



9. Altersbericht der Bundesregierung

Andrea Budnick

Medizinische und pflegerische Versorgung im Alter: Literaturrecherche und -analyse

Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung, 2025

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner

unter Mitarbeit von Angela Braasch

Inhaltsverzeichnis

1. Medizinische Versorgung älterer Menschen in Deutschland	4
1.1 Zugang	4
1.2 Inanspruchnahme.....	6
1.3 Qualität	9
2. Pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland	11
2.1 Zugang und Inanspruchnahme.....	11
2.1.1 Prädiktoren für die Inanspruchnahme formeller häuslicher Pflege	14
2.1.2 Prädiktoren für die Inanspruchnahme stationärer Pflege	16
2.2 Qualität der Versorgung	17
2.2.1 Qualität der ambulanten Pflege	17
2.2.2 Qualität der stationären Pflege	19
2.2.3 Qualität der Versorgung am Beispiel von pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen	20
3. Implikationen für die Praxis.....	22
4. Literatur	23

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Anteil der Frauen ab 50 Jahren, die im letzten Jahr auf einen Untersuchungstermin gewartet haben (n=1.181) beziehungsweise bei denen aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert stattfand (n=254) nach Alter, sozioökonomischem Status, Wohnort und Art der Krankenversicherung	5
Tabelle 2:	Demografische und sozio-ökonomische Merkmale von Personen, die mindestens eine pflegebedürftige Person kennen und nicht pflegen und Personen, die mindestens eine pflegebedürftige Person kennen und pflegen, Angaben in Prozent sowie in arithmetischen Mittelwerten	13
Tabelle 3:	Verwendete Literatur aus der Recherche in Web of Science, PubMed und EBSCOhost (n=5)	31
Tabelle 4:	Verwendete Literatur aus der Recherche mit Google Scholar und CareLit zu Zugang, Inanspruchnahme und Qualität bei der medizinischen Versorgung (n=16)	33
Tabelle 5:	Verwendete Literatur aus der Recherche mit Google Scholar und CareLit zu Zugang, Inanspruchnahme und Qualität bei der pflegerischen Versorgung (n=9).....	35

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Gruppen von pflegenden Personen im SOEP-IS 2016	12
Abbildung 2:	Qualitätsmodell für die ambulante Pflege (Wehner et al. 2021).....	19
Abbildung 3:	Flussdiagramm zur Datenbankrecherche in Web on Science, PubMed und EBSCOhost (nach PRISMA-Statement aus Elm et al. 2019)	30
Abbildung 4 :	Flussdiagramm zur Recherche für die erste Forschungsfrage (nach PRISMA-Statement aus Elm et al. 2019)	32

Zusammenfassung

Aktuelle Erkenntnisse zur medizinischen Versorgung in Deutschland zeigen, dass nach wie vor Wartezeiten, Zuzahlungen, Wegstrecken oder verfügbare medizinische Angebote Zugangsbarrieren zu medizinischer Versorgung darstellen. Während im ländlichen Raum eher Wegstrecken eine Barriere darstellen und ältere Frauen stärker benachteiligt sind als Männer, sind es im urbanen Raum eher längere Wartezeiten. Bekanntermaßen müssen gesetzlich Versicherte eher längere Wartezeiten in Kauf nehmen als privat Versicherte. Zudem wird der Mangel an Hausärzt:innen fortschreiten. Der ungedeckte medizinische Versorgungsbedarf nahm in den letzten zwei Dekaden in der Gesamtbevölkerung ab. Hingegen wird ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf für ältere Menschen (≥ 75 Jahre) in Verbindung mit Verlusterlebnissen festgestellt, die im Alter wahrscheinlicher werden.

Aktuelle Erkenntnisse zur pflegerischen Versorgung belegen erneut, dass die häusliche Versorgung gegenüber der stationären Langzeitversorgung präferiert wird. Die Inanspruchnahme ambulanter pflegerischer Versorgung wird nicht nur durch individuelle Bedarfe bestimmt, sondern auch durch sozioökonomische und kulturelle Faktoren beeinflusst. Die 24-Stunden-Pflege beispielsweise wird primär von höheren Statusgruppen genutzt. Um eine zielgruppenspezifische Ausrichtung von Versorgungsstrukturen zu schaffen, die gleichzeitig Ressourcendefizite einzelner Gruppen kompensieren, besteht zunächst weiterer Forschungsbedarf hinsichtlich des Nutzungsverhaltens Betroffener unter Berücksichtigung sozioökonomischer Faktoren. Zur Bewertung der Qualität der ambulanten Pflege ist ein Konzept zur Erfassung dessen unter Berücksichtigung der Komplexität (familiäre und formelle Pflege) des Settings notwendig. Hinsichtlich der stationären Langzeitpflege, welche durch spezifische Diagnosen wie z. B. Demenz begründet ist, wird die gültige Bemessungsgrundlage des Medizinischen Dienstes zur Bewertung der Versorgungsqualität als unzureichend kritisiert. Angesichts komplexer Einflussfaktoren wird ein systemischer Ansatz gefordert.

1. Medizinische Versorgung älterer Menschen in Deutschland

1.1 Zugang

Um den Zugang zu Einrichtungen der Gesundheitsversorgung zu beschreiben, werden Indikatoren wie Wartezeiten, Zuzahlungen/Gebühren, Wegstrecken oder zur Verfügung stehende Angebote für diagnostische und therapeutische Verfahren angeführt. Der Verzicht auf eine Behandlung aufgrund derartiger Zugangsbarrieren wird als weiterer Indikator benannt (Klein et al. 2022: 214).

Aktuelle repräsentative Ergebnisse des Robert Koch-Instituts zu Fragen des Zugangs zu medizinischer Versorgung explizit bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr in Deutschland differenziert nach Regionen (Stadt/Land) verweisen auf Barrieren bei der Inanspruchnahme niedergelassener Ärzt:innen auf dem Land sowie in der Stadt. Während auf dem Land eher weite Anfahrtswege oder ein eingeschränktes Versorgungsangebot zu verspäteten Untersuchungsterminen führen, sind in Großstädten eher längere Wartezeiten bei der Terminvergabe dafür verantwortlich (Krause et al. 2020). So hat jede fünfte Frau ab dem 50. Lebensjahr Schwierigkeiten, bedingt durch z. B. weite Anfahrtswege oder ein eingeschränktes Versorgungsangebot, einen Termin für eine medizinische Untersuchung oder eine Behandlung zu bekommen. Zudem berichtet jede 20. Frau in der Altersgruppe von einer aufgrund einer Entfernung verzögerten Behandlung, obgleich der Anteil in Gemeinden mit < 50.000 Einwohner:innen etwas höher ist im Vergleich zu Gemeinden mit ≥ 100.000 Einwohner:innen (Tabelle 1). Betrachtet man den sozioökonomischen Status, zeigt sich ein deutlicher Unterschied hinsichtlich der Verzögerung einer Untersuchung aufgrund von Entfernung zu Ungunsten von Frauen (ab 50 Jahren) mit niedrigem Status (8,3 % [95 % KI: 6,5-10,6] im Vergleich zu hohem Status 1,7 % [95 % KI: 1,0-2,7]) (Tabelle 1). Des Weiteren zeigte sich, dass unter gesetzlich versicherten Frauen der Anteil derjenigen, bei denen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung aufgrund von Wartezeit verzögert stattfand, höher ist (22,2 % [95 % KI: 20,8-23,9]) als unter privat versicherten Frauen (13,1 % [95 % KI: 10,7-15,9]) (Tabelle 1). Dieser Befund ist nicht neu, wird jedoch durch aktuelle Zahlen erneut bestätigt.

Tabelle 1: Anteil der Frauen ab 50 Jahren, die im letzten Jahr auf einen Untersuchungstermin gewartet haben (n=1.181) beziehungsweise bei denen aufgrund der Entfernung eine ärztliche Untersuchung verzögert stattfand (n=254) nach Alter, sozioökonomischem Status, Wohnort und Art der Krankenversicherung

	Auf Untersuchungstermin gewartet		Untersuchung verzögert wegen Entfernung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt	21,0	(19,7-22,4)	4,9	(4,2-5,7)
Altersgruppe				
50-59 Jahre	29,1	(26,8-31,5)	5,4	(4,4-6,7)
60-69 Jahre	18,5	(16,3-20,9)	3,4	(2,5-4,6)
70-79 Jahre	16,2	(13,9-18,8)	3,6	(2,5-5,0)
< 80 Jahre	14,9	(11,3-19,4)	10,4	(7,4-14,5)
Sozioökonomischer Status				
Niedrig	21,6	(19,0-24,5)	8,3	(6,5-10,6)
Mittel	20,9	(19,3-22,5)	4,2	(3,4-5,1)
Hoch	19,7	(17,1-22,6)	1,7	(1,0-2,7)
Wohnort				
Gemeinden < 50.000 Einwohner	18,9	(16,5-21,5)	6,4	(5,0-8,1)
Gemeinden/Städte 50.000 -< 100.000 Einwohner	19,6	(16,1-23,6)	5,9	(3,8-9,1)
Großstädte ≥ 100.000 Einwohner	22,2	(20,6-23,9)	4,1	(3,4-5,1)
Krankenversicherung				
Gesetzlich versichert	22,2	(20,8-23,8)	5,2	(4,4-6,1)
Privat versichert	13,1	(10,7-15,9)	2,3	(1,5-3,5)

Anmerkung: KI = Konfidenzintervall

Quelle: Krause et al. (2020); Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS.

Diese Befunde werden durch eine Untersuchung in der Region Nordost (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern) zur Besiedlungsdichte und dem Zugang zu nächstgelegenen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung untermauert (Nowossadeck et al. 2019). Im ländlichen Raum sind die zu überwindenden Distanzen, um Zugang zu Einrichtungen der gesundheitlichen Versorgung zu bekommen eher für Frauen in höheren Altersgruppen als für gleichaltrige Männer eine Hürde. Ältere Frauen verfügen seltener als Männer über einen Pkw und sind somit häufiger auf den öffentlichen Personennahverkehr und/oder alternative Mobilitätsangebote (z. B. Rufbus oder Sammeltaxi) angewiesen. Eine deutliche Diskrepanz bezüglich der Erreichbarkeit (Wegstrecke) zu Versorgungsangeboten zeigt sich auch in dieser Untersuchung zwischen Stadt und Land. Während in Berlin Hausarztpraxen sowie Apotheken im Durchschnitt fussläufig – vorausgesetzt es liegen keine Mobilitätseinschränkungen vor – erreichbar sind (Entfernung im Mittel < 500 Meter), gilt dies für Versorger:innen im ländlichen Raum nicht mehr (Entfernung im Mittel mindestens zwei Kilometer) (Nowossadeck et al. 2019).

Zusätzlich zu den beschriebenen Zugangsbarrieren bahnt sich für Deutschland ein Nachwuchsmangel im hausärztlichen Bereich an. Ein Drittel der derzeit noch praktizierenden Hausärzt:innen ist mindestens 60 Jahre alt. Jährlich verlassen 1.700 Hausärzt:innen den Beruf, während ca. 1.350 neue fachärztliche Anerkennungen ausgestellt werden. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen erwartet circa 20.000 nicht besetzte Stellen bis zum Jahr 2025. Demzufolge ist zeitnah von einer Verschlechterung der hausärztlichen Versorgung im städtischen

sowie im ländlichen Raum auszugehen (van den Busche 2019). Den sog. Ärztemangel im ländlichen Raum gibt es bereits (Strumann et al. 2020) und der Anteil der über 60-jährigen Vertragsärzt:innen¹ steigt ebenfalls (Graf von Stillfried et al. 2022). Zudem wurden in einer Studie mit Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein, Unterschiede im Versorgungsverhalten zwischen Allgemeinmediziner:innen (AM) und hausärztlich tätigen Internist:innen (INT) beobachtet. AM machten beispielsweise im ländlichen Raum 60 Prozent mehr Hausbesuche als INT. Dieser regionale Befund könnte eine Diskussion um die bessere Vorbereitung von INT auf die hausärztliche Tätigkeit anstoßen (Strumann et al. 2020).

1.2 Inanspruchnahme

Der Siebte Altenbericht (2017) verweist auf der Basis von SHARE-Daten von sozial ungleichem Zugang („pro-rich“, nach drei Bildungsgruppen) zu Fachärzt:innen europaweit (BMFSFJ 2017: 69). Dabei wird spezifisch für Deutschland (mit eher unregelmäßigem Zugang zu fachärztlicher Versorgung) von großen Unterschieden zwischen drei Bildungsgruppen berichtet. So ist *„die Wahrscheinlichkeit eines Facharztbesuchs [...] bei der Gruppe mit mittlerer Bildung knapp doppelt so hoch und bei der Gruppe mit höherer Bildung mehr als doppelt so hoch als bei der Gruppe mit geringer Bildung“*. Hingegen trugen Hausarztmodelle zur Verringerung des sozialen Gradienten im Hinblick auf Besuche von Fachärzt:innen bei (Schnitzer et al. 2011, BMFSFJ 2017: 69). Neuere Ergebnisse zur geschlechterspezifischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation zeigen, dass Frauen auch unter Kontrolle von Alter und sozioökonomischem Status innerhalb eines Jahres signifikant häufiger Haus- und Fachärzt:innen sowie präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen nutzten als Männer. Auch ältere Menschen nahmen Haus- und Fachärzt:innen häufiger in Anspruch. Gleiches gilt für die Nutzung von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung. Der sozioökonomische Status der Befragten beeinflusste in dieser Untersuchung weder die ärztliche Inanspruchnahme noch die Nutzung präventiver oder gesundheitsförderlicher Maßnahmen (Keil et al. 2018). Jedoch beschränken sich diese Befunde ausschließlich auf den ambulanten Sektor und lassen keine Aussage in Bezug auf die Inanspruchnahme stationärer Gesundheitsleistungen zu. Zudem ist die Stichprobe nicht bevölkerungsrepräsentativ, da sie sich auf die Region Leipzig bezieht (Keil et al. 2018). Des Weiteren zeigten Keil und Kollegen, dass Ost-West sowie Stadt-Land-Unterschiede hinsichtlich der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen marginal sind (Keil et al. 2018). Weder Unterschiede nach Geschlecht noch nach sozioökonomischem Status zeigten sich hinsichtlich der hausärztlichen Beratungshäufigkeit², jedoch wurden mehr ältere Menschen häufiger von Hausärzt:innen beraten als jüngere Menschen.

