplexen Pflegeform einhergeht [35], wird ebenfalls überwiegend von Frauen übernommen [5] und schränkt in der Folge die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege für weibliche pA zusätzlich ein. Damit einhergehend wurden in der vorliegenden Analyse in Einklang mit Carr et al. [26] die *häusliche Gemeinschaft* mit der PB und dessen *jüngeres Alter* als weitere Risikofaktoren einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit identifiziert: Die Wahrscheinlichkeit der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit erhöht sich für pA um das 3,8-fache, falls diese in häuslicher Gemeinschaft mit der PB leben. Die Wahrscheinlichkeit einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit für pA steigt auch mit jedem Jahr, das die PB jünger ist, um 6%.

In der vorliegenden Studie erwies sich zudem ein höherer *Pflegegrad* der PB als prädisponierend für eine pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit. Dabei ist ein höherer Pflegegrad mit einer höheren objektiven Betreuungsintensität und einer größeren subjektiven Betreuungslast für pA verbunden und hat insbesondere für Frauen Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit [27], da sie in geringerem Umfang Unterstützungs- und Entlastungsangebote, wie zum Beispiel die Tagespflege, in Anspruch nehmen als pflegende Männer [36]. Ab einer kritischen Schwelle von 15 bis 20 Pflegestunden pro Woche ergeben sich dabei negative Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit [5, 37], wobei Erwerbstätigkeit den pA dennoch eine wichtige Ausgleichsmöglichkeit zu Pflegebelastungen, finanzielle Sicherheit, Sozialkontakte und einen Ort frei von Pflege- und Familienlasten bieten kann [38]. Insofern sollten weibliche erwerbstätige pA im Fokus künftiger Interventionen stehen, da sie besonders vulnerabel für eine pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit sind.

Im Gegensatz zu früheren Forschungsergebnissen [5, 38] konnte die Relevanz psychosozialer Aspekte der Pflege für die Erwerbstätigkeit von pA – in Bezug auf die subjektive Pflegebelastung, die Benefits oder die subjektive Pflegemotivation – in der vorliegen-

► **Tab. 1** Stichprobencharakteristika pflegender Angehöriger in Abhängigkeit von ihrem Erwerbstätigkeitsstatus

Variablen	Kohorte <i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> ( <i>n</i> = 481)	Erwerbstätige <i>pA</i> ( <i>n</i> = 426)	Pflegebedingt nicht mehr erwerbstätige <i>pA</i> ( <i>n</i> = 55)	<i>p</i> <sup>a, b</sup>
<b>Pflegende Angehörige</b>				
<i>Unbeeinflussbar</i>				
Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>	54,03 (8,96)	54,06 (8,75)	53,77 (10,52)	0,879 <sup>a</sup>
Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>	85 (17,7)	84 (19,7)	1 (1,8)	<b>0,003<sup>b</sup></b>
Bildung (Jahre), <i>M (SD)</i>	10,92 (2,73)	10,91 (2,72)	10,98 (2,87)	0,879 <sup>a</sup>
Verwandtschaftsverhältnis (Schwieger-)Eltern, <i>n (%)</i>	410 (85,2)	376 (88,3)	34 (61,8)	<b>0,003<sup>b</sup></b>
Beziehungsqualität vor Pflegebedürftigkeit (pos.), <i>n (%)</i>	284 (59,0)	250 (58,7)	34 (61,8)	0,809 <sup>b</sup>
<i>Beeinflussbar</i>				
Subjektive Pflegebelastung (HPS-k), <i>M (SD)</i>	17,18 (7,40)	16,94 (7,44)	19,00 (6,83)	0,092 <sup>a</sup>
Benefits (BBCS), <i>M (SD)</i>	24,89 (12,10)	24,19 (11,89)	30,38 (12,37)	<b>0,003<sup>a</sup></b>
Vermeidendes Coping, <i>M (SD)</i>	6,12 (1,54)	6,14 (1,57)	6,04 (1,35)	0,809 <sup>a</sup>
Emotionsorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>	3,67 (2,25)	3,59 (2,23)	4,24 (2,36)	0,086 <sup>a</sup>
Problemorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>	4,13 (1,99)	4,04 (1,97)	4,80 (1,96)	<b>0,019<sup>a</sup></b>
Aktuelle Beziehungsqualität (pos.), <i>n (%)</i>	293 (60,9)	255 (59,9)	38 (69,1)	0,285 <sup>b</sup>
Selbstbestimmte Pflegemotivation (ja), <i>n (%)</i>	110 (22,9)	98 (23,0)	12 (21,8)	0,879 <sup>b</sup>
Zurechtkommen mit der Pflege (ja), <i>M (SD)</i>	3,14 (1,96)	3,22 (1,94)	2,58 (2,03)	<b>0,048<sup>a</sup></b>
<b>Pflegebedürftige Person</b>				
Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>	80,55 (12,60)	82,26 (6,64)	67,35 (29,39)	<b>0,003<sup>a</sup></b>
Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>	121 (25,2)	100 (23,5)	21 (38,2)	<b>0,038<sup>b</sup></b>
Pflegegrad, <i>M (SD)</i>	1,99 (1,35)	1,90 (1,33)	2,65 (1,35)	<b>0,003<sup>a</sup></b>
Pflegeursache Demenz (ja), <i>n (%)</i>	53 (11,0)	50 (11,7)	3 (5,5)	0,258 <sup>b</sup>
<b>Pflegesituation</b>				
Häusliche Gemeinschaft (ja), <i>n (%)</i>	175 (36,4)	134 (31,5)	41 (74,5)	<b>0,003<sup>b</sup></b>
Pflegedauer (Monate), <i>M (SD)</i>	44,64 (49,63)	42,05 (46,76)	64,68 (64,97)	<b>0,034<sup>a</sup></b>
Pflege mehrerer Personen, <i>n (%)</i>	46 (9,6)	39 (9,2)	7 (12,7)	0,552 <sup>b</sup>
<i>Informelle Pflege (h/d), M (SD)</i>				
ADL	2,41 (2,20)	2,34 (2,23)	2,90 (1,93)	0,131 <sup>a</sup>
IADL	3,09 (2,34)	2,90 (1,93)	3,48 (1,82)	0,291 <sup>a</sup>
Supervision	2,44 (3,33)	2,19 (3,17)	4,38 (3,90)	<b>0,003<sup>a</sup></b>
Informelle Unterstützung erhalten (ja), <i>n (%)</i>	326 (67,8)	290 (68,1)	36 (65,5)	0,825 <sup>b</sup>
Informelle Unterstützung in Zukunft gewünscht (ja), <i>n (%)</i>	309 (64,2)	271 (63,6)	38 (69,1)	0,567 <sup>b</sup>
<i>Inanspruchnahme formeller Unterstützungsangebote</i>				
Tagespflege, <i>n (%)</i>	40 (8,3)	36 (8,5)	4 (7,3)	0,875 <sup>b</sup>
Pflegedienst, <i>n (%)</i>	30 (6,2)	21 (4,9)	9 (16,4)	<b>0,003<sup>b</sup></b>
Haushaltshilfe, <i>n (%)</i>	123 (25,6)	109 (25,6)	14 (25,5)	0,983 <sup>b</sup>
<p><i>Anmerkungen.</i> <i>N</i> = 481; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. Subjektive Pflegebelastung gemessen mit der Häusliche Pflegeskala – Kurzversion (HPS-k), Range 0–30; Benefits gemessen mit der Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS), Range 0–56; Vermeidendes, emotionsorientiertes, problemorientiertes Coping: gemessen mit je zwei Items des Brief COPE, Range 0–8; Tagespflege, Pflegedienst, häusliche Pflege entsprechend Resource Utilisation in Dementia (RUD); ADL (z. B. Ankleiden), IADL (z. B. Einkaufen) &amp; Supervision (z. B. Zeit zur Vermeidung von Gefahrensituationen) in Anlehnung an RUD; Pflegegrad, Range 0–4; Zurechtkommen mit der Pflege, Range 0–9; <sup>a</sup> = <i>p</i> &lt; 0,05 fett, <i>p</i> &lt; 0,10 kursiv hervorgehoben; <i>p</i>-Werte unter Anwendung der Benjamini-Hochberg Korrektur.</p> <p><sup>a</sup> t-Test für unabhängige Gruppen für metrische Variablen; im Falle eines signifikanten Levene-Tests: Welch-Test. <sup>b</sup> <math>\chi^2</math>-Test für kategoriale Variablen.</p>				

den Analyse nicht bestätigt werden, ebenso wenig wie die Relevanz der Pflegeursache. Die häusliche Pflege eines Menschen mit Demenz wies in der vorliegenden Querschnittsstudie somit keinen Zusammenhang mit dem Risiko einer pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit auf. Dabei wurde die Demenzerkrankung und die damit einhergehenden Einschränkungen im Review von Neubert et al. [6] als bedeutsame Einflussfaktoren auf den Erwerbstätigkeitsstatus der *pA* identifiziert.

