

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 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 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

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 χ^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 ≥ 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 zurechtkommen, 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 Schwiegertöchter, 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	
Pflegende Angehörige						
Geschlecht (Frauen)	282 (76,6)	442 (74,9)	0,704 ^a	168 (71,2)	274 (77,4)	0,169 ^a
Alter in Jahren	60,5 ± 12,4	63,1 ± 12,7	0,010^b	62,1 ± 13,2	63,7 ± 12,2	0,1225 ^b
Bildungsabschluss (nominal)			0,792 ^a			0,745 ^a
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 ^a	110 (46,6)	161 (45,5)	0,837 ^a
Verwandtschaftsgrad			<0,007^a			0,214 ^a
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 ^a	142 (60,2)	214 (60,5)	0,946 ^a
Beziehungsqualität früher (positiv)	202 (54,9)	366 (62)	0,085 ^a	146 (61,9)	220 (62,1)	0,946 ^a
Subjektive Belastung (HPS-k)	17,9 ± 7,4	16 ± 7,5	<0,007^b	15,8 ± 7,4	16,1 ± 7,5	0,735 ^b
PAC	16,8 ± 9,1	17,8 ± 9,2	0,128 ^b	17,4 ± 9,2	18,0 ± 9,2	0,596 ^b
Coping	14,2 ± 3,7	13,7 ± 3,8	0,128 ^b	13,6 ± 4,0	13,8 ± 3,7	0,792 ^b
Pflegebedürftige Person						
Geschlecht (% Frauen)	256 (71,7)	378 (64,1)	0,047 ^a	169 (71,6)	209 (59,0)	0,01^a
Alter in Jahren	83,0 ± 6,7	81,6 ± 7,2	0,01^b	81,8 ± 7,2	81,44 ± 7,2	0,703 ^a
Demenz (ja) ^c	154 (41,8)	210 (35,6)	0,113 ^a	88 (37,3)	122 (34,5)	0,653 ^a
Schlaganfall (ja) ^c	54 (14,7)	91 (15,4)	0,818 ^a	33 (14,0)	58 (16,4)	0,596 ^a
Krebs (ja) ^c	54 (14,7)	67 (11,4)	0,225 ^a	28 (11,9)	39 (11,0)	0,818 ^a
Pflegegrad			<0,007^a			0,021^a
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)	
Pflegesituation						
Dauer der Pflege in Monaten	48,1 ± 64,5	48,5 ± 86,3	0,946 ^b	43,4 ± 89,9	51,8 ± 83,7	0,386 ^b
Zusammenwohnen mit gepflegter Person (ja)	168 (45,7)	337 (57,1)	<0,007^a	129 (54,7)	208 (58,8)	0,492 ^a
Durchschnittliche Stundenzahl für Hilfe bei Tätigkeiten (ADL, IADL, Supervision)	9,0 ± 5,2	8,7 ± 5,1	0,332 ^b	8,04 ± 5,1	9,21 ± 5,0	0,023^b
Hilfe von Angehörigen erhalten (ja)	236 (64,1)	340 (57,6)	0,113 ^a	141 (59,7)	199 (56,2)	0,581 ^a
Mehr Hilfe von weiteren Angehörigen/ Freunden gewünscht (ja)	243 (66,0)	339 (57,5)	0,028^a	152 (64,4)	187 (52,8)	0,021^a
Pflegemotivation: Wunsch der Pflegenden	103 (28,0)	132 (22,4)	0,113 ^a	50 (21,2)	82 (23,2)	0,715 ^a
Einschätzung der aktuellen Pflegesituation	5,1 ± 2,1	4,6 ± 2,1	0,007^b	4,8 ± 2,0	4,4 ± 2,1	0,113 ^b
Zurechtkommen mit der Pflege	4,4 ± 2,0	3,9 ± 2,0	0,007^b	4,2 ± 2,0	3,6 ± 2,0	0,007^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; ^a χ ² -Test für nicht metrische Variablen; ^b t-Test für unabhängige Stichproben für metrische Variablen; ^c Mehrfachnennungen möglich.						

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

a) EXPRESSED NEED (n = 947)				
	Regressionskoeffizient B	p ^a	Odds Ratio	99%-KI
Block I^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]
Block II^c				
Pflegegrad ^d		<0,001		
niedrig vs. mittel	0,675	<0,001	1,965	[1,385–2,787]
niedrig vs. hoch	1,314	<0,001	3,720	[2,634–5,255]
Verwandtschaftsverhältnis zwischen den Pflegebedürftigen und den Angehörigen (Nicht-Partner) ^e	0,725	<0,001	2,064	[1,367–3,117]
Einschätzung der aktuellen Möglichkeiten, mit der Pflege zurecht zu kommen ^f	0,151	<0,001	1,163	[1,085–1,247]
b) FELT NEED (n = 590)				
	Regressionskoeffizient B	p ^a	Odds Ratio	99%-KI
Block I^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]
Block II^c				
Pflegegrad ^d				
niedrig vs. mittel	–0,494	0,013	0,610	[0,413–0,901]
niedrig vs. hoch	–0,799	<0,001	0,450	[0,291–0,696]
Mehr Hilfe von Angehörigen gewünscht ^g	0,535	0,003	1,707	[1,206–2,416]
KI: Konfidenzintervall; ^a Signifikanzniveau: p = 0,01 (signifikante p-Werte in Fett); ^b Einschluss-Methode (enter): Merkmale der pflegenden Angehörigen als Adjustierungsvariablen; ^c Vorwärtsselektion aller Variablen; ^d niedrig: keiner oder Pflegegrad 1; mittel: Pflegegrad 2; hoch: Pflegegrad 3 oder 4; ^e Referenzkategorie: Pflegenden Angehörigen und pflegebedürftige Person sind Partner; ^f Metrische Variable: 1 (positiv) bis 10 (negativ); ^g 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] Löffberding 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] Räger 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: Jakobs 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; Stand 13.03.2023