

Pflege-Report 2017

„Die Versorgung der Pflegebedürftigen“

Klaus Jacobs / Adelheid Kuhlmeiy /
Stefan Greß / Jürgen Klauber /
Antje Schwinger (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2017

Auszug Seite 3–11



1	Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter.....	3
	<i>Stefan Blüher, Susanne Schnitzer und Adelheid Kuhlmeiy</i>	
1.1	Der Zustand Pflegebedürftigkeit.....	4
1.2	Determinanten der Pflegebedürftigkeit.....	4
1.2.1	Krankheitsentwicklungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit.....	5
1.2.2	Soziale Determinanten der Pflegebedürftigkeit.....	6
1.2.3	Mobilität, Sturz und Inkontinenz als Determinanten der Pflegebedürftigkeit.....	7
1.2.4	Wohlbefinden und psychische Erkrankungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit.....	7
1.2.5	Subjektive Gesundheit als Determinante der Pflegebedürftigkeit.....	8
1.3	Fazit.....	9

1 Der Zustand Pflegebedürftigkeit und seine Einflussfaktoren im hohen Lebensalter

Stefan Blüher, Susanne Schnitzer und Adelheid Kuhlmeiy

Abstract

Pflegebedürftig zu werden und damit im Alltag auf Hilfe und Unterstützung angewiesen zu sein ist zu einem allgemeinen Lebensrisiko vor allem für sehr alte Menschen geworden (vgl. Kuhlmeiy et al. 2013). Pflegebedürftigkeit wird in Deutschland – mit Verabschiedung des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes (und ab 01.01.2017 umgesetzt) – als Grad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit und der Abhängigkeit von personeller Hilfe in unterschiedlichen Lebensbereichen und bei Aktivitäten bestimmt. Einen international vereinbarten und gültigen Begriff von Pflegebedürftigkeit gibt es bis heute nicht, aber es besteht Konsens dahingehend, dass in jedem Falle eine Abhängigkeit von personeller Hilfe besteht (Dorin und Büscher 2012).

In welchem Zustand befinden sich alte Menschen, denen es unmöglich geworden ist, den Lebensalltag allein zu meistern? Was sind die Ursachen der Entstehung dieses Zustandes? Welche Determinanten hängen mit der Pflegebedürftigkeit zusammen? Diesen Fragen geht der Beitrag nach. Denn noch ist nicht bekannt, an welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Einbußen und sozialer Konstellationen dieser qualitativ andere und von einer chronisch körperlichen oder psychischen Krankheit differente Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand entsteht.

To be in need of care and dependent on help and support in everyday life has become a general risk in life, especially for very old people (see Kuhlmeiy et al. 2013). In Germany, with the implementation of the Second Long-Term Care Reinforcement Act (as of January 1, 2017), the need for care is determined as a degree of impairment of autonomy and dependence on human assistance in different areas of life and with activities. An internationally agreed and valid concept of long-term care does not yet exist, but there is a consensus that it always involves a dependency on personal assistance (Dorin and Büscher 2012).

What is the state of health of elderly people who have become incapable of mastering life on their own? What are the causes of this condition? Which determinants are related to the need for care? These are the questions the paper pursues. For it is not yet known at what point of accumulation of physical suffering, psychological losses and social constellations this state of health and disease – which differs from a chronic physical or mental illness – arises.

1 1.1 Der Zustand Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität, dem meist langjährige Krankheitsprozesse vorausgehen oder der durch ein Ereignis – wie beispielsweise das Auftreten eines Schlaganfalls – ausgelöst wird.

Die Lebenszeitprävalenz zeigt realistisch an, wie groß das Risiko ist, im Laufe seines Lebens pflegebedürftig zu werden: 67 % der Frauen und 47 % der Männer waren im Jahr 2009 vor ihrem Versterben pflegebedürftig. Demnach wird fast jeder zweite Mann und zwei Drittel der Frauen im Lebensverlauf pflegebedürftig (Rothgang 2010).

Durch die Studien zu „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung“ (MuG), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die das Ausmaß an Vulnerabilität von zumeist älteren Menschen in Pflegesituationen verdeutlichen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen/Waschen, gefolgt von An- und Auskleiden, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten verursacht das Einkaufen die größte Abhängigkeit, gefolgt von der Reinigung der Wohnung, der Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Das Ausmaß funktioneller Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung noch deutlicher: Fast 90 % der Bewohner haben Hilfebedarf beim Duschen und Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Toilettennutzung sowie bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich von Bewegung und Beweglichkeit betreffen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit und depressiven Verstimmungen.

