

# Bachelorarbeit

## Die pflegerische Versorgung älterer Menschen in Bezug auf den sozioökonomischen Status

Eingereicht von  
Laura Madlene Hatzl

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Bachelor of Nursing Science  
(BScN)

Medizinische Universität Graz  
Institut für Pflegewissenschaft

Unter Anleitung von  
Dr.<sup>in</sup> Manuela Hödl, MSc, BSc

Graz, 25.03.2020

## **Eidesstattliche Erklärung**

*„Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

25.03.2020

*Laura Madlene Hatzl, eh“*

# 1 Inhaltsverzeichnis

<b>5</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
5.1	Hintergrund .....	1
5.1.1	Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen .....	3
5.1.2	Kostenübernahme von Pflegeleistungen .....	5
5.1.3	Informelle Pflege .....	5
5.2	Definitionen / Erläuterungen .....	6
5.3	Relevanz des Themas für die Pflege .....	7
5.4	Forschungsziel und Forschungsfrage .....	8
<b>6</b>	<b>Material und Methoden</b> .....	<b>9</b>
<b>7</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>13</b>
7.1	Charakteristika der ausgewählten Studien.....	13
7.2	Häusliche Pflege.....	19
7.2.2	Informelle Pflege.....	23
7.2.3	Pflege am Lebensende.....	24
7.3	Pflege im Krankenhaus oder im Pflegeheim .....	24
<b>8</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b> .....	<b>26</b>
8.1	Stärken und Limitationen .....	32
8.2	Implikationen für die Forschung .....	33
8.3	Implikationen für die Praxis .....	34
<b>9</b>	<b>Schlussfolgerung</b> .....	<b>34</b>
<b>10</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>36</b>

## 2 Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow .....	8
<b>Abbildung 2:</b> PRISMA- Flussdiagramm .....	12
<b>Tabelle 1:</b> Suchstrategie in PubMed und CINAHL .....	10
<b>Tabelle 2:</b> Charakteristika der Studien.....	14

### 3 Zusammenfassung

**Hintergrund:** Bevölkerungsprognosen besagen, dass der Anteil der älteren Bevölkerung weiterhin einen enormen Anstieg erfahren wird. Nebst dem steigt auch die Armutsgefährdungsquote älterer Menschen deutlich an. Aufgrund von mangelnden Ressourcen und der häufigeren Exposition gegenüber gesundheitlichen Belastungen ist das Krankheitsrisiko bei Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen höher als bei Personen aus höheren sozioökonomischen Statusgruppen.

**Ziel:** Forschungsziel ist es, die Einflussfaktoren des sozioökonomischen Status älterer Menschen in Industrieländern in Bezug auf die pflegerische Versorgung aufzuzeigen.

**Methode:** Für dieses Literaturreview wurde eine Suche in den Datenbanken PubMed und CINAHL zwischen September und Dezember 2019 durchgeführt. Aus der Suche resultieren sieben geeignete Studien, welche mittels des MMAT-Tools nach Hong et al. (2008) einer kritischen Bewertung unterzogen wurden.

**Ergebnisse:** Für die häusliche pflegerische Versorgung zeigten sich in Deutschland und Österreich für sozioökonomisch Benachteiligte finanzielle, persönliche Barrieren sowie Barrieren infolge mangelnder Bildung. Aufgrund dieser Barrieren wurde trotz unzureichender informeller Betreuungsressourcen in niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen die Pflege häufig durch informell Pflegende übernommen. Die Anzahl der Hausbesuche mobiler Palliativpflegedienste war in England niedriger und in Kanada höher bei niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen verglichen mit höheren sozioökonomischen Statusgruppen. Im stationären Setting war in Japan die Wahrscheinlichkeit einer Aufnahme ins Krankenhaus häufiger und die Aufenthaltsdauer länger bei älteren Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen. Einen Pflegeheimplatz zu erhalten, war in Norwegen für Personen mit höherem sozioökonomischem Status leichter als für Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status, da sie vermehrt in wohlhabenderen Gemeinden lebten.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Studien geben deutliche Hinweise, dass für viele Settings eine benachteiligte pflegerische Versorgung der sozioökonomisch schwächeren älteren Menschen wahrgenommen wird.

**Schlüsselwörter:** pflegerische Versorgung, älter als 65 Jahre, sozioökonomischer Status

## 4 Abstract

**Background:** Population forecasts indicate that older generations part in society will continue to increase. In addition, the risk of poverty among older people is increasing. Due to a lack of resources and the more frequent exposure to adverse health effects, the risk of illness for people from lower socioeconomic status groups is higher than for people from higher socioeconomic status groups.

**Aim:** The aim of this study is to highlight the factors influencing nursing care of older people in industrialized countries in relation to their socioeconomic status.

**Method:** For this literature review, research has been carried out between September and December 2019 using the databases PubMed and CINAHL. Seven suitable studies resulted from the research, which were critically evaluated using the MMAT tool according to Hong et al. (2008).

**Results:** In Germany and Austria, financial and personal burdens as well as barriers due to a lack of education were found as limiting factors regarding home care of socio-economically disadvantaged people. Despite a lack of informal caring resources, nursing care is often taken over by informal carers in lower socio-economic status groups. The number of visits from the palliative home care team has been for lower socioeconomic status groups in England lower compared to Canada, where the number of visits has been higher. In Japan, elderly people with lower socioeconomic status were more likely to be admitted to a hospital. Also, the duration of the stay was longer for older people from lower socioeconomic status groups. In Norway, getting a nursing home placement was easier for people with a higher socioeconomic status than for people with a lower socioeconomic status. Elderly people with a higher socioeconomic status mostly lived in wealthier Norwegian communities.

**Conclusion:** The results of the studies give clear indications that socially and economically poorer elderly experience disadvantages in many nursing care settings.

**Keywords:** nursing care, aged 65+, socio-economic status

## 5 Einleitung

*„Pflege wird mit Respekt und ohne Wertung des Alters, der Hautfarbe, des Glaubens, der Kultur, einer Behinderung oder Krankheit, des Geschlechts, der sexuellen Orientierung, der Nationalität, der politischen Einstellung, der ethnischen Zugehörigkeit oder des sozialen Status ausgeübt.“ (ICN 2014, p. 1)*

Der ICN Kodex des International Council of Nurses gibt vor, dass Pflegepersonen alle Menschen unabhängig ihres sozialen Status gleich behandeln sollen (ICN 2014). Jedoch muss, um sozial benachteiligte Menschen gleichberechtigt pflegerisch versorgen zu können, ihnen zuerst die pflegerische Versorgung ermöglicht werden.

### 5.1 Hintergrund

Bevölkerungsprognosen besagen, dass sich die Altersstruktur in Zukunft deutlich verschieben wird. Für die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union wird prognostiziert, dass der Anteil an Personen die 65 Jahre oder älter sind, im Vergleich zu den Personen zwischen 15 und 64 Jahren vom Jahr 2016 bis zum Jahr 2070 um 21,6% ansteigen wird. Im Jahr 2016 lag der Anteil noch bei 29,6% und im Jahr 2070 soll er bei 51,2% liegen. Das bedeutet, dass in Relation zu einer Person, die älter als 65 Jahre alt ist, zwei Personen im erwerbsfähigen Alter stehen.

(Arevalo et al. 2018)

Von „Hochaltrigkeit“ spricht man ab einem Alter von 80 Jahren. Auch für die hochaltrige Bevölkerungsgruppe wird ein enormer Anstieg prognostiziert (Lampert & Hoebel 2019).

Im Vergleich zu den Personen zwischen 15 und 64 Jahren wird diese Bevölkerungsgruppe bis zum Jahr 2070 um 14% ansteigen. Als Hauptursachen für diesen Wandel werden Veränderungen in der Geburtenrate, die steigende Lebenserwartung und der Migrationsfluss genannt. (Arevalo et al. 2018)

Die Lebensphase „Alter“ gewinnt in Zukunft an Bedeutung, da durch den Bevölkerungsanstieg auch die Nachfrage in Bereichen wie der Gesundheitsversorgung, der Langzeitpflege und auch die Versorgung durch Angehörige ansteigen werden. Mögliche Probleme, die durch die steigende Nachfrage entstehen können, müssen rechtzeitig mit geeigneten Maßnahmen behoben werden. (Eiffe et al. 2012)

In den EU- Mitgliedsstaaten verursacht die prognostizierte Bevölkerungsalterung erhebliche Unsicherheiten. Es bestehen derzeit noch Unklarheiten über die künftige Entwicklung der altersbedingten sozialen Ausgaben. (Arevalo et al. 2018)

Neben dem Trend der Bevölkerungsalterung zeigt sich auch die Armutsgefährdung älterer Menschen als ein langfristiges Problem. Dies sei darauf zurückzuführen, dass aktuell Geburtsjahrgänge das Pensionsalter erreichen, in denen viele Menschen nur karge Erwerbsbiografien aufweisen. Zahlen des Statistischen Bundesamtes in Deutschland aus dem Jahr 2013 verdeutlichen diese Behauptung. Während in der 65- jährigen und älteren Bevölkerung etwa 25% der Personen mit geringerer beruflicher Qualifikation einem Armutsrisiko unterliegen, seien es von den Personen mit mittlerer und hoher beruflicher Qualifikation lediglich 12% bzw. 6%. Vor allem Frauen, Personen mit Migrationshintergrund, sowie alleinlebende Personen, sollen ein erhöhtes Armutsrisiko aufweisen.

(Lampert & Hoebel 2019)

Zudem kommt, dass es infolge der erhöhten Ausgaben in Bezug auf die gesundheitliche und pflegerische Versorgung, zu einer langfristigen Verringerung der öffentlichen Pensionsausgaben kommt. Im EU- Durchschnitt soll die öffentliche Pensionsquote, welche die Durchschnittspension im Verhältnis zum Durchschnittslohn darstellt, vom Jahr 2016 zum Jahr 2070 um 10,6 Prozentpunkte sinken. (Arevalo et al. 2018)

Mittels einer Befragung der EU-SILC (European Statistics on Income and Living Conditions) aus dem Jahr 2008 wurde die soziale Lage älterer Menschen in Europa erhoben. Um das Armutsrisiko einer Bevölkerung zu messen, wurden zwei Indikatoren herangezogen: die relative Armutsgefährdung und die materielle Deprivation. Die relative Armutsgefährdung bezieht sich auf die Einkommenssituation einer Person. Bei armutsgefährdeten Personen lag das Einkommen, inklusive der Pension und Sozialleistungen, unter 60% des nationalen Medianeinkommens. Unter materieller Deprivation wurde ein bestimmter Mindestlebensstandard, den sich sozial benachteiligte Menschen nicht leisten können, verstanden. (Zaidi & Gasior 2010)

In der Befragung der EU- SILC wurden 3.066 Personen mit Pensionsbezügen zu ihrer Lebenssituation befragt. Auch das Haushaltseinkommen des Vorjahres von Personen, die in Privathaushalten leben, wurde erfasst. Personen, die in Einrichtungen leben, sowie Personen, die während der Erhebung verstorben sind, wurden nicht in der Berechnung berücksichtigt.

(Eiffe et al. 2012)

Es ist anzumerken, dass in die Berechnung des Haushaltseinkommens der EU-SILC einige Einkommenskomponenten, wie beispielsweise private Pensionen, nicht berücksichtigt wurden.



Andere Einkommenskomponenten, wie etwa das Pflegegeld, wurden aber berücksichtigt. Dieses sollte jedoch verwendet werden, um erhöhte Lebenskosten zu kompensieren. Würde es in der Berechnung berücksichtigt werden, würde das Ergebnis in Richtung Armutsgefährdung noch weiter ansteigen. (Eiffe et al. 2012)

Insgesamt zeigte sich, dass hochgerechnet 16% der Frauen ab 60 Jahren und 11% der Männer armutsgefährdet waren. Im Alter von über 75 Jahren waren 18% der Frauen und 12% der Männer armutsgefährdet. (Eiffe et al. 2012)

Anhand dieser Ergebnisse lässt sich ableiten, dass aufgrund der Sozial- und Familienpolitik der Vergangenheit zum Zeitpunkt der Erhebung nicht nur, aber vor allem Frauen im Pensionsalter von Altersarmut betroffen waren (Zaidi & Gasior 2010). Dennoch sind sowohl Frauen als auch Männer von Altersarmut und einem damit einhergehenden niedrigen sozioökonomischen Status betroffen.