¹ „Mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung übernimmt der Arzt besondere Pflichten im Hinblick auf seine Verfügbarkeit, auf Art, Umfang und Qualität seiner Leistungen sowie auf die Verordnung oder Veranlassung weiterer Leistungen. Dies gilt auch für Ärzte, die in einem Krankenhaus angestellt sind, und durch Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen oder für allgemeine Ambulanzen an Krankenhäusern, in denen Patienten ohne Einweisung eines Arztes in dringlichen Fällen nachts oder am Wochenende behandelt werden. An der vertragsärztlichen Versorgung nimmt knapp über die Hälfte aller in der medizinischen Versorgung von Patienten tätigen Ärzte in Deutschland teil – aber fast alle niedergelassenen Ärzte (96 %), die hiermit die ambulante Behandlung für 89 % der Bevölkerung sicherstellen.“ (Graf von Stillfried et al. 2022: 281).

² Definition Beratungshäufigkeit: Im Rahmen der Abfrage, ob die Studienteilnehmer:innen innerhalb der letzten 12 Monate einen Haus- bzw. Facharzt/eine Haus- bzw. Fachärztin konsultierten, wurde zudem erfasst, ob sie in dieser Zeit durch ihren Hausarzt/ihre Hausärztin auch zu Gesundheitsthemen beraten wurden und wenn ja, zu welchen (Keil et al. 2018).

Interessant in Ergänzung zu den o. g. Befunden ist eine qualitative Studie zu Versorgungsungleichheiten aus der Perspektive von 44 Patient:innen (subjektive Wahrnehmung) (Schröder et al. 2019). Während ein Großteil der Patient:innen (82 %) Versorgungsungleichheiten wahrnimmt, sind die Dimensionen dazu unterschiedlich. Das Spektrum der subjektiven Versorgungsungleichheit reicht von regionalen Unterschieden, über Krankenversicherungsstatus, Qualität des Arztes oder der Ärztin bis zu Eigenschaften der Patient:innen wie Einkommen und Alter. Das Engagement der Patient:innen bei der Inanspruchnahme war die am häufigsten genannte Dimension. Die Autor:innen ziehen auf der Basis der qualitativen Studienergebnisse folgenden Schluss: *„der Kompetenz, sich in der Gesundheitsversorgung orientieren und engagieren zu können sowie den Zugangsbarrieren zum ambulanten Sektor wird der größte Stellenwert beim Abbau von Ungleichheiten in der Versorgung zugeschrieben“* (Schröder et al. 2019: 564). Als wesentliche Ursache für die Entstehung von Versorgungsungleichheiten wird die Ökonomisierung im Gesundheitssystem gesehen, welche sich vorrangig im ambulanten Sektor (z. B. Wartezeiten, Zeitmangel) auswirke. Unterschiede zwischen Patient:innen mit hohem und niedrigem Sozialstatus wurden in dieser qualitativen Studie nicht benannt (Schröder et al. 2019).

Durch die Zunahme der älteren Bevölkerung mit fortschreitendem demographischem Wandel steigt auch die Anzahl altersbedingter Erkrankungen und folglich der Bedarf an geriatrischen Versorgungsleistungen. Aus der Perspektive der in ländlichen Regionen (Mecklenburg-Vorpommern und Landkreis Emsland) ansässigen Leistungserbringer:innen und Akteur:innen wurde die ambulante und stationäre Versorgungssituation in der Geriatrie im Mittel mit „befriedigend“ bewertet (Knorr et al. 2020). Bedauerlicherweise lag die Responserate in der Studie von Knorr und Kollegen (2020) bei nur 22,5 Prozent. In dieser Untersuchung zeigte sich jedoch erneut, dass lange Wartezeiten auf Facharztbehandlung die Versorgung gefährden – hier die geriatrische Versorgung. Dies war der häufigste benannte Grund (71,0 %). Signifikante Unterschiede zwischen den besser bewerteten Oberzentren sowie Mittel- und Grundzentren bestanden in der Abdeckung der geriatrischen Versorgung durch stationäre Einrichtungen ($p=0.0018$) und der Erreichbarkeit medizinischer Einrichtungen mit öffentlichem Nahverkehr ($p<0.001$). Es gibt hingegen kaum Unterschiede in der Intensität der Versorgung. Die identifizierten Versorgungsunterschiede weisen darauf hin, dass für ältere Menschen Zugangshürden zur fachärztlichen Versorgung vorrangig im ländlichen Raum bestehen (Knorr et al. 2020). Diesbezüglich ist der Mangel an Fachkräften das am häufigste benannte Problem. Somit ist seitens der Leistungserbringer:innen die Zustimmung zu innovativen Lösungen hoch, woraus hohes Potential für die Implementation innovativer Versorgungskonzepte (z. B. Kooperation mit anderen Professionen, Neuverteilung von Aufgaben) erwächst, um die geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen nachhaltig zu verbessern (Knorr et al. 2020). Wohingegen eine unangemessene fachärztliche Versorgung Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen beeinträchtigen und perspektivisch im Gesundheitssystem zu unnötigen Behandlungskosten führen kann (Schulz et al. 2021).

Eine weitere vergleichende Analyse der allgemein- sowie fachärztlichen Inanspruchnahme zeigt ab dem 65. Lebensjahr, dass über 80 Prozent der Frauen und Männer in den letzten zwölf Monaten in allgemeinärztlicher Behandlung waren. Mit einem Anteil von etwas mehr als 60 Prozent bei beiden Geschlechtern werden fachärztliche Leistungen seltener in Anspruch genommen. Tendenziell nimmt die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen mit dem Alter aufgrund zunehmender Morbidität zu. Insgesamt gibt es eine Tendenz zu einer stärkeren allgemeinärztlichen Inanspruchnahme unter Personen aus der unteren im Vergleich zu Personen aus der mittleren und oberen Bildungsgruppe. Dies geht wiederum einher mit einer stärkeren Nutzung von Fachärzt:innen bei hohem sozioökonomischen Status (Prütz et al. 2021: 53-54). Prütz und Kolleg:innen (2021) diskutieren, dass

Personen mit geringem sozioökonomischen Status Hausärzt:innen eher als Gatekeeper im Gesundheitssystem nutzen und somit fachärztliche Leistungen häufig erst auf deren Empfehlung in Anspruch nehmen (Prütz et al. 2021: 58).

Die höchste Prävalenz für Erwachsene ab dem 60. Lebensjahr lag 2018 mit 64,8 Prozent für die ICD-10 Diagnose (I 10) essentielle (primäre) Hypertonie vor, gefolgt von (E 78) Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstigen Lipidämien (39,6 %). Die Hospitalisierungsrate für diese Diagnosen (Hauptdiagnose bei Hospitalisierung) war mit 1,0 Prozent beziehungsweise 0,0 Prozent relativ gering beziehungsweise nicht vorhanden (Schmuker et al. 2021). Konkrete Angaben zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen am Beispiel des Stuhlbluttests und der Koloskopie zeigen folgende Ergebnisse. Etwa 60 Prozent der Frauen im Alter von mindestens 65 Jahren haben innerhalb der letzten zehn Jahre eine Koloskopie durchführen lassen, bei den Männern war der Anteil etwas höher, wobei der Unterschied zwischen Frauen und Männern marginal ist. Auffallend ist, dass die Inanspruchnahme des Stuhltests (innerhalb der letzten zwei Jahre) bei Frauen mit dem Alter abnimmt: Gegenüber den 55- bis 59-Jährigen nutzen signifikant weniger ältere Frauen diese Untersuchung. Bei den Männern steigt die Inanspruchnahme des Stuhltests mit dem Alter tendenziell an. Insgesamt wird die Koloskopie signifikant häufiger von Menschen ab 60 Jahren in Anspruch genommen als von jüngeren Personen (Prütz et al. 2021). Personen ab dem 65. Lebensjahr nutzen im Vergleich zu jüngeren Personen am wenigsten psychiatrische und psychotherapeutische Angebote. Die Kontrolle von Blutdruck, Blutfetten und Blutzucker innerhalb eines Jahres nimmt mit dem Alter zu, wobei für alle drei Parameter das Inanspruchnahmeverhalten bei beiden Geschlechtern ab dem 65. Lebensjahr mit circa 80 Prozent ähnlich ist. Im Trend nimmt bei den meisten der o. g. Indikatoren die Inanspruchnahme mit dem Alter zu. Eine Ausnahme stellt hingegen die Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote dar. Hinsichtlich ärztlich verordneter Arzneimittel war die Anwendungsprävalenz in der Altersgruppe der 65-Jährigen und Älteren mit etwas mehr als 80 Prozent zwischen den Geschlechtern gleich (Prütz et al. 2021).

Ein Blick auf Unterschiede in der Bevölkerung Deutschlands – 30 Jahre nach dem Fall der Mauer – zeigt, dass große gesellschaftliche Anstrengungen unternommen wurden, um Lebensbedingungen und soziale Teilhabechancen in allen Bundesländern anzugleichen (Lampert et al. 2019). Lampert und Kollegen (2019) leiten diesen Befund u. a. aus verschiedenen Entwicklungen ab. So soll die Angleichung des Rentenniveaus deutschlandweit bis 2024 erfolgen. Ebenso haben sich Unterschiede hinsichtlich der Ausstattung mit als wichtig erachteten Konsum- und Gebrauchsgütern sowie die subjektive Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen deutlich verringert. Dennoch sind die Arbeitslosenquote und der Anteil der von Armut betroffen oder bedrohten Menschen in den neuen Bundesländern nach wie vor höher als in den alten Bundesländern. Als ursächlich dafür werden primär aktuelle wirtschaftliche, soziale und demografische Entwicklungen diskutiert. Insgesamt haben sich infolge der skizzierten Entwicklungen, Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung zwischen den alten und den neuen Bundesländern verringert; dies bereits in vielen Fällen zwischen 1990 und 2000. Beispiele dafür sind die Lebenserwartung und die Herz-/Kreislauf Mortalität. Aktuelle Ergebnisse zeigen aber auch auf einer breiten Datenbasis, dass der Blick auf verbleibende Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern zu kurz greift. Stattdessen sollte eine kleinräumigere Betrachtung unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Lebensverhältnisse angestrebt werden (Lampert et al. 2019). So ist beispielsweise seit den 1990er Jahren das Ausmaß sportlicher Inaktivität sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern rückläufig. Unterschiede zwischen beiden Regionen zeigen sich nunmehr weder bei Frauen noch bei Männern (Altersgruppe 25-69 Jahre) (Lampert et al. 2019: 16-17). Insgesamt haben ältere Menschen aufgrund von Multimorbidität durchschnittlich einen höheren Versorgungsbedarf als jüngere

Bevölkerungsgruppen. Gleichzeitig können die körperlichen und kognitiven Einschränkungen bei Älteren den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren. Anhand von bundesweiten AOK-Routinedaten wurde untersucht, inwieweit das Alter, die Pflegebedürftigkeit und der Wohnort die fachärztliche Versorgung bei älteren Menschen beeinflussen, wenn Unterschiede in der Morbidität kontrolliert werden. Für nahezu alle untersuchten medizinischen Fachgebiete zeigt sich, je älter und pflegebedürftiger eine Person ist, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit einer fachärztlichen Versorgung. Abschließend ist festzuhalten, dass Multimorbidität, Polypharmazie und psychische Beeinträchtigungen begründete und notwendige Ereignisse für die Nutzung hausärztlicher Versorgungsleistungen bei älteren Menschen sind, jedoch auch überproportionale Inanspruchnahme befördern. Hier bieten sich Ansatzpunkte für die Prävention unnötiger VIELNUTZUNG in dieser Population. Eine kritische Revision von Polypharmazie kann beispielsweise Multimorbidität sowie psychische Beeinträchtigungen reduzieren. Der demographische Wandel wird das Spannungsfeld zwischen überproportionaler Inanspruchnahme hausärztlicher Versorgungsleistungen und beschriebenen Ärztemangel verstärken. Dazu gibt es Forschungsbedarf, insbesondere für Längsschnittstudien (Welzel et al. 2018).

1.3 Qualität

Der ungedeckte medizinische Bedarf ist ein wichtiger Indikator für die Qualitätsbeurteilung eines Gesundheitssystems. Der Verzicht auf eine Behandlung aus finanziellen Gründen (notwendige Zuzahlung) oder wie weiter oben bereits erwähnt aufgrund von Erreichbarkeit oder Wartezeit sind keine Seltenheit. Erfreulicherweise nahm zwischen den EU-SILC-Survey (EU-Statistics on Income and Living Conditions)-Wellen 2005 bis 2014 in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland der Anteil, welcher auf notwendige medizinische oder zahnmedizinische Untersuchungen/Behandlungen verzichtete, deutlich ab. Im EU-SILC-Survey 2014 berichteten insgesamt 18,1 Prozent der Befragten (ab 50 Jahren) einen ungedeckten medizinischen oder zahnmedizinischen Versorgungsbedarf. Zum Vergleich lag der Anteil in der Altersgruppe 40-49 Jahre bei 10,1 Prozent. Der Anteil in der Bevölkerung mit ungedecktem medizinischem oder zahnmedizinischem Versorgungsbedarf summiert sich insgesamt auf 8,5 Prozent (Hollederer et al. 2018). Während auf notwendige zahnmedizinische Untersuchungen oder Behandlungen eher aus finanziellen Gründen verzichtet wird, dominieren beim ungedeckten medizinischen Bedarf persönliche Gründe, wie z. B. Angst vor Ärzten, Besserung abwarten oder Zeitmangel (Hollederer et al. 2018). Zudem zeigte eine repräsentative Studie mit Fokus auf ältere Menschen ab dem 75. Lebensjahr, dass ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf mit depressiven Symptomen assoziiert ist (Stein et al. 2019). Eine weitere Studie in der Altersgruppe zeigte den Zusammenhang zwischen Verlusterfahrungen (z. B. Verlust des/der Partners/in, von Freunden oder Verwandten) und dem damit verbundenen Bedarf an physischer und psychischer Versorgung, welcher jedoch ungedeckt bleibt. Da Verlusterlebnisse im höheren Alter wahrscheinlich werden, sollte für diese Menschen bei Routineuntersuchungen auch darauf geachtet werden (Stein et al. 2020).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Qualität der Versorgung älterer Menschen in unserem Gesundheitssystem ist die interprofessionelle Versorgung in allen Settings. Hier besteht zunehmend ein erhöhter Bedarf aufgrund des fortschreitenden Anstiegs der Lebenserwartung und zunehmender Multimorbidität (Gellert et al. 2017). Fehlende Koordination unter Leistungserbringenden kann zu fragmentierter Versorgung, widersprüchlichen Behandlungsempfehlungen, Medikationsfehlern oder höheren Kosten führen. Integrierte Versorgungsmodelle (Case und Care Management), die sich am Bedarf und Nutzen der Patient:innen orientieren, sind demzufolge gefragt. Ein systematisches Review von Brinkmann und Kollegen (2023) untersuchte zu welchen Ergebnissen

gesundheitsökonomische Evaluationen von Case und Care Management für Menschen über 60 Jahren im Vergleich zur Regelversorgung kommen. Im Ergebnis zeigen sich große Wissenslücken aufgrund gemischter Ergebnisse und geringer Studienlage. Gesundheitsökonomische Vorteile von Case und Care Management im Vergleich zur Regelversorgung werden noch untersucht, u. a. in Innovationsfondsprojekten (Brinkmann et al. 2023). Die Studien sind von hoher Relevanz, da als ein Finanzierungsargument das Verhältnis von Wirksamkeit und Kosten genutzt werden könnte.

