

Familiale Pflege

***Hilfe- und Unterstützungsleistungen von Erwachsenen
für ihre Eltern in quantitativen Datenquellen***

Ursula Adam / Tanja Mühling

© 2014 Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg (*ifb*)
96045 Bamberg
Hausadresse: Heinrichsdamm 4, 96047 Bamberg

Leiterin: Prof. Dr. Henriette Engelhardt-Wölfler
Stellv. Leiterin: Dr. Marina Rupp

Tel.: (0951) 96525-0
Fax: (0951) 96525-29
E-Mail: sekretariat@ifb.uni-bamberg.de

Jeder Nachdruck und jede Vervielfältigung – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung des Staatsinstituts für Familienforschung an der Universität Bamberg.

Inhaltsverzeichnis

1 Hintergrund und Fragestellungen	4
2 Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern als Aspekt der intergenerationalen Beziehungen	6
2.1 Begriffliche Unschärfen	6
2.2 Theoretische Zugänge zur Pflege älterer Angehöriger	6
3 Pflege im europäischen Vergleich	8
3.1 Wohlfahrtsstaatliche Pflegeregimes im Überblick	8
3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige: ausgewählte Länderbeispiele	9
3.3 Pflegeleistende in Europa.....	14
3.4 Einstellungen und Erfahrungen im europäischen Vergleich.....	16
3.4.1 Einstellungen zur Verantwortlichkeit des Staats bzw. der Familie für ältere Angehörige	17
3.4.2 Präferenzen für die Pflege von älteren Angehörigen.....	20
3.4.3 Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen	22
3.4.4 Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigen	24
4 Pflegesettings in Deutschland	26
4.1 Präferenzen hinsichtlich der Pflegearrangements für Ältere	26
4.2 Exkurs: Ausländische Pflegekräfte in Deutschland	30
4.3 Pflegesettings aus Sicht der pflegenden Angehörigen	30
4.4 Pflegesettings aus Sicht der Hilfe- und Pflegebedürftigen	34
5 Schlussfolgerungen	39
6 Anhang.....	42
7 Literatur	50
8 Verzeichnis der Abbildungen	52
9 Verzeichnis der Tabellen.....	53

1 Hintergrund und Fragestellungen

Der demografische Wandel geht bekanntlich mit einer steigenden Zahl alter, hochbetagter und hilfe- oder pflegebedürftiger Menschen einher. Entgegen der Annahme einer „Entfamiliarisierung und Singularisierung“ des Alters (Schroeter 2006: 13ff.) wird die Mehrheit von ihnen nach wie vor innerhalb der Familie betreut. Die Zahl der pflegenden Angehörigen, die gleichzeitig berufstätig sind, steigt Umfragen zufolge kontinuierlich an. Waren 1998 nur 36 % der betreffenden Hauptpflegepersonen zwischen 16 und 64 Jahren erwerbstätig, lag der Anteil im Jahr 2010 bereits bei 59 % (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011: 31). In den kommenden Jahren wird eine wachsende Anzahl von Berufstätigen damit konfrontiert sein, Arbeit und Pflege miteinander zu verbinden. Das Thema „Elder Care“ spielt daher nicht nur in der Gesundheits-, sondern auch in der Familienpolitik eine wichtige Rolle, wie die Einführung der Familienpflegezeit belegt. Im Rahmen einer familienbewussten Personalpolitik sind auch immer mehr Arbeitgeber gefordert, für eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zu sorgen.

Insbesondere für die Familien selbst wird die Organisation und Sicherstellung der Versorgung und Pflege älterer Angehöriger in Zukunft noch an Relevanz gewinnen. Im Lauf der Familienentwicklung stellt sich die Frage nach der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Familie nicht nur im Sinne der Sorge für die nachwachsende Generation, sondern immer häufiger auch im Sinne der Sorge für die ältere Generation. Vor diesem Hintergrund ist auch die Auffassung gerechtfertigt, dass die Lebensphase der Fürsorge für ältere Angehörige zu einer erwart- und absehbaren Phase im Lebenslauf wird (vgl. Nave-Herz 2011: 290f.), welche – wie andere Familienphasen und -übergänge auch – mit spezifischen familialen Entwicklungsaufgaben einhergeht.

Doch die Betonung der Familie als zentralen Akteur in der (häuslichen) Versorgung alter Menschen bedeutet nicht, dass innerhalb der Familie die entsprechenden Aufgaben und Belastungen gleich verteilt sind. Auf der Ebene der Partnerschaft sind Retraditionalisierungstendenzen, die bereits beim Übergang zur Elternschaft nachgewiesen wurden, auch im Zusammenhang mit der Übernahme der Versorgung und Pflege alter Eltern zu beobachten (vgl. Jabsen/Blossfeld 2008). Auf der Ebene der erweiterten Familie müssen die unterschiedlichen Pflegeverantwortungen beispielsweise für pflegebedürftige Eltern zwischen Geschwistern beschlossen werden. Ältere Geschwister pflegen dann eher ihre Eltern als jüngere Geschwister und Töchter eher als Söhne (vgl. Raab et al. 2014: 301ff.). Zudem setzen sozialpolitische Rahmenbedingungen sowie gesellschaftliche und kulturelle Bewertungen bestimmte Anreize. Insofern geht es im Kontext von Pflege immer auch um Fragen der (geschlechter)gerechten Verteilung von familialer Sorgearbeit, ebenso wie um innerfamiliäre Solidarität, filiale Verbundenheit und Generativität (vgl. Gröning 2009).

Vor diesem Hintergrund führt das *ifb* ab 2014 ein Forschungsprojekt zur Pflege im familialen Kontext durch. Dabei soll untersucht werden, welche Pflegearrangements realisiert werden, wie die Entscheidungen für oder gegen bestimmte Pflegeformen zustande kommen und welche sozioökonomischen Folgen familiäre Pflege für die Betroffenen hat. Inhaltlich und methodisch erfolgt eine Beschränkung auf Erwachsene, die ihre Eltern bzw. Schwiegereltern pflegen. Auf diese Weise ist das Forschungsprojekt nicht zuletzt anschlussfähig an die abgeschlossene *ifb*-Studie „Betreuung von Enkelkindern“ (vgl. Adam et al. 2014). Enkelbetreuung

ist eine Form instrumenteller Unterstützung, die von der älteren Generation für ihre Kinder, d.h. für die mittlere Generation, geleistet wird. Mit dem Thema Pflege im familialen Kontext wird nun ein anderer bedeutsamer Bestandteil der intergenerationalen Transfers untersucht. Theorien des sozialen Austauschs, innerfamiliäre Reziprozitätsnormen und Normen der filialen Verpflichtung verbinden die Enkelkinderbetreuung und die Pflege von (Schwieger-)Eltern als verschiedene Dimensionen der Generationenbeziehungen (vgl. Geurts et al. 2012). Internationale Vergleiche zeigen darüber hinaus, dass sowohl bei der Kinderbetreuung durch Großeltern als auch hinsichtlich der Pflege von älteren Familienangehörigen institutionelle Rahmenbedingungen und Angebote sowie die weibliche Erwerbsbeteiligung großen Einfluss haben.

Der vorliegende Materialienband gibt einen Überblick über bestehende Erkenntnisse zur Pflege von Angehörigen. Dabei werden die theoretischen Ansätze zu intergenerationalen Unterstützungsleistungen (siehe Kap. 2), die methodischen Vorgehensweisen, zentrale Ergebnisse und Lücken der vorliegenden quantitativen Studien zu den Hilfe- und Unterstützungsleistungen, die Erwachsene für ihre Eltern erbringen, betrachtet. Insbesondere wird dargestellt, welche Befunde es zu den folgenden Aspekten intergenerationaler Pflegeleistungen in quantitativen Datenquellen gibt.