### 5.1.1 Sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen

Alter und Krankheit stehen in starker Korrelation. Dabei spielen jedoch nicht nur die altersphysiologischen Veränderungen von Organen und Organsystemen eine Rolle. Auch die lange Latenzzeit mancher Erkrankungen, die jahrzehntelange Exposition gegenüber Risikofaktoren, psychosoziale Faktoren, oder die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen beeinflussen das Altern. Zudem tragen auch der individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten entscheidend zur Länge und Qualität des Lebens bei. (Tesch-Römer & Wurm 2009)

Dieser individuelle Lebensstil und das Gesundheitsverhalten stehen wiederum in starkem Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status einer Person. Denn obwohl die Lebenserwartung steigt, ist die Anzahl Lebensjahren und, vor allem an gesunden Lebensjahren, nicht gleichmäßig zwischen den Bevölkerungsschichten verteilt. Es existieren deutliche Ungleichheiten in Bezug auf den sozioökonomischen Status.

(Bushnik, Tjepkema & Martel 2020)

So zeigt sich in Ergebnissen der in Deutschland in 2009, 2010 und 2012 durchgeführten GEDA-Studien (Gesundheit in Deutschland aktuell), dass der Anteil an chronisch Kranken in niedrigeren und mittleren sozioökonomischen Statusgruppen höher ist. Auch gesundheitliche Beeinträchtigungen und Beschwerden waren unter Personen aus sozial benachteiligten Gruppen stärker verbreitet als unter Personen aus bessergestellten Bevölkerungsgruppen. (Lampert et al. 2017)

Ein Grund für diese gesundheitlichen Unterschiede sei, dass Angehörigen aus niedrigeren sozialen Schichten weniger Ressourcen, wie etwa Geld oder Wissen, zur Verfügung stehen. Weiters sind Angehörige niedrigerer sozialer Schichten häufiger gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt. Beispielsweise geht eine niedrigere berufliche Stellung mit stärkeren arbeitsbezogenen Gesundheitsgefährdungen einher. Außerdem leben Angehörige niedrigerer sozialer Schichten oftmals in Wohnumgebungen, in denen sie stärkeren Luftverschmutzungen oder Lärmbelastigungen ausgesetzt sind. (Tesch-Römer & Wurm 2009)

In Bezug auf das Gesundheitsverhalten zeigten sich bereits in einigen Studien sozioökonomische Unterschiede. Gesundheitsbezogene Risikofaktoren, wie Rauchen, Bewegungsmangel, Übergewicht, Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen traten in diesen vor allem bei niedrigeren Statusgruppen auf. (Lampert et al. 2013) Daher ist anzunehmen, dass individuelle und sozial-determinierte Verhaltensmuster und Lebensstile, wie etwa Ernährung, Aktivität, Inaktivität, Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum oder Gewalt, zu sozialen Unterschieden in der Gesundheit beitragen (Müller et al. 2006).

Beispielsweise ergab eine kanadische Studie aus dem Jahr 2017, dass mehr Partizipanten und Partizipantinnen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status rauchten und auch öfter Risikofaktoren ausgesetzt waren, durch die sie eher mit dem Rauchen beginnen könnten. Sie lebten eher mit Rauchern und Raucherinnen in einem gemeinsamen Haushalt oder waren mit Rauchern und Raucherinnen befreundet. (Wellman et al. 2017)

Auch in der Gesundheitskompetenz schnitten niedrigere sozioökonomische Statusgruppen in einer Studie aus Japan schlechter ab. Befragte mit niedrigerer Bildung hatten eine schlechtere Gesundheitskompetenz als gebildete Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen. Zudem war eine bessere selbstbewertete Gesundheit der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit den Faktoren jüngeres Alter, einem Beschäftigungsstatus und einer höheren Gesundheitskompetenz verbunden. (Furuya et al. 2015)

Weiters konnten auch soziale Unterschiede in der selbstbewerteten Gesundheit beobachtet werden. Diese ließen sich in einer Studie aus Deutschland bei älteren Personen aus niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen, die an mehreren Erkrankungen gleichzeitig leiden, finden. Multimorbide Patienten und Patientinnen mit höherem Einkommen bewerteten ihre gesundheitliche Lage deutlich besser als jene mit niedrigerem Einkommen.

(Lampert & Hoebel 2019)

### 5.1.2 Kostenübernahme von Pflegeleistungen

Das Niveau, die Ausgestaltung und die Finanzierung von Pflegeleistungen wird von den Staaten heterogen bestritten (Skuban 2004).

In Österreich besteht der Anspruch auf Pflegegeldleistungen bei Menschen mit einem ständigen Bedarf an Betreuung und Pflege und einem Aufenthalt in Österreich. Die Höhe der Pflegegeldleistungen ist dabei abhängig von der Pflegestufe. Die Einteilung erfolgt in sieben mögliche Pflegestufen, welche wiederum vom zeitlichen Ausmaß des Pflege- und Betreuungsbedarfes einer Person abhängig sind. (BMASGK 2019)

Der Antrag auf Pflegegeld wird bei der zuständigen Versicherung, beispielsweise bei der Pensionsversicherungsanstalt, gestellt. Daraufhin erhält der Antragsteller oder die Antragstellerin einen Termin für eine Untersuchung durch einen Arzt/ eine Ärztin oder eine diplomierte Pflegefachkraft. Im Rahmen dieser Untersuchung wird die Pflegestufe des Antragstellers oder der Antragstellerin festgestellt. (BMASGK 2019)

Für die Zuerkennung von finanzieller Unterstützung bei der Inanspruchnahme einer 24-Stunden-Betreuung oder von mobilen Pflege- und Betreuungsdienstleistungen muss die zu pflegende Person mindestens den Anspruch auf Pflegegeld der Stufe 3 haben. Zudem gibt es auch festgelegte Einkommensgrenzen, ab welchen die pflegebedürftige Person zu einem Selbstbehalt verpflichtet ist. Auch bei stationären Pflegeeinrichtungen, wie zum Beispiel Pflegeheimen, werden die Vermögenswerte der Bewohner oder Bewohnerinnen in die Finanzierung miteinbezogen. Weiters sind auch die Leistungen der unterschiedlichen Krankenversicherungsträger nicht identisch und differenzieren sich noch bis heute.

(Dimmel, Schenk & Stelzer-Orthofer 2014)

Zusätzlich ist zu beachten, dass mit dem Pflegegeld nur Kosten für den Mehraufwand der Pflege finanziert werden können. Eine pflegeunterstützende Betreuung wird jedoch nicht abgedeckt. Dies führt bei Familien mit einem Angehörigen oder einer Angehörigen mit zwar niedrigem Pflege-, aber hohem Betreuungsaufwand, wie etwa einem an Demenz erkrankten Menschen in Anfangsphasen, zu Problemen. (Dimmel, Schenk & Stelzer-Orthofer 2014)

### 5.1.3 Informelle Pflege

Um den wachsenden Pflegebedarf decken zu können, wird auch der Anteil an informell Pflegenden steigen. Vor allem wenn die Pflegegelder nicht ausreichen, wird, um den Pflegebedarf decken zu können, auf die „Angehörigenpflege“ zurückgegriffen. Aber aufgrund der Gesellschaftsentwicklung wird informelle Pflege nicht mehr ausschließlich von pflegenden

Angehörigen übernommen, sondern ebenso von Freunden, Bekannten oder Nachbarn. Aus diesem Grund liegen auch in Bezug auf den Anteil an informell pflegenden Menschen nur Schätzwerte vor. In Österreich sind schätzungsweise rund 801.000 Personen zu Hause und 146.000 im Bereich der stationären Langzeitpflege auf privater Basis in irgendeiner Art und Weise in die Pflege oder Betreuung involviert. (Nagl-Cupal et al. 2018)

## 5.2 Definitionen / Erläuterungen

### **Alter:**

Es gibt unterschiedliche Definitionen des Alters. In den meisten Industrieländern wird das chronologische Alter von 65 Jahren als Definition von alten oder älteren Menschen akzeptiert, da man ab diesem Alter in den meisten Ländern Europas Pensionsleistungen beziehen kann. Aber wie viele andere westliche Konzepte passt sich dies nicht gut der Situation in Ländern der Entwicklungszusammenarbeit an. Daher liegt momentan der von den Vereinten Nationen vereinbarte Grenzwert für die ältere Bevölkerung bei 60 Jahren oder mehr. (WHO 2002)

Da sich diese Bachelorarbeit aber mit älteren Menschen aus Industrieländern beschäftigt, wird die 65- Plus- Generation als Zielgruppe dieser Bachelorarbeit festgelegt.

### **Sozioökonomischer Status:**

Duncan hat den Begriff „sozioökonomischen Status“ bereits 1961 definiert. Laut ihm definiert der „Status“ die Position eines Menschen in Bezug auf die Positionen anderer. Der „soziale Status“ eines Menschen wird dabei von der Hierarchie bzw. der Gesellschaft, in der er sich bewegt bestimmt. Beim „sozioökonomischen Status“ bezieht sich diese Einstufung des sozialen Status auf die Indikatoren „Bildung“, „Beruf“ und „Einkommen“.

(Hoffmeyer-Zlotnik & Geis 2003)

### **Industrieländer:**

Als Industrieländer werden Staaten definiert, welche die folgenden Merkmale aufweisen:

- einen hohen Anteil der verarbeiteten Industrie am Bruttonationaleinkommen
- eine lange Tradition der industriellen Produktion
- ein hohes technologisches Niveau und Pro- Kopf- Einkommen
- und eine hohe Funktionsfähigkeit bzw. Effizienz des Wirtschaftssystems.

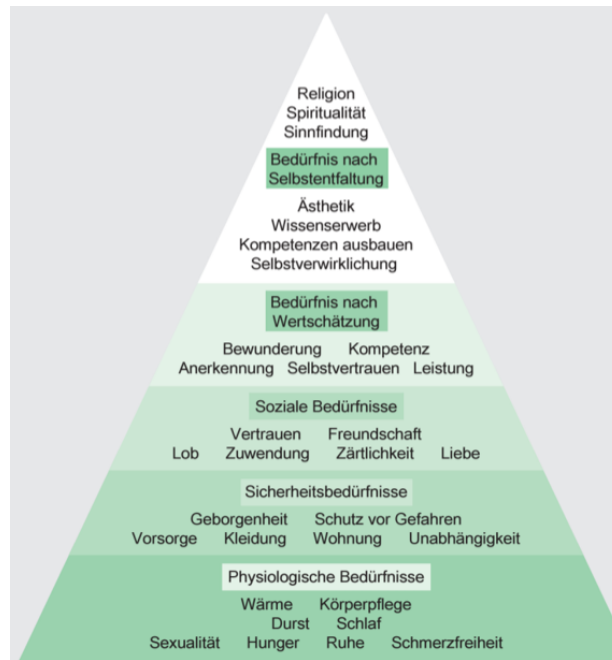
Im Gegensatz zu den Industrieländern stehen Länder der Entwicklungszusammenarbeit.

(Klein & Schäfer 2018)

### 5.3 Relevanz des Themas für die Pflege

Die benachteiligte medizinische Versorgung älterer, sozioökonomisch benachteiligter Menschen wurde bereits in internationaler Literatur beschrieben. Laut Ford et al. (2018) ist für sie der Zugang zur Grundversorgung eingeschränkt, da sie eher in ländlichen Gebieten wohnen und sich damit einhergehend mit einigen persönlichen, kommunalen und gesundheitlichen Hindernissen konfrontiert sehen. In einem Interview mit älteren sozioökonomisch benachteiligten Menschen äußerten diese, dass sie sich einen Arzttermin sehr lange und gut überlegen. Es wird versucht, den Besuch eines Arztes oder einer Ärztin möglichst zu vermeiden, da sie befürchten den Arzt oder die Ärztin mit Belanglosem aufzuhalten. Ein weiteres von ihnen erwähntes Hindernis ist, dass viele ältere Menschen aus ländlicheren Gegenden kein Auto haben und nicht dazu in der Lage sind, telefonisch einen Heimbesuch des Arztes oder der Ärztin zu vereinbaren. Ältere Menschen, die jedoch ein Auto besitzen, äußerten, dass sie Angst vor künftigen altersphysiologischen Einschränkungen haben, da sie dann nicht mehr in der Lage wären ein Auto zu fahren. (Ford et al. 2018) Ebenso ließen sich sozioökonomische Unterschiede für die Wartezeiten bei Fachärzten und Fachärztinnen erheben, welche für privat Versicherte im Vergleich zu gesetzlich Versicherten verringert seien (Sundmacher & Kopetsch 2013). Derartige soziale Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung wirken sich negativ auf das Vertrauen und die Akzeptanz gegenüber dem Versorgungssystem aus und tragen somit zu gesundheitlichen Benachteiligungen von Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status bei (Klein & von dem Knesebeck 2015).

