



# Vermeidung von Pflegebedürftigkeit – Herausforderungen für Forschung und Praxis

*Stefan Blüher, Thomas Stein, Ralph Schilling, Ulrike Grittner  
und Adelheid Kuhlmeiy*

## Inhaltsverzeichnis

- 6.1 Ausgangslage: Steigende Nachfrage  
nach Pflegeleistungen und Versorgungslücke – 93
- 6.2 Einflussfaktoren auf die Entstehung  
von Pflegebedürftigkeit – 95
- 6.3 Forschung zu sozialen Einflussfaktoren  
von Pflegebedürftigkeit – 96
- 6.4 Implikationen für die Entwicklung der pflegerischen  
Praxis – 100
  
- Literatur – 101

### ■ ■ Zusammenfassung

Die außergewöhnlich geburtenstarken Jahrgänge der 1955er bis 1965er Jahre werden in den kommenden zwei bis drei Jahrzehnten zu erheblichen Herausforderungen für das System pflegerischer Versorgung führen. So könnten sich etwa heute schon bestehende Versorgungslücken zwischen Angebotsstruktur und Nachfrage nach pflegerischen Leistungen deutlich verschärfen. Vor diesem Hintergrund ist es notwendig, nicht nur die Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen in den Blick zu nehmen, sondern auch Wege zu finden, die Nachfrage nach Pflegeleistungen zu reduzieren. Hierfür müssen präventive und rehabilitative Potenziale so weit ausgeschöpft werden, dass die Entstehung von Pflegebedürftigkeit vermieden, ihr Verlauf abgemildert oder ihr Eintritt verzögert werden kann.

In diesem Zusammenhang muss die Forschung weitere Erkenntnisse zu den Entstehungsfaktoren einer Pflegebedürftigkeit liefern. Bislang fehlen vor allem Befunde zu sozialen Kontexten, in denen sich Verluste von funktionaler und kognitiver Gesundheit vollziehen, und Analysen, welche Rolle dabei einzelnen Faktoren für die Entstehung von Pflegebedarf zukommt. Ein vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung gefördertes Forschungsprojekt analysiert diese Zusammenhänge mit Blick auf präventive und rehabilitative Potenziale zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit. Ausgewählte Befunde zu Konstellationen in der Haushaltszusammensetzung und daran gebundener sozialer Unterstützung werden in diesem Beitrag skizziert und bezüglich ihrer Implikationen diskutiert. Ein markantes Ergebnis ist dabei die protektive Wirkung von Partnerschaften, respektive engen sozialen Beziehungen im Hinblick auf entstehende Pflegebedürftigkeit. Als eine wichtige Implikation ist hier die konsequente Stärkung von sozialen Unterstützungspotenzialen zu nennen, die insbesondere die Gruppe der Alleinlebenden fokussieren sollte, indem Wohn- und Lebenswelten zu fördern sind, die

sich – äquivalent zu engen familialen Beziehungen – durch hohe protektive Potenziale für den Erhalt von Selbständigkeit auszeichnen.

*The exceptionally large birth cohorts of the 1955s to 1965s will lead to considerable challenges for the system of care provision in the coming two to three decades. For example, the already existing gaps between the supply structure and the demand for nursing services could worsen considerably. Against this background, it is necessary not only to focus on the further development of care structures, but also to find ways to reduce the demand for care services. To this end, preventive and rehabilitative potentials must be exploited to such an extent that the development of the need for long-term care can be avoided, its course mitigated or its onset delayed.*

In this context, research must provide further insights into the factors that lead to the need for long-term care. So far, there is a lack of findings on the social contexts in which losses of functional and cognitive health occur and analyses of the role that individual factors play in the development of the need for long-term care. A research project funded by the German National Association of Statutory Health Insurance Funds analyses these relationships with a view to preventive and rehabilitative potential for avoiding the need for long-term care. Selected findings on constellations in household composition and the associated social support are outlined in this article and discussed with regard to their implications. One rather striking factor is the protective effect of partnerships or close social relationships with regard to the development of care dependency. An important implication here is to consistently strengthen social support potentials, which should focus in particular on the group of people living alone by promoting living environments that are characterised by high protective potentials for maintaining independence – as an equivalent to close family relationships.