Exemplarisch wird im folgenden Abschnitt die Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland am Beispiel von Patient:innen mit Schlaganfall vorgestellt. Dabei wird zwischen der Akutversorgung und der rehabilitativen Nachsorge differenziert.

Qualität der medizinischen Versorgung am Beispiel von Patient:innen mit Schlaganfall

Schlaganfall sowie Herz- und Krebserkrankungen zählen zu den häufigsten Todesursachen in Deutschland und sind zudem die häufigste Ursache für bleibende Behinderung im Erwachsenenalter. Aufgrund der hohen Mortalitätsrate infolge eines Schlaganfalls (45 % nach 5 Jahren) oder erheblicher gesundheitlicher Einschränkungen bis hin zur Pflegebedürftigkeit sind die Anforderungen, die an das Versorgungssystem gestellt werden, hoch (Schenk et al. 2022; Stahmeyer et al. 2019). Die Prävalenz eines Schlaganfalls steigt ab dem mittleren Erwachsenenalter an und ist bei Frauen niedriger im Vergleich zu Männern (Frauen: 65-79 Jahre 3,9% [95% KI 3,0-5,0]; ≥ 80 Jahre 5,5 % [95 % KI 3,6-8,5]; Männer: 65-79 Jahre 6,2 % [95 % KI 4,7-8,0]; ≥ 80 Jahre 5,9 % [95 % KI 3,9-8,8]) (Heidemann et al. 2021). Deutschbein (2022) konstatiert, dass die Versorgungssituation in westlichen Industrieländern durch Fortschritte in der Akuttherapie gekennzeichnet ist. Wohingegen eine weitgehend unstrukturierte, poststationäre Nachsorge zu bemängeln sei. Ist-Analysen zur Akutversorgung legen dennoch gruppenspezifische Disparitäten hinsichtlich des Zugangs zu einer Stroke Unit offen. Überwiegend ältere Patient:innen, weibliche Schlaganfallbetroffene und durch einen vorherigen Schlaganfall oder Pflegebedürftigkeit vorbelastete Patient:innen erhielten überproportional häufig eine unspezifische Diagnose (ICD-10-GM I64), wie Routinedaten gesetzlicher Krankenkassen zeigen. Daraus wird die Versorgung außerhalb von Stroke Unit-Strukturen abgeleitet. Ebenso zeigen Routinedaten, dass Frauen im Vergleich zu Männern infolge eines Schlaganfalls ein erhöhtes Risiko für Pflegebedürftigkeit aufweisen (Kohler et al. 2014; Schnitzer et al. 2017). Mängel in der poststationären Nachsorge zeigen sich insofern, dass Therapieerfolge bezüglich Funktionalität und Lebensqualität, die Patient:innen während einer Rehabilitation erzielten, von der Mehrheit im häuslichen Alltag nicht aufrechterhalten werden kann. Einbußen hinsichtlich der Lebensqualität wurden vorrangig bei Patient:innen mit kleineren sozialen Netzwerken (< 5 Personen), Hinweisen auf Depression und stärkeren Schmerzen beobachtet (Schindel et al. 2021). Hinsichtlich der Größe des sozialen Netzwerkes diskutieren Schindel und Kolleg:innen (2021), dass die Gruppe von Patient:innen mit vergleichsweise weniger Kontakten (< 5 Personen im Vergleich zu Personen mit 5 bis 10 Kontakten oder > 10 Kontakten) wahrscheinlich sozial isolierter lebt und vergleichsweise weniger Menschen vorhanden sind, die Unterstützung leisten oder Trost spenden. Genderspezifisch betrachtet, wurden Versorgungslücken sowie Ungleichheiten bei Frauen beobachtet, da sie häufiger als Männer eine von medizinischen Leitlinien abweichende Nachsorge im Bereich der schlaganfallassoziierten Sprach- und Schluckstörungen erhielten (Schindel et al. 2022). Die Autor:innen empfehlen zur Erklärung dessen, die Erhebung zusätzlicher Primärdaten, um den Befund genauer zu charakterisieren (Schindel et al. 2022). Im Rahmen einer weiteren Komplexintervention in der poststationären Schlaganfallversorgung lag die Inanspruchnahme neurologischer Fachärzt:innen in der Interventionsgruppe erfreulicherweise signifikant über und die Rehospitalisierungsrate unter jener der Kontrollgruppe (Deutschbein et al. 2020). Wünschenswert wäre die Aufrechterhaltung

jener Erfolge auch außerhalb von Interventionsstudien zur strukturierten Nachsorge sowie ein Ausgleich von Versorgungsdisparitäten (Schenk et al. 2022).

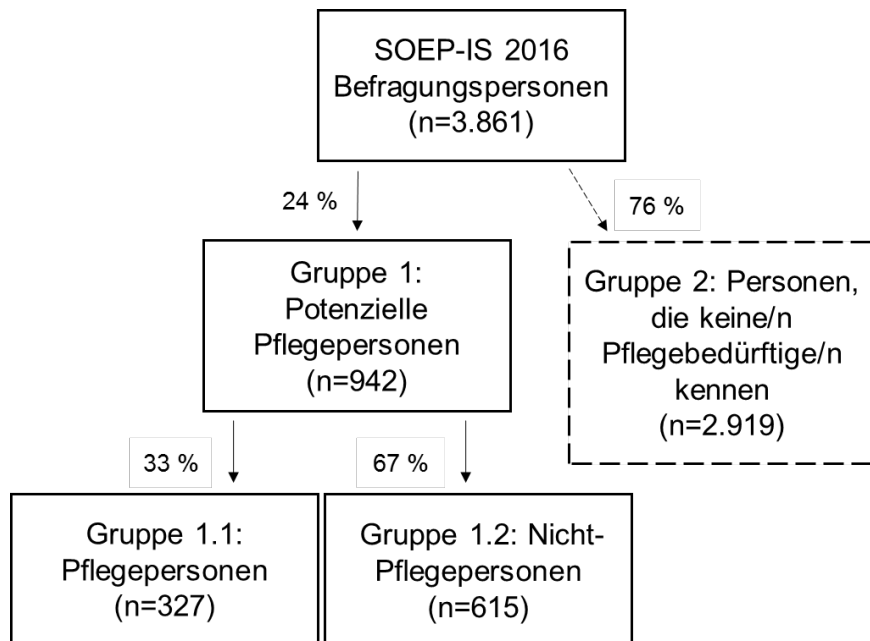
2. Pflegerische Versorgung älterer Menschen in Deutschland

2.1 Zugang und Inanspruchnahme

Um Zugang und Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung zu beschreiben, muss zwischen zwei Analyseebenen, der Akteursebene und der Strukturebene, unterschieden werden. Dabei berücksichtigt die Akteursebene ungleiches Nutzungshandeln seitens der Empfänger:innen pflegerischer Hilfe und die Strukturebene die ungleiche Leistungsvergabe aufgrund struktureller institutioneller Bedingungen (Bauer et al. 2008). Der Zugang zu pflegerischer Versorgung ist ein Merkmal der Anbieterseite (Strukturebene). Zugangsbarrieren können monetärer Art sein oder durch andere Selektionsmechanismen, wie z. B. unterschiedliche Ausprägung von Eigenverantwortung, bestimmt werden: *„Das Nutzungshandeln (Akteursebene) ist eng mit der Leistungsvergabe (Strukturebene) verknüpft, aber insofern von dieser zu trennen, als das Inanspruchnahmeverhalten als Merkmal der Nachfrageseite (Akteursebene) nicht zuletzt auch von individuellen Präferenzen bestimmt wird“* (Englert et al. 2023: 3). Ungleiches Nutzungshandeln kann somit Ausdruck ungleich verteilter Ressourcen, wie z. B. geringe Nutzungskompetenz sein (Englert et al. 2023). Die Frage, wie sozioökonomische Ressourcen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen Einfluss auf die Inanspruchnahme häuslicher Pflegeleistungen nehmen, wird in einem Scoping-Review von Englert und Kollegen (2023) beantwortet. Zunächst wird darauf eingegangen, wer in Deutschland pflegebedürftige Menschen versorgt und anschließend werden die Befunde von Englert und Kollegen (2023) vorgestellt.

Daten des Sozioökonomischen Panels geben Auskunft darüber, wer in Deutschland pflegerische Versorgung übernimmt und wer nicht (Ehrlich et al. 2019: 178-179).

Abbildung 1: Gruppen von pflegenden Personen im SOEP-IS 2016



Quelle: Ehrlich & Kelle (2019); Datenbasis: SOEP-IS 2016, gewichtete Ergebnisse.

Knapp ein Viertel (24 %) der ab 17-Jährigen kommt als potenzielle Pflegeperson infrage, weil ein Bezug zur Pflege besteht, d. h. die Person kennt mindestens eine hilfe- oder pflegebedürftige Person in ihrem Verwandten- oder näheren Bekanntenkreis. Ein Drittel (33 %) dieser Gruppe übernimmt tatsächlich Hilfe- und Pflegetätigkeiten (insgesamt neun Prozent der erwachsenen Bevölkerung, Ehrlich et al. 2019, S. 187). Ein Vergleich der Pflegenden (Gruppe 1.1, Abbildung 1) mit den Nicht-Pflegenden (Gruppe 1.2, Abbildung 1) zeigt in Abbildung 1 an, dass eher ältere Menschen (57,6 vs. 51,4 Jahre), eher Frauen (60,0 % vs. 50,6%) sowie Verheiratete (67,9 % vs. 51,6 %) und seltener Unverheiratete (13,3 % vs. 27,5 %) Hilfe- oder Pflegetätigkeiten übernehmen. Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen unterscheiden sich zwischen Pflegepersonen und Nicht-Pflegepersonen nicht. Dieser Befund ist erwähnenswert, da vorangegangene Untersuchungen zeigten, dass Pflegepersonen seltener erwerbstätig sind im Vergleich zur Referenzgruppe (ohne Pflegetätigkeit bei Personen mit und ohne Pflegebezug). Hier ist eine Stärke des Datensatzes des Sozioökonomischen Panels zu sehen. Pflegepersonen (Gruppe 1.1) werden nur mit Nicht-Pflegenden (Gruppe 1.2), die einen Bezug zur Pflege haben, verglichen. Gruppe 1.2 enthält keine Personen, bei denen sich nie die Frage stellte, pflegerische Aufgaben privat zu übernehmen (Ehrlich et al. 2019: 187-188, Rebaudo et al. 2021: 12.).

Tabelle 2: Demografische und sozio-ökonomische Merkmale von Personen, die mindestens eine pflegebedürftige Person kennen und nicht pflegen und Personen, die mindestens eine pflegebedürftige Person kennen und pflegen, Angaben in Prozent sowie in arithmetischen Mittelwerten

	Gruppe 1: Potenzielle Pflegepersonen		Differenzen Gruppe 1.1 und Gruppe 1.2
	Gruppe 1.1: Pflegepersonen	Gruppe 1.2: Nicht-Pflegepersonen	Pflegepersonen vs. Nicht-Pflegepersonen
Alter (Mittelwert)	57,6	51,4	***
Frauen	60,0	50,6	*
Wohnhaft in Ostdeutschland	26,4	22,4	
<i>Familienstatus und Kinder</i>			
Verheiratet	67,9	51,6	***
Unverheiratet	13,3	27,5	***
Getrennt/Geschieden	12,9	12,6	
Verwitwet	5,9	8,3	
Anzahl von Kindern ≤ 14 im Haushalt (Mittelwert)	0,2	0,3	
<i>Bildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen</i>			
Bildung in Jahren (Mittelwert)	12,3	12,6	
Erwerbstätig	49,1	51,3	
<i>Erwerbsstatus</i>			
Vollzeitbeschäftigung	28,2	34,0	
Teilzeitbeschäftigung	13,5	11,5	
Beschäftigung im Mini-Job	7,4	5,8	
Nicht erwerbstätig	50,9	48,7	
Mtl. Bruttoeinkommen in Euro (Mittelwert)	2.349	2.902	
Mtl. Nettoäquivalenzeinkommen in Euro (Mittelwert)	1.883	1.900	
<i>Wer ist die pflegebedürftige Person?</i>			
(Ehe-)Partner	18,0	1,0	***
(Schwieger-)Eltern	48,5	26,6	***
(Erwachsene) Kinder	11,0	(2,6)	***
Andere	22,5	69,8	***
<i>Wo wohnt die pflegebedürftige Person?</i>			
Im <i>eigenen</i> Haushalt	31,5	(1,9)	***
In einem anderen Privathaushalt	55,7	64,9	*
In einem institutionellen Haushalt	12,8	33,2	***

Welche Pflegestufe hat die Person?			
Keine Pflegestufe	36,2	19,7	***
Pflegestufe 0	(1,9)	(0,8)	
Pflegestufe 1	32,8	26,0	
Pflegestufe 2	19,4	29,2	**
Pflegestufe 3	9,7	24,3	***
Fallzahl	327	615	

Quelle: Ehrlich & Kelle (2019); Datenbasis: SOEP-IS 2016, gewichtete Ergebnisse.