Diese Einschätzung wird durch die Daten aus MuG IV zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen gestützt: Knapp 60 % der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 % antriebsarm oder niedergeschlagen, knapp 50 % zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Hilfestellung. Eine häufig oder gelegentlich beeinträchtigte Orientierung im Hinblick auf Personen wiesen knapp 40 % auf und zwischen 30 und 35 % zeigten Störungen im Tag-/Nachtrhythmus sowie sozial abweichendes Verhalten (Schneekloth 2006).

1.2 Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Fakt ist, dass das Alter eine wesentliche Determinante der Pflegebedürftigkeit darstellt. So steigt das Pflegerisiko im Altersgang deutlich an: Sind bei den 60- bis unter 80-Jährigen nur etwa 3,5 % pflegebedürftig, ist mit 80 Jahren etwa jeder Fünfte betroffen, mit 85 Jahren jeder Dritte und die 90-Jährigen und älteren insgesamt zu mehr als 60 % (Büscher und Wingenfeld 2008). Der starke Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko erklärt sich zum einen über die höhere Krankheitslast im Alter.

Zum anderen zeigen Studien auch dann noch starke Alterseffekte, wenn nach Morbiditäten adjustiert wurde (Schnitzer et al. 2015; Hajek et al. 2016; Borchert und Rothgang 2008). Dies legt die Vermutung nahe, dass neben der Krankheitslast weitere Faktoren – wie soziale Lebenslagen, psychisches Wohlbefinden und subjektive Gesundheit sowie das Geschlecht oder Wechselwirkungen im Rahmen der Medikation – den starken Einfluss des Alters auf das Pflegerisiko mit bestimmen.

1.2.1 Krankheitsentwicklungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit beruht grundsätzlich auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Weltweit sind 59 % aller Todesfälle pro Jahr durch chronische Erkrankungen verursacht. In Europa machen die chronischen Erkrankungen 77 % der Krankheitslast aus. Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören neben Frakturen (häufig nach Unfällen) insbesondere Hirngefäßerkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane.

Allerdings leiden 75,8 % der Frauen und 68 % der Männer in der Altersgruppe der 65- bis 74-Jährigen nicht nur unter einer, sondern unter zwei und mehr gleichzeitig vorliegenden chronischen Erkrankungen. Ab 75 Jahren steigt dieser Anteil auf 81,7 % bei Frauen und 74,2 % bei Männern. Über 27 % der Frauen und fast 20 % der Männer im Alter von 65 bis 74 Jahren leiden sogar an fünf und mehr chronischen Erkrankungen gleichzeitig. In den Altersgruppen ab 75 Jahre erhöht sich der Anteil auf rund 35 % bei Frauen und 26 % bei Männern (RKI Gesundheitsberichterstattung 2015).

Ein weiteres wesentliches Merkmal ist die insbesondere bei älteren Pflegebedürftigen auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, womit sehr häufig kognitive Einschränkungen verbunden sind. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu. Je nach Schätzung der gegenwärtigen Verbreitung der Demenz sowie der angewandten Prognosetechnik wird es bis 2050 zu einer Zunahme der Demenzerkrankungen von gegenwärtig 1 bis 1,5 Millionen auf 1,5 Millionen bis 3,5 Millionen kommen (RKI Gesundheitsberichterstattung 2015). Das Bundesministerium für Gesundheit geht auf Basis von Angaben der Alzheimer Gesellschaft sowie eigenen Daten von derzeit 1,6 Millionen und zukünftig bis zu 3 Millionen Demenzerkrankungen aus (zitiert nach RKI Gesundheitsberichtserstattung 2015).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit steigendem Lebensalter Krankheitsentwicklungen – wie die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen und funktioneller Beeinträchtigungen, die Gefahr von komplexen Krankheitsverläufen mit mehreren, sich wechselseitig beeinflussenden physischen und psychischen Einschränkungen – zu einer gesundheitlichen Vulnerabilität führen, die hoch mit dem Risiko der Pflegebedürftigkeit assoziiert.