## 6.1 Ausgangslage: Steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen und Versorgungslücke

Die absehbar weiterwachsende Zahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland steht im Mittelpunkt aktueller gesundheits- und sozialpolitischer Debatten. Insbesondere die nachrückenden, geburtenstarken Jahrgänge der Kohorten der 1955er bis 1965er Jahre drohen dabei die sich abzeichnende Lücke zwischen Angebot und Nachfrage pflegerischer Leistungen deutlich zu verschärfen. Dies wird besonders augenfällig durch die Tatsache, dass die Geburtsjahrgänge der 1955er bis 1965er Jahre einen Anteil von rund 30 % der deutschen Bevölkerung bilden (Körper-Stiftung 2018). Wesentliche Markierungen im biographischen Zeitverlauf dieser Generation, die die gesundheitliche Versorgung betreffen, können wie folgt beschrieben werden:

- 2016–2020 erste Renteneintritte der Babyboomer-Generation. Beginn von weitreichenden Folgen für Gesundheits- und Sozialsysteme in Deutschland.
- 2025 – Babyboomer im Mittel zwischen 60 und 70 Jahre alt.
- 2035 – Babyboomer zwischen 70 und 80 Jahre alt. Ab diesem Zeitraum werden voraussichtlich größere Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialsysteme entstehen.
- 2045 – Babyboomer zwischen 80 und 90 Jahre. Mittlere Sterblichkeit erreicht. Definitiv große Herausforderungen für Gesundheits- und Sozialsysteme.
- 2055 – Überlebende Babyboomer zwischen 90 und 100 Jahre.
- ~ 2065 – Tod der letzten Überlebenden der Babyboomer Generation.

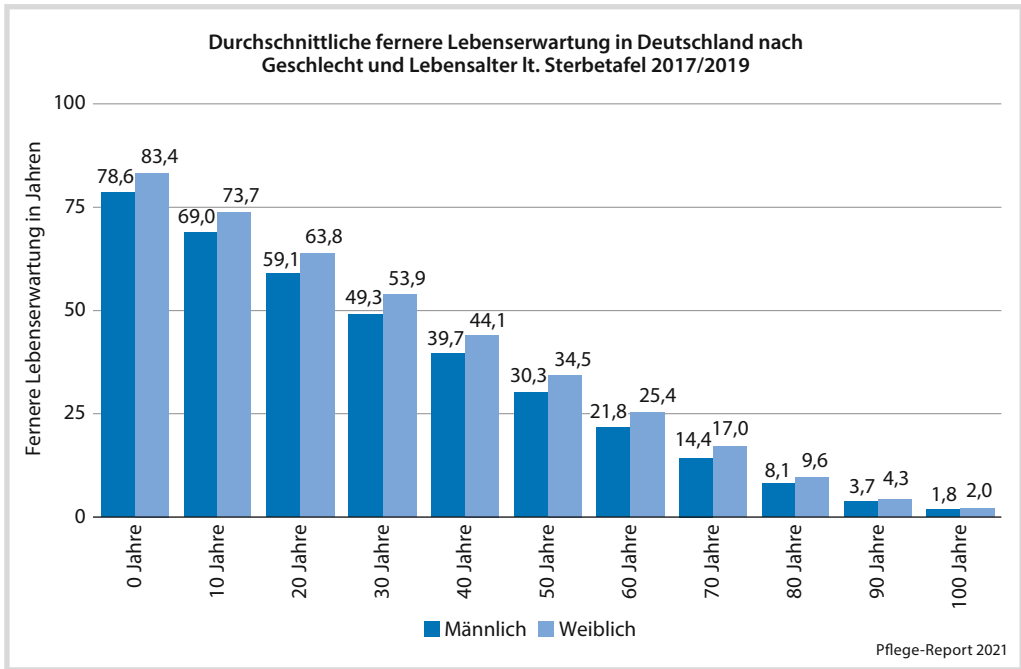
Kohorten wie die Babyboomer profitieren in hohem Maße von der gestiegenen (ferneren) Lebenserwartung. So hat etwa eine heute 60-jährige Frau im statistischen Durchschnitt eine noch verbleibende Le-

bensspanne von weiteren 25,4 Jahren (siehe [Abb. 6.1](#)).