Da die Konsequenzen des demografischen Wandels sich sowohl im steigenden Pflegebedarf als auch im daraus resultierenden Fachkräftemangel in verschiedensten Branchen [39], u. a. auch in der professionellen Pflege zeigen [14], sind entsprechende Veränderungen auf politischer und wirtschaftlicher Ebene dringend erforderlich. Gemäß den vorliegenden Studienergebnissen sind zur langfristigen Sicherung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – entsprechend dem identifizierten Risikoprofil – spezifische Angebote für erwerbstätige *pA* notwendig. Der dafür erforderliche

► **Tab. 2** Binär logistische Regressionsanalyse – pflegebedingte Erwerbstätigkeitsaufgabe als abhängige Variable ( $n=481$ ; 0 = keine Erwerbstätigkeitsaufgabe, 1 = Erwerbstätigkeitsaufgabe); Modell: Enter (Block I), Vorwärtsselektion (Block II)

Variable	Regressionskoeffizient B	p	Odds Ratio	KI
Block I <sup>a</sup>				
Geschlecht <sup>b</sup> (männlich)	-2,60	0,012	0,07	[0,01;0,57]
Alter (Jahre)	0,02	0,194	1,02	[0,99;1,06]
Bildung (Jahre)	0,05	0,454	1,05	[0,92;1,20]
Block II <sup>c</sup>				
Alter PB	-0,06	<0,001	0,94	[0,92;0,97]
Zusammenleben (ja)	1,34	<0,001	3,81	[1,89;7,67]
Pflegegrad	0,41	0,002	1,51	[1,17;1,95]
<p>Anmerkungen. KI = Konfidenzintervall; PB = pflegebedürftige Person. Die Multikollinearitätsanalyse ergab keine Multikollinearität, sodass alle Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen werden konnten.</p> <p><sup>a</sup> Adjustierungsvariablen beziehen sich lediglich auf pflegende Angehörige; <sup>b</sup> Dichotome Variable: weiblich = 0, männlich = 1; <sup>c</sup> Finales Regressionsmodell: Nagelkerke's <math>R^2=0,337</math>, <math>\chi^2=90,53</math> (df:6), <math>p&lt;0,001</math>; 3 Schritte</p>				

Entwicklungsprozess wird vermutlich, analog zum Entwicklungsprozess gesetzlicher Vorgaben zu Mutterschutz, Elternzeit und damit verbundener Arbeitsplatz-Garantie, zeitlich andauern. Erwerbstätige pA sollten im Rahmen einer gezielten, an das Risikoprofil angepassten Angehörigenberatung über vorhandene Möglichkeiten – wie z. B. Familienpflegezeit, kurzzeitige Arbeitsverhinderung – informiert werden. Angehörigenberatung hat hierbei eine Schlüsselfunktion, wird aktuell jedoch nur von circa 7 % der pA in Anspruch genommen [22]. Die Weiterentwicklung der Angehörigenberatung ist somit sowohl formal als auch inhaltlich notwendig. Zum einen sind Maßnahmen formaler Art, wie z. B. proaktive Beratungsangebote, eine Möglichkeit, die Quote der Inanspruchnahme zu erhöhen. Zum anderen sollte zur Steigerung der Zufriedenheit der pA mit ihrer komplexen, anspruchsvollen und meist sehr anstrengenden Pflegetätigkeit [40] eine inhaltliche Erweiterung der Ausbildung der Pflegeberatenden erfolgen. Auswirkungen von sozialpolitischen Maßnahmen, wie z. B. modifiziertes Beratungsangebot, aber auch von Maßnahmen auf Betriebsebene, wie z. B. Arbeitszeitflexibilisierung, zur Stärkung der Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit sollten in zukünftigen Längsschnittstudien auf ihre Wirksamkeit untersucht werden.

## Stärken und Limitationen

Eine *Stärke* der Studie ist die Identifikation eines Risikoprofils für die pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit auf Grundlage eines breiten Spektrums von Variablen, die charakteristisch für Soziodemographie, häusliche Pflegesituation und deren Auswirkungen auf die pA sind. Außerdem erfolgte die Verteilung der Fragebögen repräsentativ für bayerische erwerbstätige pA einer gesetzlich versicherten PB bei ambulanter Pflegebedürftigkeit im Alter.

*Limitationen* der Studie sind die fehlende Erfassung spezifischer Merkmale der früheren Erwerbstätigkeit vor der pflegebedingten Beendigung der Erwerbstätigkeit aufgrund des querschnittlichen Designs sowie die regionale Einschränkung der Stichprobenergebnisse auf Bayern – in Hinblick auf Arbeitslosenquote, zentrale Bevölkerungsparameter und Versorgungs- sowie Unterstützungsstruktur. Einhergehend mit dem Querschnittsdesign können mit den Ergebnissen keine belastbaren Kausalschlüsse gezogen werden, weshalb das identifizierte Risikoprofil zukünftig im Rahmen von Längsschnittstudien konfirmatorisch überprüft werden sollte.

## FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- Weibliche pA haben ein erheblich höheres Risiko für die Beendigung der Erwerbstätigkeit aufgrund der häuslichen Pflegetätigkeit als männliche pA.
- Um die Auswirkungen eines höheren Pflegegrads auf den Pflegealltag reduzieren zu können, bieten Unterstützungs- und Entlastungsangebote – wie z. B. Ausbau der Verhinderungspflege, Nutzung des ambulanten Pflegediensts – erfolgversprechende Ansatzpunkte für eine bessere Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit.

## Danksagung

Das Studienteam bedankt sich bei allen pflegenden Angehörigen für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, und bei den Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes Bayern für die Verteilung der Fragebögen. Besonderer Dank gilt dem Förderer der Studie, der G. & I. Leifheit Stiftung, die diese Studie ermöglicht haben.

Die vorliegende Arbeit wurde von Julia-Sophia Scheuermann 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] Völz S, Schnecke JH. Beruf und Pflege besser vereinbaren: Individuelle und betriebliche Perspektiven als regionaler Gestaltungsansatz. In: Institut Arbeit und Technik, Hrsg. *Forschung Aktuell* 2021. Gelsenkirchen: IAT; 2021
- [2] Bischofberger I, Jähne A. „work & care“ im Gesundheitswesen – Impulse für die bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege. *G & S* 2023; 77: 47–55. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-47
- [3] Montano D, Peter R. Informal care-giving and the intention to give up employment: the role of perceived supervisor behaviour in a cohort of German employees. *Eur J Ageing* 2021; 4: 1–11. DOI: 10.1007/s10433-021-00660-4
- [4] Naumann D, Teubner C, Eggert S. ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg. *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin: ZQP; 2016: 73–86
- [5] Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015; 8: 113–145. DOI: 10.1007/s12062-015-9116-0
- [6] Neubert L, König H-H, Mietzner C et al. Dementia care-giving and employment: a mixed-studies review on a presumed conflict. *Ageing Soc* 2021; 41: 1094–1125. DOI: 10.1017/S0144686X19001545
- [7] Lilly MB, Laporte A, Coyte PC. Labor market work and home care's unpaid caregivers: a systematic review of labor force participation rates, predictors of labor market withdrawal, and hours of work. *Milbank Q* 2007; 85: 641–690. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2007.00504.x
- [8] Geyer J, Schulz E. Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW Wochenbericht* 2014; 81: 294–301
- [9] Wetzstein M, Rommel A, Lange C. Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. In: Robert Koch-Institut, Hrsg. *GBE kompakt*. Berlin: RKI; 2015 12. DOI: 10.17886/rki-gbe-2016-018
- [10] Issari P, Tsaliki C. Stories of family caregivers of people with dementia in Greece: implications for counselling. *Eur J Psychother* 2017; 19: 290–306. DOI: 10.1080/13642537.2017.1348378
- [11] Bidenko K, Bohnet-Joschko S. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Wie wirkt sich Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit pflegender Angehöriger aus? *Gesundheitswesen* 2021; 83: 122–127. DOI: 10.1055/a-1173-8918
- [12] Wang Y-N, Hsu W-C, Yang P-S et al. Caregiving demands, job demands, and health outcomes for employed family caregivers of older adults with dementia: Structural equation modeling. *Geriatr Nurs* 2018; 39: 676–682. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2018.05.003
- [13] Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2913) geändert worden ist, (1994)
- [14] Flake R, Kochskämper S, Risius P et al. Fachkräfteengpass in der Altenpflege: Status quo und Perspektiven. *IW-Trends-Vierteljahresschrift zur empirischen Wirtschaftsforschung* 2018; 45: 21–39
- [15] Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 429–435. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.06.008
- [16] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014; 14: 1–9. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23
- [17] 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
- [18] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- [19] Gräbel E. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Z Gerontopsychol psychiatr* 2000; 13: 85–94. DOI: 10.1024/1011-6877.13.2.85
- [20] Wimo A, Wetterholm A, Mastey V et al. Evaluation of the healthcare resource utilization and caregiver time in anti-dementia drug trials – a quantitative battery. In: Wimo A, Jönsson B, Karlson G et al., Hrsg. *Health Economics of Dementia*. 1. Aufl. Chichester: Wiley & Sons Ltd; 1998: 465–499
- [21] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol*. 1995; 57: 289–300
- [22] Scheuermann J-S, Gräbel E, Pendergrass A. Predictors of expressed, felt, and normative needs for informal caregiver counseling. *Z Gerontol Geriatr* 2023; 56: 395–401. DOI: 10.1007/s00391-022-02097-5
- [23] Backhaus K, Erichson B, Plinke W et al. *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. 10. Aufl. Berlin: Springer; 2003. DOI: 10.1007/978-3-658-32425-4
- [24] Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2<sup>nd</sup> Ed. Hillsdale: Erlbaum Associates; 1988
- [25] ARD Tagesschau: Plaß C. Kanzler Scholz will weniger Frührentner (11.12.2022). Im Internet: <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/scholz-rente-105.html>; Stand: 15.03.2023
- [26] Carr E, Murray ET, Zaninotto P et al. The association between informal caregiving and exit from employment among older workers: prospective findings from the UK Household Longitudinal Study. *J Gerontol B* 2018; 73: 1253–1262. DOI: 10.1093/geronb/gbw156
- [27] Ciccarelli N, Van Soest A. Informal caregiving, employment status and work hours of the 50+ population in Europe. *De Economist* 2018; 166: 363–396. DOI: 10.1007/s10645-018-9323-1
- [28] Eggert S, Teubner C, Budnick A et al. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S et al., Hrsg. *Pflege-Report 2021*. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021: 59–69. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2\_4
- [29] Lüdecke D, Mnich E, Kofahl C. The impact of sociodemographic factors on the utilisation of support services for family caregivers of elderly dependents – results from the German sample of the EUROFAMCARE study. *Psychosoc Med* 2012; 9: 1–11. DOI: 10.3205/psm000084
- [30] Andersson MA, Walker MH, Kaskie BP. Strapped for Time or Stressed Out? Predictors of Work Interruption and Unmet Need for Workplace Support Among Informal Elder Caregivers. *J Aging Health* 2019; 31: 631–651. DOI: 10.1177/0898264317744920
- [31] Vicente J, McKee KJ, Magnusson L et al. Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey. *Plos one* 2022; 17: e0263396. DOI: 10.1371/journal.pone.0263396
- [32] Schneider U, Trukeschitz B, Mühlmann R et al. “Do I stay or do I go?”-Job change and labor market exit intentions of employees providing informal care to older adults. *Health Econ* 2013; 22: 1230–1249. DOI: 10.1002/hec.2880
- [33] Lüdecke D, Mnich E. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – Unterschiede von pflegenden Männern und Frauen. In: Behrens J, Hrsg. *Hallesche Beiträge zu den Gesundheits- und Pflegewissenschaften*; 2009: 8