Anmerkung: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,00$; für die Gruppenvergleiche wurden t-Tests und Chi²-Tests verwendet. Die Frage nach den Pflegeleistungen bzw. der Pflegestufe wurde von 4 Prozent der Personen aus Gruppe 1.1 und von 32 Prozent der Personen aus Gruppe 1.2 mit „Weiß nicht“ beantwortet. Die „Weiß nicht“-Angaben sind aus der Darstellung ausgeschlossen. Variablen, die fehlende Werte aufweisen, sind: Bildung (1 Prozent), Bruttoeinkommen (7 Prozent für die Gruppe der Erwerbstätigen) und Nettoäquivalenzeinkommen (5 Prozent). Bei einer Zellenbesetzung von unter 20 Personen wurde der Wert in Klammern gesetzt.

Wird die Gruppe der Pflegepersonen aus Tabelle 2 näher in den Blick genommen, so versorgen sie (Ehe-)partner:innen (18,0 %), (Schwieger-)eltern (48,5 %), Kinder beziehungsweise erwachsene Kinder (11,0 %) sowie andere als die zuvor benannten Personengruppen (22,5 %). Unter den Personen, die sich gegen die häusliche Pflege entschieden haben, wollen 26,6 %, weder Eltern noch Schwiegereltern pflegen (Ehrlich et al. 2019). Altersdifferenzierungen zeigen, dass erwachsene Pflegepersonen (≥ 17 Jahre) vorwiegend die pflegerische Versorgung für (Schwieger-)Eltern übernehmen. Ab dem Rentenalter (≥ 65 Jahre) werden eher Partner:innen entweder im eigenen Haushalt (47,9%) oder in einem anderen Privathaushalt (39,6 %) pflegerisch versorgt (Ehrlich et al. 2021). Bekanntermaßen findet die pflegerische Versorgung primär in der Häuslichkeit (84 %) und seltener in institutionellen Einrichtungen (16 %) statt (Statistisches Bundesamt 2022). Findet die Pflege in der Häuslichkeit statt, dann hauptsächlich im Haushalt der pflegebedürftigen Person (55,7 %). Nur 31,5 Prozent der Pflegepersonen leben mit der pflegebedürftigen Person zusammen. Pflegeaufgaben für Personen, die in institutionellen Haushalten (z. B. betreute Wohneinrichtung, Altersresidenz) leben, übernehmen 12,8 Prozent (Ehrlich et al. 2019). Im eigenen Haushalt werden eher (Ehe-)Partner:innen (51,7 %) oder (Erwachsene)Kinder (26,4 %) gepflegt. In einem anderen Haushalt werden entweder (Schwieger-)Eltern (65,3 %) oder andere Personen, z. B. weiter entfernt verwandte oder nicht-verwandte Personen (29,9 %) pflegerisch versorgt. Im institutionellen Setting werden am häufigsten pflegerische Aufgaben für (Schwieger-)Eltern (65,3 %) übernommen (Ehrlich et al. 2019). Der Wohnort einer hilfe- oder pflegebedürftigen Person kann somit die Entscheidung zur Übernahme pflegerischer Versorgung mitbeeinflussen.

2.1.1 Prädiktoren für die Inanspruchnahme formeller häuslicher Pflege

Englert und Kollegen (2023) publizierten ein Scoping-Review zu Befunden sozial ungleicher Nutzung von Versorgungsangeboten in der häuslichen Pflege (Studien ab dem Jahr 2000). Sie beantworten die Frage, wie sozioökonomische Ressourcen pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen Einfluss auf die Inanspruchnahme häuslicher Pflegeleistungen nehmen. Der Fokus liegt dabei auf dem Nutzungshandeln pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen (Akteursebene). Eine Differenzierung nach privat und gesetzlich Versicherten erfolgt durch Englert und Kollegen (2023) nicht. So halten die Autor:innen zunächst fest, dass die Inanspruchnahme formeller häuslicher Pflegeleistungen mit steigendem Haushaltseinkommen und höherem Bildungsniveau zunimmt (Englert et al. 2023, Lera et al. 2021). Widersprüchliche Ergebnisse liegen hingegen zum Indikator Vermögen und dessen Einfluss auf die Inanspruchnahme formeller häuslicher Pflegeleistungen vor

(z. B. Lera et al. 2021, Albertini et al. 2017). Darüber hinaus stellen Englert und Kollegen (2023) die Frage, ob die Konzentration formeller Pflegeleistungen auf Pflegehaushalte mit hohem Einkommen durch einen erhöhten Einsatz informeller Pflege in einkommensschwachen Haushalten kompensiert wird. Diverse Studienergebnisse weisen darauf hin, dass die einkommensspezifische Betrachtung hinsichtlich der Inanspruchnahme formeller häuslicher Pflege zu kurz greift. So ist das Motiv für oder gegen Pflegeübernahme nicht nur pauschal darin zu sehen, dass Pflegeleistungen nicht finanziert werden können, sondern u. a. in der Bereitschaft zu monetären Ausgaben. So besteht in niedrigeren Milieus eine geringe Bereitschaft zu finanziellen Ausgaben beispielsweise für professionelle Pflege, weil angespartes Geld nicht einfach „nur“ für Pflege ausgegeben werden soll (Heusinger 2008). Zudem spielt bei der Entscheidung für oder gegen professionelle Versorgungsangebote u. a. die Verfügbarkeit einer privaten häuslichen Pflegeperson eine Rolle. Der Umfang der geleisteten Pflege bei Angehörigen niedriger Einkommensgruppen fällt jedoch höher aus, wie aktuelle Daten belegen (Räker et al. 2020). Zudem belegen Wetzstein und Kolleg:innen (2015), dass häuslich Pflegende mit hohem Betreuungsumfang häufiger niedrigen Bildungsgruppen angehören. Des Weiteren zeigte sich in einer älteren Untersuchung von Blinkert und Klie (2008), welche im Scoping-Review von Englert und Kollegen (2023) Berücksichtigung findet, dass sich die geringste Bereitschaft zur häuslichen Pflege Angehöriger bei Vertreter:innen eines hohen sozialen Status, definiert durch die Merkmale Einkommen und Bildung, wiederfindet und zwar in Kombination mit einem modernen Lebensentwurf. Kostenerwägungen nehmen in diesem Milieu bei der Entscheidung für die häusliche Angehörigenpflege eine wichtige Rolle ein: *„Opportunitätskosten, in Form des Verzichts auf attraktive berufliche und soziale Möglichkeiten, haben in höheren Milieus eine bedeutendere Rolle, während der relative Aufwand für die Pflege in niedrigeren Statusgruppen geringer ist“*. Somit haben nach Blinkert und Klie (2008) niedrigere soziale Milieus gute Chancen häuslich versorgt zu werden, aufgrund einer allgemein höheren Bereitschaft zu dieser Versorgungsform im unmittelbaren Umfeld.

Darüber hinaus zeigen sich bei differenzierterer Betrachtung einzelner pflegerischer professioneller Versorgungsangebote folgende Ergebnisse. Werden Umfang (Pflegegrad, Versorgung eines an Demenz erkrankten Menschen, Pflegedauer ≥ 5 Jahre, hohe subjektive Belastung der Hauptpflegeperson und Art professioneller Pflegeleistungen (z. B. Pflegedienst, Tagespflege) differenziert in den Blick genommen, so zeigt der Pflege-Report 2020, dass *„Pflegehaushalte mit demenziell erkrankten Personen, mit einem Pflegegrad größer als 2 und solche mit einem hohen HPS-Score die Angebote der Pflegeversicherung überproportional in Anspruch nehmen, wobei eine längere Pflegedauer – mit Ausnahme bei den Leistungen der Verhinderungspflege – im Durchschnitt nicht zu einer höheren Inanspruchnahme führt. Betrachtet man die Nutzeranteile unter Hinzuziehung soziodemographischer und struktureller Faktoren, zeigen sich wesentlich schwächere Zusammenhänge. Das verfügbare Haushaltseinkommen, höhere Bildung und Erwerbstätigkeit gehen lediglich bei der Nutzung von Pflegediensten und dem Entlastungsbetrag mit ähnlichen Inanspruchnahmeraten einher wie bei erhöhten Belastungssituationen. Auffällig ist zudem, dass Pflegehaushalte, in denen die Hauptpflegeperson zusammen mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt lebt, vor allem signifikant und deutlich seltener einen Pflegedienst in Anspruch nehmen“* (Räker et al. 2020: 75f.). Ergänzend wird konstatiert, dass in Milieus mit eher niedriger Bildung Informationsdefizite und mangelnde Kompetenz hinsichtlich des Zugangs zu Leistungen der Pflegeversicherung zu einer reduzierten Inanspruchnahme von Leistungen führen, die hingegen seitens der Anbieter (Strukturebene) generell zur Verfügung gestellt werden (z. B. Hielscher et al. 2017, Bieber et al. 2019). Die sogenannte 24-Stundenpflege erwies sich hingegen eindeutig als Versorgungsform höherer Statusgruppen (Räker et al. 2020).

So resümieren die Autor:innen, dass trotz vermehrter Forschungsaktivitäten die Evidenz zur Inanspruchnahme häuslicher Pflege weiterhin lückenhaft ist und teils widersprüchlich (Englert et al. 2023). Folglich können keine validen Aussagen über das Ausmaß einer ungleichen Verteilung pflegerischer Versorgung in der Häuslichkeit gemacht werden. Es fehlt eine konzeptuelle Grundlage, welche Ungleichheit im Kontext häuslicher Pflege definiert. Eine Verständigung zur Konzeptualisierung gerechter pflegerischer Versorgung wird zudem gefordert. Außerdem wird bemängelt, dass die subjektive Perspektive pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen selbst weitestgehend bei der Analyse sozioökonomischer Einflussfaktoren unberücksichtigt bleibt. Diese Perspektive hingegen wird im Abschnitt weiter unten zur Qualität der häuslichen Pflege durchaus berücksichtigt. Insgesamt wird die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit nicht ausschließlich durch individuelle Bedarfe bestimmt, sondern durch sozioökonomische und kulturelle Faktoren beeinflusst (Englert et al. 2023, Lera et al. 2021).

Ein weiterer Aspekt, der in dem Review von Englert und Kollegen (2023) nicht angesprochen wird, wurde in einer qualitativen Studie mit ambulanten Pflegekräften thematisiert und eröffnet eine neue Perspektive auf die Inanspruchnahme häuslicher Pflegeleistungen. So zeigte sich, dass von Armut betroffene Pflegebedürftige – entweder aufgrund selbst auferlegter Sparsamkeit oder aufgrund materieller/finanzieller Armut – schädliche Selbstbeschränkungen aufweisen oder eingeschränkten Partizipationsmöglichkeiten ausgesetzt sind (z. B. durch Mehrfachgebrauch medizinischer Hilfsmittel, beschränkte Einnahme von Medikamenten oder reduzierte Nahrungsaufnahme). Die professionell Pflegenden berichten zudem, dass das Angebot einer professionellen Unterstützung herausfordernd sein kann. Einerseits, weil von Armut betroffene pflegebedürftige Menschen häufig eine hohe Scham haben, finanzielle Hilfeleistungen zu akzeptieren oder ihre eigene prekäre Lebenssituation negieren. Andererseits können begrenzte Unterstützungsstrukturen im Sozial- und Gesundheitssystem eine Herausforderung darstellen, weil benötigte Hilfe nicht gewährt wird (z. B. Messer et al. 2019). Für Menschen mit Demenz zeigt ein systematisches Review, dass Zugang zu und Inanspruchnahme von formeller häuslicher Pflege vorrangig die Perspektive pflegender Angehöriger einbezieht und pflegebedürftige Menschen mit Demenz – also Betroffene – in der Forschung vernachlässigt werden (Bieber et al. 2019).

2.1.2 Prädiktoren für die Inanspruchnahme stationärer Pflege

Stiefler und Kolleg:innen (2020) publizierten ein systematisches Review zu Einflussfaktoren für einen Eintritt ins Pflegeheim (stationäre Langzeitpflege). Sie beantworten die Frage, welche Prädiktoren für einen Eintritt ins Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit in der internationalen Literatur beschrieben sind. Von insgesamt 17.481 Treffern werden 45 Studien (Publikationszeitraum 1990 – 2017) in die Beantwortung der Fragestellung einbezogen, wobei sich 21 Studien auf Menschen mit bestehendem Pflegebedarf beziehen und die verbleibenden 24 Studien Personen mit unklarem Pflegestatus einbeziehen. Ausgehend davon, dass die vorliegende Expertise Erkenntnisse der letzten fünf Jahre aus Deutschland berücksichtigen soll, muss angemerkt werden, dass in dem vorliegenden Review von Stiefler und Kolleg:innen (2020) zwei Studien mit Daten u. a. aus Deutschland (Luppa et al. 2012, Verbeek et al. 2015) enthalten sind. Sie beziehen sich auf Menschen mit Demenz und unklarem Status der Pflegebedürftigkeit. Insgesamt zeigte sich, dass ab dem 75. Lebensjahr Alter, Alleinleben (Single oder verwitwet), kognitive und funktionale Beeinträchtigung sowie Depression mit einem höheren Risiko für einen Pflegeheimeintritt assoziiert waren. Differenzierungen nach Altersgruppen zeigten weiterhin, dass Menschen ab dem 81. Lebensjahr häufiger institutionalisiert wurden im Vergleich zu jüngeren Älteren. In der Gruppe der 75- bis 81-Jährigen bestand ein erhöhtes Risiko für einen Pflegeheimeintritt bei alleinlebenden Personen und denen mit kognitiver und