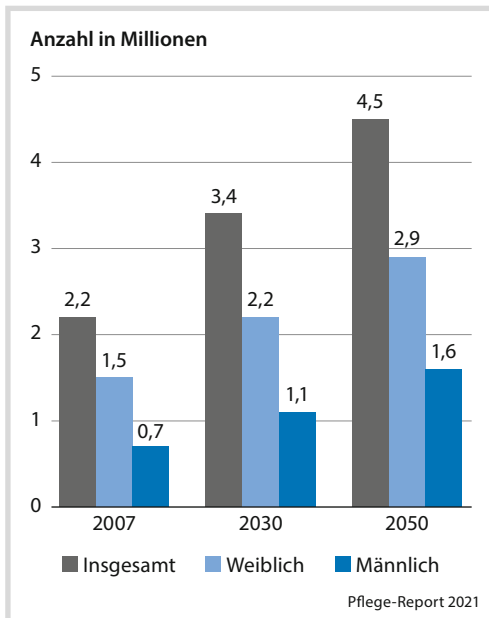
Die steigende Lebenserwartung beeinflusst das Risiko des Eintritts von Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Einerseits verlängert sich die Lebenszeit, die in (relativ) gutem Gesundheitszustand verbracht wird. Damit verschiebt sich auch das durchschnittliche Eintrittsalter in die Pflegebedürftigkeit immer weiter in die Hochaltrigkeit hinein. Diese Veränderungen führen jedoch insgesamt nicht zu einer Kompression im Sinne einer zeitlichen Begrenzung von Hilfe- und Pflegebedarf auf einen immer kürzeren Zeitraum vor dem Lebensende, da andererseits die Zuwächse an durchschnittlicher Lebenszeit höher sind. Dadurch – so ist seit einigen Jahren zu beobachten – verlängern sich auch die Abschnitte des Lebens mit einem Pflegebedarf. Oder anders gewendet: Die gewonnene Lebenszeit bringt einen Zugewinn an gesunden, aber auch eine Verlängerung pflegebedürftiger Jahre, sodass die in [Abb. 6.2](#) prognostizierten Bedarfe sowohl in den starken Jahrgängen der Babyboomer als auch in der Entwicklung zunehmender Lebenszeit mit Pflegebedarf ihre Begründung finden.

Angesichts dieser Entwicklung besteht Konsens darüber, dass die Strukturen pflegerischer Versorgung quantitativ wie auch qualitativ weiterentwickelt werden müssen. Zahlreiche Gesetzesinitiativen der letzten Jahre weisen in diese Richtung; zu nennen sind hier die Pflegestärkungsgesetze (PSG I bis III) aus den Jahren 2015 bis 2017 sowie weitere Regelungen, die auf eine Stärkung der professionellen Versorgungsstrukturen, aber auch auf eine bessere Unterstützung pflegender Angehöriger abzielen. Hinzu kommen die Bemühungen, das Pflegekräftepotenzial zu erweitern, etwa durch Neuregelungen bei der Anwerbung und der Zuwanderung ausländischer Fachkräfte oder Qualifikationsentwicklungen.

Die politische Gestaltung fokussiert damit deutlich auf die Weiterentwicklung und den Ausbau der Strukturen auf der *Angebotsseite* pflegerischer Versorgung. So sehr dies notwendig ist, so sehr verweisen die Zahlen auf die Begrenztheit dieser Ansätze: Schon in



■ **Abb. 6.1** Fernere Lebenserwartung nach Geschlecht und Lebensalter. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020a)



■ **Abb. 6.2** Prognose der Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland bis zum Jahr 2050 (in Millionen). (Quelle: Statistisches Bundesamt 2020b)

seinem Gutachten 2012 berechnete der Sachverständigenrat (SVR 2012) einen Fachkräftemangel in der Pflege für 2025, den er mit ca. 200.000 bezifferte – und dies angesichts eines massiven Rückgangs der Erwerbsbevölkerung in Deutschland insgesamt (Stat. Bundesamt 2009). Auch wegen dieser Tatsachen darf die Gestaltbarkeit der *Nachfrage* nach Pflegeleistungen nicht aus dem Blick geraten. Vielmehr sind verstärkte Bemühungen notwendig, die auf eine geringere Zunahme von Pflegebedarf abzielen. Konkret bedeutet dies, gesundheitsförderliche, präventive und rehabilitative Potenziale endlich in einem Maße zu stärken, dass die Entstehung von Pflegebedürftigkeit vermieden, der Verlauf abgemildert oder ihr Eintritt verzögert wird.

Dieses Herangehen setzt voraus, bedeutende Einflussfaktoren auf die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit zu kennen und die Wechselwirkungen zwischen physischen, psychischen und sozialen Komponenten, die einen Pflegebedarf determinieren, zu analysieren

ren. Noch kann der Kumulationspunkt der Einflussfaktoren, die letztendlich Pflegebedürftigkeit begründen, nicht hinreichend empirisch belegt werden.