- [34] Klie T. DAK Pflegereport: Häusliche Pflege – Das Rückgrat der Pflege in Deutschland; Analysen, Befunde, Perspektiven. Heidelberg: medhochzwei; 2022
- [35] Pinquart M, Sörensen S. Spouses, adult children, and children-in-law as caregivers of older adults: a meta-analytic comparison. *Psychol Aging* 2011; 26: 1–14. DOI: 10.1037/a0021863
- [36] Moholt J-M, Friborg O, Blix BH et al. Factors affecting the use of home-based services and out-of-home respite care services: A survey of family caregivers for older persons with dementia in Northern Norway. *Dementia* 2020; 19: 1712–1731. DOI: 10.1177/1471301218804981
- [37] Walsh E, Murphy A. Investigating the causal relationship between employment and informal caregiving of the elderly. *BMC Res Notes* 2018; 11: 1–6. DOI: 10.1186/s13104-018-3684-z
- [38] Bischofberger I, Lademann J, Radvanszky A. «work & care»–Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege. *Pflege* 2009; 22: 277–286. DOI: 10.1024/1012-5302.22.4.277
- [39] Statistisches Bundesamt. 15. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung für Deutschland (2023). Im Internet: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/begleitheft.html>; Stand: 14.03.2023
- [40] Pendergrass A, Malnis C, Graf U et al. Screening for caregivers at risk: Extended validation of the short version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC-s) with a valid classification system for caregivers caring for an older person at home. *BMC Health Serv Res* 2018; 18: 229. DOI: 10.1186/s12913-018-3047-4

# Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger

## Reconciling Employment and Informal Caregiving for an Elderly Person at Home: Factors Influencing a Reduction in Employment due to Caregiving and Work-Related Wishes of Informal Caregivers

**OPEN  
ACCESS**

Autorinnen/Autoren

Julia-Sophia Scheuermann <sup>ORCID</sup>, Elmar Gräßel, Anna Pendergrass

### Institute

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

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, ambulante gerontologische Pflege,  
pflegende Angehörige, Reduktion der Erwerbstätigkeit,  
Determinanten, arbeitsbezogene Wünsche

### Key words

care need, gerontological outpatient care, informal  
caregivers, reduction in employment, determinants,  
work-related desires

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S45–S53

DOI 10.1055/a-2191-2074

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 KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Julia-Sophia Scheuermann  
Uniklinikum Erlangen  
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik  
Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
julia-sophia.scheuermann@uk-erlangen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit stellt für viele pflegende Angehörige eine Herausforderung dar. Ziele dieses Beitrags sind die Identifikation von Einflussfaktoren einer pflegebedingten Erwerbstätigkeitsreduktion und die Erfassung arbeitsbezogener Wünsche zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger.

**Methodik** Die Analysen basieren auf der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver mit 426 erwerbstätigen pflegenden Angehörigen eines pflegebedürftigen älteren Menschen. Die erhobenen Daten beziehen sich auf Charakteristika der Pflegebedürftigen, der pflegenden Angehörigen und der Pflege- sowie der Erwerbstätigkeitssituation. Die potentiellen Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit wurden mittels binär logistischer Regression analysiert. Die Wünsche zur Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit wurden mittels strukturierter Inhaltsanalyse nach Mayring deskriptiv betrachtet.

**Ergebnisse** Ein Viertel der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (n = 108) hat die Erwerbstätigkeit pflegebedingt reduziert. Das Profil der Einflussfaktoren für eine pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit setzt sich aus höherem Arbeitsstundenumfang, höherem Pflegeaufwand für die Aktivitäten des täglichen Lebens und Zusammenleben mit dem Pflegebedürftigen zusammen. Erwerbstätige pflegende Angehörige äußern

vor allem den Wunsch nach Flexibilisierung der Arbeitszeit, Reduktion der Arbeitszeit und Entgegenkommen bei Fehltagen.

**Schlussfolgerungen** Durch eine externe Entlastung der pflegenden Angehörigen bei den Pflegeaktivitäten des täglichen Lebens in Form von formellen und informellen Unterstützungsangeboten kann die Wahrscheinlichkeit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit unter Umständen vermindert werden.

## ABSTRACT

**Objective** Reconciling informal caregiving and gainful employment is a challenge for many informal caregivers. The goals of this paper are to identify factors influencing care-related employment reduction, and to record work-related wishes for improving the compatibility of informal caregiving and being employed.

**Methods** Analyses were based on the cross-sectional Benefits of Being a Caregiver Study of 426 employed caregivers of an older person in need of care. Data were collected on character-

istics of the care receivers and caregivers, and aspects of the caregiving and employment situation. Potential influencing factors of care-related employment reduction (n = 426) were analyzed using binary logistic regression. The wishes regarding the compatibility of informal care at home and employment were examined descriptively using structured content analysis according to Mayring.

**Results** One quarter of the employed informal caregivers (n = 108) reduced their hours of employment due to the demands of caregiving. The profile of influencing factors of a care-related employment reduction was composed of a higher number of working hours, higher effort for activities of daily living, and co-residence with the care receiver. Employed caregivers primarily expressed a desire for flexibility in working hours, a reduction in working hours, and some concessions with regard to absenteeism.

**Conclusions** Relieving the burden on caregivers in the activities of daily living in form of formal and informal support services can probably reduce the likelihood of a care-related reduction in gainful employment.

## ABKÜRZUNGEN

ADL	Aktivitäten des täglichen Lebens
BBCS	Benefits of Being a Caregiver Skala
HPS-k	Häusliche Pflegeskala – Kurzversion
IADL	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens
MD	Medizinischer Dienst
pA	pflegende Angehörige
PB	pflegebedürftige Person (Singular und Plural)
RUD	Resource Utilisation in Dementia

## Einleitung

Über die Hälfte der pflegebedürftigen Personen (PB) wird aktuell durch erwerbstätige pflegende Angehörige (pA) zu Hause versorgt [1]. Die Zahl der pA, die Erwerbstätigkeit und häusliche Pflege in ihrem Alltag vereinbaren müssen, wird in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen. Gründe hierfür sind der demografische Wandel, der damit einhergehende Anstieg der Zahl an PB [2] sowie der prognostizierte Arbeits- und Fachkräftemangel – u. a. im Pflegesektor.