Im internationalen Vergleich variieren die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige und die Pflegebedürftigen selbst. Wohlfahrtsstaatliche Pflegeregimes beschreiben die grundlegende politische Haltung zur familialen bzw. staatlichen Verantwortung bei Pflegebedürftigkeit (siehe Kap. 3.1). Die rechtlichen Rahmenbedingungen sind allerdings auch innerhalb der Pflegeregimes variabel und bieten pflegenden Angehörigen in ihrer Höhe und Art unterschiedlich ausgestaltete Hilfestellungen. In Kapitel 3.2 wird die rechtlich vorgesehene Rolle für pflegende Angehörige in sechs ausgewählten Länderbeispielen vorgestellt, bevor in Kapitel 3.3 Pflegeleistende in Europa genauer charakterisiert werden. Kapitel 3.4 beschreibt Einstellungen zur und Erfahrungen mit der Pflege im europäischen Vergleich. Dabei zeigt sich, dass die präferierten Pflegesettings international variieren und einen hohen Zusammenhang mit den Pflegeregimes aufweisen.

In Kapitel 4 werden Pflegesettings in Deutschland genauer betrachtet. Die Präferenzen bestimmter Pflegesettings sind überraschend eindeutig und variieren nur gering nach soziodemografischen Merkmalen (siehe Kap. 4.1). Allerdings wird in solchen Umfragen ein stark an Bedeutung gewinnendes Pflegesetting, das der privat angestellten ausländischen Pflegekräften, häufig nicht betrachtet. Diesem Pflegesetting ist daher Kapitel 4.2 gewidmet. Im Anschluss werden die in Deutschland bestehenden Pflegesettings und deren Ausgestaltung aus Sicht der pflegenden Angehörigen (siehe Kap. 4.3) und der Pflegebedürftigen (siehe Kap.4.4) dargestellt.

Die wichtigsten Befunde aus den zur Verfügung stehenden quantitativen Datenquellen zur familialen Pflege älterer Eltern werden in Kapitel 5 zusammengefasst. Dabei wird auch ein Ausblick auf den weiteren Projektverlauf gegeben, in welchem Fragestellungen aufgenommen werden sollen, die anhand bestehender Daten im Rahmen des Materialienbandes nicht geklärt werden können.

2 Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern als Aspekt der intergenerationalen Beziehungen

Versteht man Familien als soziale Gebilde, die sich durch ihre Generationendifferenzierung, ihre Reproduktions- und Sozialisationsfunktion sowie durch das Kooperations- und Solidaritätsverhältnis ihrer Mitglieder auszeichnet (vgl. Nave-Herz 2004: 30), so wird mit dem Thema Pflege eine besondere Dimension der innerfamiliären Generationensolidarität angesprochen.

2.1 Begriffliche Unschärfen

Wenn es um die Versorgung und Unterstützung von hilfs- und pflegebedürftigen Menschen geht, wird im Deutschen u.a. von Pflege, Betreuung oder Fürsorge gesprochen. Es gibt demnach für dieses breite, äußerst heterogene Aufgabenfeld eine ganze Reihe von Begrifflichkeiten, die keineswegs eindeutig oder gar trennscharf sind. Aus diesem Grund findet man auch in der deutschsprachigen Literatur häufig den Begriff *Care*, der im englischsprachigen Diskurs jedwede Form des Sorgens für andere – wie Kinder, alte Menschen, Kranke oder Menschen mit Behinderungen – umfasst. Soll eine Eingrenzung auf die Fürsorge für Ältere erfolgen, so wird von *Elder Care* gesprochen.

Elder Care unterscheidet sich dabei in mehrfacher Hinsicht von Child Care: Historisch betrachtet ist die Phase der Pflege von älteren Angehörigen im Lebenslauf neuartig; sie betrifft zumeist entweder die Partner oder die (Schwieger-)Kinder der Pflegebedürftigen, und damit i.d.R. Personen, die selbst schon ein höheres Alter erreicht haben (vgl. Nave-Herz 2011). Im Gegensatz zur Pflege von Kindern ist diese Phase für die Pflegeperson nicht planbar. Weder der Zeitpunkt der Aufnahme der Pflege noch die Dauer der Pflege sind vorhersehbar. Ein gewichtiger Unterschied zur Pflege von Kindern für die Pflegepersonen ist auch die zunehmende Abhängigkeit der Pflegebedürftigen. Die Übernahme der Pflege von älteren Angehörigen beginnt häufig mit einer zeitlich stark eingeschränkten praktischen Hilfestellung im Alltag (beispielsweise bei Besorgungen und Arztgängen) und entwickelt sich erst zur eigentlichen Pflēgetätigkeit. „Oft ist der Übergang in die Pflege folglich ein subtiler und schleichender Eintritt in die Pflegekarriere“ (Aneshensel et al. 1995; Rohr/Lang 2011: 303). Wann die eigentliche Pflegephase eintritt und eine Unterstützungsphase endet, ist den Betroffenen oft nicht deutlich und auch wissenschaftlich umstritten (vgl. Rohr/Lang 2011: 307).

2.2 Theoretische Zugänge zur Pflege älterer Angehöriger

Die Übernahme der Pflege von älteren Angehörigen kann als Ausübung intergenerationaler Solidarität verstanden werden (vgl. Bengtson/Roberts 1991). Die als Antwort auf die Isolationsthese der Kernfamilie entstandene Differenzierung intergenerationaler Solidaritätsdimensionen in die assoziative, die affektuelle, die konsensuelle, die funktionelle, die normative und die strukturelle Solidarität (vgl. Bengtson/Roberts 1991) kann Zusammenhänge zwischen unterschiedlichen Aspekten der intergenerationalen Beziehung aufzeigen. Die Pflege von älteren Angehörigen ist in dieser Differenzierung als eine funktionelle Leistung zu verstehen, welche stark mit der assoziativen Dimension, also der Kontakthäufigkeit und ihren Voraussetzungen wie der Wohnortnähe (einem Merkmal der strukturellen Dimension) zusammen-

hängt. Eine hohe Bedeutung hat außerdem das Ausmaß der gefühlten filialen Verpflichtung, ältere Angehörige zu pflegen – also die normative Solidaritätsdimension. Es sind vor allem Töchter und Schwiegertöchter, die sich für die Pflege verantwortlich fühlen und diese auch übernehmen (vgl. Backes et al. 2008; Gröning 2007).

Gegen diese Betonung der Solidarität in intergenerationalen Beziehungen stellt sich das Konzept der Ambivalenz. Als theoretischer Begriff beinhalten intergenerationale Beziehungen immer Ambivalenzen (vgl. Lüscher 2000: 149ff.). Diese treten dann auf, „wenn Polarisierungen des Fühlens, des Denkens, des Handelns, ferner Polarisierungen in sozialen Beziehungen, Strukturen und Prozessen zu einem bestimmten Zeitpunkt als unauflöslich interpretiert werden“ (Lüscher 2000: 144), umgangssprachlich also wenn ein Dilemma unauflöslich erscheint. In der Pflege älterer Angehöriger werden vor allem Dilemmata von pflegenden Frauen identifiziert. Ihre *Bringschuld* für die intergenerationale Pflege bei gleichzeitiger fehlender gesellschaftlicher Anerkennung, dem steigenden Arbeitsmarktdruck und der Verantwortung für den Haushalt und die restliche Familie (*doing family*) lässt häufig eine nicht vermeidbare Polarisierung zwischen den pflegenden Frauen und den restlichen Familienmitgliedern entstehen (vgl. Gröning 2011, 2007).