## 6.2 Einflussfaktoren auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit

Es liegen bislang insbesondere eine Reihe von Untersuchungen zum Zusammenhang von chronischen Erkrankungen, Demenz oder Multimorbidität und der Entstehung eines Pflegebedarfs vor.

Unstrittig ist zum einen, dass das Alter im Zusammenwirken mit höherer Krankheitslast eine wesentliche Determinante von Pflegebedürftigkeit darstellt; so steigt die Pflegequote insbesondere bei Hochaltrigen im Vergleich zu den jüngeren Altersgruppen deutlich an (Statistisches Bundesamt 2017). Zum anderen zeigen Studien auch dann noch starke Alterseffekte, wenn nach Morbiditäten adjustiert wurde (Hajek und König 2016; Schnitzer et al. 2015). Dies legt die Vermutung nahe, dass neben der Krankheitslast weitere Faktoren – wie soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden und subjektive Gesundheit sowie das Geschlecht oder Wechselwirkungen im Rahmen einer Medikation – den starken Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko mitbestimmen.

In einer morbiditätsbezogenen Betrachtung beruht Pflegebedürftigkeit grundsätzlich auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen (Van den Bussche et al. 2014; Bao et al. 2019). Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören – neben Akutereignissen wie Frakturen nach Stürzen – insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.

Hinzu kommt, dass in der Altersgruppe über 75 Jahren über 80 % der Frauen und rund 75 % der Männer an mehr als einer Erkrankung gleichzeitig leiden, davon fast ein Drittel der Frauen und rund ein Viertel der Männer sogar an fünf oder mehr Erkrankungen gleichzeitig (Robert Koch-Institut 2015). Eine Studie von Wiedenmann (2017) zum Gesundheitszustand pflegebedürftiger Menschen in der eigenen Häuslichkeit ermittelte in diesem Zusammenhang durchschnittlich fünf chronische Erkrankungen in dieser Population, darunter am häufigsten Hypertonie, Herzinsuffizienz, Gelenkerkrankungen, sonstige Erkrankungen des Herzens sowie Demenz. Ausgeprägte Multimorbiditäten als hochvulnerable Zustände mit komplexen Wechselwirkungen und häufig einhergehender Polypharmazie bergen entsprechend die Gefahr, in Pflegebedürftigkeit zu münden und progredient zu wirken.

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die insbesondere bei hochaltrigen Pflegebedürftigen auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und demenziellen Erkrankungen (Hajek et al. 2017; Beekmann et al. 2012). Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu. Je nach Schätzung wird es bis 2050 zu einer Zunahme der Prävalenzen von gegenwärtig 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 bis 3,5 Millionen kommen (Robert Koch-Institut 2015). Das Bundesministerium für Gesundheit geht auf Basis von Angaben der Alzheimer Gesellschaft sowie eigenen Daten von derzeit 1,6 Millionen und zukünftig bis zu 3 Millionen Demenzerkrankungen aus (Robert Koch-Institut 2015).

Trotz dieser Erkenntnisse bleibt offen, welche gesundheitsrelevanten Faktoren physischer, psychischer und sozialer Art in welchen Konstellationen das Risiko der Entstehung und Progredienz von Pflegebedarf maßgeblich beeinflussen. Anders gefragt: Welche Erkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen führen in welchen psychischen und sozialen Zusammenhängen mit höherer Wahrschein-

lichkeit zu Pflegebedarf? Welche Merkmale können umgekehrt im Sinne von protektiven Faktoren für eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit identifiziert werden?

Die – insgesamt noch spärlichen – Befunde zur Rolle psychischer und sozialer Zusammenhänge mit entstehendem Hilfe- und Pflegebedarf fokussieren vor allem auf die Bedeutung von Partnerschaft, Netzwerkaspekten und sozialer Unterstützung. Hajek und Kollegen etwa befunden in ihrer Studie zu „longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe“, dass das Risiko einer funktionellen Einschränkung u. a. für Personen ohne Partner oder Partnerin erhöht ist (Hajek und König 2016).

Eine Studie aus Dänemark analysiert Zusammenleben, soziale Partizipation und ein diversives Netzwerk als Faktoren, die das Risiko von Mobilitätseinschränkungen (onset of mobility disability) reduzieren (Lund et al. 2010). Auch Borchert und Rothgang (2008) stellen in ihrer Studie „Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer“ die protektive Wirkung einer Partnerschaft im Hinblick auf den Eintritt in eine Pflegebedürftigkeit fest.