Durch die Kombination von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit sind pA Mehrfachbelastungen und daraus resultierenden Vereinbarkeitsproblemen ihrer sozialen Rollen ausgesetzt [3]. Dadurch erleben pA u. a. eine erhöhte Pflegebelastung, die mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen kann [4]. In der Folge resultiert bei vielen pA eine pflegebedingte Reduktion oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit [3, 5, 6], welche für pA, sowohl kurz- als auch langfristig, mit erheblichen finanziellen Einbußen assoziiert ist. Die Doppelbelastung durch Beruf und Pflege impliziert dabei für pA eine hohe zeitliche Gesamtbelastung [5], Überforderung und Rollenkonflikte [7], die mit negativen Auswirkungen auf

die Gesundheit der pA einhergehen kann [7, 8]. Auf Seiten der pA, der PB und des Pflegekontextes wurden bereits Faktoren identifiziert, die den Erwerbstätigkeitsstatus der pA beeinflussen können [5, 9, 10]. Einflussfaktoren auf den Erwerbstätigkeitsstatus sind auf Seiten der pA zum Beispiel deren Alter [5], Geschlecht [11] oder Verwandtschaftsverhältnis zur PB [5]; auf Seiten der PB deren Alter [5, 12], Geschlecht [12, 13] und Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bzw. instrumentellen ADL (IADL) [5]; sowie auf Seiten der Pflegesituation [5] die häusliche Gemeinschaft, informelle Hilfe durch Angehörige oder Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Die meisten Erkenntnisse liegen dabei für den Zusammenhang von informeller Pflege und pflegebedingter Aufgabe der Erwerbstätigkeit sowie in Bezug zu PB mit Demenz vor [14, 15]. Aufgrund des in Deutschland vorherrschenden Fachkräftemangels sind auch aus gesellschaftlicher Perspektive Handlungsansätze zur Entlastung von erwerbstätigen pA und dem Erhalt von deren Erwerbstätigkeit essentiell. Im Zuge der Bemühungen zur Erhöhung des Erwerbstätigkeitsanteils bei pA darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass Erwerbstätigkeit die Wahrscheinlichkeit der informellen Pflege reduzieren kann [16].

Dabei können die Wünsche erwerbstätiger pA zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege Politik und Arbeitgebenden mögliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Situation der pA liefern. Im Rahmen eines Reviews [17] wurden diese bereits in Form von organisationalen Bedürfnissen zusammengefasst.

Daher sollen in diesem Artikel folgende Aspekte evaluiert werden:

- 1) Identifikation von Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit bei pA,
- 2) Analyse arbeitsbezogener Wünsche von erwerbstätigen pA zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege.

## Methodik

### Stichprobenbeschreibung

Die Daten stammen aus der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver. Im Rahmen dieser Befragung verteilten 50 Gutachtende des Medizinischen Diensts (MD) Bayern zwischen Oktober 2019 und März 2020 im Rahmen des Pflegebegutachtungsprozesses ohne Vorselektion verteilt über ganz Bayern 5.000 Fragebögen an pA. Deren PB hatten beim MD Bayern einen Antrag auf Pflegegrad-Ersteinstufung oder -Erhöhung gestellt. Dabei verteilte jeder der 50 Gutachtenden während des Begutachtungsprozesses 100 Fragebögen an die pA der ersten 100 Antragstellenden. Insgesamt wurden 1082 ausgefüllte Fragebögen (Rücklaufquote 21,6%) mit dem Einverständnis zur anonymisierten Datenverwendung an die Studienzentrale Erlangen übermittelt. Die finale Analyse basierte auf 426 pA. Ausschlussgründe waren: fehlende Informationen über den Erwerbstätigkeitsstatus der pA ( $n = 30$ ), keine bisherige oder aktuelle Erwerbstätigkeit der pA ( $n = 502$ ), die invalide Angabe von mehr als 17 Arbeitsstunden pro Tag ( $n = 3$ ) und eine nicht gerontologische Pflege (Alter PB < 65 Jahre;  $n = 121$ ). Die vorliegende Studie wurde von der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg positiv begutachtet (Nr.: 220\_20 B).

### Instrumente

In der Studie wurde mittels Fragebogen Informationen über die Erwerbstätigkeit und arbeitsbezogenen Wünsche der pA, Merkmale der pA und der PB sowie Aspekte der Pflegesituation als Selbstauskunft von den pA erfasst.

### Ergebnisvariable

Bezüglich der Erwerbstätigkeit machten die pA Angaben zu dem wöchentlichen Umfang der Arbeitszeit, der Flexibilität der Arbeitszeit, der pflegebedingten Reduktion der Arbeitszeit, dem Beschäftigungsverhältnis und den arbeitsbezogenen Wünschen. Bei der Angabe einer pflegebedingten Reduktion der Arbeitszeit („Arbeiten Sie derzeit mit reduzierter Stundenzahl, um Ihre Bezugsperson pflegen zu können?“) konnten die pA den Umfang der Reduktion, nicht jedoch den Zeitpunkt angeben. Bei der Angabe der arbeitsbezogenen Wünsche konnten die pA zwischen keine Wünsche und Wünsche an den Arbeitgebenden wählen. Zur Angabe von Wünschen an den Arbeitgebenden waren zum einen die Kategorien flexiblere Arbeitszeiten, weniger Arbeitsstunden und Entgegenkommen bei Fehltagen vorgegeben. Zum anderen konnten die pA eigene Wünsche an die Arbeitgebenden formulieren. Die pA wurden anhand der Angabe einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit in der Variable *Erwerbstätigkeitsreduktion* in erwerbstätige pA mit und ohne Reduktion der Arbeitsstunden dichotomisiert.

Die Arbeitszeit der pA wurde basierend auf dem deutschen Mindestlohn, den OECD und den DEAS-Studien in Gering- (< 11 h/Woche), vollzeitferne Teilzeit- (11–20 h/Woche), vollzeitnahe Teilzeit- (21–29 h/Woche) und Vollzeitbeschäftigung ( $\geq 30$  h/Woche) differenziert.

## Unabhängige Variablen

In Anlehnung an den Resource Utilisation in Dementia (RUD) [18] wurden die von den pA in Anspruch genommenen formellen Unterstützungsdienste erfasst, wobei in der vorliegenden Untersuchung der Fokus auf der derzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen, ambulantem Pflegedienst und Haushaltshilfen als pA direkt entlastende Unterstützungsleistungen lag. Die subjektive Pflegebelastung der pA wurde mit der 10-Item-Kurzversion der Häusliche-Pflege-Skala (HPS-k) [19] auf einer vierstufigen Likertskala von 0 (stimmt nicht) bis 3 (stimmt genau) erhoben (Range 0–30). Eine höhere Gesamtpunktzahl entspricht einer höheren subjektiven Belastung. Aus der informellen Pflege erlebte Zugewinne, sog. Benefits, wurden mit der neu entwickelten Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS) [20] auf einer fünfstufigen Likertskala erfasst (Range 0–56), wobei ein höherer Gesamtwert mehr erlebte Benefits impliziert. Die Copingstrategien der pA wurde mit je zwei Items aus den drei Subskalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping des Brief COPE [21] erhoben (Range Subskalen 0–8).

Die pA bewerteten ihre Fähigkeit, mit der Pflege zurechtzukommen („Wie schätzen Sie aktuell Ihre Möglichkeiten ein, mit der Pflege zurecht zu kommen?“), auf einer 10-Punkte-Skala von 0 (gelingt mir vollständig) bis 9 (gelingt mir gar nicht). Dabei entsprechen höhere Werte einer geringeren Bewältigungsfähigkeit. Zur Erfassung der selbstbestimmten Motivation der pA für die häusliche Pflege gaben die pA aus sieben Antwortalternativen ihren Hauptgrund für die häusliche Pflege an [22]. Dieser wurde für die Auswertung in selbstbestimmte Übernahme (Wunsch der pA) oder nicht selbstbestimmte Übernahme der Pflege (andere Pflegemotive, z. B. Pflegeplatzkosten) dichotomisiert. Die pA bewerteten die aktuelle („Wie schätzen Sie aktuell Ihre Beziehungsqualität zwischen Ihnen und der von Ihnen unterstützten, betreuten oder gepflegten Person ein?“) und die Beziehungsqualität vor der Pflegebedürftigkeit der PB („Wie schätzen Sie Ihre Beziehungsqualität zwischen Ihnen und der von Ihnen unterstützten, betreuten oder gepflegten Person ein, bevor sie Ihre Hilfe bzw. Unterstützung brauchte?“) mittels dreistufig piktorialen Antwortformat mit positivem, neutralem oder negativem Smiley. Aufgrund der Annahme sozial erwünschter Antworttendenzen wurde davon ausgegangen, dass neutrale Einschätzungen mit größerer Wahrscheinlichkeit negative Einschätzungen sind und für die Analyse dichotomisiert (positiv vs. neutral/negativ).

Die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurden für pA und PB erhoben. Für die pA wurden zusätzlich die Bildung mittels Bildungsabschluss – für die Analyse umgerechnet in Jahre – und das Verwandtschaftsverhältnis zu den PB – dichotomisiert in (Schwieger-)Eltern oder Verwandte, die keine (Schwieger-)Eltern sind – erfasst. Zur Beschreibung der Charakteristika der PB gaben die pA die Ursache der Pflegebedürftigkeit – z. B. Demenz, Schlaganfall, Altersgebrechlichkeit – und den Pflegegrad zum Zeitpunkt der Antragsstellung an.