Doch auch im Hinblick auf die pflegerische Versorgung ist das Thema dieser Bachelorarbeit relevant. Abraham Maslow beschrieb elementare Bedürfnisse, die für alle Menschen gültig sind. Diese Grundbedürfnisse eines Menschen wurden von ihm in Form einer Pyramide, welche in Abbildung 1 zu sehen ist, hierarchisch angeordnet. Dies bedeutet, dass die Bedürfnisse für jeden Menschen in einer bestimmten Wertigkeitsordnung stehen. Die ersten vier Stufen seiner Pyramide enthalten „essenzielle Bedürfnisse“ eines Menschen. Die wichtigsten Bedürfnisse eines Menschen sind die physiologischen Bedürfnisse. Diese sind zum Beispiel Schlaf, Durst, Hunger oder Bewegung und werden von ihm am niedrigsten Part der Pyramide angeordnet. An der Spitze der Bedürfnispyramide ist das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung. Im Zentrum der Maslow'schen These steht die Annahme, dass der Hauptantrieb eines Menschen das Streben nach Wachstum sei, welches durch Selbstentfaltung gewonnen werden kann. (Scheichenberger & Scharb 2018)



**Abbildung 1. Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow (Mötzing 2017)**

Die Selbstverwirklichung ist auch ein vorrangiges Ziel in der Pflege alter Menschen. Der Verlust der Selbstständigkeit oder Selbstentscheidungsfähigkeit kann in weiterer Folge zum Verlust des Selbstwertgefühls führen und den alten Menschen zusätzlich hilfsbedürftig machen. Diese erlernte Hilfslosigkeit soll vermieden werden, indem ältere Menschen mehr in Entscheidungen, wie beispielsweise die Auswahl einer passenden Betreuungsform, miteinbezogen werden. (Mötzing 2017)

Die Wahrung der Autonomie ist ein wichtiger Indikator zur Aufrechterhaltung der Lebensqualität und des Wohlbefindens älterer Menschen und hat großen Einfluss auf dessen Würde, Freiheit, Unabhängigkeit und Integrität. Zu den Faktoren, von welchen die Autonomie älterer Menschen abhängig ist, zählen etwa die persönlichen Ressourcen älterer Menschen. Zu diesen gehören Beziehungen zu Familienmitgliedern oder anderen sozialen Netzwerken, die Lebensumgebung, das finanzielle Kapital und die ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten. (WHO 2017)

#### 5.4 Forschungsziel und Forschungsfrage

Mit dieser Bachelorarbeit wird versucht, die Forschungslücke bezüglich des Themas der pflegerischen Versorgung in Bezug auf den sozioökonomischen Status zu verringern. In internationaler Literatur wurde dieses Thema derzeit noch wenig beforscht. Vorhandene

Studien berichten weitgehend nur von sozioökonomischen Unterschieden im Bereich der medizinischen Versorgung. Aus dem Hintergrund geht hingegen hervor, dass mit dieser Bachelorarbeit ein für die pflegerische Praxis sehr wichtiges Thema bearbeitet wird. Dieses Literaturreview zeigt Hindernisse auf, mit welchen sich sozioökonomisch Benachteiligte konfrontiert sehen und inwiefern ihre Lebensqualität und ihre Autonomie dadurch eingeschränkt werden.

Das Forschungsziel dieser Bachelorarbeit ist es, die Einflussfaktoren des sozioökonomischen Status älterer Menschen in Industrieländern in Bezug auf die pflegerische Versorgung aufzuzeigen.

Aus diesem Ziel lässt sich die folgende Forschungsfrage ableiten: Inwiefern beeinflusst der sozioökonomische Status älterer Menschen in Industrieländern die pflegerische Versorgung?

## 6 Material und Methoden

Beim Forschungsdesign dieser Bachelorarbeit handelt es sich um ein Literaturreview.

Bei diesem Design überprüft der Forscher oder die Forscherin die bereits vorhandene Literatur, welche Informationen beinhaltet, die in engem Zusammenhang mit der Forschungsfrage steht. Die Recherche dazu findet in Online-Datenbanken und Bibliothekskatalogen statt.

(Holloway & Galvin 2017)

Für die Literaturrecherche dieser Bachelorarbeit wurden die Datenbanken PubMed (Public Medical Literature Online) und CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) herangezogen. Zusätzlich wurde eine Handsuche mit Google Scholar und mittels Referenzlisten durchgeführt. Der Zeitraum der Recherche lag von September 2019 bis Dezember 2019.

In den genannten Datenbanken wurde mittels sogenannter Schlüsselwörter („Keywords“) recherchiert. Um eine noch genauere Suche zu gewährleisten, wurde zusätzlich auch nach passenden Synonymen zu den Schlüsselwörtern gesucht.

In der Datenbank PubMed können zudem auch MeSH- Terms (Medical Subject Headings) verwendet werden, mit welchen eine erweiterte Suche durchgeführt werden kann. Die Suche wurde daher mit den beiden MeSH- Terms „social class“ und „health services accessibility“ erleichtert. Nach Anwendung eines Filters, der alle Studien mit einer Stichprobe unter 65 Jahren ausschließt, ließen sich geeignete Treffer in dieser Datenbank finden.

In der Datenbank CINAHL wurde mittels MM's (Exact Major Subject Headings) gesucht. Hierbei wurden die Exact Major Subject Headings „health services accessibility“ und „socioeconomic factors“ verwendet.

Bei Google Scholar wurde mittels Handsuche mit den Keywords und Synonymen nach geeigneter Literatur Ausschau gehalten.

Die Boole'schen Operatoren, die in den Datenbanken eingesetzt wurden, um Synonyme, Keywords und/oder MeSH- Terms bzw. Exact Major Subject Headings miteinander zu verbinden lauteten AND und OR.

Zusätzlich wurden auch Limitationen gesetzt, um weitere Studien ausschließen zu können. Um nur aktuelle Ergebnisse herauszufiltern, wurde eine Zeitlimitation von 10 Jahren gesetzt, was bedeutet, dass die Studien nicht älter als 10 Jahre alt sein durften. Außerdem wurde, da die Fragestellung von älteren Menschen handelt, sowohl in PubMed und in CINAHL der Filter eingesetzt, sodass nur Studien mit einer Stichprobe von Menschen über 65 Jahren eingeschlossen wurden. In der Datenbank CINAHL wurden ebenso nur Studien inkludiert, bei denen ein Abstract zur Verfügung stand. Die letztendlich verwendete Suchabfrage in den Datenbanken PubMed und CINAHL wird in Tabelle 1 dargestellt.

**Tabelle 1. Suchstrategie in PubMed und CINAHL**

PubMed	Search (health services accessibility[MeSH Terms]) AND social class[MeSH Terms] Filters: published in the last 10 years; Aged: 65+ years
CINAHL	MM health services accessibility AND MM socioeconomic factors Limiters - Abstract Available; Published Date: 20090101-20191231; Age Groups: Aged: 65+ years

Um die gefundenen Studien zu selektieren, wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Ein Einschlusskriterium war, dass von den gefundenen Studien ausschließlich Primärstudien, welche sich mit dem Zugang zur pflegerischen Versorgung älterer Menschen in Industrieländern beschäftigten, herangezogen wurden. Für die Arbeit waren Studien bedeutsam, die in Deutsch oder Englisch verfasst wurden.

Die Ergebnisse der Literaturrecherche wurden zur verbesserten Übersicht in das Literaturverarbeitungsprogramm Endnote X8, Clarivate Analytics importiert. Im folgenden Flussdiagramm (siehe Abbildung 2) wird die Anzahl der Studien gezeigt, welche in den verschiedenen Phasen der Literatursuche mittels des Literaturverarbeitungsprogrammes in diese Bachelorarbeit einbezogen oder herausgefiltert wurden. Sieben Volltextartikel wurden im



Rahmen der Prüfung auf die Eignung der Studien ausgeschlossen, da mit diesen die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit nicht gezielt beantwortet werden konnte, oder sie sich mit den Unterschieden in der medizinischen und nicht der pflegerischen Versorgung beschäftigten.

Nach der Literaturrecherche werden in einem Literaturreview die identifizierten Studien einer kritischen Bewertung unterzogen (Holloway & Galvin 2017). Daher wurde das Bewertungsinstrument „Mixed Methods Appraisal Tool“ (MMAT) von Hong et al. aus dem Jahr 2018 verwendet.

Dieses Bewertungsinstrument wurde entworfen, um Studien für ein Literaturreview bezüglich der methodischen Qualität bewerten zu können. Mittels des MMAT- Bewertungstools können fünf Studienkategorien untersucht werden: qualitative Studien, randomisierte kontrollierte Studien, nicht- randomisierte Studien, quantitative deskriptive Studien und Studien mit einer gemischten Methode.

Die Bewertung erfolgt dabei nicht mittels des einfachen Zusammenzählens von Punkten. Für jedes Studiendesign ist ein eigens angepasster Bewertungsbogen auszuwählen. In diesem sind Fragen zu einzelnen Kriterien, die mit „Yes“, „No“, „Can't tell“ zu beantworten sind. Zusätzlich können „Comments“ zur Studie verfasst werden. So erfolgt eine ausführliche Beschreibung jedes einzelnen Kriteriums und die Qualität der Studien kann so detailliert bewertet werden (Hong et al. 2018).

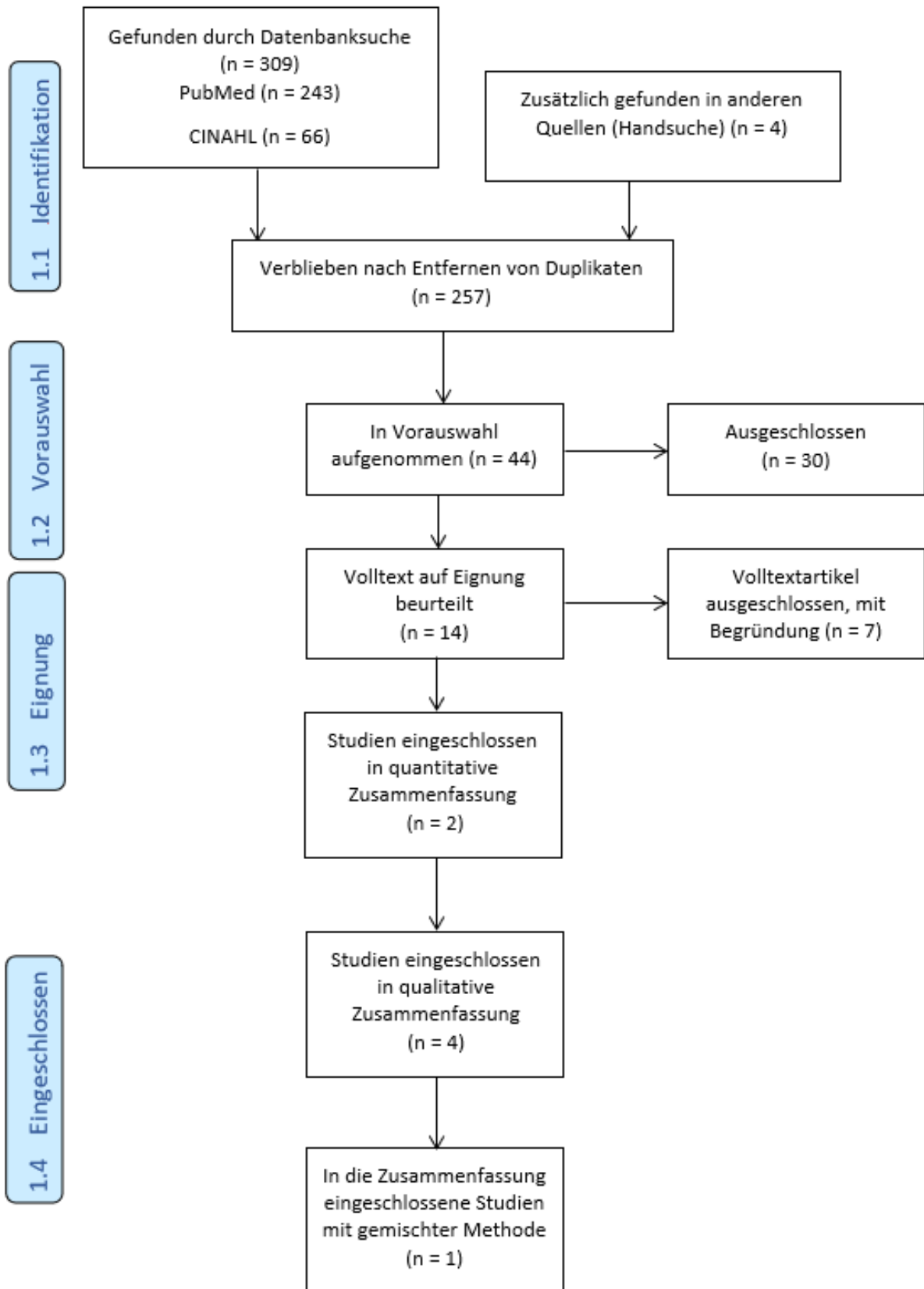


Abbildung 2. PRISMA-Flussdiagramm nach Moher, D. (2009) für die verschiedenen Phasen der systematischen Übersicht.