Trotz dieser Kenntnisse bleibt nach wie vor die Frage offen, welche gesundheitsrelevanten Faktoren physischer, psychischer und sozialer Art *in welchen Kon-*

stellationen das Risiko der Entstehung und Progredienz von Pflegebedarf maßgeblich beeinflussen. Anders gefragt: Welche Erkrankungen oder funktionellen Beeinträchtigungen führen in welchen psychischen und sozialen Zusammenhängen mit höherer Wahrscheinlichkeit zu Pflegebedarf? Welche Merkmale können umgekehrt im Sinne von protektiven Faktoren für eine Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit identifiziert werden?

1.2.2 Soziale Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Gibt es bisher nur wenige eindeutige Erkenntnisse zum Einfluss von Morbiditäten auf Pflegebedürftigkeit, so liegen noch weniger Studien vor, die die Rolle sozialer Determinanten hinsichtlich des Risikos, pflegebedürftig zu werden, untersuchen.

Hajek und Kollegen befanden in ihrer kürzlich veröffentlichten Studie zu „longitudinal predictors of functional impairment in older adults in Europe“, dass das Risiko einer funktionellen Einschränkung u. a. für Personen ohne Partner/in erhöht ist (Hajek et al. 2016).

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

Die konkreten Hintergründe für den Einfluss von Partnerschaft auf das Risiko einer Pflegebedürftigkeit sind bisher weitestgehend unklar. Wie oben beschrieben sind es vor allem Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten wie Duschen, Waschen oder An- und Auskleiden, die den Umfang des Hilfe- und Pflegebedarfs in Deutschland begründen. Und gerade hier kann angenommen werden, dass die Unterstützung durch einen Partner/ eine Partnerin oder naher Verwandte sowie der nachbarschaftliche Kontakt oder Freunde im näheren Umfeld protektiv wirken und insbesondere Einfluss auf den Zeitpunkt eines Eintritts von Pflegebedürftigkeit haben können. Diese Annahme wird durch eine Studie von Unger und Kollegen erhärtet. Sie stellen fest, dass das Vorhandensein von nahen Angehörigen die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen nach SGB XI reduziert (Unger et al. 2015). Allerdings ist dies nur für männliche Pflegebedürftige zu beobachten. Die Substitution von Pflegeleistungen nach SGB XI erfolgt damit primär durch die Ehepartnerin. Darüber hinaus konnte diese Substitution durch nahe Angehörige nicht in den unteren Einkommensschichten festgestellt werden. Die Autoren vermuten als Hintergrund hierfür, dass untere Statusgruppen stärker auf die finanziellen Anreize der Pflegeversicherung ansprechen. Die Ergebnisse von Unger et al. verweisen also u. a. darauf, dass Versicherungsleistungen ganz oder teilweise durch Partner und Angehörige im Sinne informeller Pflegeleistungen substituiert werden. Darüber hinaus und davon unabhängig stellt sich die Frage, ob eine Partnerschaft, nahe Angehörige oder tragfähige soziale Netzwerke auch einen eigenständigen protektiven Einfluss auf die Vermeidung oder Verzögerung einer Pflegebedürftigkeit haben. Denkbar wäre, dass sich soziale Unterstützungsressourcen positiv auf die Förderung der kognitiven Leistungsfähigkeit oder der körperlichen Aktivität auswirken.

1.2.3 Mobilität, Sturz und Inkontinenz als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Der im Rahmen der „Berliner Initiative Studie (BIS)“ (Schaeffner et al. 2010) erhobene Gesundheitsstatus alter und sehr alter Probanden ab dem 70. Lebensjahr (mittleres Alter: 82 Jahre) verweist auf beeinflussbare Potenziale wie Beweglichkeit und Mobilität, Sturzgefahren oder die kognitive Leistungsfähigkeit, die mit Blick auf die Entstehung von Pflegebedürftigkeit nicht ausgeschöpft sind.