funktionaler Einschränkung (Luppa et al. 2012). Zudem bestätigte sich, dass Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens das Risiko für einen Heimeintritt erhöht sowie zu erhöhten Belastungen seitens pflegender Angehöriger führen (Verbeek et al. 2015). Da das Wissen zu Prädiktoren für einen Eintritt in ein Pflegeheim hohe Relevanz hat und zielgerichtete Interventionen einen Beitrag zur Verhinderung oder Verzögerung eines Heimeintrittes leisten können, werden zusätzlich die wesentlichen internationalen Ergebnisse berichtet. Obgleich der Hinweis nicht fehlen darf, dass diese Ergebnisse nicht uneingeschränkt auf Deutschland übertragbar sind. Für Menschen mit Pflegebedarf sowie für Menschen mit unklarem Pflegestatus wird eine Vielzahl an Prädiktoren für einen Heimeintritt beschrieben. Dazu zählen als allgemeine Personenmerkmale erwartungsgemäß höheres Alter aber auch geringeres Ansehen im Beruf. Letzteres Merkmal wurde als Prädiktor bei älteren Australiern mit Sehbeeinträchtigung neben z. B. nicht verheiratet sein, schlechtem Gesundheitszustand oder auch Rauchen identifiziert. Hinsichtlich der Einteilung nach Diagnosen und Erkrankungen werden eine Demenzerkrankung, Untergewicht, (neuro)psychiatrischer Zustand oder auch herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz als Prädiktoren für Heimeintritt benannt. Als weitere gesundheitsrelevante Versorgungsaspekte werden höherer pflegerischer Aufwand, eine höhere Anzahl von Krankenhausaufhalten sowie ein höheres Risiko für Raucher:innen genannt. Darüber hinaus werden höhere funktionelle Beeinträchtigung der pflegenden Person, aber auch Ethnizität (höheres Risiko für Weiße) und geringere Lebenszufriedenheit als Prädiktoren aufgeführt (Stiefler et al. 2020). Nicht eindeutig geklärt ist, ob allgemeine Personencharakteristika wie Bildungsstatus, Ethnizität, Familienstand, Geschlecht, geographische Lage, sozioökonomischer Status oder auch Versichertenstatus als Prädiktoren gelten, da heterogene Ergebnisse dazu vorliegen. In dem internationalen Review werden spezifische Diagnosen, wie z. B. Depression, Inkontinenz oder zerebrovaskuläre Erkrankungen oder weitere gesundheitsrelevante Versorgungsaspekte, wie z. B. kognitive Beeinträchtigungen, pflegerische und hauswirtschaftliche Leistungsanspruchnahme oder Wohn- und Lebensbedingungen sowie Charakteristika der pflegenden Person, wie z. B. Belastung durch die Pflege, als weitere unklare Prädiktoren für einen Heimeintritt diskutiert (Stiefler et al. 2020). Eine aktuelle Analyse mit GKV-Routinedaten aus Deutschland über einen Zeitraum von zehn Jahren (2006 - 2016) beschreibt Demenz, Krebserkrankungen des Gehirns, kognitive Einschränkungen, Frakturen mit Krankenhausaufhalten, Krankenhausaufenthalte von ≥ 10 Tagen und ebenfalls höheres Alter als Prädiktoren für einen Pflegeheimeintritt bei bestehender Pflegebedürftigkeit (Stiefler et al. 2022).

Weitere Analysen fokussiert auf Deutschland sind notwendig, da nur auf diesem Wege an beeinflussbare Prädiktoren angeknüpft werden kann, um einen Eintritt in die stationäre Langzeitpflege zu verzögern oder ggf. zu verhindern.

2.2 Qualität der Versorgung

2.2.1 Qualität der ambulanten Pflege

Büscher und Krebs (2018) beschreiben die Diskussion zur Erfassung der Qualität im Setting der ambulanten Pflege. Dabei verweisen sie auf unterschiedliche Ansichten, wie Pflegequalität zu definieren, zu entwickeln und zu sichern sei. Sie arbeiten heraus, dass sich aus der problematischen Zuordnung zwischen Gesundheits- und Sozialwesen Spannungsfelder generierten, die in der Diskussion zum Thema bislang unzureichend Berücksichtigung fanden. Gemeint ist damit beispielsweise die Abgrenzung und Zuständigkeit zwischen formeller und informeller Pflege. Zunächst wird ein Ansatz aus dem englischen Sprachraum „*six senses*“ zum Verständnis der Komplexität des häuslichen Pflegearrangements vorgestellt (Nolan et al. 2001). Dieser beinhaltet

Kriterien zur Gestaltung eines häuslichen Pflegearrangements aus der Perspektive der pflegebedürftigen Person, der pflegenden Angehörigen und professioneller Vertreter:innen. Abschließend verweisen Büscher und Krebs (2018) auf die Vielzahl möglicher Themen sowie Ansatzpunkte für die Qualitätsentwicklung in der ambulanten Pflege mit Bezug zur (inter)nationalen Literatur. Auf der Basis des Beitrags von Büscher und Krebs aus dem Pflege–Report 2018 ist abzuleiten, dass ein Konzept zur Erfassung der Qualität der ambulanten Pflege unter Berücksichtigung der Komplexität der gesamten Thematik in Deutschland fehlt. Hier knüpfen Wehner und Kolleg:innen (2021) mit einem Scoping Review an, welches sie zur Qualität in der ambulanten Pflege publizierten (eingeschlossen wurden Publikationen ab 2010). Von insgesamt 20.102 Treffern wurden 222 Studien in die Beantwortung der Fragestellungen einbezogen. Ausgehend davon, dass die Expertise Erkenntnisse aus Deutschland berücksichtigen soll, muss angemerkt werden, dass das Scoping Review Studien aus Deutschland und dem deutschsprachigen Raum (Österreich, Schweiz) einschließt (Wehner et al. 2021). Die Multidimensionalität hinsichtlich der Beurteilung der Qualität in der ambulanten Pflege wird anhand der Ergebnisse des Scoping Reviews zu den identifizierten Versorgungsaspekten und der Vielfalt der Anforderungen an ambulante Pflegedienste und deren Mitarbeiter:innen bei der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen deutlich. Insgesamt wurden 17 Aspekte zur Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ambulante Pflegedienste identifiziert mit Bezug zur strukturbezogenen-, prozessbezogenen- und ergebnisbezogenen Ebene (Wehner et al. 2021):

(1) Strukturbezogene Versorgungsaspekte

- (strukturelle) Rahmenbedingungen und Anforderungen (n=71 aus Wehner et al. 2021)
- Qualifikation der Pflege(fach)kräfte (n=81)
- Versorgungsaspekte zur Beziehungsgestaltung mit pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen
 - Personenzentrierte Kommunikation und Interaktion mit pflegebedürftigen Menschen/pflegenden Angehörigen (n=58)
 - Beziehungsgestaltung mit und Einbezug von pflegenden Angehörigen (n=32)
 - Setzung professioneller und Respektierung persönlicher Grenzen (n=23)
- Versorgungsaspekte zur Unterstützung von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen
 - Information und Aufklärung von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen (n=29)
 - Beratung, Schulung und Anleitung von pflegebedürftigen Menschen und pflegenden Angehörigen (n=33)
 - Unterstützung im Selbstmanagement und Erhalt der Selbständigkeit der pflegebedürftigen Menschen (n=14)

(2) Prozessbezogene Versorgungsaspekte

- Planung und Durchführung einer bedarfs- und bedürfnisorientierten Pflege (n=44)
- Kultursensible Pflege (n=11)
- Adäquate Durchführung von grund- und behandlungspflegerischen Tätigkeiten (n=35)
- Umsetzung notwendiger und geeigneter Hygienemaßnahmen (n=12)
- Medikamentenmanagement (n=19)
- Intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit (n=61)

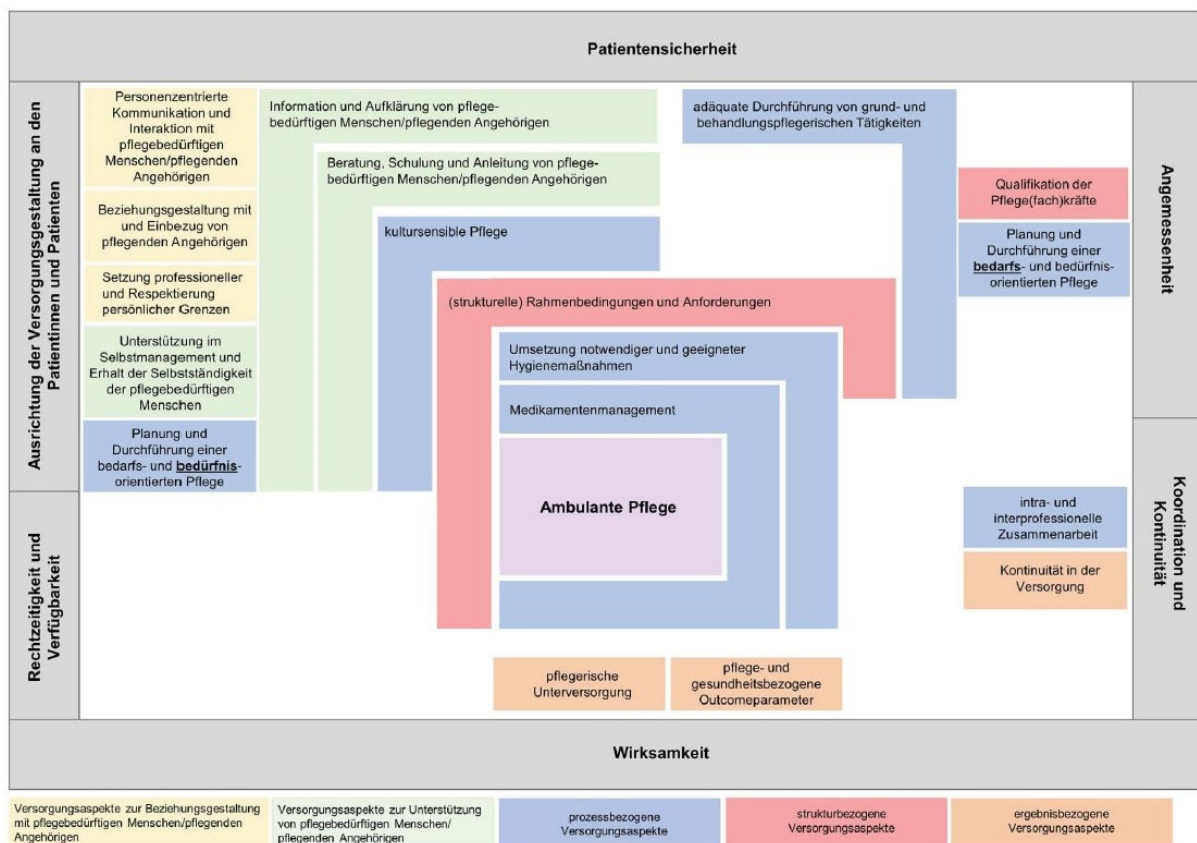
(3) Ergebnisbezogene Versorgungsaspekte

- Kontinuität in der Versorgung (n=19)
- Pflegerische Unterversorgung (n=10)
- Pflege- und gesundheitsbezogene Outcomes (n=51)

Diese Versorgungsaspekte wurden dem Rahmenkonzept für Qualität des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gegenübergestellt (IQTIG 2019). Abbildung 1 fasst beides zusammen und stellt die Komplexität bei der Erfassung und Beurteilung der Qualität in der ambulanten Pflege dar.

Mit der Komplexität dieses Versorgungsbereichs gehen enorme Herausforderungen für die Gewährleistung einer guten Versorgungsqualität einher. Das vorgelegte Qualitätsmodell wird als Rahmen für die Erfassung und Beurteilung der Qualität in der ambulanten Pflege empfohlen (Wehner et al. 2021). Um diese Art der Versorgungsqualität bewerten zu können, sind systematische Reviews und Meta-Analysen sowie ggf. neue Untersuchungen erforderlich.

Abbildung 2: Qualitätsmodell für die ambulante Pflege (Wehner et al. 2021)



Quelle: Wehner et al. 2021, S. 23.

2.2.2 Qualität der stationären Pflege

Ein aktueller Diskussionsbeitrag von Krebs und Hasseler (2023) kritisiert die vor fünf Jahren eingeführte und aktuell gültige Bemessungsgrundlage zur Bewertung der Qualität in stationären Pflegeeinrichtungen in Deutschland. Diese basiert auf definierten Qualitätsindikatoren, welche von Pflegeeinrichtungen auf der Basis einer externen Qualitätsprüfung (zzgl. weiterer Einrichtungs- informationen) erfasst werden (GKV Spitzenverband 2023). Mit der Messung der Qualitätsindikatoren und der Publikation der Ergebnisse wird die Hoffnung verbunden, so Krebs und

Hasseler (2023), dass sich die Qualität der pflegerischen Versorgung in der Langzeitpflege qualitativ hochwertig entwickelt (Hasseler 2019). Jedoch fehlt bislang wissenschaftliche Evidenz dafür. Die Kritik bezieht sich im Wesentlichen auf die Tatsache, dass den aktuellen Qualitätsindikatoren ein lineares Verständnis von Qualität in der stationären Pflege zugrunde liegt. Wobei „linear“ in diesem Kontext ein mathematisch geprägtes Qualitätsverständnis meint, womit suggeriert wird, dass eine Einflussgröße das Qualitätsergebnis ändere. *„Entsprechend der deutschen Gesetzesgrundlage wird eine Ergebnisqualität angestrebt, die Rückschlüsse auf den Pflegezustand und die Wirkung der durchgeführten Pflegemaßnahmen in den Pflegeeinrichtungen geben soll (BMG 2016).“* Dieses Verständnis scheint obsolet, angesichts zahlreicher interagierender Einflussfaktoren. Krebs und Hasseler (2023) führen nationale sowie internationale Literatur an und argumentieren, dass die Qualität der stationären Pflege systemisch betrachtet werden müsse, da von einem Zusammenhang mehrerer Einflussfaktoren auszugehen sei. Neben handelnden Akteur:innen sollten auch bestehende Kontextfaktoren der jeweiligen Umwelt als Einflussfaktoren berücksichtigt werden können (z. B. Sonntag et al. 2018, Schwinger et al. 2018). Zwei vom Gemeinsamen Bundesausschuss geförderte Forschungsprojekte (1) „Qualitätsmessung in der Pflege mit Routinedaten“ (QMPR) und „Sektorenübergreifendes und integriertes Notfall- und Verfügungsmanagement für die letzte Lebensphase in stationärer Langzeitpflege“ (NOVELLE) machen im Ergebnis die Komplexität von Qualität in der stationären Pflege deutlich und zeigen die Notwendigkeit eines systemischen Verständnisses von Qualität in Pflegeeinrichtungen in Deutschland auf. In der Konsequenz müssen diverse Einflussfaktoren identifiziert werden, um belastbare Qualitätsindikatoren für die stationäre Pflege zu entwickeln. Krebs und Hasseler (2023) legen dazu einen Modellentwurf vor und beschreiben die Versorgungssituation von Pflegeheimbewohner:innen als „Arbeitsbündnis“ mit dem Pflegefachpersonal sowie beeinflusst durch variierende Akteure in unterschiedlichem Maß: Rettungsdienst, Angehörige, Krankenhäuser, Fach- und Hausärzt:innen, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Krankenkassen und Medizinischer Dienst. Aufgrund medialer Aufmerksamkeit und durch informellen Austausch wird auf das Handeln der o. g. Akteur:innen, welche als Netz von Wechselbeziehungen fungieren, die sich verstärken und wieder lösen, eingewirkt. Die Autorinnen konstatieren, dass die Zusammenstellung der Akteur:innen in der Langzeitpflege lediglich einen „Querschnitt“ des Systems darstellen kann. Um eine Bewertung der Versorgungsqualität in stationären Pflegeeinrichtungen vornehmen zu können und über den Bewertungsmaßstab des Medizinischen Dienstes hinauszukommen, bedarf es systematischer Reviews, die den Stand der Forschung nach dem Modell von Krebs und Hasseler (2023) aufbereiten und Desiderata formulieren. Exemplarisch wird im folgenden Abschnitt die Qualität der Versorgung älterer pflegebedürftiger Menschen mit chronischen Schmerzen jenseits der aktuellen Qualitätsprüfung durch den MDK (GKV Spitzenverband 2023) im ambulanten und stationären Versorgungssetting darstellt.