Gegenüber dem Solidaritätsparadigma und der Identifizierung von Ambivalenz betonen Theorien der intergenerationalen Reziprozität sowie der rationalen Wahl stärker die Aushandlung der Pflegeverantwortung zwischen unterschiedlichen potentiellen Pflegenden. Das Prinzip der intergenerationalen Reziprozität thematisiert Tauschhandlungen zwischen den Generationen. Pflegeleistungen können demnach als Tausch gegen andere Leistungen konzeptualisiert werden. Raab et al. (2014) zeigen beispielsweise, dass in den Vereinigten Staaten der Übergang in die Angehörigenpflege für die Kinder von Pflegebedürftigen höher ist, welche im Testament bzw. der Lebensversicherung des pflegebedürftigen Elternteils begünstigt sind. Der Pflege vorhergehende größere Geldtransfers hatten allerdings keinen Einfluss auf den Übergang zur Pflege. Leistung und Gegenleistung in Tauschhandlungen müssen dabei nicht zwangsläufig direkt geschehen und exakt dieselben Personen beinhalten. In intergenerationalen Beziehungen wird von generalisierter Reziprozität immer dann gesprochen, wenn eine Gegenleistung nicht zeitnah und/oder nicht von der gleichen Person zu erwarten ist (vgl. Adam et al. 2014: 26). Die Pflege älterer Angehöriger kann damit beispielsweise auch die Erwartung an die jüngere Generation ausdrücken, im Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit unterstützt zu werden. Außerdem sind in Aushandlungen zwischen potentiellen Pflegepersonen Kompetenzen, Ressourcen und eventuell zu erwartende Kosten und Opportunitätskosten bedeutend. Entsprechend der Theorie der rationalen Wahl sollte die Aushandlung zwischen unterschiedlichen potentiellen Pflegepersonen das effizienteste Ergebnis für die Gruppe aller potentiellen Pflegepersonen hervorbringen (vgl. Raab et al. 2014: 302f.). In solche Aushandlungen würden demnach Faktoren eingebracht, wie beispielsweise eine Erwerbstätigkeit, andere Pflege- oder Erziehungsverpflichtungen, die Wohnortentfernung, aber auch evtl. Erfahrungen mit der Versorgung von Pflegebedürftigen (vgl. Raab et al. 2014: 302ff.). Raab et al. (2014) haben außerdem den Einfluss von Präferenzen der Pflegebedürftigen auf den Übergang in die Pflege von älteren Angehörigen betrachtet. Sie können zeigen, dass die Präferenzen eines älteren Angehörigen einen signifikanten Einfluss auf die tatsächliche Pflegeübernahme zu einem späteren Zeitpunkt haben.

3 Pflege im europäischen Vergleich

Wohlfahrtsstaaten lassen sich danach differenzieren, welche Bedeutung die Familie bei der Kinderbetreuung und der Pflege alter und kranker Personen hat und welche Leistungen die öffentliche Hand zur Verfügung stellt. Im Folgenden wird zunächst ein Überblick über die verschiedenen Regimetypen gegeben (siehe Kap. 3.1), bevor für ausgewählte Länder die politischen Regelungen bezüglich der Pflegefunktion von Familien ausgeführt werden (siehe Kap. 3.2). Wer ist Europa in welchem Umfang Pflege für ältere Menschen leistet wird in Kapitel 3.3 beschrieben. Wen die europäischen Bürgerinnen und Bürger maßgeblich in der Verantwortung sehen für die Pflege älterer Menschen, den Staat oder die Familie und inwieweit sich innerhalb Europas Pflegepräferenzen und -erfahrungen unterscheiden, zeigen die Befragungsergebnisse Kapitel 3.4.

3.1 Wohlfahrtsstaatliche Pflegeregimes im Überblick

Zeitliche Anrechte wie Mutterschafts- und Pflegezeiten, Vergütungen wie Eltern- oder Pflegegeld sowie soziale Absicherungen wie Kündigungsschutz während des Mutterschutzes oder der Pflegezeit fördern die Familie bei der Ausübung ihrer „caring function“ und werden daher als familialistische Maßnahmen bezeichnet (vgl. Leitner 2003: 358). Demgegenüber entlasten defamilialistische Maßnahmen wie Pflegedienste und -heime oder Kinderbetreuungseinrichtungen die Familien von der Fürsorgearbeit und reduzieren die Abhängigkeit Betreuungs- und Pflegebedürftiger von ihrer Familie (vgl. Leitner 2003: 358). Auf Basis dieser Kategorisierung werden nach Leitner (2013: 26) vier wohlfahrtsstaatliche Regimetypen unterschieden:

1. *Impliziter Familialismus*: Die Zuständigkeit für die Pflege und Betreuung liegt gänzlich bei der Familie, wobei staatlich geförderte Alternativen und unterstützende Maßnahmen fehlen. Die südeuropäischen Länder lassen sich überwiegend als Vertreter des impliziten Familialismus betrachten.
2. *Expliziter Familialismus*: Die Familie ist für die Kinderbetreuung und die Altenpflege zuständig, wird aber durch finanzielle Leistungen (z.B. Elterngeld, Pflegegeld) und durch Freistellungsmaßnahmen (z.B. Elternzeit, Pflegezeit) bei ihrer Sorgearbeit unterstützt. Beispiele hierfür sind bzw. waren bis in die jüngere Vergangenheit Deutschland und Österreich.
3. *Optionaler Familialismus*: Die Familien haben Wahlfreiheit, ob sie externe Betreuungs- und Pflegeformen nutzen möchten oder ob sie die Sorgearbeit selbst leisten und dafür Unterstützung erhalten wollen. Nur „im optionalen Familialismus [bedeutet] das Recht zu pflegen nicht gleichzeitig auch die Pflicht zu pflegen“ (Leitner 2013: 27). Frankreich, Belgien, Dänemark, Finnland und Norwegen können hier zugeordnet werden.
4. *Defamilialismus*: Die Familie wird von den Care-Aufgaben weitgehend entlastet durch die sozialen Dienste, die der Staat organisiert und anbietet. Als Beispiel kann Schweden dienen, wo ein breit ausgebautes Angebot an Kinderbetreuungseinrichtungen sowie an ambulanten und stationären Pflegeplätzen zur Verfügung steht. Die Familien haben hier allerdings auch kein soziales Recht auf „time to care“.

Bezüglich ihrer Folgen für die innerfamiliäre Arbeitsteilung, die Erwerbsbeteiligung und die Erwerbseinkommen von Frauen sind insbesondere der explizite und der implizite Familialismus kritisch zu bewerten. Da i.d.R. Frauen die Fürsorgearbeit übernehmen und dafür ihre Erwerbstätigkeit reduzieren oder einstellen, haben familialisierende Sozialpolitiken stets eine geschlechtsspezifisch diskriminierende Komponente. Geschlechteregalität und -gerechtigkeit wird am ehesten in der defamilialistischen Variante erreicht, in der Kinderbetreuung und Altenpflege weitgehend externalisiert und außerfamiliär geleistet werden.

3.2 Rechtliche Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige: ausgewählte Länderbeispiele

Unterstützende Maßnahmen für pflegende Angehörige sind europaweit in äußerst unterschiedlicher Form vorhanden. Dies spiegelt einerseits den oben ausgeführten Typ des Familialismus eines Wohlfahrtsstaats wider. Andererseits ist die unterschiedliche Ausgestaltung auch Folge der Fragmentierung von Zuständigkeiten. So wird Pflege als gesellschaftliche Aufgabe teils im Gesundheitsressort, teils im Ressort Familie oder Soziales und teils auch im Ressort Arbeit angesiedelt. Eine weitere Quelle für rechtliche Unterschiede ist die regionale Fragmentierung des nationalen Pflegesystems. Beispielsweise werden staatliche Dienstleistungsangebote für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige in Italien auf kommunaler Ebene organisiert, wodurch sich erhebliche regionale Unterschiede in der Angebotsdichte zwischen dem Süden und den Inseln sowie dem wirtschaftsstarken Nord- und Zentralitalien ergeben. Anders ist die Situation in Ländern wie Schweden und Dänemark, wo zwar die Umsetzung der staatlichen Dienstleistungsangebote – d.h. beispielsweise die Zusammenarbeit mit privaten ortsansässigen Unternehmen oder auch mit pflegenden Angehörigen – auf kommunaler Ebene erfolgt, ihre Regulation und Planung aber zentral organisiert sind.