In einem Test der BIS-Studie zur Erfassung der Mobilität (Timed Up & Go – TUG, Podsiadlo und Richardson 1991) zeigen sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer im Ergebnis durchschnittlich sehr mobil. Der TUG-Test konnte bei 92 % der Probanden durchgeführt werden. Gründe für die Nicht-Durchführbarkeit der Testung sind vor allem Bettlägrigkeit, Behinderung oder starke kognitive Einschränkung. Lediglich 8 % der Teilnehmenden konnten den Test nicht innerhalb der als Norm angegebenen Zeit (20 Sekunden) bewältigen. Personen mit Gehhilfen benötigen dabei im Schnitt rund 11 Sekunden länger als Personen ohne Gehhilfen. Diese Ergebnisse sind mit anderen Untersuchungen zur Gesundheit Älterer vergleichbar (Schoene et al. 2013). Studien verweisen auf den Zusammenhang von Bewegung und kognitiver und physischer Gesundheit (Hamer und Chida 2008). Daher sollten die vorhandenen Mobilitätspotenziale alter und sehr alter Menschen gefördert werden. Denkbar wären beispielsweise vom Hausarzt empfohlene oder vermittelte Bewegungsangebote – auch für mobil bereits eingeschränkte Personen. Je mobiler und körperlich aktiver alte und sehr alte Menschen sind, desto geringer ist zudem das Risiko eines Sturzes. Und Stürze leiten häufig den Beginn einer Pflegebedürftigkeit ein. In der BIS-Kohorte berichten Befragte über 90 Jahre mehr als doppelt so häufig über ein oder mehrere Sturzereignisse. Insgesamt sind 11 % der Befragten in den letzten vier Wochen gestürzt, wobei sich in rund der Hälfte der Fälle die Stürze in der eigenen Häuslichkeit ereigneten.

Darüber hinaus berichtet mehr als ein Drittel der BIS-Probanden von ungewolltem Urinverlust in den letzten vier Wochen. Harninkontinenz kommt dabei deutlich häufiger bei Frauen als bei Männern vor, zudem tritt sie mit steigendem Alter immer häufiger auf. Der Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und Harninkontinenz ist bereits vielfach beschrieben und zeigt in der Fachliteratur vergleichbare Befunde wie in der BIS-Kohorte (CDC 2014). Die höhere Prävalenz der Harninkontinenz bei Frauen lässt sich auf anatomische sowie physiologische Unterschiede des weiblichen Harntraktes zurückführen (Hillard 2010). Harninkontinenz gilt als einer der Hauptgründe für den Eintritt in ein Pflegeheim, da pflegende Angehörige im häuslichen Setting mit der Bewältigung von Harninkontinenz häufig überfordert sind (Boguth 2009; Friedman et al. 2005).

1.2.4 Wohlbefinden und psychische Erkrankungen als Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Die BIS-Kohorte weist ein insgesamt hohes psychisches Wohlbefinden auf (MHI-5, Rumpf et al. 2001). Lediglich 15 % der Probanden liegen hier außerhalb des empfohlenen Normbereichs. Der Anteil an psychischen Verstimmungen ist vergleichbar mit den Prävalenzen anderer Studien (Kelly et al. 2008; Strand et al. 2003). Frauen

berichten häufiger von mangelndem psychischem Wohlbefinden und Verstimmungen als Männer.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, an einer Depression zu erkranken. So weist die unipolare Depression bei Personen ab 60 Jahre eine Prävalenz von 7 % auf. Die Prävalenz leichter Formen von Depression ist wesentlich höher (WHO 2016). Als altersspezifische Auslöser für Depressionen bei älteren Menschen gelten z. B. die Umstellung des sozialen Umfeldes mit Beendigung des Arbeitsverhältnisses, der vermehrte Verlust von körperlicher und sozialer Selbstständigkeit und gehäufte Verluste von Partnern und gleichaltrigen Freunden, die zu großer seelischer Belastung führen können. Inwieweit psychisches Wohlbefinden und Depression mit dem Risiko einer Pflegebedürftigkeit einhergehen bzw. welche Wechselwirkungen zwischen Wohlbefinden/Depressionen, kognitiven/physiologischen Abbauprozessen und einer Pflegebedürftigkeit bestehen, ist bisher noch weitestgehend unklar. Allerdings zeigt sich eine signifikante Prävalenz von Depression unter den Pflegebedürftigen (Rothgang et al. 2008; Garms-Homolova et al. 2010).