2.2.3 Qualität der Versorgung am Beispiel von pflegebedürftigen älteren Menschen mit chronischen Schmerzen

Das Schmerzgeschehen ist ein komplexes Phänomen. Neben somatischen Faktoren müssen psychosoziale, d. h. emotionale und kognitive sowie spirituelle Aspekte einbezogen werden. Insbesondere bei älteren pflegebedürftigen Menschen können chronische Schmerzen die physische Leistungsfähigkeit, das psychosoziale Wohlbefinden und die Lebensqualität zusätzlich zu bestehenden Gesundheitsproblemen reduzieren. Forschungsarbeiten der vergangenen Dekade analysieren die Schmerzsituation älterer pflegebedürftiger Menschen in Deutschland in ihrer Komplexität differenziert nach ambulantem und stationärem Versorgungssetting.

Eine hohe Schmerzprävalenz (54 %-82 %) wurde unter auskunftsfähigen Pflegeheimbewohner:innen festgestellt (Dräger et al. 2013, Dräger et al. 2017). Ebenso sind in der Häuslichkeit versorgte ältere auskunftsfähige Pflegebedürftige eine durch multifokale chronische Schmerzen (Dauer: ≥ 12 Wochen) mit hoher Intensität ($M_{\text{score}}=4,81\pm 1,88$) belastete Gruppe, die unter ausgeprägten Schmerzfolgen ($M_{\text{score}}=5,47\pm 2,15$) in allen physischen und psychischen Bereichen leidet (Dräger et al. 2021). Zudem wurde für nichtauskunftsfähige pflegebedürftige Menschen in der Häuslichkeit eine Prävalenz von 62 Prozent hinsichtlich schmerzbezogener Verhaltensweisen beobachtet. Maßnahmen zur Schmerzreduktion erfolgten lediglich sporadisch oder willkürlich. Auf der Basis einer Dokumentenanalyse wurde in der Querschnittstudie ACHE festgestellt, dass gerade einmal ein Viertel dieser Personengruppe innerhalb von vier Wochen ein Schmerzassessment bekam (Budnick et al. 2019). Eine S3-Leitlinie zum Schmerzassessment bei älteren Menschen in der Häuslichkeit existiert nicht. Eine S3-Leitlinie wurde jedoch für ältere Menschen in der vollstationären Altenhilfe publiziert. Diese empfiehlt ein regelmäßiges Schmerzassessment unter Berücksichtigung der individuellen Situation (AWMF 2018). Hingegen bewerteten pflegebedürftige Menschen sowie ihre Angehörigen die Zusammenarbeit mit Pflegediensten im Rahmen des Schmerzmanagements mit durchschnittlich „gut“ (Dräger et al. 2020a). Hinsichtlich der medikamentösen Schmerztherapien offenbarten sich jedoch im stationären sowie im ambulanten pflegerischen Setting der Versorgung erhebliche Qualitätsmängel (bewertet anhand der Angemessenheit der Schmerzmedikation). Demnach bekommen gerade einmal 37 Prozent der Pflegeheimbewohner:innen und 18 Prozent der häuslichen versorgten Pflegebedürftigen eine angemessene Schmerzmedikation (Könner et al. 2015, Schneider et al. 2020). Zudem sind Multimorbidität und Polypharmazie keine Seltenheit in beiden Populationen (Dräger et al. 2013, Schneider et al. 2021). Medikationsbezogene Probleme, die die Sicherheit der medikamentösen Behandlung in dieser Population beeinträchtigen können, ergeben sich aus potenziellen Wechselwirkungen sowie Über- und Unterversorgung (Schneider et al. 2021). Die Kommunikation von Pflegepersonal und Mediziner:innen mit Pflegebedürftigen über Schmerzen als auch die Anwendung nicht-medikamentöser Maßnahmen sind im ambulanten Setting defizitär (Dräger et al. 2020a, Wenzel et al. 2020). Dieser Befund wird auch durch die subjektive Perspektive der Betroffenen bestätigt, da ein Drittel der durch ambulante Pflegedienste nach § 36 und § 38 SGB XI versorgten Pflegebedürftigen und 43,2 Prozent der Pflegegeldempfänger:innen nach § 37 SGB XI die eigene Schmerzsituation mit inakzeptabel bewertet (Dräger et al. 2020a).

Anlass zur Hoffnung gibt eine in zwölf deutschen Pflegeheimen durchgeführte Interventionsstudie zur Optimierung des Schmerzmanagements, welche bereits nach einem halben Jahr eine Verbesserung der Gehfähigkeit und der Lebensfreude zeigte (Dräger et al. 2017). Dennoch offenbarte sich der geringe Umfang und ein eingeschränktes Spektrum an nicht-medikamentösen Maßnahmen, die in deutschen Pflegeheimen zum Einsatz kommen. Während Schulungen von Pflegenden die verabreichten therapeutischen Maßnahmen nicht steigern konnten, führte die Intervention zum Anstieg der von Ärzt:innen verordneten therapeutischen Maßnahmen sowie zu einer proaktiven Nutzung nicht-medikamentöser Maßnahmen durch Bewohner:innen (Kalinowski et al. 2015, Dräger 2018).

Insgesamt wird zum Schmerzmanagement bei älteren pflegebedürftigen Menschen das Urteil mangelhaft abgegeben – dies gilt für den stationären Bereich der Langzeitversorgung sowie für den ambulanten Versorgungsbereich. Nicht nur aus subjektiver Perspektive der Betroffenen, sondern auch aus objektiver Sicht der Wissenschaft ist die Versorgungssituation zum Schmerzgeschehen unzureichend. So konstatieren die Autor:innen Defizite im Schmerzmanagement der stationären Langzeitversorgung und eine vergleichsweise noch schlechtere Versorgungssituation für

pflegebedürftige Menschen mit chronischen Schmerzen im ambulanten Sektor (Dräger 2018, Dräger et al. 2020b).

3. Implikationen für die Praxis

Die medizinische und pflegerische Versorgung im Alter nimmt aufgrund des demographischen Wandels weiterhin an Bedeutung zu. Zugang zu und Inanspruchnahme von Angeboten der medizinischen und pflegerischen Versorgung werden nicht ausschließlich durch Merkmale der Anbieterseite (Strukturebene) bestimmt, sondern auch durch Nutzungshandeln (Akteursebene) und sind eng miteinander verknüpft. Zudem sind die Chancen für eine gute Versorgung im Alter unter Patient:innen ungleich verteilt. Praxisvertreter:innen im Gesundheitswesen verfügen über begrenzte Möglichkeiten, um Versorgungsungleichheiten zu reduzieren. Eine Möglichkeit ist beispielsweise die gezielte und individuell auf den Bedarf von Patient:innen ausgerichtete Weitergabe von Informationen. Somit kann ein Beitrag zur Reduzierung von ungedecktem medizinischem Versorgungsbedarf geleistet werden. Hinsichtlich der Bewertung der Qualität der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung sind umfangreiche Anstrengungen auf wissenschaftlicher Ebene erforderlich, um gemäß vorgeschlagener Konzepte zur Qualitätsmessung verwertbare Ergebnisse liefern zu können. Auf der Basis dessen können zukünftig Implikationen für die Praxis formuliert werden.

4. Literatur

- Albertini M, Pavolini E (2017): Unequal Inequalities: The Stratification of the Use of Formal Care Among Older Europeans. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 72(3): 510–521.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF (2018). Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe. Bonn, S. 89-90. (Letzter Zugriff: 07.10.2023).
- Bieber A, Nguyen N, Meyer G, Stephan A (2019): Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia and their informal caregivers: a scoping review. *BMC Health Services Research*. 19(88): 1-21.
- Blinkert B, Klie T (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden: S. 238–258.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017): Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/10210, Berlin: S. 69.
- Budnick A, Wenzel A, Schneider J, Paschke-Duke M, Kreutz R, Dräger D (2019): Schmerzgeschehen bei nichtauskunftsfähigen ambulant versorgten Pflegebedürftigen – Herausforderungen und Empfehlungen. *Der Schmerz*. 33(6): 523-532.
- BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2016): Ergebnisqualität in der Pflege – Bundesgesundheitsministerium. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/ergebnis-qualitaet-in-der-pflege.html> (Letzter Zugriff: 22.07.2023)
- Büscher A, Krebs M (2018): Qualität in der ambulanten Pflege. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.) *Pflege-Report 2018*. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 127-134.
- Deutschbein J (2022): Versorgungsforschung zum Schlaganfall: Analyse von Versorgungsdisparitäten und Effekten einer komplexen Intervention anhand von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherungen. Dissertation. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/36427/Diss_Johannes_Deutschbein.pdf?sequence=1 (Letzter Zugriff: 23.07.2023).
- Deutschbein J, Grittner U, Schneider A, Schenk L (2020): Community care coordination for stroke survivors: results of a complex intervention study. *BMC Health Services Research*. 20(1): 1143.
- Die Bundesregierung (2023): [https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/beitragsbemessungsgrenzen-2023-2133570#:~:text=Ab%201.%20Januar%202023%20gelten,Euro%20\(monatlich%205.550%20Euro\)](https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/beitragsbemessungsgrenzen-2023-2133570#:~:text=Ab%201.%20Januar%202023%20gelten,Euro%20(monatlich%205.550%20Euro)) (Letzter Zugriff: 17.06.2023).
- Dräger D, Kölzsch M, Wulff I, Kalinowski S, Ellert S, Kopke K, Fischer T, Kreutz R (2013): Autonomie trotz Schmerz? Ressourcen und Barrieren in der Lebenswelt von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen. In: Kuhlmeier A, Tesch-Römer C (Hrsg.). *Autonomie trotz Multimorbidität: Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 166-202.

- Dräger D, Budnick A, Kuhnert R, Kalinowski S, Köner F, Kreutz R (2017): Intervention on Pain Management in Nursing Home Residents – Pain Intensity, Consequences, and Clinical Relevance. *Geriatrics and Gerontology International*. 17: 1534-1543.
- Dräger D (2018): Schmerz und Schmerzfolgen bei älteren Menschen - Die Versorgungssituation in Pflegeheimen und Interventionsmöglichkeiten. Habilitationsschrift. refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/24062/Habilitationsschrift_D_Draeger.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Letzter Zugriff: 23.04.2023).
- Dräger D, Budnick A, Wenzel A, Schneider J, Abd Elhady Algharably E, Kreutz R (2020a): *Schmerzen bei älteren Pflegebedürftigen in der häuslichen Versorgung*. Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Band 17, GKV Spitzenverband, Berlin.
- Dräger D, Budnick A, Kreutz R (2020b): Schmerzmanagement bei älteren Pflegebedürftigen in der ambulanten Versorgung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 145: 1748-1753.
- Dräger D, Kreutz R, Wenzel A, Schneider J, Budnick A (2021): Ältere Pflegebedürftige mit chronischen Schmerzen: Querschnittsstudie zur geschlechtsspezifischen Schmerzintensität und Versorgung in der großstädtischen Häuslichkeit. *Der Schmerz*. 35(5): 322–332.
- Ehrlich U, Kelle N (2019): Pflegendе Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? *Zeitschrift für Sozialreform*. 65(2): 175-203.
- Ehrlich U, Kelle N (2021): Stille Helden bei der Pflege daheim. G+G. 02/2021. (Letzter Zugriff: 23.07.2023).
- Elm E, Schreiber G, Haupt CC (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie), *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 143: 1-7.
- Englert N, Noelle M, Hülsken-Giesler M, Büscher A (2023): Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege: ein Scoping-Review zum Einfluss sozioökonomischer Ressourcen auf die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 178: 47-55.
- Gellert P, Berenberg von P, Oedekoven M, Klemt M, Zwillich C, Hörter S, Kuhlmeу A, Dräger D (2017): Centenarians differ in their comorbidity trends during the six years before death compared to individuals who died in their 80s or 90s. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*. 73: 1357-1362.
- GKV – Spitzenverband (2023): *Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege*. https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/qualitaetspruefungen/stationaere_pfleger/stationaere_pfleger.jsp (Letzter Zugriff: 04.06.2023)
- Graf von Stillfried D, Erhart M, Czihal T (2022): Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland. In: Thielscher C (Hrsg.): *Handbuch Medizinökonomie I Grundlagen und System der medizinischen Versorgung*. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 280-319.
- Grasel E, Berth H, Lichte T, Grau H (2014) Subjective caregiver burdens: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFCs. *BMC Geriatrics*. 14(23): 1–9.
- Hasseler M (2019): *Qualitätsmessung in der Pflege*. Springer, Berlin Heidelberg.
- Heidemann C, Scheidt-Nave C, Beyer AK, Baumert J, Thamm R, Maier B, Neuhauser H, Fuchs J, Kuhnert R, Hapke U (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*. 6(3): 3-27.