Im Hinblick auf die aktuelle Pflegesituation wurden Informationen über das Zusammenleben von pA und PB sowie die Pflegedauer in Monaten ermittelt. Die von den pA pro Tag aufgewendete informelle Pflegezeit wurde in Stunden pro Tag für die drei Bereiche ADL, IADL und Supervision gemäß den RUD-Richtlinien operationalisiert [23]. Informelle Hilfe für die pA durch das persönliche Um-

feld wurde mit den beiden Items informelle Unterstützung erhalten („Erhalten Sie zurzeit Hilfe von Angehörigen, Freunden, Bekannten bei der Betreuung/Pflege?“) und informelle Unterstützung in Zukunft gewünscht („Würden Sie gerne mehr Hilfe von Angehörigen, Freunden, Bekannten bei der Betreuung/Pflege bekommen?“) auf einem dichotomen Antwortformat erfasst.

## Statistische Analyse

### Quantitative Analyse

Die statistische Analyse erfolgte mit IBM SPSS (V. 28) auf dem 5%-Signifikanzniveau. Bei Vorliegen von fehlenden Werten wurde bis auf die abhängige Variable zur Imputation dieser Werte der EM-Algorithmus für metrische bzw. der Median der Variable für kategoriale Variablen herangezogen. Mittels deskriptiver Statistiken erfolgte die Beschreibung der Stichprobenmerkmale. Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Welch-Tests – bei keiner vorliegenden Varianzhomogenität – bei metrischen Variablen und  $\chi^2$ -Tests bei kategorialen Variablen wurden Gruppenunterschiede zwischen pA mit und ohne pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit analysiert. Zur Vermeidung von Ergebnisverzerrungen durch die Alphafehler-Kumulierung wurde die Benjamini-Hochberg Korrekturmethode [24] bei multiplem Testen angewendet. Die Zusammenstellung des Variablenpools erfolgte für die Hauptanalyse der Benefits of Being a Caregiver Studie [20]; die vorliegende Sekundärdatenanalyse hat nach Abgleich mit den in der Literatur identifizierten Faktoren auf diesen zurückgegriffen. Lediglich die Haupt-Variable der Studie – erlebte Benefits –, die bisher im Kontext der Erwerbstätigkeit in der Literatur noch nicht betrachtet wurde, wurde dem Variablenpool hinzugefügt.

Mittels einer binär logistischen Regression in Blöcken wurden die potentiellen Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit analysiert (Kodierung: 0 keine Reduktion, 1 Reduktion). Für die Aufnahme in das Regressionsmodell wurden die Variablen auf Multikollinearität (Pearson  $r > 0,60$  [25]) überprüft. Bei vorliegender Multikollinearität wurde die Variable mit der höheren bivariaten Korrelation mit der Outcomevariable in das Regressionsmodell aufgenommen. Die weiteren Voraussetzungen für die Regressionsanalyse wurden vorab überprüft: anhand der Betrachtung der Hebelwerte nach Igo [26] erfolgte eine Ausreißeranalyse, anhand des Box-Tidwell-Verfahrens mit Bonferroni-Korrektur eine Überprüfung der Linearität von kontinuierlichen Variablen. Nach der Kontrolle für Alter, Geschlecht und Bildung der pA im ersten Block mittels Enter-Methode, wurden im zweiten Block alle anderen nicht multikollinearen Faktoren mittels Vorwärtsselektion einbezogen. Schwellenwert für die Variablenaufnahme war  $p = 0,01$ , für die Entfernung  $p = 0,10$ .

### Qualitative Analyse

Die qualitative Auswertung der Wünsche erfolgte gemäß strukturierter Inhaltsanalyse nach Mayring [27]. Anschließend wurde die Häufigkeit der genannten Kategorien betrachtet und eine geschlechterspezifische Analyse der Wünsche durchgeführt.

## Ergebnisse

### Quantitative Analyse

#### Pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit – bivariate Analyse

Ein Viertel der erwerbstätigen pA (25,4%;  $n = 108$ ) reduzierte pflegebedingt die eigene Erwerbstätigkeit. PA ohne Reduktion arbeiteten durchschnittlich 29,7 Stunden pro Woche ( $SD = 12,2$ ). PA mit Reduktion arbeiteten durchschnittlich 35,5 Stunden vor ( $SD = 11,9$ ) und 24,7 Stunden nach der Reduktion ( $SD = 15,6$ ), siehe ► **Abb. 1**.

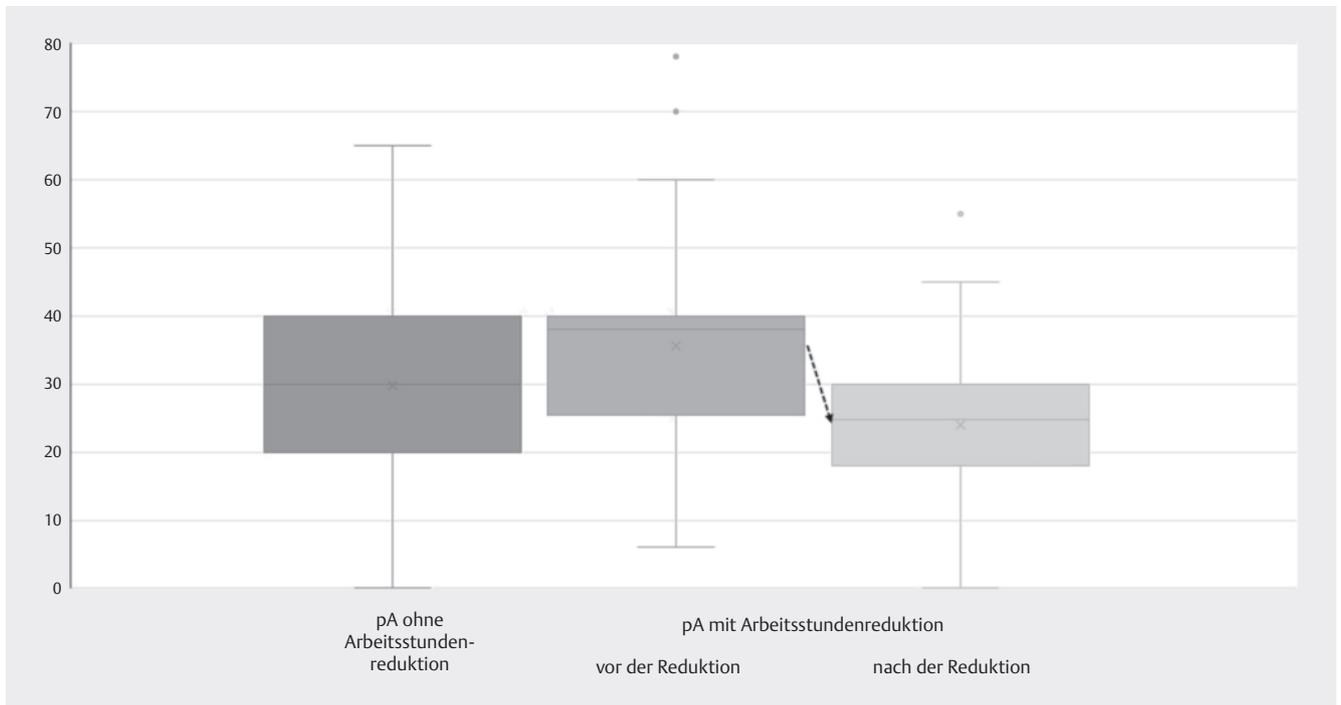
PA mit Reduktion der Erwerbstätigkeit wiesen auf Seiten der beeinflussbaren Faktoren der pA eine höhere subjektive Pflegebelastung auf als pA ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit (► **Tab. 1**). Hinsichtlich der Pflegesituation war die Pflege der pA mit Reduktion durch ein häufigeres Zusammenleben mit der PB und einen höheren ADL-Aufwand charakterisiert, als die von pA ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeitssituation unterschieden sich pA mit und ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit im Arbeitsstundenumfang sowohl vor als auch nach der Reduktion.

#### Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit – multivariable Analyse

Die Voraussetzungen der Regressionsanalyse waren erfüllt. Die binär logistische Regression (► **Tab. 2**) resultierte in einem signifikanten Modell ( $\chi^2 = 40,67$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ) mit drei Faktoren. Häusliche Gemeinschaft mit der PB (Odds ratio [OR] = 2,23), höherer ADL-Aufwand (OR = 1,20) und höherer Arbeitsstundenumfang vor der Reduktion (OR = 1,03) waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit assoziiert. Die untersuchten Variablen erklärten 13,5 % der Varianz der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit (Nagelkerke's  $R^2 = 0,135$ ). Die Varianzaufklärung des Regressionsmodells entspricht nach Cohen einem mittleren Effekt [28]. Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 76,8 %, mit einer Sensitivität von 17,6 % und einer Spezifität von 97,1 %.