Wie bereits weiter oben angeführt treten im hohen Alter neben den chronisch-degenerativen Erkrankungen zugleich Erkrankungen der Psyche verbunden mit kognitiven Einschränkungen auf. Mithilfe von Testungen zur Einschätzung der kognitiven Leistungsfähigkeit (Rapp et al. 2002) können Hinweise auf kognitive Abbauprozesse bzw. psychische Erkrankungen wie Demenzen gewonnen werden. Mehr als drei Viertel der Probanden der BIS-Kohorte (86 %) liegen mit ihren Ergebnissen im Normbereich – sind demnach kognitiv unauffällig. Lediglich bei 12 % kann von einer (beginnenden) kognitiven Einschränkung gesprochen werden. Hierbei zeigen sich signifikante Altersunterschiede in der Verteilung: Der Anteil an kognitiv eingeschränkten Probanden liegt in der Altersgruppe der 90-Jährigen und älteren mit über 30 % bei Weitem am höchsten. In diesen Kontext ordnet sich die Tatsache ein, dass kognitive Einschränkungen und das Auftreten einer Pflegebedürftigkeit hoch korrelieren (Hajek et al. 2016).

1.2.5 Subjektive Gesundheit als Determinante der Pflegebedürftigkeit

Im Rahmen der Berliner „BIS-Studie“ wurde deutlich, dass auch bereits Pflegebedürftige noch über bedeutsame psycho-soziale gesundheitsbezogene Ressourcen verfügen: So ist bemerkenswert, dass mit 28 % in etwa ebenso viele der Pflegebedürftigen über einen „guten bis sehr guten“ subjektiven Gesundheitszustand berichten wie über einen „(sehr) schlechten“ (29 %). Zu erwarten wäre hier sicherlich ein deutlich höherer Anteil schlechter subjektiver Gesundheit in der Gruppe der Pflegebedürftigen gewesen. Die insgesamt recht positive Einschätzung der eigenen Gesundheit in dieser vulnerablen Zielgruppe kann als bedeutsames psycho-soziales Potenzial gewertet werden. Erste Ergebnisse verweisen auf Zusammenhänge zwischen subjektiver Gesundheit und Pflegebedürftigkeit: Als Risikofaktor formuliert, liegt – unabhängig von Gesundheitsverhalten, Alter und vorliegender Morbidität – die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedarf bei berichteter schlechter subjektiver Gesundheit rund viermal höher als in der Vergleichsgruppe mit guter oder sehr guter Einschätzung der eigenen Gesundheit. Mit Blick auf Überlegungen zur Gestaltbarkeit der weiteren Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger kann argumentiert werden, dass dem Faktor „subjektive Gesundheit“ höhere Beachtung geschenkt werden

sollte. Die Einbeziehung subjektiver Bewertungen der eigenen gesundheitlichen Lage im Sinne erfolgversprechender Strategien von Gesundheitsförderung und Prävention ordnet sich dabei in bekannte allgemeinere Befunde aus der Gerontologie ein: So zeigte die Berliner Altersstudie bereits in den 1990er Jahren häufig auftretende Diskrepanzen von objektivem und subjektivem Gesundheitszustand bei alten Männern und Frauen, die noch dazu mit steigendem Alter weiter zunehmen (Borchelt et al. 1996). Wahl und Kruse (1999) betonen ebenfalls die Differenz beider Dimensionen und verweisen auf verbreitete Über- oder Unterschätzungen der eigenen Gesundheit im höheren Lebensalter. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang, dass subjektive gesundheitsbezogene Einschätzungen und Haltungen, gemeinsam mit allgemeinem Wohlbefinden und Zufriedenheit, wichtige subjektive Dimensionen des Konstrukts „Lebensqualität“ darstellen, die mit objektiv fassbaren Dimensionen wie Bildung, materielle Lage und Teilhabe in sozialen Netzwerken korrespondieren (vgl. z. B. Motel-Klingebiel et al. 2010). Für die Praxis von Gesundheitsförderung und Prävention, sowohl im Vorfeld einer Pflegebedürftigkeit als auch bei bereits eingetretenem Hilfe- und Pflegebedarf, kann abgeleitet werden, dass die Identifizierung von Risiken und die gezielte Stärkung von Ressourcen vor allem dem Bereich der Lebensqualität (in subjektiver wie objektiver Dimension) gelten sollte. In diesem Zusammenhang sind u. a. die Stärkung von Gesundheitskompetenz und die Förderung von Selbstwirksamkeit im Sinne der Überzeugung, dass eigenes (Gesundheits-)Handeln tatsächliche Auswirkungen auf den (wahrgenommenen) Gesundheitszustand haben kann, wesentliche Ansatzpunkte.