## 7 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Charakteristika und die Ergebnisse der eingeschlossenen Studien präsentiert und miteinander verglichen.

### 7.1 Charakteristika der ausgewählten Studien

In die Zusammenfassung der Ergebnisse wurden insgesamt sieben Studien inkludiert. Dazu zählen vier qualitative Studien, zwei quantitative Studien und eine Studie mit gemischter Methode. Die Studien bewegen sich im Zeitrahmen von 2013 bis 2019 und stammen jeweils aus unterschiedlichen Industrieländern: Österreich, Deutschland, Norwegen, Kanada, England und Japan.

Zur übersichtlicheren Darstellung sind die Charakteristika der Studien in Tabelle 2 angeführt.

**Tabelle 2. Charakteristika der Studien**

Autor / Jahr / Land	Titel	Forschungsziel	Design	Methode	Sample / Setting
Messer, M (2019)  <i>Deutschland</i>	Poor, old and in need of care: A qualitative study about the consequences of home care and participation	Ziel war es aufzuzeigen, welche Formen der Armut Pflegekräfte in der häuslichen Pflege bei älteren Patienten und Patientinnen mit begrenzten finanziellen Mitteln wahrnehmen, welche Strategien von diesen Patienten und Patientinnen angewandt werden, um mit der medizinischen Versorgung umzugehen und was die Konsequenzen der begrenzten finanziellen Mittel für die Teilnahmemöglichkeiten in der häuslichen Pflege sind.	Qualitativ (Narrative Research)	Sekundärdatenanalyse von 39 transkribierten problemzentrierten Experten- und Expertinneninterviews	39 diplomierte Pflegepersonen, die in Deutschland in der Hauskrankenpflege tätig sind

Autor / Jahr / Land	Titel	Forschungsziel	Design	Methode	Sample / Setting
Schmidt, A (2016) <i>Österreich</i>	Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna	Ziel war es, die Zusammenhänge von Geschlecht, Gesundheit und materiellen Ressourcen (Einkommen) bei der Inanspruchnahme von formellen oder informellen häuslichen Pflegediensten in Wien, zu analysieren.	Quantitativ deskriptiv	Verwaltungsdaten aus einer Datenbank über Langzeitpflegeempfänger und -empfängerinnen und Daten aus den jährlichen Umfragen mit einem Teil der Langzeitpflegeempfänger und -empfängerinnen, die in dieser Datenbank registriert sind	Langzeitpflegeempfänger und -empfängerinnen, die älter als 60 Jahre sind und in Wien leben; Verwaltungsdaten: 31.336 Partizipanten und Partizipantinnen, Survey: 1.228 Partizipanten und Partizipantinnen
Cai, J et al. (2017) <i>Kanada</i>	Socioeconomic Differences in and Predictors of Home-Based Palliative Care Health Service Use in Ontario, Canada	Ziel dieser Studie war es sozioökonomische Unterschiede und Determinanten der Inanspruchnahme von häuslichen Palliativpflegediensten zu untersuchen.	Qualitativ (Ethnographie)	Telefoninterviews	994 Telefoninterviews mit 181 informell Pflegenden von Palliativpatienten und Palliativpatientinnen, die häusliche Palliativpflegedienste in Anspruch nehmen, Toronto (Kanada)

Autor / Jahr / Land	Titel	Forschungsziel	Design	Methode	Sample / Setting
Murata, F, Babazono, A & Fukuda, H (2019)  <i>Japan</i>	Effect of income on length of stay in a hospital or long-term care facility among older adults with dementia in Japan	Ziel ist es, den Einfluss von Einkommensunterschieden älterer Menschen mit Demenz im Anfangsstadium auf die Wahrscheinlichkeit und Dauer des Aufenthalts in einem Krankenhaus oder einer Langzeitpflegeeinrichtung zu ermitteln, sowie den Einfluss auf die medizinischen Ausgaben für den Krankenhausaufenthalt und die Pflegekosten zu ermitteln.	Quantitativ deskriptiv (Survey)	Daten aus einer Datenbank für Krankenversicherungsansprüche und aus einer Datenbank für Pflegeversicherungsansprüche bereitgestellt von der „Fukuoka Prefecture Association“ für die Gesundheitsfürsorge älterer Menschen im letzten Stadium	Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren 12,829 Personen ab 75 Jahren aus Japan, bei denen zwischen April 2012 und März 2013 noch keine Demenz diagnostiziert, aber zwischen April 2013 und März 2014 Demenz neu diagnostiziert wurde
Möller, A, Osterfeld, A & Büscher, A (2013)  <i>Deutschland</i>	Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege	Ziel war es aufzuzeigen, inwieweit Pflegepersonen in ambulanten Pflegediensten soziale Ungleichheit in ihrem Arbeitsalltag wahrnehmen.	Qualitativ (Grounded Theory)	Problemzentrierte Interviews	16 weibliche Pflegepersonen zwischen 23 und 60 Jahren aus zwei ambulanten Pflegediensten in Norddeutschland

Autor / Jahr / Land	Titel	Forschungsziel	Design	Methode	Sample / Setting
Heggestad, A & Førde, R (2019) <i>Norwegen</i>	Is allocation of nursing home placement in Norway just?	Ziel dieser Studie war es, herauszufinden, auf welchen Kriterien und Werten die Vermittlung von Pflegeheimplätzen beruht und ob der Vermittlungsprozess gerecht ist.	Qualitativ (Case study)	Datensammlung durch Interviews und Feldbeobachtungen	Interviews mit fünf Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen, Krankenpflegern und Krankenpflegerinnen und Hausärzten und Hausärztinnen und Beobachtung von Treffen zwischen Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen und interdisziplinärem Personal aus Kurzzeitstationen in vier Gemeinden in Norwegen

Autor / Jahr / Land	Titel	Forschungsziel	Design	Methode	Sample / Setting
Buck, J et al. (2017) <i>England</i>	Persistent inequalities in Hospice at Home provision	Beschreibung der Art und des Umfangs eines neuen Hospiz-zu-Hause-Dienstes (H@H) und Ermittlung der Gleichberechtigung bei der Inanspruchnahme des Angebots.	Mixed Method (Convergent design)	Quantitative Daten aus Protokollen, Überweisungsformularen und Pflegeunterlagen; Qualitative Daten aus Pflegeaufzeichnungen	321 Patienten und Patientinnen, die älter als 78 Jahre sind und zwischen dem 1. September 2012 und dem 30. August 2013 vom Cambridgeshire H@H-Service in Cambridge (England) zur Behandlung zugelassen wurden



## 7.2 Häusliche Pflege

Ambulant Pflegende werden in ihrem täglichen Arbeitsalltag häufig mit sozialer Ungleichheit konfrontiert und identifizieren deutliche Probleme durch soziale Ungleichheit (Möller, Osterfeld & Büscher 2013).

In den Studien von Messer (2019), Schmidt (2016) und Möller, Osterfeld und Büscher (2013) zeigten sich für die häusliche pflegerische Versorgung vor allem finanzielle, persönliche Barrieren und Hindernisse infolge mangelnder Bildung sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen. Daher wurden die aus diesen Studien resultierenden Ergebnisse in diese Themenbereiche unterteilt.

### 7.2.1.1 Finanzielle Barrieren

In der Studie von Schmidt (2016) wurden Ergebnisse zu finanziellen Barrieren sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen in der pflegerischen Versorgung in Österreich präsentiert. Vor allem für ältere Menschen, die alleinstehend waren, erwiesen sich weitgehende Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege aufgrund mangelnder finanzieller Ressourcen. Bei Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen, die einen Partner hatten, zeigten sich zwischen jenen Personen, die in einem Pflegeheim lebten und jenen, welche häusliche Pflege erhielten keine Einkommensunterschiede. Ältere alleinlebende Menschen aus dem reichsten Einkommensquintil hatten aber die 1,69-fache Chance häusliche Pflege zu erhalten, anstatt in ein Pflegeheim zu ziehen im Vergleich zu ärmeren alleinstehenden älteren Menschen. (Schmidt 2016)

Auch in der Studie von Messer (2019) aus Deutschland zeigten sich finanzielle Hindernisse sozioökonomisch Benachteiligter. Aus Angst vor finanziellen Notlagen nahmen ältere Menschen aus niedrigeren Statusgruppen nur widerwillig häusliche pflegerische Unterstützungsleistungen in Anspruch. Es wurde, laut den Angaben der im Rahmen der Studie befragten Pflegepersonen, bei der Auswahl eines häuslichen Pflegedienstes mehr auf die Vermeidung von Zuzahlungen als auf die Deckung existentieller Bedürfnisse geachtet. (Messer 2019)

*“She was already bedridden and also had a pressure ulcer. The atmosphere in the family was tense. But in the initial call the first question was ‘How much does it cost?’ [...] Without additional payment, it was only possible to provide the basic package. No matter how much help was necessary from a professional perspective.”*

*(Messer 2019, p. 4)*

Die soziale Ungleichheit in der ambulanten pflegerischen Versorgung wurde auch in einer weiteren Studie aus Deutschland, von Möller, Osterfeld und Büscher (2013), behandelt.

Auch hier konnten die Bedürfnisse von Patienten und Patientinnen mit weniger finanziellen Ressourcen häufig nicht ausreichend gedeckt werden. Denn für finanziell besser gestellte Patienten und Patientinnen bestand die Möglichkeit pflegerische Leistungen, welche über die Leistungen, die von der Pflegekasse erbracht werden, hinzuzukaufen. So hatten sie den Vorteil, dass Pflegedienste bei ihnen öfter notwendige Unterstützung leisten konnten als bei sozioökonomisch benachteiligten Patienten und Patientinnen.

(Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Des Weiteren zeigte sich auch die unzureichende Information sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen als Problem. Diese wurden oft nicht ausreichend über mögliche finanzielle Unterstützungsangebote informiert. Denn aufgrund von mangelnden materiellen Ressourcen, wie zum Beispiel Computer, oder ein Auto, gestaltete es sich für diese schwierig, Beratungsstellen ausfindig zu machen. Daher blieben ihnen verfügbare finanzielle Unterstützungen oftmals verwehrt. (Messer 2019)

Nicht nur die fehlenden materiellen Ressourcen konnten zu einer mangelnden Information über finanzielle Unterstützungsangebote führen. Alleinlebenden Menschen mit mangelnden Ressourcen, die keine Angehörigen hatten oder in schwierigen Familienverhältnissen lebten, fehlte auch oft die Unterstützung einer anderen Person, um Informationen ausfindig zu machen. Dazu kommt, dass sie vielmals, aufgrund ihres niedrigeren sozioökonomischen Status, in eine gesellschaftliche Außenseiterrolle gedrängt wurden. Es mangelte ihnen häufig an Mitteln, wie etwa Geld für einen Kaffeehausbesuch mit Freunden, um am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Soziale Kontakte waren daher kaum vorhanden. Oftmals überwog bei sozioökonomisch benachteiligten Älteren auch die Scham für ihre schlechte Lebenssituation und sie nahmen aus diesem Grund keine häusliche Pflege in Anspruch.

(Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Der in niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen häufig auftretende Mangel an Ressourcen kann obendrein enorme Gefahren mit sich bringen. Beispielsweise besaßen viele

ältere Personen aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln keine Brillen, Hörgeräte oder Zahnprothesen. Denn diese Hilfsmittel wurden von der Versicherung oft nicht bezahlt. Derartige Einsparungen stellen aber nicht nur ein Risiko dar, sondern können auch die Lebensqualität der Patienten und Patientinnen deutlich einschränken. Hinzu kamen weitere gesundheitsgefährdende Einsparungen, wie beispielsweise eine verringerte Medikamenteneinnahme, um Ausgaben für Medikation zu verringern. Und auch der sparsame Umgang sozioökonomisch Benachteiligter mit Ressourcen, wie Inkontinenzartikeln oder Wunderversorgungsmaterialien, könnte zu einer hygienisch prekären Versorgung verleiten.