- Heusinger J (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg.). *Soziale Ungleichheit und Pflege: Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. S. 301–14.
- Hielscher V, Kirchen-Peters S, Nock L (2017): *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten: Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. 363. Band der Reihe Study der Hans-Böckler Stiftung, Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung.
- Hollederer A, Wildner M (2018): Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. 144(01): e1-e11.
- IQTIG - Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (2019): *Methodische Grundlagen*. V1.1. Berlin: IQTIG.
- Kalinowski S, Budnick A, Kuhnert R, Könner F, Kissel-Kröll A, Kreutz R, Dräger D (2015): Nonpharmacologic Pain Management Interventions in German Nursing Homes - A Cluster-Randomized Trial. *Pain Management Nursing*. 16(4): 464-474.
- Keil J, Brendler V, Sachse C, Zülke A, Zeynalova S, Engel C, Loeffler M, Riedel-Heller SG, König HH, Stengler K (2020): Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Gesundheitswesen*. 82(03): e17–23.
- Klein J, von dem Knesebeck O. (2022): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Siegrist J, Stößel U, Trojan A. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 213-228.
- Knorr M, Beyer A, Radicke F, Thomé-Soós F, Hoffmann W, van den Berg N (2020): Geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen: Ergebnisse aus zwei standardisierten Befragungen von Leistungserbringern und Akteuren. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 153–154: 97–103.
- Kohler M, Deutschbein J, Peschke D, & Schenk L (2014): Schlaganfallgeschehen in Deutschland – Zur Vergleichbarkeit von Krankenkassen-, Register- und DRG-Daten. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 82(11): 627-633.
- Könner F, Budnick A, Kuhnert R, Wulff I, Kalinowski S, Martus P, Dräger D, Kreutz R (2015): Interventions to Address Deficits of Pharmacological Pain Management in Nursing Home Residents – A Cluster Randomized Trial. *European Journal of Pain*. 19(9): 1331-1341.
- Krause L, Dini L, Prütz F (2020): Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. 5(2): 27-35.
- Krebs S, Hasseler M (2023): Qualitätsmessung in Einrichtungen der Langzeitpflege – Notwendigkeit eines systemischen Verständnisses. *Bundesgesundheitsblatt*. 66(5): 515–522.
- Lampert T, Müters S, Kuntz B, Dahm S, Nowossadeck E (2019): 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands. *Journal of Health Monitoring*. 4(S2): 1-25.
- Lera J, Pascual-Sáez M, Cantarero-Prieto D (2021): Socioeconomic Inequality in the Use of Long-Term Care among European Older Adults: An Empirical Approach Using the SHARE Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 18(1): 20.
- Luppa M, Riedel-Heller SG, Luck T, Wiese B, van den Bussche H, Haller F, Sauder M et al. (2012): Age-related predictors of institutionalization: results of the German study on ageing, cognition and dementia in primary care patients (AgeCoDe). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 47(2): 263–270.

- Messer M (2019): Poor, old and in need of care: a qualitative study about the consequences for home care and participation. *German Medical Science*. 17: 1-8.
- Nolan M, Davies S, Grant G (Hrsg.) (2001): *Working with older people and their families. Key issues in policy and practice*. Open University Press, Buckingham.
- Nowossadeck E, Prütz F, Thißen M (2020): Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte. *Journal of Health Monitoring*. 5(2): 36-43.
- Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. (2021): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*; 372: n71
doi:10.1136/bmj.n71
- von Elm E, Schreiber G, Haupt CC (2019): Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 143: 1-7.
- Prütz F, Rommel A, Thom J, Du Y, Sarganas G, Starker A (2021): Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*. 6(3): 49-71.
- Räker M, Schwinger A, Klauber J (2020): Was leisten ambulante Pflegehaushalte? Eine Befragung zu Eigenleistungen und finanziellen Aufwänden. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). *Pflege-Report 2020: Neuausrichtung von Versorgung und Finanzierung*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 65–96.
- Rebaudo M, Calahorrano L, Hausmann K (2021): *Daten zur informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegenden*. Fraunhofer FIT. St. Augustin: Fraunhofer Institut für angew. Informationstechnik. 1-25.
- Schenk L, Kuhlmeier A, Gellert P (2022): Gesundheitsversorgung im Alter. In: Siegrist J, Stöbel U, Trojan A. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklung*. Wiesbaden: Springer VS, S. 229-241.
- Schindel D, Schneider A, Grittner U, Joebges M, Schenk L (2021): Quality of life after stroke rehabilitation discharge: a 12-month longitudinal study, *Disability and Rehabilitation*. 43(16): 2332-2341.
- Schindel D, Mandl L, Schilling R, Meisel A, Schenk L (2022): Guideline adherence in speech and language therapy in stroke aftercare. A health insurance claims data analysis. *PLoS one*, 17(2), e0263397.
- Schmucker C, Beydoun G, Günster C (2021): *Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen*. In: Günster C, Klauber J, Robra BP, Schmucker C, Schneider A (Hrsg.). *Versorgungs-Report: Klima und Gesundheit*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Berlin.
- Schneider J, Algharably E, Budnick A, Wenzel A, Dräger D, Kreutz R (2020): Deficits in pain medication in older adults with chronic pain receiving home care: A cross-sectional study in Germany. *PLoS ONE* 15(2): e0229229.
- Schneider J, Abd Elhady Algharably E, Budnick A, Wenzel A, Dräger D, Kreutz R (2021): High Prevalence of Multimorbidity and Polypharmacy in Elderly Patients With Chronic Pain Receiving Home Care are Associated With Multiple Medication-Related Problems. *Frontiers Pharmacology*.
<https://doi.org/10.3389/fphar.2021.686990>
- Schnitzer S, Balke K, Walter A, Litschel A, Kuhlmeier A (2011): Führt das Hausarztmodell zu mehr Gleichheit im Gesundheitssystem? *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*. 54(8): 942-950.

- Schnitzer S, Deutschbein J, Nolte CH, Kohler M, Kuhlmeier A, Schenk L (2017): How does sex affect the care dependency risk one year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *Topics in Stroke Rehabilitation*. 24(6): 415-421.
- Schröder SL, Martin O, Mlinaric M, Richter M (2019): „Das liegt an jedem selbst“ - Eine qualitative Studie zu Versorgungsungleichheiten aus Patientensicht. *Gesundheitswesen*. 81(07): 564–569.
- Schulz M, Czwikla J, Schmidt A, Tsiasioti C (2021): *Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen*. In: Prundt J, Cacace M (Hrsg.). Diversität und gesundheitliche Chancengleichheit. Bremen, Apollo University Press.
- Schwinger A, Behrendt S, Tsiasioti C, Stieglitz K, Breitzkreuz T, Grobe T, Klauber J (2018): Qualitätsmessung mit Routinedaten in deutschen Pflegeheimen: Eine erste Standortbestimmung. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.). *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Springer Open. Berlin, S. 97-126.
- Sonntag PT, Baer NR, Kuhlmeier A, Suhr R, Schenk L (2018): Qualität und Qualitätsmessung in der Langzeitpflege aus Sicht der Nutzer. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, Klauber J, Schwinger A (Hrsg.) (2018): *Pflege-Report 2018. Qualität in der Pflege*. Springer Open. Berlin.
- Stahmeyer JT, Stubenrauch S, Geyer S, Weissenborn K, Eberhard S (2019): Häufigkeit und Zeitpunkt von Rezidiven nach inzidentem Schlaganfall. Eine Analyse auf Basis von GKV-Routinedaten. *Deutsches Ärzteblatt International*. 116: 711-717.
- Statistisches Bundesamt (2022): *Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse – 2021* (Letzte Ausgabe – berichtsweise eingestellt). Destatis, Wiesbaden.
- Stein J, Liegert P, Dorow M, König HH, Riedel-Heller SG (2019): Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey. *Journal of Affective Disorders*. 245: 998-1006.
- Stein J, Löbner M, Pabst A, König HH, Riedel-Heller SG (2020): Unmet care needs in the oldest old with social loss experiences: results of a representative survey. *BMC Geriatrics*. 20: 416.
- Stiefler S, Seibert K, Domhoff D, Görres S, Wolf-Ostermann K, Peschke D (2020): Einflussfaktoren für einen Heimeintritt bei bestehender Pflegebedürftigkeit – eine systematische Übersichtsarbeit. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 153–154: 60-75.
- Stiefler S, Seibert K, Domhoff D, Wolf-Ostermann K, Peschke D (2022): Prädiktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit – Eine Sekundärdatenanalyse im Längsschnittdesign. *Gesundheitswesen*. 84(02): 139-153.
- Strumann C, Emcke T, Flägel K, Steinhäuser J (2020): Regionale Unterschiede zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 150–152: 88-95.
- van den Bussche H (2019): Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt*. 62(9): 1129–1137.
- Verbeek H, Meyer G, Challis D, Zabalegui A, Soto MA, Saks K et al. (2015): Inter-country exploration of factors associated with admission to long-term institutional dementia care: evidence from the Right Time Place Care study. *Journal of Advanced Nursing*. 71(6): 1338–1350.

- Wehner K, Schwinger A, Büscher A (2021): Qualität in der ambulanten Pflege – Übersichtsarbeit über die relevanten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Versorgungsaspekte. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*. 167: 15-24.
- Welzel F, Stein J, Hajek A, König HH, Riedel-Heller S (2018): Vielnutzung hausärztlicher Versorgung im Alter – eine systematische Literaturübersicht europäischer Studien. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*. 68(08): e27-e28.
- Wenzel A, Budnick A, Schneider J, Kreutz R, Dräger D (2020): Pflegerisches Schmerzmanagement bei ambulant versorgten Pflegebedürftigen. *Pflege* 33(2): 63-73.
- Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Robert Koch-Institut (Hrsg.). GBE kompakt. 6.

Anhang

Recherchestrategie

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurde ein Scoping Review durchgeführt. Mit einem Scoping Review können Forschungsergebnisse gut gebündelt beziehungsweise kommuniziert werden, um Forschungslücken auszuweisen und Empfehlungen für die zukünftige Forschungsarbeit zu unterbreiten (Elm et al. 2019). Die Recherchen erfolgten in den Datenbanken: Web of Science, PubMed®, und EBSCOhost. Aus EBSCOhost werden die Datenbanken MEDLINE, APA PsycArticles, APA PsycInfo, CINAHL und SocINDEX with Full Text ausgewählt. Folgende Suchstrategie wird angewandt: [elder*] AND [health service research*] AND [Germany*] NOT [migration*] NOT [migrant*].

Zusätzlich wurde zur ersten Fragestellung in Google Scholar mit der folgenden Suchstrategie gearbeitet: Ältere Menschen und Versorgungsforschung in Deutschland OHNE Migration, OHNE Migrant, OHNE Kind OHNE Pflege. Da trotz der Einschränkung OHNE Pflege Treffer zum Thema Pflege in der Trefferliste enthalten waren, wurde im Suchraster nach medizinischer und pflegerischer Versorgung differenziert (1.253 Treffer). Für die Recherche zur zweiten Fragestellung erfolgte eine zusätzliche Recherche in der Datenbank CareLit. Die Suchstrategie in CareLit erfolgt mit den deutschen Schlagworten [ältere*] AND [Versorgungsforschung*] AND [Deutschland*] NOT [Migration*] NOT [Migrant*]. Zudem erfolgte eine Handsuche in Google Scholar.

Es wurden deutsche und englische Treffer in allen Datenbanken gesichtet und nach Möglichkeit Publikationen ausgewählt, die sich auf Deutschland beziehen. Der Recherchezeitraum umfasst die letzten fünf Jahre (Zeitraum: 01.01.2018 bis April 2023) und wurde erweitert, wenn keine relevanten Ergebnisse aus diesem Zeitraum vorlagen. Weitere Selektionskriterien waren die Altersgruppe über 65-Jährigen und die Länderauswahl Germany (soweit in den Datenbanken zur Auswahl gestellt). Die Treffer wurden im Literaturverwaltungsprogramm Endnote zusammengeführt und gemäß Titel, Abstract und Volltext hinsichtlich der Beantwortung der Fragestellungen selektiert. Das Suchraster zu beiden Forschungsfragen sah wie folgt aus: *Titelscreening*: Selektion nach medizinischer und pflegerischer Versorgung älterer Menschen (nicht Migrant:innen), *Abstractscreening*: Selektion nach medizinischer und pflegerischer Versorgung älterer Menschen (nicht Migrant:innen), *Volltextscreening*: Selektion nach: Zugang, Inanspruchnahme und Qualität der medizinischen und pflegerischen Versorgung jeweils differenziert nach Gender, Altersgruppen, sozioökonomischer Status, Versichertenstatus und Regionen.

Rechercheergebnis Web of Science, PubMed und EBSCOhost

Die Recherche ergab 762 Treffer: Web of Science (n=383), PubMed® (n=492) und EBSCOhost (n=50) (Stand: 11.04.2023).