Eigene aktuelle Studien (Schneider et al. 2020; Schnitzer 2020) belegen ebenfalls die Bedeutsamkeit von engen sozialen Beziehungen, Partnerschaft und sozialer Unterstützung für die Feststellung einer Pflegebedürftigkeit und die Einstufung in einen Pflegegrad (nach Pflegeversicherungsgesetz, SGB XI).

### 6.3 Forschung zu sozialen Einflussfaktoren von Pflegebedürftigkeit

Ein vom Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SV) gefördertes Forschungsprojekt „Gesundheitsverläufe im Alter: Wege in die Pflegebedürftigkeit“, das aktuell vom Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Cha-

rité-Universitätsmedizin Berlin und dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (DZA) durchgeführt wird, zielt vor dem oben geschilderten Hintergrund darauf, bedeutsame, insbesondere psycho-soziale Einflussfaktoren für die Entstehung einer Pflegebedürftigkeit zu identifizieren und in ihren Wechselwirkungen zu analysieren.

Datengrundlagen dieses Projekts bilden zum einen Surveydaten des DZA mit dem Analysefokus auf Entwicklungsverläufe von funktionaler Gesundheit im Alter, zum anderen umfangreiches Datenmaterial (N = 72.680) aus Begutachtungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Berlin-Brandenburg aus dem gesamten Jahr 2017. Die Daten des MDK bieten die Möglichkeit – über pflegebegründende Diagnosen hinaus – Hinweise zu sozialen Konstellationen derjenigen zu finden, die im Jahr 2017 in Berlin-Brandenburg Anträge auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt haben. Von 72.680 Erstantragstellenden zwischen 50 und 99 Jahren erhielten dabei 57.572 (79,2 %) eine Einstufungsempfehlung in einen Pflegegrad. Von diesen wiederum lebten zum Zeitpunkt der Antragstellung 48.827 Personen in der eigenen Häuslichkeit.

Zur Analyse von Zusammenhängen verschiedener sozialer Charakteristika mit der Einstufung in einen niedrigeren oder höheren Pflegegrad wurde ein ordinales Regressionsmodell verwendet (vgl. ■ Tab. 6.1).<sup>1</sup> Odds Ratios über 1 bedeuten eine höhere, Odds Ratios

1 Da bei einigen Variablen die proportionale Odds-Annahme des Modells nicht erfüllt war, wurden mittels `gologit2` partielle proportionale Odds-Modelle verwendet (Williams 2005). Diese Modelle (vgl. ■ Tab. 6.1) wurden mit Stata 15 IC gerechnet (StataCorp (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC). Im Rahmen der partiellen proportionalen Odds-Modelle werden nur bei Verletzung der proportionalen Odds-Annahme binär logistische Regressionen für verschiedene Pflegegradkombinationen berechnet, um Zusammenhänge detailliert für die Einstufungsempfehlung in jeweils höhere Pflegegrade verdeutlichen zu können; die Kategorien, die die niedrigeren Pflegegrade enthalten, bilden dabei die Referenzkategorien.



unter 1 eine geringere Chance, eine Einstufungsempfehlung für höhere Pflegegrade zu erhalten.

In diesen ersten Analysen zu sozialen Faktoren zeigt sich bereits ihre Bedeutung für die Einstufung in unterschiedliche Pflegegrade.

- Mit jeder Altersdekade erhöht sich die Wahrscheinlichkeit für die Einstufung in einen höheren Pflegegrad um bis zu 19 %.
- Des Weiteren zeigen sich Unterschiede nach Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung.<sup>2</sup> Im Vergleich zu alleinlebenden Menschen ohne soziale Unterstützung ist die Chance auf eine Einstufung in einen höheren Pflegegrad bei Menschen, die mit mindestens einer weiteren Person im eigenen Haushalt zusammenleben, deutlich erhöht.
- Weitere Zusammenhänge mit der Einstufungsempfehlung zeigen sich für die Interaktion von Alter und Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung/sozialer Unterstützung. Erneut zeigt sich erstens, dass in der Gruppe der Zusammenlebenden im Vergleich zu Alleinlebenden höhere Pflegegrade empfohlen werden. Zweitens steigt bei den Alleinlebenden mit zunehmendem Alter auch der Pflegegrad, in den sie eingestuft werden, bei Zusammenlebenden besteht dieser Zusammenhang jedoch nicht (OR 0,88; 95 %CI: 0,84–0,93). Zudem ist für Männer im Vergleich zu Frauen in der Gruppe der Zusammenlebenden die Wahrscheinlichkeit für eine Einstufungsempfehlung in höhere Pflegegrade um 16 % (OR 1,16; 95 %CI: 1,04–1,30) größer.