(Messer 2019)

Zusätzlich ist zu bedenken, dass durch derartige Einsparungsmaßnahmen Behandlungserfolge nicht schnell erzielt werden können oder gänzlich ausbleiben. Zudem erhöht sich das Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko von Patienten und Patientinnen mit niedrigem sozioökonomischem Status. (Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

*„ [...] when the eye drop bottle is half empty, she [patient] fills it up with water. Works just as well and costs half as much, she says.“ (Messer 2019, p. 5)*

Viele der in der Studie von Möller, Osterfeld & Büscher (2013) befragten Pflegepersonen, gaben an, dass sie, wenn sie die Wahl hätten, sogar lieber sozioökonomisch besser gestellte Patienten und Patientinnen versorgen würden. In diesen Haushalten sei nicht nur das Arbeitsumfeld aufgrund der Verfügbarkeit von benötigten Ressourcen deutlich besser, sondern auch die Compliance der Patienten und Patientinnen sei dort häufiger gegeben. Diese Pflegepersonen bekräftigten bei dieser Aussage jedoch, dass sie die Hauptverantwortung einer sozialen Benachteiligung nicht bei dem Patienten oder bei der Patientin sahen, sondern in den schlechten Rahmenbedingungen der ambulanten Pflege. Beispielsweise empfanden Pflegepersonen es als großen Ungleichheitsfaktor, wenn Anträge aufgrund von Schwierigkeiten beim Ausfüllen der komplexen Antragsformulare auf Pflegeleistungen nicht gestellt werden konnten. Zudem fanden sie, dass sozioökonomisch Schwächere bei derartigen Problemen zu wenig berücksichtigt wurden und dass sie mehr Unterstützung erhalten sollten.

(Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

### *7.2.1.2 Persönliche Barrieren*

Nicht nur das Einkommen, der Beruf oder die Bildung sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen können die pflegerische Versorgung beeinflussen. Es können auch persönliche Barrieren bei den betroffenen Personen entstehen. Diese entwickeln sich aufgrund des von ihnen selbst als niedrig erachteten Status ihrerseits in der Gesellschaft. (Messer 2019)

Befragte Pflegepersonen erzählten in der Studie von Messer (2019) und Möller, Osterfeld und Büscher (2013), dass sich sozial benachteiligte ältere Menschen oft für ihre Lebenssituation schämten und aus diesem Grund nur zurückhaltend benötigte pflegerische Unterstützung in Anspruch nahmen. Laut den Pflegepersonen bestehe eine große Scham davor finanzielle Unterstützung zu erhalten. Pflegebedürftige äußerten „kein Wohlfahrtsfall“ sein zu wollen, aber auch Angehörigen finanziell nicht zur Last fallen zu wollen. Auch bei berechtigten Ansprüchen auf Sozialleistungen bestand die Angst vor Zuzahlungen der Angehörigen.

(Messer 2019; Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Viele Patienten und Patientinnen mit fehlenden Ressourcen schämten sich auch für ihre schlechten Wohnverhältnisse, den schlechten Allgemeinzustand oder die Hilfslosigkeit. Dadurch, dass die benötigte Unterstützung aufgrund des Schamgefühls nicht, oder nur zu wenig, in Anspruch genommen wurde, entstand ein Teufelskreis und die Lebenssituation der sozioökonomisch Benachteiligten verschlechterte sich weiterhin.

(Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Ein weiteres Problem war auch die soziale Deprivation, welche niedrigere sozioökonomische Statusgruppen häufiger betraf. Infolge der fehlenden sozialen Unterstützung bestand die Gefahr, deutlich schneller in menschenunwürdige Lebensverhältnisse zu geraten. Zudem konnte eine fehlende soziale Anbindung auch zu einem Problem bei der Ausgestaltung des pflegerischen Versorgungssettings führen. Denn sozial schwächere Milieus waren oftmals mit einer Selbst- und Eigenverantwortung überfordert. (Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Dazu kommt, dass viele sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen bereits in ärmlichen Verhältnissen aufgewachsen waren. Aufgrund dessen waren sie es gewohnt weniger finanzielle und materielle Mittel zur Verfügung zu haben und bezeichneten sich daher selbst oft nicht als „arm“. (Messer 2019)

### *7.2.1.3 Barrieren aufgrund mangelnder Bildung*

Als eine weitere Barriere sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen, zeigte sich in den bearbeiteten Studien ein niedrigerer Bildungsstand. Denn auch dieser nimmt Einfluss auf den

sozioökonomischen Status einer Person. Von ambulant arbeitenden Pflegekräften wurde beobachtet, dass sozioökonomisch benachteiligte Patienten und Patientinnen durch einen niedrigeren Bildungsstand im Alltag mit vielen Konsequenzen konfrontiert waren. Beispielsweise hatten Patienten und Patientinnen mit einem niedrigeren Bildungsstand beim Ausfüllen von Antragsformularen für mobile Pflege- und Betreuungsdienste oftmals Schwierigkeiten. Ihnen fiel es schwerer, die umfangreichen Fragebögen zu verstehen und korrekt auszufüllen. Dies konnte dazu führen, dass notwendige Geld- oder Pflegesachleistungen nicht erhalten wurden. (Möller, Osterfeld & Büscher 2013)

Zudem berichteten Pflegepersonen, dass von ihnen ein Zusammenhang zwischen niedrigem Bildungsniveau und dem Verhalten eines Patienten oder einer Patientin wahrgenommen wurde. Beispielsweise investierten sozioökonomisch benachteiligte Patienten und Patientinnen ihr Pflegegeld aufgrund von mangelnden finanziellen Ressourcen teilweise nicht in pflegerische Leistungen oder Hilfsmittel. Stattdessen gaben sie es für die Versorgung ihres Haustieres, Tabak oder teure Elektrogeräte aus. (Möller, Osterfeld & Büscher 2013).

### 7.2.2 Informelle Pflege

Unterschiede zwischen den sozioökonomischen Statusgruppen ließen sich auch in Bezug auf die informelle Pflege zeigen. Aufgrund einer schlechteren finanziellen Lage wurde in niedrigeren Statusgruppen versucht, so lange wie möglich ohne professionelle Hilfe von Pflegepersonen auszukommen (Messer 2019).

In der Studie von Schmidt (2016) bestätigte sich dies für allem für ältere Personen mit einem hohen Pflegebedarf, die mit ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin in einem gemeinsamen Haushalt wohnten. Ab der Pflegestufe 3 entschieden sich pflegebedürftige Personen mit höherem Einkommen häufiger für einen Umzug in ein Pflegeheim, während jene mit niedrigerem Einkommen eher informell von ihrem Partner oder ihrer Partnerin betreut wurden. (Schmidt 2016)

Hingegen zeigte sich bei Schmidt (2016) auch, dass einkommensschwache Gruppen häufig weniger informelle Betreuungsressourcen aufwiesen. Sie zogen daher mit viel höherer Wahrscheinlichkeit in ein Pflegeheim als einkommensstärkere Gruppen mit mehr materiellen oder informellen Betreuungsressourcen. (Schmidt 2016)

Laut Messer (2019) sahen sich sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen auch stärker in ihrer Lebensqualität eingeschränkt, wenn soziale Kontakte fehlten. Denn diese könnten sie informell pflegen, oder ihnen beim Suchen nach einer geeigneten Betreuungsform zur Seite stehen. Die Möglichkeiten ein soziales Netzwerk aufzubauen wurde zusätzlich vermindert,

wenn kein Auto vorhanden war. Das mobile Pflgeteam stellte im Falle einer sozialen Deprivation häufig die einzigen Bezugspersonen für sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen dar. (Messer 2019)

### 7.2.3 Pflege am Lebensende

In den Ergebnissen der Studie von Buck et al. (2017) aus dem Vereinigten Königreich zeigte sich der Trend, dass sozioökonomisch bessergestellte Palliativpatienten und -patientinnen aus weniger abgelegenen Gegenden, den mobilen Palliativpflegedienst, den sogenannten Hospice @Home-Service (H@H-Service), öfter erhielten. In dieser Studie erfolgte die Messung des sozioökonomischen Status anhand der regionalen Deprivation. Bei dieser Messmethode wird davon ausgegangen, dass sozioökonomisch Benachteiligte eher in ländlicheren Gebieten leben. (Buck et al. 2017)

Von den 321 Teilnehmern und Teilnehmerinnen erhielten nur elf Patienten und Patientinnen aus dem Gebiet Fenland den H@H- Service. Dies war das ländlichste und somit benachteiligste der in der Studie inkludierten Gebiete. (Buck et al. 2017)

Gegenteilige Ergebnisse zur Studie von Buck et al. (2017) aus England zeigten sich für Kanada in der Studie von Cai et al. (2017). In Kanada erhielten vor allem jene Palliativpatienten und -patientinnen, welche abgelegener wohnten und somit einen niedrigeren sozioökonomischen Status vorwiesen, Besuch einer Krankenpflegeperson aus dem ambulanten Palliativpflgeteam. Beispielsweise lag die durchschnittliche Zahl an Hausbesuchen bei Patienten und Patientinnen mit niedrigerem sozioökonomischem Status (Quartile 4) bei 6,28 und bei jenen mit höherem sozioökonomischem Status (Quartile 1) bei 4,42 ( $p < 0,001$ ). (Cai et al. 2017)

Zudem resultierte aus der logistischen Regressionsanalyse, dass Patienten und Patientinnen mit höherem Bildungsniveau mit geringerer Wahrscheinlichkeit häusliche Palliativpflegedienste erhielten als Patienten und Patientinnen mit niedrigerem Bildungsniveau. Das Quotenverhältnis lag bei Personen mit High School- Abschluss oder keinem Bildungsabschluss bei 1 und bei Personen mit postgradualen Studium bei 0,57. (Cai et al. 2017)

## 7.3 Pflege im Krankenhaus oder im Pflegeheim

Die Zuweisung von Pflegeheimplätzen gestaltet sich häufig sehr schwierig. In der norwegischen Studie von Heggstad und Førde (2019) war die Zuweisung von der Pflegeabhängigkeit der älteren Menschen, der medizinischen Diagnose und dem Vorhandensein von Ressourcen für häusliche Dienste abhängig.

Die in der Studie befragten Entscheidungsträger und -trägerinnen in der Verwaltung, welche für die Zuweisung von Pflegeheimplätzen zuständig waren, und auch die Ärzte und Ärztinnen und Pflegepersonen, waren sich jedoch einig, dass auch die kommunale Wirtschaft immer ein Element der Bewertung im Zuweisungsprozess ist (Heggstad & Førde 2019).

Das bedeutet, dass Patienten und Patientinnen aus wohlhabenderen Bezirken und Gemeinden es einfacher hatten einen Platz im Pflegeheim zu bekommen.

Auch hier zeigte sich, dass Patienten und Patientinnen mit Angehörigen Vorteile hatten. Sie bekamen mit größerer Wahrscheinlichkeit einen Pflegeheimplatz als Patienten und Patientinnen, die keine Angehörigen hatten. Der Grund dafür war, dass Angehörige sich meist stark um einen Zuweisungsplatz bemühten und sich für die Patienten und Patientinnen vor den Gemeinden einsetzten. (Heggstad & Førde 2019)

*„If you have relatives that are fighting for you, who put their foot down and say ‘I won’t accept this’ and cough up some legislation and that, then you are well on your way to a long-term placement.” (Heggstad & Førde 2019, p. 6)*

Selbst die Zuweisungsträger und -trägerinnen der Pflegeheimplätze und die Pflegepersonen äußerten, dass sie, wenn sie älter sind, nicht in bestimmten Gemeinden wohnen wollen würden, da sie eine Benachteiligung bei der Zuweisung eines Pflegeheimplatzes befürchteten. (Heggstad & Førde 2019)

Murata, Babazono & Fukuda (2019) gingen in ihrer Studie auf soziale Ungleichheiten in der Langzeitpflege ein. Denn Langzeitaufenthalte im Krankenhaus oder im Pflegeheim können zu einer reduzierten Lebensqualität älterer Menschen führen. Zusätzlich steigern sie die sozialen staatlichen Ausgaben. (Murata, Babazono & Fukuda 2019)

Für den Zeitrahmen der im Rahmen der Studie durchgeführten Umfrage ließ sich errechnen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes bei einkommensschwachen Personen höher war (OR 1,17) als bei Personen mit mittlerem Einkommen (OR 1,04) (Murata, Babazono & Fukuda 2019).

Die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus stieg für alle medizinischen Fachbereiche mit sinkendem Einkommen an. Am längsten war dabei die Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Einrichtungen, wobei für diesen Fachbereich keine relevanten Unterschiede basierend auf der Einkommenskategorie nachgewiesen werden konnten. Hier lag die Aufenthaltsdauer bei

Patienten und Patientinnen mit niedrigem Einkommen bei 212,96 Tagen, bei mittlerem Einkommen bei 193,51 Tagen und bei hohem Einkommen bei 219,09 Tagen.

(Murata, Babazono & Fukuda 2019)

Die mittlere Aufenthaltsdauer in einer Langzeitpflegeeinrichtung war ähnlich der Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Am längsten waren in diesen Aufenthalte bei Gruppen mit niedrigem Einkommen (499,06 Tage) und am kürzesten bei Gruppen mit hohem Einkommen (423,62 Tage). Ausgenommen bei speziellen Pflegeeinrichtungen für ältere Patienten und Patientinnen. Bei diesen lag die Aufenthaltsdauer bei Patienten und Patientinnen mit höherem Einkommen bei 473,63 Tagen, bei Patienten und Patientinnen mit mittlerem Einkommen bei 429,18 Tagen und bei Patienten und Patientinnen mit niedrigem Einkommen bei 453,98 Tagen.