1.3 Fazit

Für das Erkenntnisinteresse, an welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Einbußen und sozialer Konstellationen der spezifische Krankheitszustand Pflegebedürftigkeit entsteht, ist – neben einer weiterhin notwendigen Verbesserung der longitudinalen Datenlage zum Einfluss objektiver Gesundheitsparameter – eine viel größere Aufmerksamkeit auf die Wirkungszusammenhänge von psycho-sozialen Determinanten sowie vermeintlich „weichen“ Faktoren – wie die subjektive Gesundheitseinschätzung – zu richten.

Dabei sollte perspektivisch insbesondere die protektive Wirkung sozialer Unterstützung durch Partnerschaft und tragfähige Netzwerke auf die Vermeidung oder Verzögerung von Pflegebedürftigkeit untersucht werden. Anzunehmen ist, dass Schutzeffekte nicht nur durch die bloße Kompensation von Aktivitäten des täglichen Lebens entstehen, sondern auch durch geistige Anregung, soziale Interaktion und emotionale Unterstützung. Die Stabilisierung des psychischen Befindens und der kognitiven Fähigkeiten könnte einen Einfluss darauf haben, dass trotz bereits erheblicher körperlicher Einschränkungen ein Eintritt von Pflegebedürftigkeit verzögert werden kann. Dieser – noch zu untersuchende – Zusammenhang dokumentiert sich u. a. in dem Faktum, dass nicht alle Personen mit objektiv vergleichbarem Krankheitsstatus auch tatsächlich pflegebedürftig sind.

Literatur

- Blüher S, D. Dräger A, Budnick C, Seither und Kummer K. Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *HeilberufeScience* 2011, DOI 10.1007/s16024-011-0048-1.
- Boguth K. Harninkontinenz im Pflegeheim: Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiko- und Schutzfaktoren. Bern: Huber 2009.
- Borchelt M, Gilberg R, Horgas AL, Geiselmann B. Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung. In: Mayer KU, Baltes PB (Hrsg). *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag 1996; 449–74.
- Borchert L, Rothgang H. Soziale Einflüsse auf das Risiko der Pflegebedürftigkeit älterer Männer. In: Bauer U, Büscher A (Hrsg). *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer 2008; 215–37.
- Büscher A, Wingefeld K Funktionseinschränkungen und Pflegebedürftigkeit im Alter. In: Kuhlmeiy A, und Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern 2008.
- Bussche H van den, Heinen I, Koller D et al. Die Epidemiologie von chronischen Krankheiten und Pflegebedürftigkeit. *Z Gerontol Geriatr* 2013; 47: 403–9
- CDC. Prevalence of incontinence among older Americans. *Vital and health statistics, series 3, analytical and epidemiological studies, number 36*. Hyattsville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics, Centers for Medicare & Medicaid Services (ed) 2014. ISBN 0-8406-0666-4.
- COMPASS – „Private Pflegeberatung“. Studie zu Erwartungen und Wünschen der PPV-Versicherten an eine qualitativ gute Pflege und an die Absicherung bei Pflegebedarf. COMPASS-Versichertenbefragung 2010. http://www.compass-pflegeberatung.de/tl_files/compass/Redaktion/Pdf's/COMPASS-Versichertenbefragung-Ergebnisband.pdf.
- Dorin L, Büscher A. Ambulante Pflegearrangements von Schwerpflegebedürftigen: Präferenzen, Erwartungen, Entscheidungshintergründe. In: Böcken J, B. Braun B, Repschläger U (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2012*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2012.
- Friedman SM et al. Characteristics Predicting Nursing Home Admission in the Program of All-Inclusive Care for Elderly People. *Gerontologist* 2005; 45 (2): 157–66.
- Garms-Homolova V, Flick U, Röhsch G. Sleep disorders and activities in long term care facilities – a vicious cycle? *J Health Psychol* 2010; 15 (5): 744–54.
- Hajek A, König HH. Longitudinal Predictors of Functional Impairment in Older Adults in Europe– Evidence from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *PloS one* 2016; 11 (1), e0146967.
- Hajek A, Bretschneider C, Ernst A, Posselt T, Mamone S, Wiese B, Stein J. Einflussfaktoren auf die Pflegebedürftigkeit im Längsschnitt. *Das Gesundheitswesen* 2016.
- Hamer M, Chida Y. Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med* 2009; 39 (1): 3–11. doi: 10.1017/S0033291708003681. Epub 2008.
- Hillard T. The postmenopausal bladder. *Menopause International* 2010; 16 (2): 74–80.
- Kelly MJ, Dunstan FD, Lloyd K, Fone LF. Evaluating Cutpoints for the MHI-5 and MCS Using the GHQ-12: A Comparison of Five Different Methods. *BMC Psychiatry* 2008; 8 (1): 10.
- Kuhlmeiy A, Suhr R, Blüher S, Dräger D. Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr. In: Böcken J, Braun B, Repschläger U (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2013*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2013.
- Kuhlmeiy A, Dräger D, Winter M, Beikirch E. COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. *DZA-Informationdienst Altersfragen* 2010; 37 (4): 4–11.
- Kuhlmeiy A. Alter – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: Kuhlmeiy A, Schaeffer D (Hrsg). *Alter, Gesundheit und Krankheit*. Bern: Hans Huber 2008.
- Motel-Klingebiel A, Wurm S, Huxhold O, Tesch-Römer C. Wandel von Lebensqualität und Ungleichheit in der zweiten Lebenshälfte. In: Motel-Klingebiel A., Wurm S, Tesch-Römer C (Hrsg).