Neben staatlichen Dienstleistungsangeboten können Familien bei der Pflegearbeit auch unterstützt werden, indem diese finanziell kompensiert wird und Möglichkeiten für berufliche Auszeiten zur Pflege von Angehörigen mit entsprechenden Arbeitsschutzregelungen angeboten werden. In den Niederlanden erhalten pflegebedürftige Personen beispielsweise ein persönliches Budget, welches für die Finanzierung von privaten und professionellen Pflegeleistungen genutzt werden darf. Dieses Budget deckt nicht die gesamten Kosten ab, daher muss durch die pflegebedürftige Person ein einkommens- und vermögensabhängiger Eigenanteil erbracht werden. Auch in Deutschland und Frankreich werden Pflegekosten gemischt durch staatliche Pflegeversicherungsleistungen und einen privaten Anteil gedeckt. Allerdings werden in Deutschland und Frankreich auch Angehörige finanziell zur Deckung der Kosten zur Pflege ihrer älteren Angehörigen herangezogen, wenn die Leistungen der Pflegeversicherung und das Vermögen des Pflegebedürftigen dazu nicht ausreichen. Deutschland und Frankreich betreiben damit in Bezug auf die Pflegekosten einen expliziten Familialismus. Die Familie kann für ihre älteren Angehörigen aber auch dadurch zur Verantwortung gezogen werden, dass finanzielle und praktische staatliche Leistungen zu gering sind, um die Pflege sicherzustellen und so die Familie einspringen muss. Ein Beispiel dieses impliziten Familialismus im Pflegesystem ist Italien, wo es kein landesweites Pflegesystem im engeren Sinne gibt.

Eine Besonderheit ist das dänische Modell, in dem Familienangehörige, die Haushaltsverrichtungen – oder bei entsprechender Ausbildung auch die Pflege – für Angehörige übernehmen,

bei der Kommune angestellt werden können (vgl. Schmid 2014: 72). Im Rahmen des Arbeitsvertrags wird ein Gehalt bezahlt und besteht ein Urlaubsanspruch, während dessen die Versorgung von einer professionellen Vertretung übernommen wird. Zudem werden der pflegenden Person spezielle Fortbildungsmaßnahmen gewährt. Diese formelle Rahmung der häuslichen Pflege in Dänemark reduziert die sozialen Risiken, denen sich pflegende Familienangehörige aussetzen, deutlich. Da ambulante Pflegedienste in Dänemark weit verbreitet sind, hat die Hilfe durch Familienangehörige allerdings „meistens ergänzenden Charakter“ (Schmid 2014: 72): Die erwachsenen Kinder unterstützen ihre Eltern typischerweise bei Haushaltstätigkeiten, bei verschiedenen Erledigungen und Verwaltungsaufgaben, während die körperliche Pflege überwiegend von professionellen ambulanten Diensten geleistet wird.

In Tabelle 1 werden drei Dimensionen – die Finanzierung der Pflege, Möglichkeiten zur Freistellung von pflegenden Angehörigen und die Merkmale des Pflegesystems – in sechs ausgewählten Ländern dargestellt:

Tab. 1: Übersicht über die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in ausgewählten Ländern

	Finanzierung		Freistellungsmöglichkeiten für Pflegepersonen		Merkmale des staatlichen Pflegesystems	
	staatlich	privat	bezahlt	unbezahlt	Anspruchsberechtigung	Fragmentierung
Deutschland	<p><i>Pflegegeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> maximal 75 % der Pflegekosten abhängig von Pflegestufe und Art des Pflegearrangements 	<p>privater Anteil der Pflegekosten:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vermögen bzw. Renten oder Pensionen des Pflegebedürftigen Angehörige Sozialhilfe bei Bedürftigkeit des zu Pflegenden und Angehörigen 	<p><i>Familienpflegezeit</i> (kein gesetzlicher Anspruch):</p> <ul style="list-style-type: none"> Reduzierung der Arbeitszeit max. zwei Jahre anschließend finanzieller Ausgleich durch reduzierte Gehaltszahlungen für den gleichen Zeitraum zinsloses Darlehen für Gehaltszahlungen durch den Arbeitgeber <p>Sozialversicherung: bei privater Übernahme der Pflege von mehr als 14 Stunden pro Woche wird Unfall- und Rentenversicherung einbezahlt</p>	<p><i>Pflegezeit:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> gesetzlicher Anspruch auf kurzfristig zehn Tage bzw. bis zu sechs Monaten Freistellung pro Pflegefall 	<ul style="list-style-type: none"> umlagefinanzierte bzw. private kapitalgedeckte Pflichtversicherung für Versicherte 	
Niederlande	<p><i>Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten</i> (Pflege in häuslicher Umgebung oder in Einrichtung) und <i>Wet Maatschappelijke Ondersteuning</i> (Haushaltshilfen):</p> <ul style="list-style-type: none"> 25 % Abschlag bei Barauszahlung 	<ul style="list-style-type: none"> einkommensabhängige Zuzahlungen Zahlung der Unterhaltskosten bei Heimunterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> kurzfristige Arbeitsfreistellung: Freistellung im Umfang von maximal der doppelten durchschnittlichen jährlichen Wochenarbeitszeit wird mit 70 % des Einkommens vom Arbeitgeber entlohnt Notfallarbeitsfreistellung: vollständig vom Arbeitgeber entlohnte kurzfristige Arbeitsfreistellung 	<ul style="list-style-type: none"> langfristige Arbeitsreduzierung: höchstens sechs Mal die durchschnittliche Wochenarbeitszeit pro Jahr Freistellung (auch als Teilzeitvariante möglich) 	<ul style="list-style-type: none"> steuerfinanzierte Leistung für alle Hilfsbedürftigen 	

	Finanzierung		Freistellungsmöglichkeiten für Pflegepersonen		Merkmale des staatlichen Pflegesystems	
	staatlich	privat	bezahlt	unbezahlt	Anspruchsberechtigung	Fragmentierung
Österreich	<p><i>Pflegegeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> abhängig von Höhe der Hilfsbedürftigkeit 	<p><i>Mehrkosten:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> eigene Pensionen bzw. Vermögen Sozialhilfe bei Bedürftigkeit 	<p><i>Pflegekarenz bzw. -teilzeit</i> (kein gesetzlicher Anspruch):</p> <ul style="list-style-type: none"> max. zwei Mal pro Pflegefall ein bis max. drei Monate Freistellung bzw. Herabsetzung der Arbeitszeit auf min. zehn Stunden pro Woche <p><i>Familienhospizkarenz:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Herabsetzung der Arbeitszeit, der Änderung der Lage der Arbeitszeit oder gänzliche Freistellung max. sechs Monate <p><i>Karenzgeld:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Freistellung: 55 % des vorhergehenden Nettoentgelts Pflegezeit: 55 % der Differenz des aktuellen Entgelts zum vorherigen Nettoentgelts bei <p>Anspruch auf Rentenversicherung bei Pflege ab Stufe 3</p>	unbezahlt	<ul style="list-style-type: none"> Sozialversicherungssystem für alle Hilfsbedürftigen 	<ul style="list-style-type: none"> Zentral organisiert regional stark unterschiedliche Ausstattung mit ambulanten Pflegediensten
Italien	<p><i>indennità di accompagnamento:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> kein Begriff der Pflegebedürftigkeit definiert, sondern 100 % Behinderung Flatrate Leistung (2014: 504,07 €/pro Monat) <p>unterschiedliche regionale Voucher-Systeme</p>				<ul style="list-style-type: none"> steuerfinanzierte Leistung (<i>indennità di accompagnamento</i>) für alle Hilfsbedürftigen 	<ul style="list-style-type: none"> hohe regionale Fragmentierung durch kommunale Organisation von Dienstleistungen