(Murata, Babazono & Fukuda 2019)

Die durchschnittlichen stationären Gebühren waren bei Patienten und Patientinnen mit niedrigem Einkommen höher als bei Patienten und Patientinnen mit höherem Einkommen (OR: 1,49,  $p < 0,001$ ). Auch die Pflegekosten waren bei Patienten und Patientinnen mit niedrigerem Einkommen höher als bei den Patienten und Patientinnen mit höherem Einkommen (OR: 1,18,  $p = 0,002$ ). (Murata, Babazono & Fukuda 2019)

## 8 Diskussion und Ausblick

Ein ungedeckter Bedarf an professioneller häuslicher Pflege wird mit negativen gesundheitlichen Folgen und erhöhten Kosten für die Gesundheitsversorgung in Verbindung gebracht (Gilmour 2018).

Resultierend aus den Ergebnissen der für diese Bachelorarbeit ausgewählten Studien ließen sich jedoch größtenteils bei der pflegerischen Versorgung durch mobile häusliche Pflegedienste Nachteile für sozioökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen aufzeigen. Wie beispielsweise in den Studien von Messer (2019), Möller, Osterfeld und Büscher (2013) und Schmidt (2016), in welchen sich Nachteile durch finanzielle, persönliche und Barrieren infolge mangelnder Bildung sozioökonomisch benachteiligter Patienten und Patientinnen nachweisen ließen.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen eines Literaturreviews von Goodridge et al. (2012). Auch in diesem wurden mehrheitlich Ergebnisse dazu gefunden, dass sozioökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen in der häuslichen Pflege Benachteiligungen erfuhren. Jedoch merkten die Autoren und Autorinnen in diesem an, dass sich auch in ihren behandelten Studien ein paar widersprüchliche Ergebnisse finden ließen. (Goodridge et al. 2012) Wie auch



in den für diese Bachelorarbeit inkludierten Studien. Denn in der Studie von Cai et al. (2017) hatten sozioökonomisch benachteiligte Patienten und Patientinnen aus Kanada in der mobilen Palliativversorgung Vorteile. Die Zahl der Hausbesuche eines mobilen Palliativpflegeteams war bei Patienten und Patientinnen mit niedrigerem sozioökonomischem Status häufiger.

(Cai et al. 2017) Dazu ist anzumerken, dass in einer weiteren Studie von Cai, Zhao und Coyte (2017) für die häusliche Palliativversorgung in China jedoch Benachteiligungen sozioökonomisch schlechter gestellter älterer Menschen gefunden werden konnten. Hinsichtlich der Palliativversorgung in Kanada wurde als Begründung für das Ergebnis von den Autoren und Autorinnen in Betracht gezogen, dass Patienten und Patientinnen mit einem höheren sozioökonomischen Status sich zusätzlich zu dem mobilen Palliativpflegeteam andere Pflegedienste finanzieren konnten, die nicht von der Versicherung übernommen wurden. (Cai et al. 2017)

Auch in den Ergebnissen einer weiteren kanadischen Studie von Laporte, Croxford und Coyte (2006) war die Übernahme von formeller häuslicher Pflege, übereinstimmend mit der Studie von Cai et al. (2017), vor allem bei älteren Menschen aus niedrigeren Statusgruppen vorzufinden. Um Ergebnisse zu erhalten wurde in dieser Studie die Wahrscheinlichkeit häusliche Kurzzeitpflege zu erhalten, angenommen eines Umzuges von der Gegend mit dem höchsten, in die Gegend mit dem niedrigsten Anteil einkommensschwacher Haushalte, errechnet. Die Messergebnisse ergaben dafür eine, um den Faktor 1,7 steigende Wahrscheinlichkeit häusliche Kurzzeitpflege zu erhalten. Ein niedriger sozioökonomischer Status steigerte zudem auch die Wahrscheinlichkeit häusliche Langzeitpflege, in Form einer 24-Stunden-Betreuung, anstatt häusliche Kurzzeitpflege, durch Hauskrankenpflegedienste, zu erhalten. Die Anzahl der Hausbesuche war bei Personen, die in ländlicheren Gebieten lebten, häufiger. Dies sei laut den Autoren und Autorinnen auf die häufigeren chronischen Erkrankungen bei Personen mit niedrigerem sozioökonomischem Status zurückzuführen. (Laporte, Croxford & Coyte 2006)

Im Hinblick auf die informelle häusliche Pflege kamen die Studien von Messer (2019) und Schmidt (2019) aus Deutschland auf gegensätzliche Ergebnisse im Vergleich zu einer Studie aus Kanada von Gilmour (2018). Während in den Studien von Schmidt (2019) und Messer (2019) die Pflege eher in niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen durch Angehörige, Freunde oder Bekannte übernommen wurde, erhielt diese Statusgruppe in der Studie von Gilmour (2018) vorwiegend Unterstützung durch Gesundheits- und Krankenpflegepersonen.

Haushalte in großen Ballungszentren bekamen in Kanada mit einer deutlich geringeren Wahrscheinlichkeit von 5,9% Besuch formeller häuslicher Pflegedienste, als Haushalte in kleineren Ballungszentren. Diese erhielten mit einer Wahrscheinlichkeit von 7,8% formelle häusliche

Pflege. Ebenfalls bekamen alleinstehende Personen und Personen aus einer niedrigeren Einkommenskategorie mit höherer Wahrscheinlichkeit Besuch formeller häuslicher Pflegedienste. Begründet wurden diese sozioökonomischen Ungleichheiten mit den mangelnden informellen Pflegeressourcen sozioökonomisch Benachteiligter. (Gilmour 2018)

Eine geringe Bereitschaft zur Übernahme informeller häuslicher Pflege war auch in Deutschland eher bei Personen mit höherem sozioökonomischem Status vorzufinden. Diese bevorzugten für die pflegebedürftige Person eher eine stationäre oder Heimpflege. Ein genannter Grund war, dass „Opportunitätskosten“ entstehen würden. Diese Kosten fallen an, wenn aufgrund der Übernahme von Pflege auf soziale und berufliche Möglichkeiten verzichtet werden muss. Aufgrund einer besseren beruflichen Stellung würden diese bei Angehörigen mit höherem sozioökonomischem Status höher ausfallen. (Lampert & Hoebel 2019)

In vielen Studien zeigte sich die soziale Deprivation sozioökonomisch Benachteiligter als vorwiegendes Problem in Bezug auf die pflegerische Versorgung. Sowohl in der Studie von Möller, Osterfeld und Büscher (2013) als auch in einer Studie aus China von Chang-Xiang, Li-Na und Shu-Xing (2014), waren alleinlebende ältere Menschen niedrigerer Statusgruppen mit der Eigenverantwortung überfordert. Sie hatten häufig Probleme, wie beispielsweise der eigenständigen Suche nach einer geeigneten Betreuungsform oder dem selbstständigen Gesundheitsmanagement. (Möller, Osterfeld & Büscher 2013; Chang-Xiang, Li-Na & Shu-Xing 2014)

Auch die Studie von Schmidt (2016) und eine weitere Studie aus den Vereinigten Staaten kamen zum Ergebnis, dass alleinstehende Personen aus niedrigeren Statusgruppen in der pflegerischen Versorgung benachteiligt waren. In beiden Studien hatten Personen, die mit ihrem Lebenspartner oder ihrer Lebenspartnerin in einem gemeinsamen Haushalt lebten, im Vergleich zu alleinstehenden Personen, Vorteile. Sie erhielten mehr soziale Unterstützung und wurden länger zu Hause gepflegt, anstatt in ein Pflegeheim zu ziehen. Zudem hatten sie ein signifikant niedrigeres Risiko einer Wiederaufnahme ins Krankenhaus.

(Schmidt 2016; Jianhui, Gonsahn & Nerenz 2014)

Ebenfalls hatten ältere Menschen mit Angehörigen bei Heggstad und Førde (2019) Vorteile. Denn diese setzten sich bei der Zuweisung eines Pflegeheimplatzes vor den Gemeinden für sie ein. (Heggstad & Førde 2019)

Auch bezüglich sozioökonomischer Ungleichheiten in der Versorgung im Krankenhaus und im Pflegeheim konnten unterschiedliche Ergebnisse gefunden werden. In der Studie aus Norwegen von Heggstad und Førde (2019) hatten sozioökonomisch Bessergestellte bei der Zuweisung

eines Pflegeheimplatzes Vorteile, während bei Murata, Babazono und Fukuda (2019) beide Statusgruppen einen gleichberechtigten Zugang hatten.

Laut Murata, Babazono und Fukuda (2019) waren derartige Ungleichheiten vermindert, da Krankenhausaufenthalte und Aufenthalte in Langzeitpflegeeinrichtungen von der Kranken- und Pflegeversicherung Japans übernommen werden. Dadurch kann die wirtschaftliche Belastung von sozioökonomisch Benachteiligten gesenkt werden. Falls zusätzliche Kosten, wie beispielsweise durch eine nötige intensivere Betreuung aufkommen, werden diese ebenfalls vom Sozialhilfesystem Japans übernommen. (Murata, Babazono & Fukuda 2019)

Dazu ist anzumerken, dass Japans Bevölkerung schneller altert als die Bevölkerung in anderen Industrieländern. Infolgedessen bemüht sich die japanische Regierung besonders, aufgrund der steigenden Nachfrage im Bereich der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung, die notwendigen Mittel für eine wirksame Gesundheitspolitik für ältere Menschen zu finden.

(Sudo et al. 2018)

Hinsichtlich der Dauer stationärer Krankenhausaufenthalte im palliativen Setting waren in einer Studie von Hedinger, Hämmig und Bopp (2015) vergleichbare Ergebnisse mit jenen von Murata, Babazono und Fukuda (2019). Ältere Personen mit einer höheren sozioökonomischen Position hatten in dieser Studie aus der Schweiz auch in der terminalen Lebensphase ein geringeres Risiko für einen stationären Langzeitaufenthalt. Sie hatten häufiger die Möglichkeit zu Hause zu bleiben, wenn sich der Gesundheitszustand verschlechterte und der Pflegebedarf stieg. Das Fehlen eines Partners, einer Partnerin oder eines erwachsenen Kindes bei sozioökonomisch benachteiligten älteren Menschen, welche alternativ wichtige informelle Betreuer und Betreuerinnen darstellen können, erhöhte die Wahrscheinlichkeit eines längeren stationären Pflegeheimaufenthalts. (Hedinger, Hämmig & Bopp 2015)

Es ist dazu jedoch erwähnenswert, dass in die Studie von Murata, Babazono und Fukuda (2019) nur Patienten und Patientinnen mit der Diagnose Demenz inkludiert wurden. Das Fortschreiten einer Demenzerkrankung steigert aber sowohl den Bedarf an informeller und formeller Pflege als auch das Risiko einer Institutionalisierung. Dies wurde in einer skandinavischen Studie genauer untersucht. In dieser wurde ermittelt, ob die Inanspruchnahme formeller und informeller Pflege von erhöhten Bedürfnissen abhängt. Die Ergebnisse zeigten auf, dass die Gruppe mit schwerer Demenz im Vergleich zur Gruppe mit mittelschwerer Demenz signifikant mehr Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigte. Die Inanspruchnahme formeller Pflege war aufgrund dessen in der Gruppe mit den schwersten kognitiven

Beeinträchtigungen am höchsten. Aus diesem Ergebnis ließ sich ableiten, dass die Pflege somit bei Demenzkranken in fortgeschrittenen Stadien mehr Zeit in Anspruch nimmt.

(Bökberg, Ahlström & Karlsson 2018)

Viele Industrieländer, wie beispielsweise Kanada, die Vereinigten Staaten, Australien, Frankreich, Deutschland, Japan, Neuseeland und das Vereinigte Königreich wollen die Deinstitutionalisierung der Pflege fördern. Doch besonders in der Hauskrankenpflege fällt die Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen häufig besonders niedrig aus. Die autonome Arbeit und die mangelnden Ressourcen der Patienten und Patientinnen entwickeln sich oftmals zu einer großen Herausforderung. (Tourangeau et al. 2014)

Die befragten Pflegepersonen in der Studie Möller, Osterfeld & Büscher (2013) gaben an, dass sie, wenn sie die Wahl hätten, lieber sozioökonomisch besser gestellte Patienten versorgen würden, da das Arbeitsumfeld und die Compliance der Patienten dort besser sei.