Die Befunde implizieren eine Reihe von Interpretationen. So kann im Hinblick auf unterschiedliche, an die Haushaltszusammensetzung gebundene soziale Unterstützung angenommen werden, dass das Zusammenleben angesichts besonders enger sozialer Beziehungen das stärkste Potenzial für die Abfederung eines (drohenden) Hilfe- und Pflegebedarfs bietet, das Alleinleben ohne Unterstützung hingegen das geringste Potenzial.

Der zunächst widersprüchlich erscheinende Befund, wonach gerade die Gruppe der Antragstellenden mit dem stärksten Unterstützungspotenzial bei Erstbegutachtung in höhere Pflegegrade eingestuft wird, wird dabei augenscheinlich von sozialen Faktoren beeinflusst: Enge soziale Beziehungen im selben Haushalt (hier v. a. Partnerinnen und Partner) könnten entstehenden Hilfe- und Pflegebedarf eine Zeit lang soweit kompensieren, dass keine Antragstellung auf Leistungen aus der Pflegeversicherung erfolgt. Dies gilt, wie die Befunde auch zeigen, insbesondere für Männer jeden Alters, die häufiger von ihren Partnerinnen versorgt werden. Wenn Unterstützungsarrangements aufgrund zunehmenden Hilfebedarfs diese Kompensation nicht mehr (vollständig) leisten können, werden Versicherungsleistungen beantragt. Die protektive Wirkung enger sozialer Beziehungen nimmt angesichts fortschreitender Gesundheitseinbußen jedoch ab: Schlechtere Gesundheitszustände führen dann im Mittel zur Feststellung höherer Pflegegrade. Alleinlebende hingegen, die auf das Potenzial besonders enger Beziehungen im selben Haushalt nicht in gleichem Maße zurückgreifen können, suchen in der Regel früheren Zugang zu Versicherungsleistungen und bekommen bei Erstbegutachtung zunächst niedrigere Pflegegrade empfohlen. Studien bestätigen diese protektiven Effekte und die Bedeutung von Partnerschaft sowie den damit einhergehenden Aufschub von Leistungsbeantragung aus der Pflegeversicherung (Schnitzer et al. 2020; Unger et al. 2015), vgl. Hajek und König (2016) und Schneider et al. (2020). So zeigen beispielsweise die longitudinalen Analysen von Schneider et al., dass der Einfluss

2 Über die MDK-Daten wird „soziale Unterstützung“ mit Schlagworten, die auf soziale Beziehungen hinweisen, z. B. „Partnerin“ oder „Partner“, „Kinder“, und andere Familienangehörige, aber auch außerfamiliäre Kontaktpersonen wie „Freund“, „Freundin“ bzw. „Nachbarin“ oder „Nachbar“ operationalisiert. Die so gebildeten Variablen können anschließend im Zusammenhang mit einer Pflegegradeinstufung ausgewertet werden.

**Tab. 6.1** Ergebnisse der Regressionsrechnung (Regressionsmodell mit Haupteffekten und Modell adjustiert für Interaktion von Alter und Haushaltszusammensetzung/ Geschlecht und Haushaltszusammensetzung)

	<b>Interaktion Alter und Haushaltszusammensetzung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung</b>	<b>P</b>	<b>PG 2,3,4 vs. PG 1 (Ref.)</b>	<b>P</b>	<b>PG 3, 4 vs. PG 1, 2 (Ref.)</b>	<b>P</b>	<b>PG 4 vs. PG 1, 2, 3 (Ref.)</b>	<b>P</b>
<b>N</b>	48.827							
<b>R<sup>2</sup></b>	0,0468							
<b>Geschlecht</b>								
Männlich	1,07 (0,96–1,18)	0,210						
Ref: weiblich	1							
<b>Alter (in Dekaden)</b>			1,19 (1,14–1,25)	<0,001	1,13 (1,08–1,20)	<0,001	1,14 (1,06–1,23)	<0,001
<b>Haushaltszusammensetzung/Unterstützung</b>								
Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)			1		1		1	
Alleinlebend mit Hilfe			1,00 (0,65–1,55)	0,995	1,24 (0,79–1,94)	0,353	1,47 (0,85–2,52)	0,168
Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend			5,43 (3,64–8,10)	<0,001	7,97 (5,28–12,02)	<0,001	14,38 (8,72–23,96)	<0,001