	Finanzierung		Freistellungsmöglichkeiten für Pflegepersonen		Merkmale des staatlichen Pflegesystems	
	staatlich	privat	bezahlt	unbezahlt	Anspruchsberechtigung	Fragmentierung
Frankreich	<ul style="list-style-type: none"> Allocation personnalisée d'autonomie (APA): Heimunterbringung, Dienstleistungen oder Barzahlungen einkommensgeprüft abhängig von Pflegestufe ab 60 Jahre 	<ul style="list-style-type: none"> einkommensabhängig bis zu 80 % der Pflegekosten Unterhaltskosten bei Heimunterbringung (bei Bedürftigkeit werden Angehörige bzw. Sozialkasse herangezogen) 	<ul style="list-style-type: none"> Freistellung für Sterbegleitung für pflegende Angehörige drei bis max. zwölf Monate Anrechnung der Zeit auf Rentenanspruch 	<ul style="list-style-type: none"> steuerfinanziert für alle 60-Jährigen und Älteren 	<ul style="list-style-type: none"> steuerfinanziert für alle Hilfsbedürftigen 	<p><i>zwei zuständige Bereiche differenziert nach Alter:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Krankenversicherung bei Pflege vor dem 60. Lebensjahr (Behinderung) APA bei Pflege ab dem 60. Lebensjahr
Dänemark	<ul style="list-style-type: none"> kostenfreie Hilfestellungen bzw. Pflege häuslich oder in Einrichtung freie Wahl zwischen staatlichen und privaten, staatlich geprüften Anbietern ab dem 75. Lebensjahr halbjährliche Besuche durch kommunale Prüfer, die individuellen Hilfs- oder Pflegebedarf feststellen 	<ul style="list-style-type: none"> Unterhaltskosten bei Heimunterbringung 	<ul style="list-style-type: none"> Angehörige, die den Pflegebedürftigen pflegen wollen, werden max. sechs Monate von der Kommune beschäftigt Angehörige, die einen Sterbenden begleiten wollen, werden unbefristet von der Kommune beschäftigt und mit dem 1,5fachen des Krankengelds des Sterbenden entlohnt 			<ul style="list-style-type: none"> staatlich reguliert und auf Kommunalebene umgesetzt

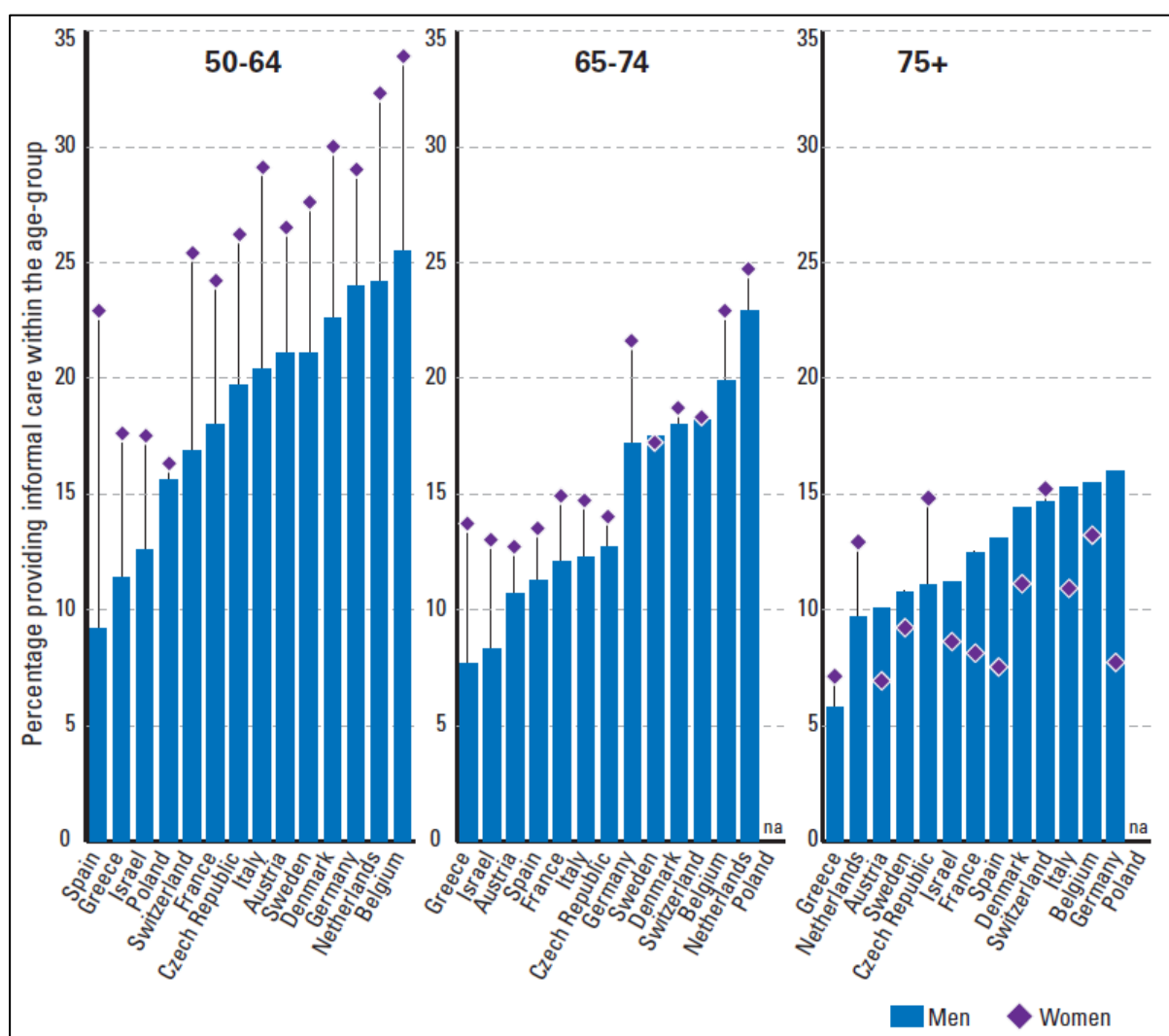
Quelle: Eigene Darstellung nach Duchêne et al. 2010; Leimer 2013; Riedel/Kraus 2010; Schulz 2010a, 2010b; Tediosi/Gabriele 2010; Mot 2010

Diese unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen europäischer Wohlfahrtsstaaten spiegeln sich insbesondere im zeitlichen Ausmaß wider, in welchem informell Pflegende ihren Angehörigen zur Seite stehen.

3.3 Pflegeleistende in Europa

Betrachtet man, wie viele Menschen ab 50 Jahren sich – unabhängig vom jeweiligen zeitlichen Aufwand – um ältere Verwandte kümmern und dabei körperliche Pflege oder andere praktische Hilfen leisten (vgl. Abb. 1), so zeigt sich, dass informelle Fürsorge überwiegend von Frauen geleistet wird. Insbesondere unter den 50- bis 64-Jährigen, d.h. im höheren Erwerbsalter, stellen Töchter, Schwiegertöchter und andere weibliche Verwandte die wichtigste Pflegeresource dar. Erst in der Altersgruppe ab 75 Jahren ziehen Männer mit den Frauen gleich bzw. übertreffen sie in manchen Ländern sogar; hierbei handelt es sich i.d.R. um Männer, die ihre im gleichen Haushalt lebende Ehefrau oder Partnerin pflegen.