Die Wohnsituation hat aber auch andere Auswirkungen, wie etwa auf den Gesundheitszustand einer Person. Eine Studie aus den USA belegte, dass jede zusätzliche schlechte Wohncharakteristik (Risse in der Decke, Löcher im Boden, Schädlinge oder Installationsprobleme) mit einem schlechteren Gesundheitszustand, einer hohen medizinischen Nutzung und einer höheren Wahrscheinlichkeit eines Krankenhausaufenthaltes verbunden ist. Wohnmerkmale wie Haushaltsgröße, Mietstatus, Nachbarschaftssicherheit und wohnungsbezogene staatliche Unterstützung hatten nur sehr geringen Einfluss auf die gesundheitlichen Ergebnisse der Partizipanten und Partizipantinnen. (Boch et al. 2019)

Laut den Aussagen der Pflegepersonen in der Studie von Messer (2019), stellte die Angst vor Zuzahlungen oder einer finanziellen Belastung der Angehörigen eine finanzielle Barriere für sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege dar.

Aufschlussreich ist dazu eine Studie von Guerriere et al. (2007). Ziel dieser Studie war die Ermittlung der für die Familien und das Gesundheitssystem entstehenden Kosten bei der Inanspruchnahme häuslicher Pflege. Zusätzlich wurden die Determinanten privat finanzierter häuslicher Pflege bewertet. Es wurde festgestellt, ob öffentliche Ausgaben verglichen mit privaten Ausgaben Ergänzungs- oder Ersatzausgaben sind. (Guerriere et al. 2007)

Im Jahr 2004 lagen die durchschnittlichen Gesamtkosten für eine vierwöchige häusliche Pflege in Kanada bei 7670,67 kanadischen Dollar. Die überwiegende Mehrheit dieser Kosten waren mit privaten Ausgaben verbunden. Laut den Ergebnissen der Studie waren steigende private

Finanzierungen mit den Determinanten höheres Alter, Beeinträchtigungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, dem weiblichen Geschlecht und dem Vorhandensein von vier oder mehr chronischen Erkrankungen, verbunden. Eine Analyse des Verhältnisses zwischen privaten und öffentlichen Ausgaben ergab, dass höhere öffentliche Ausgaben mit höheren privaten Ausgaben verbunden waren. Ein Anstieg der öffentlichen Ausgaben um 10% war mit einem Anstieg der privaten Ausgaben um 6% verbunden. Dies deutet darauf hin, dass sich die beiden Arten von Ausgaben ergänzten. (Guerriere et al. 2007)

Laut den Autoren und Autorinnen müssten Gesundheitsmanager oder -managerinnen und politische Entscheidungsträger oder Entscheidungsträgerinnen daher die Finanzierung der häuslichen Pflege in Zukunft besser einschätzen. So könnten kritische Probleme, wie Ungleichheiten beim Zugang zur Pflege und finanzielle Belastungen für Pflegebedürftige und Familien, vermindert werden. (Guerriere et al. 2007)

In der Studie von Möller, Osterfeld und Büscher (2013) aus Deutschland nahmen ambulant arbeitende Pflegekräfte sozioökonomische Benachteiligungen aufgrund eines niedrigeren Bildungsstandes sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen wahr. Dies wurde auch in einer weiteren deutschen Studie bereits behandelt. Diese belegte, dass die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung mit dem Bildungsstand zusammenhängt. Personen mit höherem Bildungsstand konnten in Deutschland bei Bedarf auf umfangreichere Unterstützungsleistungen zurückgreifen. Unter den 65-Jährigen und Älteren schilderte etwa jede vierte Frau und jeder fünfte Mann, nur in geringem Maße Unterstützung zu erhalten, wobei der Anteil der Frauen und Männer aus unteren Bildungsschichten jeweils überproportional hoch war. Dies deutet darauf hin, dass in Deutschland jene Personen, die in stärkerem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, diese Unterstützungsleistungen oft nicht erhalten.

(Kruse & Schmitt 2016)

Die Messung des sozioökonomischen Status erfolgte in den meisten der behandelten Studien lediglich mit dem Indikator „Einkommen“. Jedoch wird auch vermehrt in Studien, wie auch beispielsweise in den Studien von Cai et al. (2017) und Buck et al. (2017), die regionale Deprivation zur Messung des sozioökonomischen Status herangezogen (Klein & von dem Knesebeck 2015).

Der Grund dafür sei, dass der sozioökonomische Status von Individuen meist mit der Wohnumgebung, in der sie leben, zusammenhängt (Laporte, Croxford & Coyte 2006). Denn das Vorhandensein wichtiger Versorgungsstrukturen für ältere Menschen, wie beispielsweise

für stationäre oder ambulante Pflege, ist in benachteiligten Gemeinden oft nicht gegeben. Nicht nur die Zuweisung von Pflegeheimplätzen, wie in der Studie von Heggestad und Førde (2019), kann durch das Leben in einem benachteiligten Wohngebiet eingeschränkt werden. Auch der Autonomieerhalt der älteren Menschen wird in diesen oftmals nicht geboten.

(Heggestad & Førde 2019)

In solchen Wohngebieten fehlen unter anderem auch häufig eine gut ausgebaute Infrastruktur, soziale Institutionen, Vereine oder Einrichtungen der professionellen Alltagsunterstützung, wie etwa Tagesstätten für ältere Menschen (Falk et al. 2011).

Gleichermaßen gewinnt auch der Versichertenstatus als Indikator zur Messung des sozioökonomischen Status in internationalen medizinisch-pflegerischen Studien zunehmend an Bedeutung. Dieser spielt in der Diskussion um Versorgungsungleichheiten eine wesentliche Rolle. (Klein & von dem Knesebeck 2015)

In Deutschland kann der Versichertenstatus als privat oder gesetzlich eingestuft werden. Es wurde belegt, dass sogar zwischen den gesetzlichen Kassen Deutschlands Unterschiede in der medizinischen und pflegerischen Versorgung existieren sollen. Diese zeigten sich vor Allem bei Patienten und Patientinnen mit Migrationshintergrund, bei körperlichen Erkrankungen, bei psychischen Auffälligkeiten und bei Zahnarztbesuchen. (Hoffmann & Bachmann 2014)

Auch in einer Studie aus Massachusetts, in den USA, ließen sich Unterschiede in Bezug auf den Versichertenstatus, zwischen privat und öffentlich Versicherten, zeigen. Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit mittlerem Einkommen und privater Versicherung meldeten aufgrund zu hoher Zuzahlungen häufiger kostenbedingte Verzögerungen für den Erhalt medizinischer Versorgung als Teilnehmer und Teilnehmerinnen derselben Einkommensgruppe, die öffentlich versichert waren. (Rowas et al. 2017)

## 8.1 Stärken und Limitationen

Dieses Literaturreview zeigt sowohl Stärken als auch Schwächen auf.

Als Stärke ist die umfassende Literaturrecherche zu nennen. Im Rahmen dieser wurden sowohl zwei wissenschaftliche Datenbanken herangezogen als auch eine Handsuche in Google Scholar und Referenzlisten durchgeführt. Zudem wurde nur aktuelle Literatur einbezogen, da die verwendeten Studien nicht älter als zehn Jahre sind.

Eine weitere Stärke ist die Bewertung der aus dieser Recherche resultierenden Studien anhand eines wissenschaftlichen Bewertungsinstruments, das Mixed Methods Appraisal Tool nach Hong et al. (2018).

Allerdings ist anzumerken, dass die Studien nur von der Autorin einer kritischen Bewertung unterzogen wurden. Das Ausbleiben einer systematischen Bewertung der Literatur ist als Schwäche dieser Arbeit zu nennen. Denn das Bewerten der Studien von weiteren Autoren und Autorinnen würde die Objektivität und Glaubwürdigkeit dieser Bachelorarbeit steigern. Jedoch konnten erste Ergebnisse zu einem recht unerforschten Thema aufgezeigt werden. Vor allem daher, dass sich in diesen Barrieren bezüglich der pflegerischen Versorgung sozioökonomisch benachteiligter Menschen nachweisen ließen, kann zu weiterer Forschung geraten und angeregt werden.

## 8.2 Implikationen für die Forschung

Viele der Studien, welche sich mit sozioökonomischen Ungleichheiten in der pflegerischen Versorgung beschäftigen, wurden im Rahmen der Literaturrecherche ausselektiert, da die Partizipanten und Partizipantinnen der Studie zu jung waren. Angesichts dem bereits im Hintergrund erwähnten steigenden Trend der Bevölkerungsalterung, der Armutsgefährdung älterer Menschen und im Hinblick auf den Ergebnisteil dieser Bachelorarbeit, sollte dieses Thema jedoch, explizit auf die ältere Generation bezogen, weiter erforscht werden.

Auch wurde nur selten der Blick auf Industrieländer gelegt. Viele der Studien behandelten Schwierigkeiten sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen in Bezug auf die pflegerische Versorgung in Schwellenländern oder Ländern der Entwicklungszusammenarbeit. Zusätzlich wäre es auch interessant, in zukünftigen Studien die sozioökonomisch benachteiligten Patienten und Patientinnen selbst bezüglich ihrer Erfahrungen mit sozialer Ungleichheit und Meinungen dazu zu befragen. In den behandelten qualitativen Studien wurden lediglich Pflegepersonen, die in ihre pflegerische Versorgung involviert waren, zur Befragung herangezogen. Qualitative Studiendesigns würden sich dafür sehr gut eignen, um das individuelle Erleben sozioökonomisch benachteiligter älterer Menschen genau nachvollziehen zu können.

Die Messung des sozioökonomischen Status erfolgte in den Studien unterschiedlich. Es wäre jedoch empfehlenswert ihn demnächst, um eine bessere Vergleichbarkeit erzielen zu können, einheitlich mit den drei Indikatoren Beruf, Bildung und Einkommen, welche den sozioökonomischen Status definieren, zu messen.

### 8.3 Implikationen für die Praxis

Die Notwendigkeit soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung zukünftig zu reduzieren, wurde bereits deutlich.

Es wäre daher sehr fortschrittlich, Pflegepersonen in Rahmen von Schulungen auf diese aufmerksam zu machen. So könnten diese vermehrt darauf achten, sozioökonomisch benachteiligte ältere Menschen intensiver zu unterstützen, und ihnen bei möglichen Hindernissen, wie beispielsweise dem Ausfüllen eines Antragsformulars, zu Hilfe kommen. Mit dem durch die Schulung erlangtem Wissen könnten sie diese auch in ihren Kompetenzen stärken und über mögliche finanzielle Unterstützungsangebote und pflegerische Versorgungsmöglichkeiten informieren.

Ein weiterer Aspekt ist die Situation der Pflegepersonen bei der Versorgung sozioökonomisch benachteiligter Patienten und Patientinnen. Die Arbeitsbelastung von Pflegepersonen steigt nicht nur durch prekäre Wohnsituationen sozial schlechter gestellten Patienten und Patientinnen in der ambulanten Pflege. Oftmals kann die Lebenssituation dieser Patienten- und Patientinnengruppe bei Pflegepersonen auch ein starkes Mitgefühl verursachen und zu einer enormen psychischen Belastung werden.

Vor allem Pflegepersonen in der mobilen Pflege, welche Großteils allein von Haus zu Haus fahren, sollten daher bei Problemen stets Ansprechpersonen zur Verfügung stehen. Zusätzlich sollten auch neue Ansätze zur Stärkung dieser Pflegepersonen entwickelt werden.

## 9 Schlussfolgerung

Die Ergebnisse der Studien geben deutliche Hinweise, dass sozioökonomisch Schwächere in vielen Settings in der pflegerischen Versorgung Benachteiligungen erfahren.

Vor allem in der ambulanten pflegerischen Versorgung waren sozioökonomisch benachteiligte Patienten und Patientinnen mit Hindernissen konfrontiert. Aufgrund dieser Barrieren wird die Pflege häufig von Angehörigen, Freunden oder Bekannten übernommen. Dies kann wiederum eine Benachteiligung darstellen, da sozioökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen oft mangelnde Ressourcen für eine Pflege im Eigenheim aufweisen. Zudem kann auch die soziale Deprivation sozioökonomisch Benachteiligter die Möglichkeit für die Übernahme der Pflege von informellen Pflegepersonen einschränken. Dadurch besteht die Gefahr, dass sozioökonomisch Benachteiligten eine pflegerische Versorgung somit gänzlich verwehrt bleibt. Die Ermittlung des sozioökonomischen Status der Studienteilnehmer und -teilnehmerinnen erfolgte in den meisten Studien mit dem Indikator „Einkommen“. In zwei Studien wurde die



regionale Deprivation als Indikator zur Messung des sozioökonomischen Status herangezogen. Zudem war in einer Studie auch die kommunale Wirtschaft ausschlaggebend für den Erhalt pflegerischer Versorgung. Dies weist darauf hin, dass sozioökonomisch schlechter gestellte ältere Menschen auch durch das Leben in abgelegenen Wohngebieten oder finanzschwachen Gemeinden zusätzlich für den Zugang zur pflegerischen Versorgung benachteiligt sein können. Im Hinblick auf die stationäre Versorgung waren Patienten und Patientinnen mit niedrigerem sozioökonomischem Status in Japan aufgrund ihres oftmals schlechteren gesundheitlichen Zustandes benachteiligt. Jedoch blieb ihnen die notwendige stationäre pflegerische Betreuung nicht verwehrt. In der behandelten Studie war auch die Übernahme von kostenintensiven Behandlungen für sie gewährleistet. Zu bedenken ist aber, dass ihre Lebensqualität, durch das längere Fernbleiben vom gewohnten Umfeld, eingeschränkt werden könnte.