<b>Tab. 6.1</b> (Fortsetzung)		<b>Interaktion Alter und Haushaltszusammensetzung sowie Geschlecht und Haushaltszusammensetzung</b>	<b>P</b>	<b>PG 2,3,4 vs. PG 1 (Ref.)</b>	<b>P</b>	<b>PG 3, 4 vs. PG 1, 2 (Ref.)</b>	<b>p</b>	<b>PG 4 vs. PG 1, 2, 3 (Ref.)</b>	<b>p</b>
	<b>Interaktion von Alter * Haushaltszusammensetzung/Unterstützung</b>								
	Alter * Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)	1							
	Alter * Alleinlebend mit Hilfe	1,02 (0,97–1,08)	0,466						
	Alter * Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend	0,88 (0,84–0,93)	<0,001						
	<b>Interaktion von Geschlecht * Haushaltszusammensetzung/Unterstützung</b>								
	Männlich * Alleinlebend ohne Hilfe (Ref)	1							
	Männlich * Alleinlebend mit Hilfe	1,00 (0,89–1,13)	0,985						
	Männlich * Zu Hause mit weiterer Person zusammenlebend	1,16 (1,04–1,30)	0,008						
Pflege-Report 2021									

einer Partnerschaft mit progredientem Verlauf einer Pflegebedürftigkeit variiert (Schneider et al. 2020).

## 6.4 Implikationen für die Entwicklung der pflegerischen Praxis

Insgesamt zeigen sowohl die demografischen Entwicklungen (Altern der Babyboomer-Kohorten und weiter steigende Lebenserwartung) als auch der fortbestehende Mangel an pflegerischer Versorgungskapazität, dass es dringend eine Kehrtwende für den derzeit stetig steigenden Bedarf an Pflege und Unterstützung geben muss. Eine solche Kehrtwende kann nur durch die konsequente Umsetzung gesundheitsförderlicher und präventiver sowie rehabilitativer Maßnahmen erreicht werden. Diese Maßnahmen müssen im mittleren Erwachsenenalter beginnen, um Selbständigkeitsressourcen zu stärken, die das Pflegerisiko möglichst lange niedrig halten, und gleichzeitig auf die Rehabilitation von Personen zielen, bei denen ein Pflegebedarf unmittelbar bevorsteht bzw. schon eingetreten ist, um auch für diese Personen wieder mehr Selbständigkeit zu erreichen.

Insbesondere der Einfluss sozialer Kontexte auf den Erhalt von Selbständigkeit muss viel stärker beachtet werden. Unterstützungspotenziale in engen sozialen Beziehungen haben – so zeigen auch unsere Daten – einen deutlichen Einfluss darauf, zu welchem Zeitpunkt Unterstützungsbedürftige in welchen Pflegegrad eingestuft werden. Der damit verbundene Befund, wonach besonders hohe Unterstützungspotenziale enger sozialer Beziehungen den Eintritt in einen Pflegegrad für die Betroffenen verzögern, verweist auf zwei bedeutende praktische Aspekte: Zum einen müssten stark belastete An- und Zugehörige möglichst frühzeitig durch flankierende Hilfen bereits im

Vorfeld von Pflegeversicherungsleistungen im Sinne eines präventiven Vorgehens konsequent unterstützt werden, beispielsweise durch technischen Support oder Anpassungen des Wohnumfeldes.

Zum anderen müssen sich präventive Bemühungen insbesondere auf die vulnerable Gruppe der Alleinlebenden richten, die über ein niedriges oder gar kein familiales Unterstützungspotenzial verfügt. Ziel muss es sein, durch eine umfassende Förderung und Stärkung sozialer Ressourcen auch diese Gruppe in die Lage zu versetzen, drohende Abhängigkeit von Pflegeleistungen so weit wie möglich hinauszuzögern. Hierzu zählen beispielsweise Wohnformen mit Haushaltszusammensetzungen, die sich durch ein hohes Maß an Verbindlichkeit, Reziprozität und Solidarität auszeichnen. Zu nennen ist hier besonders die zunehmende Förderung von frei gewählten inter- und intragenerationalen Wohn- und Lebensorten, deren protektives Potenzial im Sinne eines möglichst langen Erhalts von Selbständigkeit als vollkommen äquivalent zu engen familialen Beziehungen betrachtet werden kann.