Abb. 1: Anteil der Frauen und Männer, die informelle Fürsorge für ein älteres Familienmitglied leisten, nach Altersgruppe und Land (in %)

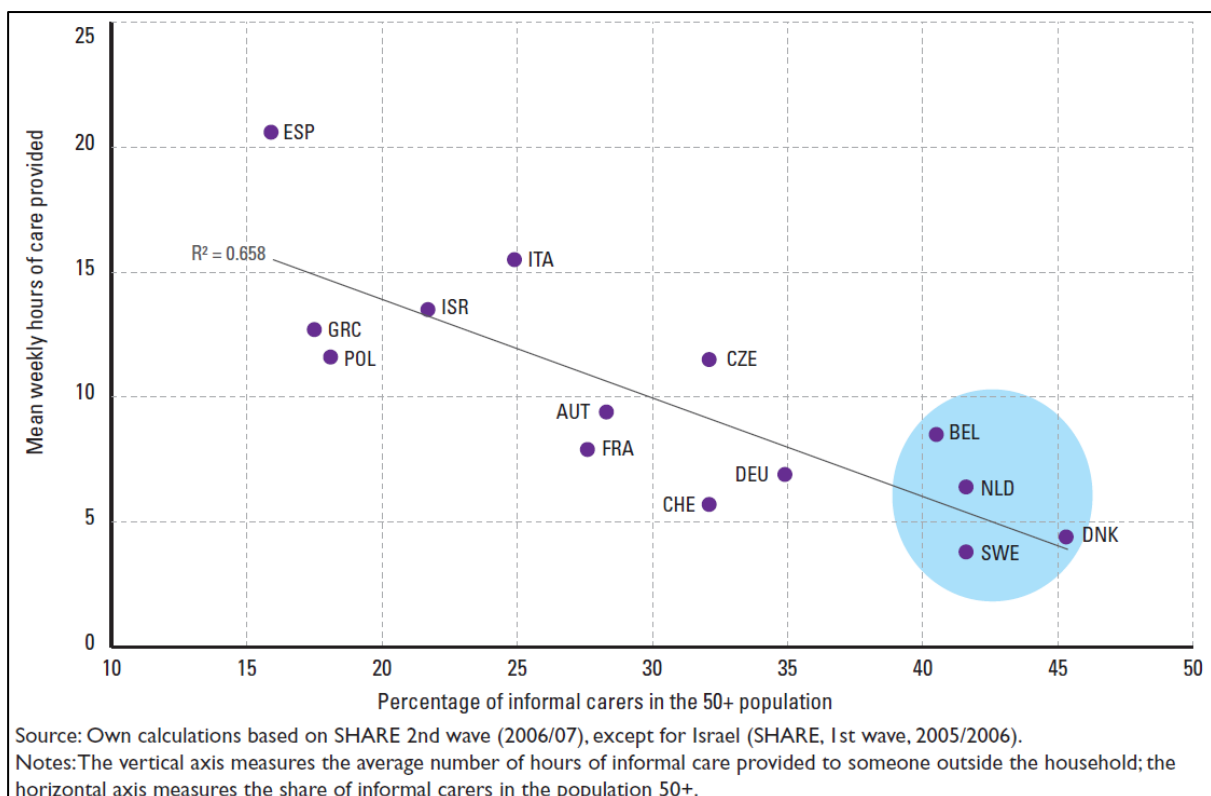


Quelle: Gasió et al. 2012: 60

Die Tatsache, dass z.B. in Schweden der Anteil der Personen, die informelle Fürsorge leisten, höher ist als in Griechenland, mag auf den ersten Blick erstaunen. Das Auftreten informeller Hilfen folgt augenscheinlich keinem an wohlfahrtsstaatlichen Regimen orientierten Muster, so lange der Umfang der Leistungen unberücksichtigt bleibt. Bei näherer Betrachtung zeigt sich jedoch ein negativer Zusammenhang zwischen dem Anteil der informell Pflegenden in der

Bevölkerung ab 50 Jahren und der durchschnittlichen zeitlichen Intensität, mit der Elder Care betrieben wird (vgl. Abb. 2): Die skandinavischen Staaten, die Niederlande, Belgien und auch Deutschland weisen die höchsten Anteile an informell Pflegenden auf, allerdings liegt der mittlere Zeitaufwand pro Woche in diesen Ländern bei lediglich vier bis neun Stunden. In Spanien, Griechenland, Italien und Polen übernimmt dagegen nur ein relativ kleiner Anteil an Personen ab 50 Jahren Fürsorgetätigkeiten für ältere Verwandte, die Betroffenen investieren jedoch im Durchschnitt zwischen 12 und 21 Stunden wöchentlich in ihre Pflegeaufgabe. Dieser Befund steht im Einklang mit den Ergebnissen zu anderen intergenerationalen Leistungen wie etwa der Enkelkinderbetreuung (vgl. Albertini et al. 2007: 325), die ebenfalls ein Nord-Süd-Gefälle beim Auftreten und ein Süd-Nord-Gefälle bei der Intensität familialer Hilfen konstatieren.

Abb. 2: Durchschnittlicher zeitlicher Aufwand für informelle Fürsorge nach dem Anteil der Elder-Care-Leistenden in der Bevölkerung ab 50 Jahren



Quelle: Gasior et al. 2012: 64

Aufgrund sich wandelnder Geschlechterrollen und familialer Leitbilder sowie angesichts des demografischen Wandels haben zahlreiche Länder einen Pfadwechsel in der Familien- und Sozialpolitik vollzogen. So hat in Deutschland bei der Kinderbetreuung durch den massiven Ausbau der Kindertagesstätten seit Beginn des 21. Jahrhunderts ein Übergang vom expliziten zum optionalen Familialismus stattgefunden (vgl. Leitner 2013: 190). Im Bereich „Elder Care“ gab es in Deutschland durch die Einführung von Maßnahmen für pflegende Angehörige im Laufe des 20. Jahrhunderts eine Entwicklung vom impliziten zum expliziten Familialismus (vgl. Leitner 2013).

In Deutschland stehen dank der Einführung der Pflegeversicherung im Jahre 1995 und der Pflegereformen 2008 und 2012 nicht nur für die stationäre Pflege, sondern auch für die pri-

vate häusliche Pflege, für ambulante pflegerische Dienstleistungen sowie für Kombinationen aus ambulanter und privater Pflege finanzielle Leistungen zur Verfügung. Darüber hinaus besteht ein Rechtsanspruch auf eine kostenlose Beratung und es werden Pflegestützpunkte eingerichtet. Die Pflegezeit¹ (seit 2008) und die Familienpflegezeit² (seit 2012) sollen es Erwerbstätigen ermöglichen, für eine bestimmte Zeit die Pflege ihrer Angehörigen selbst zu übernehmen. Pflegepersonen haben zudem Anspruch auf eine von der Pflegekasse finanzierte Pflegevertretung für die Zeit von bis zu vier Wochen Erholungsurlaub pro Jahr. Durch die genannten und andere Maßnahmen, die in den letzten 20 Jahren eingeführt und ausgebaut wurden, wird das übergeordnete Ziel verfolgt, die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen zu erleichtern und die Realisierung der jeweils gewünschten Pflegearrangements zu ermöglichen. Nicht zuletzt spielen auch Kostenaspekte bei der Ausgestaltung der Pflegepolitik eine große Rolle, denn durch die finanzielle Förderung der familialen Pflege werden relativ kostengünstige Pflegeressourcen erschlossen³. Laut Schmid (2014: 71) ist daher auch in den anderen kontinentaleuropäischen Ländern seit den 1990er Jahren eine Zunahme der Cash-for-Care Programme feststellbar.

3.4 Einstellungen und Erfahrungen im europäischen Vergleich

Welches Pflegearrangement von hilfsbedürftigen Menschen und ihren Angehörigen bevorzugt wird, ist international stark variabel. Ob der Staat oder die Familie in der Verantwortung für die Pflege älterer Menschen stehen hängt mit der grundsätzlichen wohlfahrtsstaatlichen Ausrichtung eines Landes zusammen. Damit sind auch Idealvorstellungen, welche Menschen vom Umgang mit Pflegebedürftigen haben verbunden.