## 10 Literaturverzeichnis

BMASK 2012, *Soziale Lage älterer Menschen in Österreich*, by Eiffe, FF, Till, M, Datler, G, Heuberger, R, Glaser, T, Kafka, E, Lamei, N, Skina, M & Till-Tentschert, U, Eurostat.

Boch, SJ, Taylor, DM, Danielson, ML, Chisolm, DJ & Kelleher, KJ 2019, 'Home is where the health is': Housing quality and adult health outcomes in the survey of income and program participation', *Preventive Medicine*, p. 9.

Bökberg, C, Ahlström, G & Karlsson, S 2018, 'Utilisation of formal and informal care and services at home among persons with dementia: a cross-sectional study.', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol. 32, no. 2, pp. 843- 851.

Buck, J, Webb, L, Moth, L, Morgan, L & Barclay, S 2017, 'Persistent inequalities in Hospice at Home provision', *BMI Supportive & Palliative Care*, pp. 1- 8.

Bushnik, T, Tjepkema, M & Martel, L 2020, 'Socioeconomic disparities in life and health expectancy among the household population in Canada', *Health Reports*, vol. 31, no. 1, pp. 3- 14.

Cai, J, Guerriere, DN, Zhao, H & Coyte, PC 2017, 'Socioeconomic Differences in and Predictors of Home-Based Palliative Care Health Service Use in Ontario, Canada', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, pp. 2- 12.

Cai, J, Zhao, H & Coyte, PC 2017, 'Socioeconomic Differences and Trends in the Place of Death among Elderly People in China', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 14, no. 1210, pp. 1- 16.

Chang-Xiang, C, Li-Na, F & Shu-Xing, L 2014, 'The correlation between socioeconomic status and health self-management in the elderly', *International Journal of Nursing Sciences*, vol. 1, no. 4, pp. 410- 415.

Dimmel, N, Schenk, M & Stelzer-Orthofer, C 2014, *Handbuch Armut in Österreich*, vol. 2. überarbeitete Auflage, Studienverlag, Innsbruck.

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung 2010, *Die Armutsgefährdung älterer Menschen*, by Zaidi, A & Gasior, K, Statistik Austria.

European Commission 2018, *The 2018 Ageing Report - Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016 - 2070)*, by Arevalo, P, Santiago, CR, Deboeck, B,

Eckefeldt, P, Gagliardi, N, Goranova, B, Martinelli, B, Patarau, A, Reut, A, Uregian, C, Pench, L, Merz, W, Mifsud, G & Carone, G, vol. 79, *European Economy*, viewed 13.11.2019, [https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070\\_en](https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-economic-and-budgetary-projections-eu-member-states-2016-2070_en).

Falk, K, Heusinger, J, Kammerer, K, Khan-Zvornicanin, M, Kümpers, S & Zander, M 2011, *Arm, alt, pflegebedürftig – Selbstbestimmungs- und Teilhabechancen im benachteiligten Quartier*, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Ford, J, Turley, R, Porter, T, Shakespeare, T, Wong, G, Jones, AP & Steel, N 2018, 'Access to primary care for socio-economically disadvantaged older people in rural areas: A qualitative study', *BMJ open*, vol. 6, no. 5.

Furuya, Y, Kondo, N, Yamagata, Z & Hashimoto, H 2015, 'Health literacy, socioeconomic status and self-rated health in Japan', *Health Promotion International*, vol. 30, no. 3, pp. 505-513.

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften 2003, *Berufsklassifikation und Messung des beruflichen Status/ Prestige*, by Jürgen Hoffmeyer-Zlotnik, H.P. Jürgen & Alfons Geis J., SSOAR.

Gilmour, H 2018, 'Formal home care use in Canada', *Health Reports*, vol. 29, no. 9, pp. 4- 7.

Gilmour, H 2018, 'Unmet home care needs in Canada', *Health Reports*, vol. 29, no. 11, p. 4.

Goodridge, D, Hawranik, P, Duncan, V & Turner, H 2012, 'Socioeconomic disparities in home health care services access and utilization: A scoping review', *International Journal of Nursing Studies*, vol. 49, pp. 1310- 1319.

Guerriere, DN, Wong, AYM, Croxford, R, Leong, VW, McKeever, P & Coyte, PC 2007, 'Costs and determinants of privately financed home-based health care in Ontario, Canada', *Health and Social Care in the Community*, vol. 16, no. 2, pp. 126- 132.

Hedinger, D, Hämmig, O & Bopp, M 2015, 'Social determinants of duration of last nursing home stay at the end of life in Switzerland: a retrospective cohort study', *BMC Geriatrics*, vol. 15, no. 114, pp. 1- 8.

Heggestad, AKT & Forde, R 2019, 'Is allocation of nursing home placement in Norway just?', *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, pp. 1- 9.

- Hoffmeier, F & Bachmann, CJ 2014, 'Unterschiede in den soziodemografischen Merkmalen, der Gesundheit und Inanspruchnahme bei Kindern und Jugendlichen nach ihrer Krankenkassenzugehörigkeit', *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, no. 57, pp. 455- 463.
- Holloway, I & Galvin, K 2017, *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, vol. 4, Wiley Blackwell, United Kingdom.
- 2014, *ICN Ethikkodex für Pflegende*, by International Council of Nurses (ICN), ÖGKV, viewed 28.11.2019, [https://www.oegkv.at/fileadmin/user\\_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex\\_fuer\\_Pflegende-print-final2014\\_2\\_.pdf](https://www.oegkv.at/fileadmin/user_upload/International/DBfK-ICN-Ethikkodex_fuer_Pflegende-print-final2014_2_.pdf).
- 2019, *Informationen zum Pflegegeld*, by BMASGK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.
- Jianhui, H, Gonsahn, MD, Nerenz, DR 2014, 'Socioeconomic Status And Readmissions: Evidence From An Urban Teaching Hospital', *Health Affairs*, vol. 33, no. 5, pp. 778- 785.
- Kirkman, A, Wilkinson, J & Scahill, S 2018, 'Thinking about health care differently: nurse practitioners in primary health care as social entrepreneurs', *Original Scientific Paper*, vol. 10, no. 4, pp. 331- 334.
- Klein, J & von dem Knesebeck, O 2015, 'Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung', *Bundesgesundheitsblatt*, vol. 2, pp. 238- 244.
- Klein, M & Schäfer, A 2018, *Industrieländer*, Springer Gabler, Deutschland, 27.10.2019, <https://wirtschaftslexikon.gabler.de/definition/industrielaender-40154#references>.
- Kruse, A & Schmitt, E 2016, 'Soziale Ungleichheit, Gesundheit und Pflege im höheren Lebensalter', *Bundesgesundheitsblatt*, vol. 2, no. 59, pp. 252- 258.
- Lampert, T, Hoebel, J, Kuntz, B, Müters, S, Kroll, L 2017, 'Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen', *Bundesgesundheitsblatt*, pp. 83- 84.
- Lampert, T & Hoebel, J 2019, 'Sozioökonomische Unterschiede in der Gesundheit und Pflegebedürftigkeit älterer Menschen', *Bundesgesundheitsblatt*, no. 62, pp. 238- 246.
- Lampert, T, Kroll, LE, von der Lippe, E, Müters, S & Stolzenberg, H 2013, 'Sozioökonomischer Status und Gesundheit', *Bundesgesundheitsblatt*, no. 56, pp. 814- 821.

- Laporte, A, Croxford, R & Coyte, PC 2006, 'Can a publicly funded home care system successfully allocate service based on perceived need rather than socioeconomic status? A Canadian experience', *Health and Social Care in the Community*, vol. 15, no. 2, pp. 108- 118.
- Messer, M 2019, 'Poor, old and in need of care: A qualitative study about the consequences for homecare and participation', *German Medical Science*, vol. 17, pp. 1- 8.
- Müller, MJ, Danielzik, S, Pust, S & Landsberg, B 2006, 'Sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit und Übergewicht', *Ernährungs-Umschau*, vol. 6, no. 53, pp. 212- 216.
- 2018, *Mixed Method Appraisal Tool (MMAT)*, by Hong, Q, Pluye, P, Fàbregues, S, Bartlett, G, Boardman, F, Cargo, M, Dagenais, P, Gagnon, M-P, Griffiths, F, Nicolau, B, O'Cathain, A, Rousseau, MC & Vedel, I, Canadian Intellectual Property Office.
- Möller, A, Osterfeld, A & Büscher, A 2013, '[Social inequality in home care]', *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, vol. 46, no. 4, pp. 312- 316.
- Murata, F, Babazono, A & Fukuda, H 2019, 'Effect of income on length of stay in a hospital or long-term care facility among older adults with dementia in Japan', *International Journal of Geriatric Psychiatry*.
- Mötzing, G 2017, *Aktivitäten und Alltagsgestaltung mit alten Menschen*, Urban & Fischer in Elsevier, Deutschland.
- Moher, D, Liberati, A, Tetzlaff, J & Altman, D 2009, *Reporting Items for Systematic Reviews and Meta- Analyses*, The PRISMA Group, [www.prisma-statement.org](http://www.prisma-statement.org).
- Robert-Koch-Institut 2009, *Gesundheit und Krankheit im Alter*, by Böhm, K, Clemens Tesch-Römer & Ziese, T, Statistisches Bundesamt des deutschen Zentrums für Altfragen.
- Tesch-Römer, C & Wurm, S 2009, 'Gesundheit im Alter bedingt durch Schicksal, Schichtzugehörigkeit oder Verhalten? Gesundheitsrelevante Lebenslagen und Lebensstile', *Gesundheit und Krankheit im Alter*, pp. 113- 120.
- Rowas, S, Rothberg, MB, Johnson, B, Miller, J, Al Mahmoud, M, Friderici, J, Goeff, SL & Lagu, T 2017, 'The Association Between Insurance Type and Cost-Related Delay in Care: A Survey', *American Journal of Managed Care*, vol. 23, no. 7, p. 6.
- Scheichenberger, S & Scharb, B 2018, *Spezielle validierende Pflege*, Springer Verlag, Österreich.

Schmidt, A 2017, 'Analysing the importance of older people's resources for the use of home care in a cash-for-care scheme: evidence from Vienna.', *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, no. 2, pp. 514- 526.

Skuban, R 2004, *Pflegesicherung in Europa - Sozialpolitik im Binnenmarkt* Verlag für Sozialwissenschaften, Deutschland.

Sudo, K, Kobayashi, J, Noda, S, Fukuda, Y, Takahashi, K 2018, 'Japan's healthcare policy for the elderly through the concepts of self-help (Ji-jo), mutual aid (Go-jo), social solidarity care (Kyo-jo), and governmental care (Ko-jo) ', *BioScience Trends*, vol. 12, no. 1, pp. 7- 11.

Sundmacher, L & Kopetsch, T 2013, 'Waiting times in the ambulatory sector – the case of chronically ill patients', *International Journal for Equity in Health*, vol. 12, no. 77, pp. 5- 6.

Tourangeau, A, Patterson, E, Rowe, A, Saari, M, Thomson, H, MacDonald, G, Cranley, L & Squires, M 2014, 'Factors influencing home care nurse intention to remain employed', *Journal of Nursing Management*, vol. 22, no. 8, pp. 1015- 1019.

Universität Wien 2018, *Angehörigenpflege in Österreich - Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke* by Nagl-Cupal, M, Kolland, F, Zartler, U, Mayer, H, Bittner, M, Koller, M, Parisot, V & Stöhr, D, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

Wellman, RJ, Sylvestre, MP, O'Loughlin, EK, Dutczak, H, Montreuil, A, Datta, GD & O'Loughlin, J 2017, 'Socioeconomic status is associated with the prevalence and co-occurrence of risk factors for cigarette smoking initiation during adolescence.', *International Journal of Public Health*, vol. 63, no. 1, pp. 125- 36.

WHO 2017, *Global strategy and action plan on ageing and health*, by WHO.

WHO 2002, *Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project*, WHO, 13.11.2019, <https://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.