- Altern im Wandel – Befunde des Deutschen Alterssurveys (DEAS). Stuttgart: Kohlhammer 2010; 15–34.
- Nilsson CJ, Avlund K, Lund R. Social inequality in onset of mobility disability among older Danes: the mediation effect of social relations. *Journal of aging and health* 2010; 22 (4): 522–41.
- Offermans MPW et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in nursing home residents: A systematic review. *Neurourol Urodyn* 2009; 28 (4): 288–94.
- Podsiadlo D, Richardson S. The timed „Up & Go“: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142–8.
- Rapp MA, Rieckmann N, Gutzmann H, Folstein MF. Micro-Mental Test – a short method of dementia screening. *Der Nervenarzt* 2002; 73: 839–44. doi:10.1007/s00115-002-1324-1.
- Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Sankt Augustin: Asgard 2008.
- Rothgang H, Iwansky S, Müller R, Sauer S, Unger R (Hrsg). GEK-Pflegereport 2010. Schwerpunktthema: Demenz und Pflege. St. Augustin: Asgard 2010.
- RKI. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin, November 2015
- Rumpf HJ, Meyer C, Hapke U, John U. Screening for mental health: validity of the MHI-5 using DSM-IV Axis I psychiatric disorders as gold standard. *Psychiatr Res* 2001; 105 (3): 243–53.
- Schaeffner ES, van der Giet M, Gaedeke J, Tölle M, Ebert N, Kuhlmann MK, Martus P. The Berlin initiative study: the methodology of exploring kidney function in the elderly by combining a longitudinal and cross-sectional approach. *Eur J Epidemiol* 2010; 25 (3): 203–10.
- Schneekloth U. Hilfe- und Pflegebedürftige in Alteinrichtungen 2005. Schnellbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ (MuG IV). Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München 2006.
- Schnitzer S, Knesebeck vd O, Kohler M, Peschke D, Kuhlmeier A, Schenk L. How does age affect the care dependency risk in the first year after stroke? A study based on claims data from a German health insurance fund. *BMC Geriatrics* 2015; 15: 135. DOI: 10.1186/s12877-015-0130-0.
- Schoene D, Wu MS, Mikolaizak AS, Menant JC, Smith ST, Delbaere K, Lord SR. Discriminative Ability and Predictive Validity of the Timed Up and Go Test in Identifying Older People Who Fall: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Am Geriatr Soc* 2013; 61 (2): 202–8. doi:10.1111/jgs.12106.
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the Mental Health Status of the Norwegian Population: A Comparison of the Instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatr* 2003; 57 (2): 113–8.
- Unger R, Giersiepen K, Windzio M. Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 2015; 67 (1): 193–215.
- Wahl HW, Kruse A. Aufgaben, Belastung und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion. In: *Z Gerontol Geriatr* 1999; 32: 456–72.
- World Health Organization. Mental health and older adults. Fact sheet. 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>