#### Qualitative Analyse – Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger

Die genannten Wünsche konnten in sieben Kategorien eingeteilt werden: Neben den drei im Fragebogen vorgegebenen Kategorien Flexibilisierung der Arbeitszeit (z. B. bei festgelegten Arbeitszeiten), Reduktion der Arbeitsstunden und Entgegenkommen bei Fehltagen resultierten die vier weiteren Kategorien Wertschätzung (z. B. Verständnis für die pA-Situation), finanzieller Support (z. B. Zuschüsse, Ausgleich), häusliche Nähe (z. B. Homeoffice-Möglichkeit) und Festlegung der Arbeitszeit (z. B. bei Schichtdienst). An die Arbeitgebenden äußerten 182 pA (42,7 %) mindestens einen Wunsch. Am häufigsten wurden die Wünsche Entgegenkommen bei Fehltagen mit 28 % gefolgt von Flexibilisierung der Arbeitszeit mit 17 % und Reduktion der Arbeitsstunden mit 14 % genannt (► **Tab. 3**), wobei keine signifikanten Geschlechterunterschiede bestanden.



► **Abb. 1** Arbeitsstundenvergleich zwischen pflegenden Angehörigen (pA) mit und ohne Arbeitsstundenreduktion.  $N = 426$ ; pA ohne Arbeitsstundenreduktion:  $n = 318$ ; pA mit Arbeitsstundenreduktion:  $n = 108$ .

## Diskussion

### Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit

In der Studienregion reduzierte jeder vierte erwerbstätige pA den Arbeitsstundenumfang aufgrund der häuslichen Pflege eines chronisch pflegebedürftigen älteren Menschen. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass erwerbstätige pA, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflegetätigkeit reduziert hatten, vor der Reduktion einen höheren Umfang an Arbeitsstunden hatten, einen höheren ADL-Stundenaufwand haben oder mit der PB in häuslicher Gemeinschaft leben. Allerdings kann keine Aussage über den zeitlichen Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit getroffen werden.

Auf Seiten der *Pflegesituation* konnte – einhergehend mit bisherigen Forschungsergebnissen [11, 29] – für die *häusliche Gemeinschaft* mit der PB ein Zusammenhang mit einer pflegebedingten Arbeitszeitreduktion identifiziert werden. pA, die in häuslicher Gemeinschaft mit der PB leben, hatten vorher 2,23-mal häufiger ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduziert. pA in häuslicher Gemeinschaft mit der PB sind vermutlich eher bereit, einerseits auf Einkommensanteile zu verzichten und andererseits auch mehr Pflegestunden zu leisten. Aufgrund der Alltäglichkeit und der Permanenz der Pflegesituation erleben diese pA allerdings häufiger eine höhere subjektive und objektive Pflegebelastung [19, 30, 31], die ein Einflussfaktor auf eine pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit sein kann.

Die Inanspruchnahme formeller und informeller Unterstützungsangebote kann für pA, insbesondere falls sie mit der PB in

häuslicher Gemeinschaft wohnen, zu einer wichtigen Entlastung und somit zu einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege führen. Beispielsweise könnte die (vermehrte) Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegediensts zu einer direkten Entlastung bei den *ADL-Aufgaben* beitragen. Dadurch würde sich die Gesamtzahl der geleisteten Pflegestunden, die sich aus ADL-, IADL- und Supervisionsaufwand zusammensetzt, reduzieren. Denn für pA erhöhte sich mit jeder Stunde Mehraufwand für die ADL-Tätigkeiten die Wahrscheinlichkeit der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit um 20%. Nach internationalen Studien sollte die Gesamtzahl der geleisteten Pflegestunden nicht mehr als 10 [32] bzw. 15 bis 20 Wochenstunden [9, 33] betragen, um negative Auswirkungen der häuslichen Pflege auf die Erwerbstätigkeit der pA zu vermeiden. Entsprechend dieser kritischen Schwelle, schränkt ein höherer ADL-Aufwand die verfügbare Zeit für die Erwerbstätigkeit ein [34] und kann in einer Reduktion der Erwerbstätigkeit resultieren.

Auf Seiten der *Arbeitssituation* gab es einen Zusammenhang zwischen hohem *Arbeitsstundenumfang* und Reduktion des Erwerbstätigkeitsumfangs. Mit jeder Arbeitsstunde mehr pro Woche erhöhte sich für pA die Wahrscheinlichkeit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit um 3%. Dabei stellt sich die Frage, ob analog zur kritischen Schwelle für die Pflegestunden [9, 32] auch für die Arbeitsstunden eine solche Schwelle existiert. Dies sollte im Rahmen zukünftiger Längsschnittstudien untersucht werden. Um häusliche Pflege zu stärken, sollte das Ziel sein, pA zunächst über bereits existierende Unterstützungsangebote zu informieren, diese leicht zugänglich zu machen und eine weitere Anpassung der Unterstützungsangebote an die Bedürfnisse der pA vorzunehmen.

▶ **Tab. 1** Stichprobencharakteristika pflegender Angehöriger in Abhängigkeit von den pflegebedingten Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit.

Variablen	Kohorte <i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> ( <i>n</i> = 426)	Keine pflegebedingte Reduktion ( <i>n</i> = 318)	Pflegebedingte Reduktion ( <i>n</i> = 108)	<i>p</i> ° a/b
<b>Pflegende Angehörige</b>				
<i>Unbeeinflussbar</i>				
Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>	54,06 (8,75)	53,95 (8,66)	54,39 (9,04)	0,808 <sup>a</sup>
Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>	84 (19,7)	65 (20,4)	19 (17,6)	0,687 <sup>b</sup>
Bildung (Jahre), <i>M (SD)</i>	10,91 (2,72)	10,98 (2,80)	10,70 (2,47)	0,518 <sup>a</sup>
Verwandtschaftsverhältnis (Schwieger-)Eltern, <i>n (%)</i>	376 (88,3)	287 (90,3)	89 (82,4)	0,076 <sup>b</sup>
Beziehungsqualität vor Pflegebedürftigkeit (pos.), <i>n (%)</i>	250 (58,7)	188 (59,1)	62 (57,4)	0,808 <sup>b</sup>
<i>Beeinflussbar</i>				
Subjektive Pflegebelastung (HPS-k), <i>M (SD)</i>	16,94 (7,44)	16,46 (7,71)	18,38 (6,40)	<b>0,044<sup>a</sup></b>
Benefits (BBCS), <i>M (SD)</i>	24,19 (11,89)	23,53 (12,10)	26,20 (10,45)	0,089 <sup>a</sup>
Vermeidendes Coping, <i>M (SD)</i>	6,14 (1,57)	6,17 (1,57)	6,05 (1,57)	0,673 <sup>a</sup>
Emotionsorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>	3,59 (2,23)	3,57 (2,22)	3,66 (2,27)	0,807 <sup>a</sup>
Problemorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>	4,04 (1,97)	3,97 (2,01)	4,23 (1,85)	0,392 <sup>a</sup>
Aktuelle Beziehungsqualität (pos.), <i>n (%)</i>	255 (59,9)	182 (57,2)	73 (67,6)	0,119 <sup>b</sup>
Selbstbestimmte Pflegemotivation (ja), <i>n (%)</i>	98 (23,0)	73 (23,0)	25 (23,1)	0,967 <sup>b</sup>
Zurechtkommen mit der Pflege, <i>M (SD)</i>	3,22 (1,94)	3,26 (1,94)	3,07 (1,95)	0,561 <sup>a</sup>
<b>Pflegebedürftige Person</b>				
Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>	82,26 (6,64)	82,28 (6,53)	82,20 (6,98)	0,939 <sup>a</sup>
Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>	100 (23,5)	69 (21,7)	31 (28,7)	0,255 <sup>b</sup>
Pflegegrad, <i>M (SD)</i>	1,90 (1,33)	1,83 (1,31)	2,12 (1,35)	0,106 <sup>a</sup>
Pflegeursache Demenz (ja), <i>n (%)</i>	50 (11,7)	39 (12,3)	11 (10,2)	0,717 <sup>b</sup>
<b>Pflegesituation</b>				
Häusliche Gemeinschaft (ja), <i>n (%)</i>	134 (31,5)	84 (26,4)	50 (46,3)	<b>0,005<sup>b</sup></b>
Pflegedauer (Monate), <i>M (SD)</i>	42,05 (46,76)	39,44 (40,26)	49,72 (61,66)	0,106 <sup>a</sup>
Pflege mehrerer Personen (ja), <i>n (%)</i>	39 (9,2)	35 (11,0)	4 (3,7)	0,065 <sup>b</sup>
<i>Informelle Pflege (Stunden/Tag), M (SD)</i>				
ADL	2,34 (2,23)	2,06 (1,90)	3,18 (2,85)	<b>0,005<sup>a</sup></b>
IADL	2,90 (1,93)	2,89 (2,37)	3,51 (2,44)	0,058 <sup>a</sup>
Supervision	2,19 (3,17)	2,06 (3,17)	2,57 (3,16)	0,261 <sup>a</sup>
Informelle Unterstützung erhalten (ja), <i>n (%)</i>	290 (68,1)	218 (68,6)	72 (66,7)	0,808 <sup>b</sup>
Informelle Unterstützung in Zukunft gewünscht (ja), <i>n (%)</i>	271 (63,6)	201 (63,2)	70 (64,8)	0,808 <sup>b</sup>
<i>Inanspruchnahme formeller Unterstützungsangebote</i>				
Tagespflege, <i>n (%)</i>	36 (8,5)	25 (7,9)	11 (10,2)	0,645 <sup>b</sup>
Pflegedienst, <i>n (%)</i>	21 (4,9)	13 (4,1)	8 (7,4)	0,284 <sup>b</sup>
Haushaltshilfe, <i>n (%)</i>	109 (25,6)	83 (26,1)	26 (24,1)	0,808 <sup>b</sup>
<b>Erwerbstätigkeitssituation</b>				
<i>Erbwerbstätigkeitsverhältnis</i>				
Selbstständig, <i>n (%)</i>	44 (10,3)	26 (8,2)	18 (16,7)	0,175 <sup>b</sup>
Mithelfende Angehörige, <i>n (%)</i>	8 (1,9)	7 (2,2)	1 (0,9)	
Beamte, <i>n (%)</i>	20 (4,7)	15 (4,7)	5 (4,6)	
Angestellte, <i>n (%)</i>	354 (83,1)	270 (84,9)	84 (77,7)	
Arbeitsstunden/Woche (vor Reduktion), <i>M (SD)</i>	30,80 (12,45)	29,72 (12,12)	35,54 (11,92)	<b>0,005<sup>a</sup></b>
Arbeitsstunden/Woche (aktuell)	28,27 (11,92)	29,72 (12,12)	24,71 (15,62)	<b>0,005<sup>a</sup></b>
Geringbeschäftigung (< 11 h/Woche), <i>n (%)</i>	41 (9,6)	26 (8,2)	15 (13,9)	0,054 <sup>b</sup>
Vollzeitferne Teilzeitbeschäftigung (11–20 h/Woche), <i>n (%)</i>	108 (25,4)	75 (23,6)	33 (30,6)	
Vollzeitnahe Teilzeitbeschäftigung (21–29 h/Woche), <i>n (%)</i>	60 (14,1)	41 (12,9)	19 (17,6)	
Vollzeitbeschäftigung (≥ 30 h/Woche), <i>n (%)</i>	217 (50,9)	176 (55,3)	41 (38,0)	
<i>Anmerkungen. N = 426; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. Subjektive Pflegebelastung gemessen mit der Häusliche-Pflege-Skala – Kurzversion (HPS-k), Range 0–30; Benefits gemessen mit der Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS), Range 0–56; Vermeidendes, emotionsorientiertes, problemorientiertes Coping: gemessen mit je zwei Items des Brief COPE, Range 0–8; Tagespflege, Pflegedienst, Haushaltshilfe entsprechend Resource Utilisation in Dementia (RUD); Pflegegrad, Range 0–4; Zurechtkommen mit der Pflege, Range 0–9; ADL (z. B. Ankleiden), IADL (z. B. Einkaufen) &amp; Supervision (z. B. Zeit zur Vermeidung von Gefahrensituationen) in Anlehnung an RUD. ° = <i>p</i> &lt; 0,05 fett, <i>p</i> &lt; 0,10 kursiv hervorgehoben; <i>p</i>-Werte unter Anwendung der Benjamini-Hochberg Korrektur.</i>				
<i>a</i> t-Test für unabhängige Gruppen für metrische Variablen; im Falle eines signifikanten Levene-Tests: Welch-Test. <sup>b</sup> $\chi^2$ -Test für nicht-metrische Variablen.				