Abbildung 3: Flussdiagramm zur Datenbankrecherche in Web on Science, PubMed und EBSCOhost (nach PRISMA-Statement aus Elm et al. 2019)

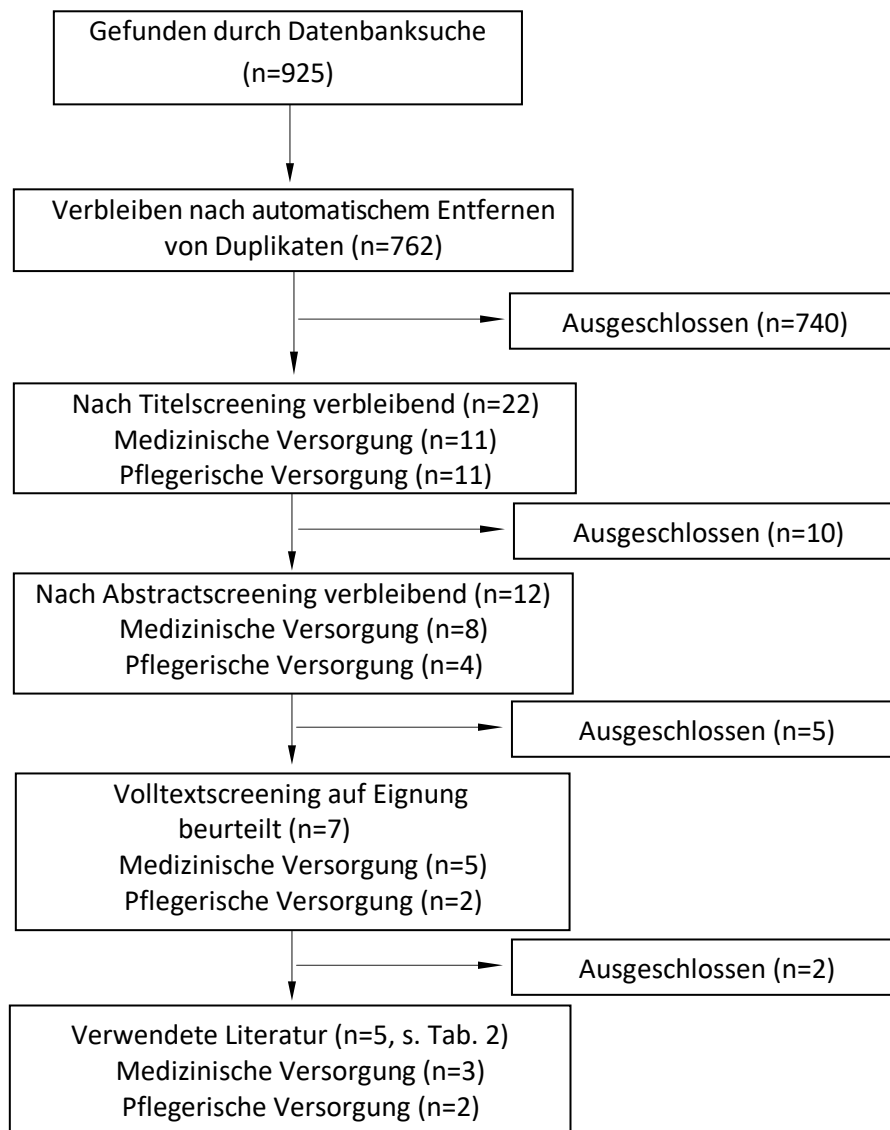


Tabelle 3: Verwendete Literatur aus der Recherche in Web of Science, PubMed und EBSCOhost (n=5)

Autor:innen	Jahr	Titel	Zuordnung
Brinkmann et al.	2023	Kosteneffektivität von Case und Care Management bei älteren Populationen in Dtl.: Eine systematische Literaturübersicht.	Medizin <i>Qualität</i>
Stein et al.	2019	Unmet health care needs in old age and their association with depression – results of a population-representative survey.	Medizin <i>Qualität</i>
Stein et al.	2020	Unmet care needs in the oldest old with social loss experiences: results of a representative survey.	Medizin <i>Qualität</i>
Bieber et al.	2019	Influences on the access to and use of formal community care by people with dementia & their inf. caregivers: scoping review.	Pflege <i>Inanspruchnahme</i>
Lera et al.	2021	Socioeconomic Inequality in the Use of Long-Term Care among European Older Adults: An Empirical Approach Using the SHARE Survey	Pflege <i>Inanspruchnahme</i>

Rechercheergebnis zur ersten Fragestellung in Google Scholar: Die Recherche ergab 1.253 Treffer. Die Recherche in CareLit ergab 121 Treffer (Stand: 01.05.2023).

Abbildung 4: Flussdiagramm zur Recherche für die erste Forschungsfrage (nach PRISMA-Statement aus Elm et al. 2019)

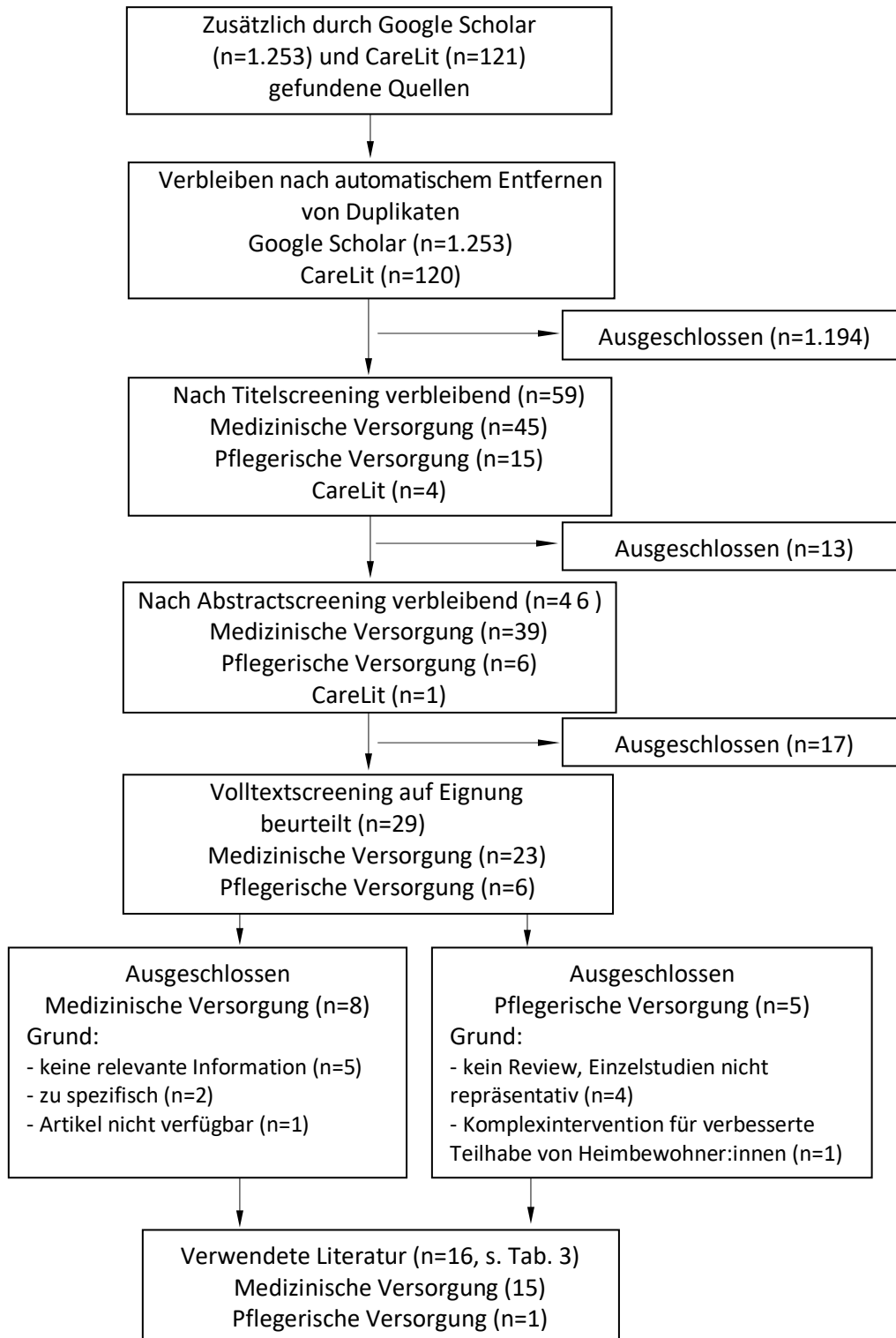


Tabelle 4: Verwendete Literatur aus der Recherche mit Google Scholar und CareLit zu Zugang, Inanspruchnahme und Qualität bei der medizinischen Versorgung (n=16)

Autor:innen	Jahr	Titel	Zuordnung
Klein et al.	2022	Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. In: Siegrist J, Stöbel U, Trojan A. (Hrsg.): <i>Medizinische Soziologie in Deutschland. Entstehung und Entwicklung</i> . Wiesbaden: Springer VS, S. 213-228.	Medizin <i>Zugang</i>
Krause et al.	2020	Zugangsbarrieren zur gesundheitlichen Versorgung bei Frauen ab 50 Jahren in Deutschland.	Medizin <i>Zugang</i>
Nowossadeck et al.	2020	Demografische Situation der weiblichen Bevölkerung im Alter von 50 Jahren und älter in der Region Nordost – Ausgewählte Aspekte.	Medizin <i>Zugang</i>
Van den Busche	2019	Die Zukunftsprobleme der hausärztlichen Versorgung in Deutschland: Aktuelle Trends und notwendige Maßnahmen.	Medizin <i>Zugang</i>
Strumann et al.	2020	Regionale Unterschiede zwischen Fachärztinnen und Fachärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internistinnen und Internisten in der hausärztlichen Versorgung.	Medizin <i>Zugang</i>
Graf von Stillfried et al.	2022	Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland	Medizin <i>Zugang</i>
Holleder et al.	2018	Ungedeckter medizinischer Versorgungsbedarf in Deutschland: Ergebnisse im EU-SILC-Survey 2005 bis 2014.	Medizin <i>Qualität</i>
Keil et al.	2020	Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation.	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Knorr et al.	2020	Geriatrische Versorgung in ländlichen Regionen: Ergebnisse aus zwei standardisierten Befragungen von Leistungserbringern und Akteuren	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Lampert et al.	2019	30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands.	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Prütz et al.	2021	Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland – Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Schmuker et al.	2021	Diagnosehäufigkeit und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Schulz et al.	2021	Ungleichheit in der fachärztlichen Versorgung von älteren Menschen	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Schröder et al.	2019	Eine qualitative Studie zu Versorgungsungleichheiten aus Patientensicht	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Welzel et al.	2018	Vielnutzung hausärztlicher Versorgung im Alter – eine systematische Literaturübersicht europäischer Studien	Medizin <i>Inanspruchnahme</i>
Stiefler et al.	2020	Einflussfaktoren für einen Heimeintritt bei bestehender Pflegebedürftigkeit – eine systematische Übersichtsarbeit.	Pflege <i>Inanspruchnahme</i>

Rechercheergebnis zur zweiten Fragestellung in Google Scholar

Nach Sichtung der Literatur zum ersten breit angelegten Suchdurchlauf (mit wenig relevanten Treffern) wurde zur zweiten Fragestellung die Handsuche in Google Scholar spezifiziert, um Zugang und Inanspruchnahme pflegerischer Versorgung nach sozioökonomischen Charakteristika zu beschreiben. Dazu kam folgende Suchstrategie zum Einsatz: Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege Review (OHNE Migration, Migrant, Kind, Kinder, Ukraine, Covid, Medien). Für den Zeitraum 2018 bis 2023 ergaben sich 134 Treffer, wobei vier Treffer relevant sind (Ehrlich et al. 2019; Ehrlich et al. 2021; Englert et al. 2023; Rebaudo et al. 2021). Des Weiteren wurden Einflussfaktoren Heimeintritt Pflegebedürftigkeit (OHNE Migration, Migrant, Kind, Kinder, Ukraine, Covid, Medien) recherchiert. Für denselben Zeitraum ergaben sich 40 Treffer, wobei ein Treffer relevant ist (Stiefeler et al. 2022). Die zusätzliche Suche in CareLit ergab 121 Treffer (Stand: 17.04.2023). Aufgrund der praxisbezogenen (nicht wissenschaftlichen) Ausrichtung der Beiträge wurde keiner dieser Treffer in die Expertise einbezogen. Die Qualität der pflegerischen Versorgung ist ein umfassend beforschtes Thema, wie die Trefferzahl von 10.500 in Google Scholar für den Zeitraum 2018 bis 2023 belegt. Dazu wurde folgende Suchstrategie für den ambulanten Bereich eingesetzt: Qualität in der ambulanten Pflege Übersicht (OHNE Migration, Migrant, Kind, COVID, Medien, Robotik). Als Ausgangspunkt wurde der Pflege-Report 2018 (Büscher et al. 2018) als relevant eingestuft. Zur Beschreibung der aktuellen Situation wurde ein Scoping Review zur Qualität in der ambulanten Pflege (Wehnert et al. 2021) und ein aktueller Beitrag zur Qualität in der stationären Pflege (Krebs et al. 2023) und die S3-Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe (AWMF 2018) in die Expertise eingeschlossen. Zur Erklärung einzelner Befunde wurden ggf. Referenzen aufgenommen, die vor dem Jahr 2018 publiziert wurden.

Tabelle 5: Verwendete Literatur aus der Recherche mit Google Scholar und CareLit zu Zugang, Inanspruchnahme und Qualität bei der pflegerischen Versorgung (n=9)

Autor et al.	Jahr	Titel	Zuordnung
AWMF	2018	Langversion der multiprofessionellen S3-Leitlinie Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe	Pflege <i>Qualität</i>
Büscher et al.	2018	Qualität in der ambulanten Pflege	Pflege <i>Qualität</i>
Ehrlich et al.	2019	Pflegende Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie?	Pflege <i>Zugang</i>
Ehrlich et al.	2021	Stille Helden bei der Pflege daheim	Pflege <i>Zugang</i>
Englert et al.	2023	Soziale Ungleichheit in der häuslichen Pflege: ein Scoping-Review zum Einfluss sozioökonomischer Ressourcen auf die Gestaltung häuslicher Pflegearrangements	Pflege <i>Inanspruchnahme</i>
Krebs et al.	2023	Qualitätsmessung in Einrichtungen der Langzeitpflege – Notwendigkeit eines systemischen Verständnisses.	Pflege <i>Qualität</i>
Rebaudo et al.	2021	Daten zur informellen Pflege. Pflegebedürftige und Pflegende.	Pflege <i>Zugang</i>
Stiefler et al.	2022	Prädiktoren für den Eintritt in ein Pflegeheim bei bestehender Pflegebedürftigkeit – Eine Sekundärdatenanalyse im Längsschnittdesign.	Pflege <i>Inanspruchnahme</i>
Wehner et al.	2021	Qualität in der ambulanten Pflege – Übersichtsarbeit über die relevanten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Versorgungsaspekte	Pflege <i>Qualität</i>

Medizinische und pflegerische Versorgung im Alter: Literaturrecherche und -analyse

Dr. Andrea Budnick, Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft, Charité Berlin

Die Expertise wurde im März 2023 in Auftrag gegeben und im Oktober 2023 eingereicht. Das Jahr der Veröffentlichung ist 2025.

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner
mit Unterstützung von Angela Braasch

Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Die Erstellung der Expertisen für die Altersberichte der Bundesregierung und die Geschäftsstelle für die Altersberichte werden

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Budnick, Andrea (2025): Medizinische und pflegerische Versorgung im Alter: Literaturrecherche und -analyse. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von S. Migala, C. Hagen und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. URL: <https://www.neunter-altersbericht.de/>.