Es liegen bereits eine Reihe von Forschungsergebnissen vor, die mögliche Ansatzpunkte für Prävention und Rehabilitation von Pflegebedürftigkeit aufzeigen und sowohl Wirkmechanismen als auch Erfolge belegen können. Diese unterstreichen nicht zuletzt, dass Pflegebedürftigkeit kein schicksalhafter, sondern ein vielfach präventiv zu beeinflussender Zustand ist (Rott et al. 2020).

Insgesamt fehlt es aber an einem umfänglichen und evidenten Konzept zur Erklärung des Eintretens von Pflegebedarf. Hier ist auf eine verstärkte Forschungsförderung zu setzen. Insbesondere psychische und soziale Faktoren, Faktoren der ökologischen Umwelt und ihre Bedeutung für den Erhalt der Selbständigkeit bis in hohe Lebensjahre hinein müssen stärker in den Fokus der wissenschaftlichen Analyse gelangen, weisen doch erste Ergebnisse auf die hohe Praxisrelevanz solcher Befunde hin.

## Literatur

---

- Bao J, Chua KC, Prina M, Prince M (2019) Multimorbidity and care dependence in older adults: a longitudinal analysis of findings from the 10/66 study. *Bmc Public Health* 19:585
- Beekmann M, van den Bussche H, Glaeske G, Hoffmann F (2012) Geriatrietypische Morbiditätsmuster und Pflegebedürftigkeit bei Patienten mit Demenz. *Psychiatr Prax* 39(5):222–227
- Borchert L, Rothgang H (2008) Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg) *Soziale Ungleichheit und Pflege*. VS, Wiesbaden, S 215–237
- Hajek A, Bretschneider C, Ernst A et al (2017) Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Gesundheitswesen* 79(2):73–79
- Hajek A, König HH (2016) Longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe – evidence from the survey of health, ageing and retirement in Europe. *PLoS ONE* 11(1):e146967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0146967>
- Körper-Stiftung (2018) *Die Babyboomer gehen in Rente. Was das für die Kommune bedeutet*. Erstellt vom Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung
- Lund R, Nilsson CJ, Avlund K (2010) Can the higher risk of disability onset among older people who live alone be alleviated by strong social relations? A longitudinal study of non-disabled men and women. *Age Ageing* 39(3):319–326. <https://doi.org/10.1093/ageing/afq020>
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2015*. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin
- Rott C, Wiloth S, Kramer B et al (2020) *Prävention statt Pflege*. G+G digital 06/2020
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) (2012) *Wettbewerb an der Schnittstelle ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung, Sondergutachten 2012*
- Schneider A, Blüher S, Grittner U et al (2020) Is there an association between social determinants and care dependency risk? A multi-state model analysis of a longitudinal study. *Res Nurs Health* 43(3):230–240
- Schnitzer S (2020) *Die Bedeutung sozialer Determinanten für die Gesundheitsversorgung*. Habilitationsschrift. Charité, Berlin
- Schnitzer S, Blüher S, Teti A et al (2020) Risk profiles for care dependency: cross-sectional findings of a population-based cohort study in Germany. *J Aging Health* 32(5–6):352–360
- Schnitzer S, vd Knesebeck O, Kohler M, Peschke D, Kuhlmeier A, Schenk L (2015) How does age affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *BMC Geriatr* 15:135. <https://doi.org/10.1186/s12877-015-0130-0>
- StataCorp (2017) *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC
- Statistisches Bundesamt (2009) *Bevölkerung Deutschlands bis 2060*. 12. koordinierte Bevölkerungsvorberechnung. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2017) *Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2020a) *Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen laut der Sterbetafel 2017/2019*. DeStatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2020b) *Anzahl der Pflegebedürftigen in Deutschland im Zeitraum von 2007 bis 2050*. DeStatis, Wiesbaden
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M (2015) *Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf*. *Koelner Z Soziol Sozialpsychol* 67(1):193–215
- Van den Bussche H, Heinen I, Koller D et al (2014) *Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit: Eine Untersuchung auf der Basis von Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenversicherung*. *Z Gerontol Geriat* 47(5):403–409
- Wiedenmann K (2017) *Gesundheitssituation pflegebedürftiger Senioren und Seniorinnen in Privathaushalten*. Dissertation. Friedrich-Alexander-Universität, Erlangen-Nürnberg
- Williams R (2005) *Gologit2: A Program for Generalized Logistic Regression/Partial Proportional Odds Models for Ordinal Variables*. <http://www.nd.edu/~rwilliam/stata/gologit2.pdf>. Zugegriffen: 12. Mai 2005

**Open Access** Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