► **Tab. 2** Binär logistische Regressionsanalyse – pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit als abhängige Variable ( $n = 426$ ; 0 = keine Reduktion, 1 = Reduktion); Modell: Enter (Block I), Vorwärtsselektion (Block II).

Variable	Regressionskoeffizient <i>B</i>	<i>p</i>	Odds Ratio	KI
Block I <sup>a</sup>				
Geschlecht <sup>b</sup> (männlich)	-0,57	0,076	0,56	[0,29;1,06]
Alter (Jahre)	0,00	0,980	1,00	[0,97;1,03]
Bildung (Jahre)	-0,03	0,589	0,98	[0,89;1,07]
Block II <sup>c</sup>				
ADL (Stunden/Tag)	0,18	<0,001	1,20	[1,09;1,33]
Häusliche Gemeinschaft (ja)	0,80	0,001	2,23	[1,38;3,59]
Arbeitsstunden/Woche (vor Reduktion)	0,03	0,002	1,03	[1,01;1,06]
Anmerkungen. KI = Konfidenzintervall; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Multikollinearitätsanalyse ergab keine Multikollinearität, sodass alle Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen werden konnten. <sup>a</sup> Adjustierungsvariablen mittels Enter-Methode; Variablen beziehen sich lediglich auf pflegende Angehörige. <sup>b</sup> Dichotome Variable: weiblich = 0, männlich = 1. <sup>c</sup> Finales Regressionsmodell: Variablen in der Gleichung mittels Vorwärtsselektion; Nagelkerke's $R^2 = 0,135$ , $\chi^2 = 40,67$ ( $df:6$ ), $p < 0,001$ ; 3 Schritte.				

► **Tab. 3** Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege.

	Kohorte n(%) (n=426)	Weiblich (n=342)	Männlich (n=84)	<i>p</i>
Flexibilisierung der Arbeitszeit	74 (17,4)	60 (17,5)	14 (16,7)	>0,999
Reduktion der Arbeitsstunden	58 (13,6)	42 (12,3)	16 (19,0)	0,784
Entgegenkommen Fehltag	117 (27,5)	91 (26,6)	26 (31,0)	>0,999
Wertschätzung	3 (0,7)	3 (0,9)	0 (0,0)	>0,999
Finanzieller Support	10 (2,3)	9 (2,6)	1 (1,2)	>0,999
Häusliche Nähe	5 (1,2)	4 (1,2)	1 (1,2)	>0,999
Festlegung der Arbeitszeit	6 (1,4)	6 (1,8)	0 (0,0)	>0,999
Anmerkungen. Flexibilisierung der Arbeitszeit: z. B. bei festgelegten Arbeitszeiten; Wertschätzung: Verständnis für die Situation pflegender Angehöriger; Finanzieller Support: Wunsch nach finanzieller Unterstützung, Ausgleich, zusätzlicher Freistellung; Häusliche Nähe: Wunsch nach Homeoffice und Arbeitsplatz in Wohnortnähe; Festlegung der Arbeitszeit: Wunsch nach feste Arbeitszeit und besserer Planbarkeit, z. B. bei Schichtdienst.				

## Arbeitsbezogene Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger

Arbeitsbezogene Wünsche der erwerbstätigen pA zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege waren in der vorliegenden Studie in erster Linie folgende: Entgegenkommen der Arbeitgebenden bei Fehltagen, Möglichkeit zur Arbeitsstundenreduktion und Flexibilisierung der Arbeitszeit. Diese Kernpunkte stellen geeignete und umsetzbare Anpassungen der Arbeitswelt dar, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege effektiv stärken können. Der Wunsch nach Flexibilisierung der Arbeitszeit wurde in der Literatur bereits berichtet [17, 35].

Wenngleich in Deutschland in den letzten Jahren auf gesetzlicher Ebene Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wie z. B. Familienpflegezeit und Pflegeunterstützungsgeld (§ 7 Abs. 1 PflegeZG) und das Vereinbarkeitsrichtlinienumsetzungsgesetz, verabschiedet wurden, setzen die bisherigen gesetzlichen Regelungen die Hauptwünsche der pA noch nicht konsequent genug um. Hinzu kommt, dass die praktische Umsetzbarkeit der Gesetze durch die dafür erforderlichen Voraussetzungen, wie z. B. Mindest-Arbeitsstundenumfang, Mindest-Arbeitnehmendenzahl und zeitliche Begrenztheit der Maßnahmen, eingeschränkt ist. Deshalb werden zahlreiche erwerbstätige pA durch diese Maßnahmen noch nicht erreicht. Wenngleich mittlere und größere Unternehmen mittels Betriebsvereinbarungen versuchen, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen [35, 36], sind pA in kleineren Betrieben

auf individuelle Vereinbarungen mit dem Arbeitgebenden angewiesen [35].

Auf Seiten der Arbeitgebenden – insbesondere bei kleineren Unternehmen – könnten einerseits betriebliche Gründe zur Ablehnung der Wünsche erwerbstätiger pA für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege geführt haben. Andererseits sind die betrieblichen Folgen durch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wie z. B. Präsentismus oder Absentismus [37], Arbeitszeitreduktion oder sogar Kündigung [38], auch in deutschen Unternehmen enorm [37] – Stichwort Fachkräftemangel. Dabei sind die Arbeitgebenden neben der Politik die zweite zentrale Instanz, die die Möglichkeit hat, durch geeignete Maßnahmen – wie z. B. Einführung eines Pflegebeauftragten – zur Stärkung des größten deutschen Pflegediensts [39] und Rückgrat des deutschen Pflegesystems [40], den pA, beizutragen. Da anzunehmen ist, dass pA, Arbeitgebende und Politik unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche bezüglich Arbeitszeit und Pflegeaufwand haben, ist es notwendig, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für pA in zukünftigen Studien aus allen drei Blickwinkeln zu betrachten. Dabei sollte ein Konsens der verschiedenen Sichtweisen angestrebt werden, um für erwerbstätige pA langfristig eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ohne negative Konsequenzen für Familie, Beruf, Finanzen und Gesundheit zu ermöglichen.