¹ Die Pflegezeit sieht vor, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in Betrieben mit mehr als 15 Beschäftigten einen Anspruch auf bis zu sechs Monate Pflegezeit haben, um einen nahen Angehörigen zu pflegen. Während der Pflegezeit bekommen die Beschäftigten kein Gehalt, sind aber weiterhin sozialversichert und stehen unter Sonderkündigungsschutz. (vgl. <http://www.familien-pflege-zeit.de>)

² Die Familienpflegezeit hat das Ziel, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern die Vereinbarkeit ihres Berufs und die Pflege eines Familienmitglieds zu erleichtern und ihnen finanzielle Sicherheit für die Dauer der Pflege zu garantieren. Die Familienpflegezeit sieht vor, dass Beschäftigte – im Einvernehmen mit ihrem Arbeitgeber – ihre Arbeitszeit über einen Zeitraum von maximal zwei Jahren auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren. Das Bruttogehalt wird in einem ersten Schritt entsprechend der reduzierten Arbeitsstunden gekürzt. Der Arbeitgeber stockt das Gehalt um die Hälfte der Kürzung auf. Wer also seine Arbeitszeit beispielsweise auf die Hälfte reduziert, erhält 75 % seines Gehalts. Der Arbeitgeber tritt mit dem Aufstockungsbetrag in Vorleistung. Zum Ausgleich muss die Arbeitnehmerin bzw. der Arbeitnehmer nach Ablauf der Familienpflegezeit wieder in Vollzeit arbeiten, bekommt aber so lange das reduzierte Gehalt, bis der Gehaltsvorschuss ausgeglichen worden ist. Seine Lohnvorausleistung kann der Arbeitgeber, unabhängig von der Betriebsgröße, über ein zinsloses Darlehen finanzieren, welches das Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA) auszahlt. Der Arbeitnehmer muss das Risiko einer Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit durch eine private Familienpflegezeitversicherung abdecken, damit dem Arbeitgeber keine finanziellen Nachteile drohen. (vgl. <http://www.familien-pflege-zeit.de>)

³ Auf der anderen Seite werden in Deutschland seit 2011 alle Pflegeeinrichtungen jährlich und unangemeldet durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) geprüft, um die Einhaltung von Qualitätsstandards sicherzustellen. Auch die Bereitstellung hochwertiger stationärer Pflege ist demnach eine Zielsetzung der Pflegepolitik.

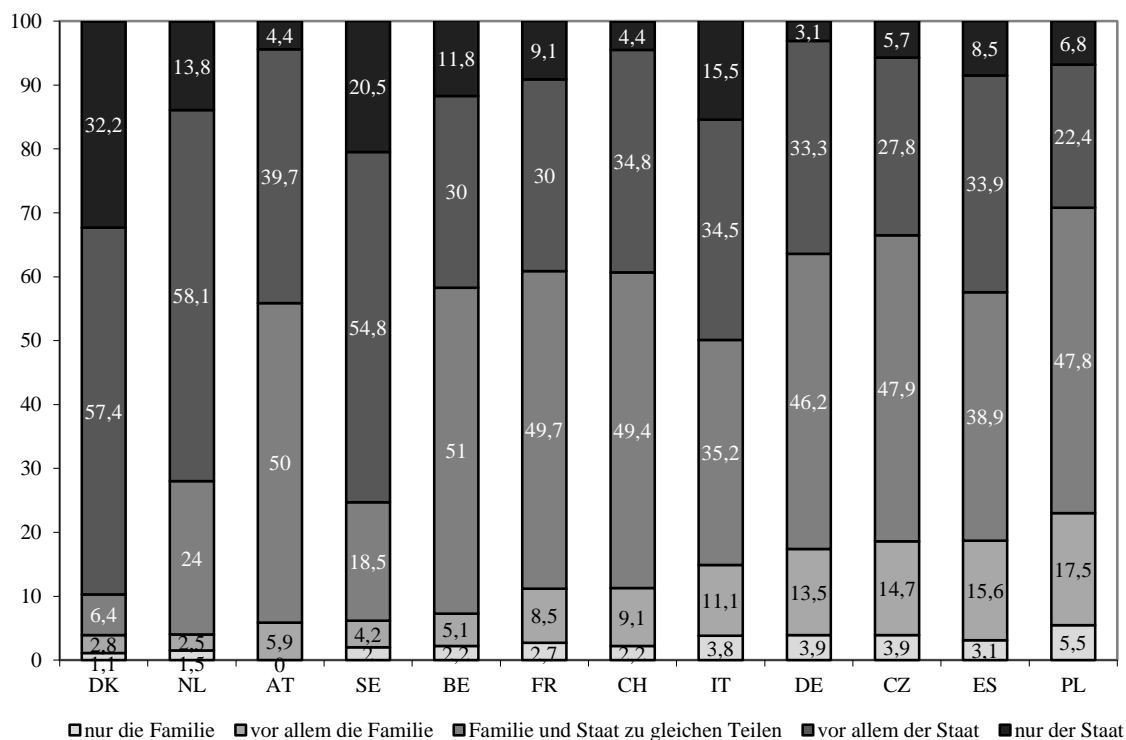
3.4.1 Einstellungen zur Verantwortlichkeit des Staats bzw. der Familie für ältere Angehörige

Der Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) ist eine Panelbefragung der Bevölkerung ab 50 Jahre in Europa und wird seit 2004 alle zwei Jahre durchgeführt. In der zweiten Welle des SHARE im Jahr 2006 wurden Einstellungen zur Verantwortlichkeit des Staats bzw. der Familie für hauswirtschaftliche Hilfe, Betreuung und Pflege im Rahmen des Drop-Off-Fragebogens in 12 Ländern erhoben.

Die konkreten Fragestellungen lauteten: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“

- „Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen“
- „Hilfe für ältere Personen bei der Hausarbeit, falls diese z.B. beim Putzen oder Waschen Hilfe brauchen“
- „Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen, z.B. Krankenpflege oder Hilfe beim Baden oder Anziehen“

Abb. 3: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen (in %)



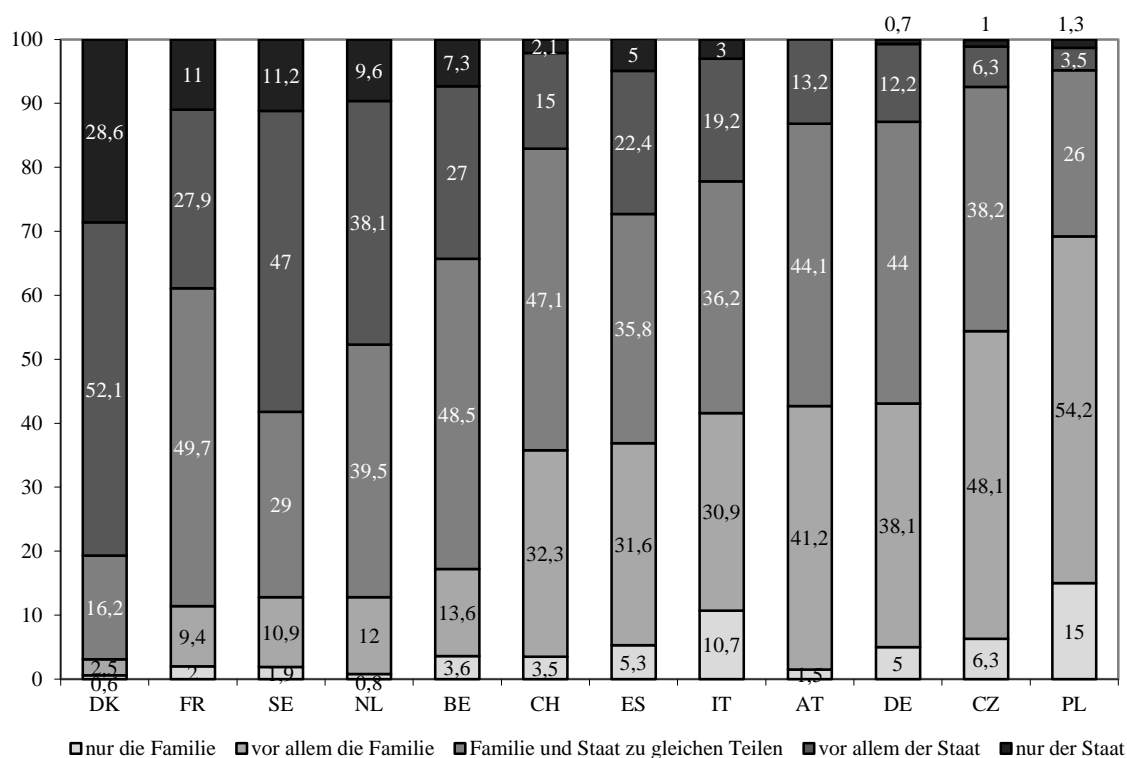
Anmerkungen: In Österreich liegen lediglich Angaben von 68 Personen vor.