## Stärken und Limitationen

**Stärken** der Studie sind die Stichprobenrepräsentativität für bayerische erwerbstätige pA gesetzlich versicherter PB und die Betrachtung eines breiten Spektrums potentieller Einflussvariablen. **Limitationen** der Studie sind: die fehlende Repräsentativität für pA von PB, die noch keinen Antrag auf Pflegegradeinstufung gestellt haben, die geringe Stichprobengröße für die Betrachtung der arbeitsbezogenen Wünsche, die fehlende überregionale Repräsentativität – z. B. Ost-West-Unterschiede in der Erwerbstätigkeits- und Pflegesituation –, die geringe Sensitivität des Regressionsmodells, sowie das Querschnittsdesign der Studie, sodass keine Auswirkungen der Reduktion der Erwerbstätigkeit ermittelt werden konnten und die identifizierten Faktoren keine gesicherten Ursachen darstellen können.

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- PA, die mehr ADL-Pflege leisten, eher mit ihrer PB zusammenleben und einen höheren Arbeitsstundenumfang aufweisen, sollten in den Fokus von Interventionen und Entlastungsangeboten kommen.
- Zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ist die Entwicklung praktisch umsetzbarer gesetzlicher Maßnahmen für *alle* erwerbstätigen pA unter Berücksichtigung der arbeitsbezogenen Wünsche – Entgegenkommen Fehltag, Arbeitszeitflexibilität und Arbeitsstundenreduktion – erforderlich.

## Danksagung

Das Studienteam bedankt sich bei allen pflegenden Angehörigen für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, und bei den Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes Bayern für die Verteilung der Fragebögen. Besonderer Dank gilt dem Förderer der Studie, der G. & I. Leifheit Stiftung, die diese Studie ermöglicht haben.

Die vorliegende Arbeit wurde von Julia-Sophia Scheuermann 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] Völz S, Schnecke JH. Beruf und Pflege besser vereinbaren: Individuelle und betriebliche Perspektiven als regionaler Gestaltungsansatz. In: Institut Arbeit und Technik, Hrsg. Forschung Aktuell 2021. Gelsenkirchen: IAT; 2021
- [2] Eggert S, Teubner C, Budnick A et al. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, et al., Hrsg. Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021: 59–69. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2\_4
- [3] Naumann D, Teubner C, Eggert S. ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin: ZQP; 2016: 73–86
- [4] Grau H, Graessel E, Berth H. The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). *Aging Ment Health* 2015; 19: 159–168. DOI: 10.1080/13607863.2014.920296
- [5] Neubert L, König H-H, Mietzner C et al. Dementia care-giving and employment: a mixed-studies review on a presumed conflict. *Ageing Soc* 2021; 41: 1094–1125. DOI: 10.1017/S0144686X19001545
- [6] Ciccarelli N, Van Soest A. Informal caregiving, employment status and work hours of the 50+ population in Europe. *De Economist* 2018; 166: 363–396. DOI: 10.1007/s10645-018-9323-1
- [7] Bidenko K, Bohnet-Joschko S. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Wie wirkt sich Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit pflegender Angehöriger aus? *Gesundheitswesen* 2021; 83: 122–127. DOI: 10.1055/a-1173-8918
- [8] Wang Y-N, Hsu W-C, Yang P-S et al. Caregiving demands, job demands, and health outcomes for employed family caregivers of older adults with dementia: Structural equation modeling. *Geriatr Nurs* 2018; 39: 676–682. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2018.05.003
- [9] Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015; 8: 113–145. DOI: 10.1007/s12062-015-9116-0
- [10] Andersson MA, Walker MH, Kaskie BP. Strapped for Time or Stressed Out? Predictors of Work Interruption and Unmet Need for Workplace Support Among Informal Elder Caregivers. *J Aging Health* 2019; 31: 631–651. DOI: 10.1177/0898264317744920
- [11] Ruiz-Adame Reina M, González-Camacho MC, Mainar-Causapé A. An analysis of caregiver profile and its impact on employment situation: Primary caregivers of patients of Alzheimer's and other dementias in the South Western of Spain. *Atl Rev Econ* 2015; 2: 1–18
- [12] Ruiz-Adame Reina M, González-Camacho MC, Romero-García JE et al. Profiles of Alzheimer's caregivers in Spain: social, educational and labor characteristics. *Scand J Caring Sci* 2017; 31: 867–877. DOI: 10.1111/scs.12408
- [13] Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I. Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit Demenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativstudie. In: Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin: ZQP; 2016: : 44–59
- [14] Vicente J, McKee KJ, Magnusson L et al. Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey. *Plos one* 2022; 17: e0263396. DOI: 10.1371/journal.pone.0263396

- [15] Montano D, Peter R. Informal care-giving and the intention to give up employment: the role of perceived supervisor behaviour in a cohort of German employees. *Eur J Ageing* 2021; 1–11. DOI: 10.1007/s10433-021-00660-4
- [16] He D, McHenry P. Does formal employment reduce informal caregiving? *Health Econ* 2016; 25: 829–843. DOI: 10.1002/hec.3185
- [17] Plöthner M, Schmidt K, de Jong L et al. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr* 2019; 19: 1–22. DOI: 10.1186/s12877-019-1068-4
- [18] Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 429–435. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.06.008
- [19] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014; 14: 1–9. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23
- [20] 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
- [21] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- [22] Gräbel E. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Z Gerontopsychol psychiatr* 2000; 13: 85–94. DOI: 10.1024/1011-6877.13.2.85
- [23] Wimo A, Wetterholm A, Mastey V et al. Evaluation of the healthcare resource utilization and caregiver time in anti-dementia drug trials – a quantitative battery. In: Wimo A, Jönsson B, Karlson G et al., Hrsg. *Health Economics of Dementia*. 1. Aufl. Chichester: Wiley & Sons Ltd; 1998: 465–499
- [24] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol*. 1995; 57: 289–300
- [25] Scheuermann J-S, Gräbel E, Pendergrass A. Predictors of expressed, felt, and normative needs for informal caregiver counseling. *Z Gerontol Geriatr* 2023; 56: 395–401. DOI: 10.1007/s00391-022-02097-5
- [26] Igo RP. Influential Data Points. In: Salkind NJ, Hrsg. *Encyclopedia of Research Design*. Los Angeles: Sage; 2010: 600–602
- [27] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010: 601-613
- [28] Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155–159. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- [29] Heitmueller A. The chicken or the egg?: Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *J Health Econ* 2007; 26: 536–559. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2006.10.005
- [30] Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA* 2014; 311: 1052–1060. DOI: 10.1001/jama.2014.304
- [31] Lindt N, van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr* 2020; 20: 1–12. DOI: 10.1186/s12877-020-01708-3
- [32] King D, Pickard L. When is a carer's employment at risk? Longitudinal analysis of unpaid care and employment in midlife in England. *Health Soc Care Community* 2013; 21: 303–314. DOI: 10.1111/hsc.12018
- [33] Walsh E, Murphy A. Investigating the causal relationship between employment and informal caregiving of the elderly. *BMC Res Notes* 2018; 11: 1–6. DOI: 10.1186/s13104-018-3684-z
- [34] Covinsky KE, Eng C, Lui L-Y et al. Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M707–M713. DOI: 10.1093/gerona/56.11.M707
- [35] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Pflegende Beschäftigte brauchen Unterstützung – Leitfaden für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflege* (26.10.2020). Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161690/afd185be09cf84ad9a6e38fd3ee637a/pflegende-beschaeftigte-brauchen-unterstuetzung-data.pdf>; Stand: 13.03.2023
- [36] Eggert S, Sulmann D, Teubner C. *Unternehmensbefragung Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 2018*. Berlin: ZQP; 2018
- [37] Schneider H, Heinze J, Hering D. *Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Expertise im Rahmen des Projektes Carers@ Work – Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?* Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik; 2011
- [38] Scheuermann J-S, Gräbel E, Pendergrass A. *Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen: Identifikation eines Risikoprofils. Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S37–S44. DOI: 10.1055/a-2183-6741
- [39] Wetzstein M, Rommel A, Lange C. *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. In: Robert Koch-Institut, Hrsg. *GBE kompakt*. Berlin: RKI; 2015: 12. DOI: 10.17886/rki-gbe-2016-018
- [40] Klie T. *DAK Pflegereport: Häusliche Pflege – Das Rückgrat der Pflege in Deutschland: Analysen, Befunde, Perspektiven*. Heidelberg: medhochzwei; 2022