Quelle: Eigene Berechnungen mit den Daten des gewichteten Drop-Off-Fragebogens des SHARE Wave 2 release 2.6.0 n=8.929

Die **finanzielle Verantwortlichkeit** der Familie für die Belange von älteren bedürftigen Angehörigen wird in allen Ländern eher gering eingeschätzt (vgl. Abb. 3). Das europäische Meinungsbild spiegelt die wohlfahrtsstaatliche Ausrichtung der einzelnen Staaten relativ genau wider: In Dänemark, den Niederlanden und Schweden wird vor allem der Staat als finanzielle Sicherung für ältere Bedürftige angesehen; dessen Verantwortung wird in Österreich, Frankreich, der Schweiz, Italien, Deutschland, Tschechien und Polen als geteilt mit der Familie betrachtet. Die höchsten Zustimmungsraten zur familiären Verantwortlichkeit finden sich in Polen, allerdings sehen auch hier lediglich 23 % der über 50-Jährigen primär die Familie verantwortlich.

In Deutschland ist das Meinungsbild gespalten: Fast die Hälfte der über 50-Jährigen stimmt einer geteilten Verantwortung von Staat und Familie für die finanziellen Belange von älteren Bedürftigen zu und spiegelt somit die rechtliche Situation wider. 17,4 % sehen primär die Familie verantwortlich. Damit gehört Deutschland zu den Ländern, in welchen ein vergleichsweise hoher Anteil die Familie in der Verantwortung sieht. Weitere 36,4 % sehen allerdings eher den Staat in der Verantwortung.

Abb. 4: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Hilfe für ältere Personen bei der Hausarbeit (in %)



Anmerkungen: In Österreich liegen lediglich Angaben von 68 Personen vor.

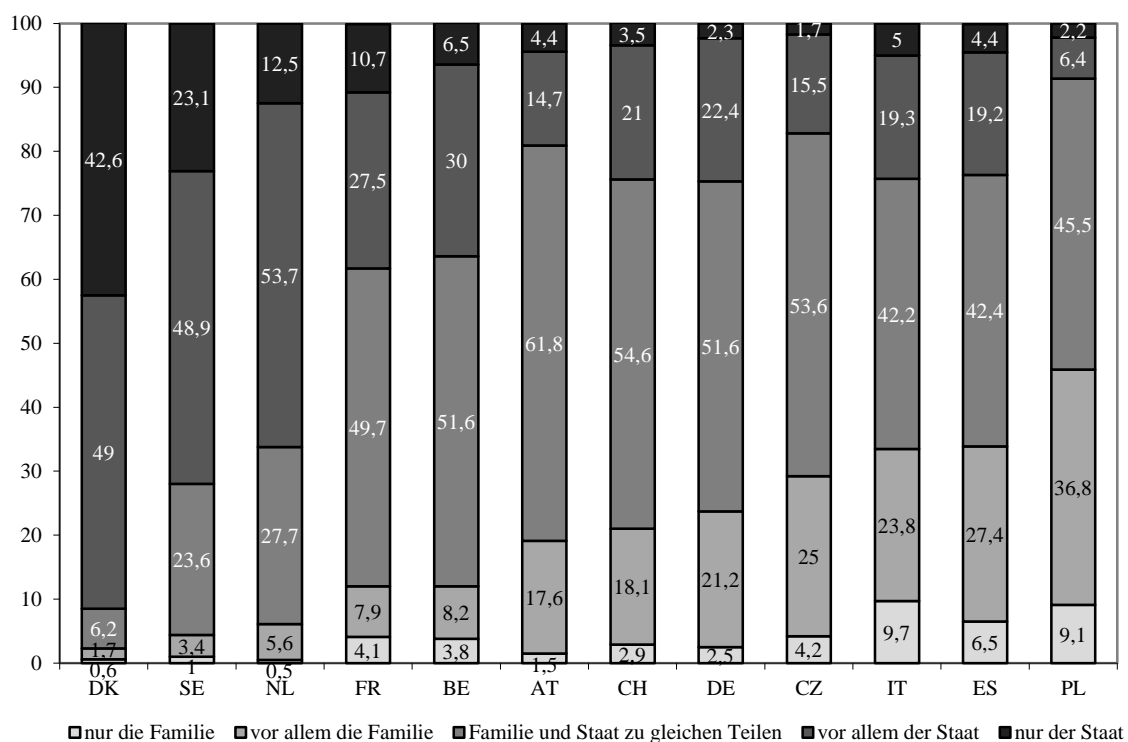
Quelle: Eigene Berechnungen mit den Daten des gewichteten Drop-Off-Fragebogens des SHARE Wave 2 release 2.6.0
n=8.929

Ein weitaus größerer Anteil der älteren Generation Europas stimmt der familiären Verantwortlichkeit für die **hauswirtschaftliche Hilfe** für ältere Personen zu (vgl. Abb. 4). In Polen und Tschechien sieht mehr als die Hälfte der über 50-Jährigen die Familie in der Verantwortung. Hingegen sehen in der Dänemark, Schweden und den Niederlanden die über 50-

Jährigen den Staat primär in der Verantwortung. Auch hier zeigt sich also das bekannte Bild der Nord-Südost-Achse in Europa.

In Deutschland liegt auch bezüglich dieser instrumentellen Hilfeleistung ein vergleichsweise gespaltenes Meinungsbild vor. Wieder ist beinahe die Hälfte der Befragten der Meinung, Staat und Familie seien zu gleichen Teilen für hauswirtschaftliche Hilfestellung für ältere Angehörige zuständig. Allerdings sehen auch 43,1 % der Befragten die Familie primär in der Verantwortung. Diese Form instrumenteller Hilfeleistung wird in Deutschland also mehr als finanzielle Hilfestellungen der Familie zugeschrieben.

Abb. 5: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen (in %)



Anmerkungen: In Österreich liegen lediglich Angaben von 68 Personen vor.

Quelle: Eigene Berechnungen mit den Daten des gewichteten Drop-Off-Fragebogens des SHARE Wave 2 release 2.6.0 n=8.929

Ähnlich ist das Bild in Deutschland bezüglich der **Pflege und Betreuung** von hilfsbedürftigen Menschen (vgl. Abb. 5). Mehr als 50 % der über 50-Jährigen stimmt wieder einer geteilten Verantwortung zu. Je ca. 25 % sehen die Zuständigkeit primär entweder beim Staat oder bei der Familie. Die ältere Generation von Dänemark, Schweden und den Niederlanden stimmt zu mehr als 50 % einer Verantwortung des Staats zu. Wieder sticht Polen heraus, indem fast die Hälfte der Befragten die Familie primär für die Pflege ihrer älteren Angehörigen verantwortlich macht.

Bezüglich instrumenteller Hilfeleistungen gegenüber älteren Angehörigen ist das Meinungsbild in Europa also stärker gespalten als bezüglich finanzieller Hilfeleistungen. Die Befragten einiger Länder sehen in großer Mehrheit den Staat in der Verantwortung. Auf der anderen Seite ist in Polen ein bedeutender Anteil der über 50-Jährigen der Meinung, primär sei die Familie für solche Hilfestellungen zuständig.

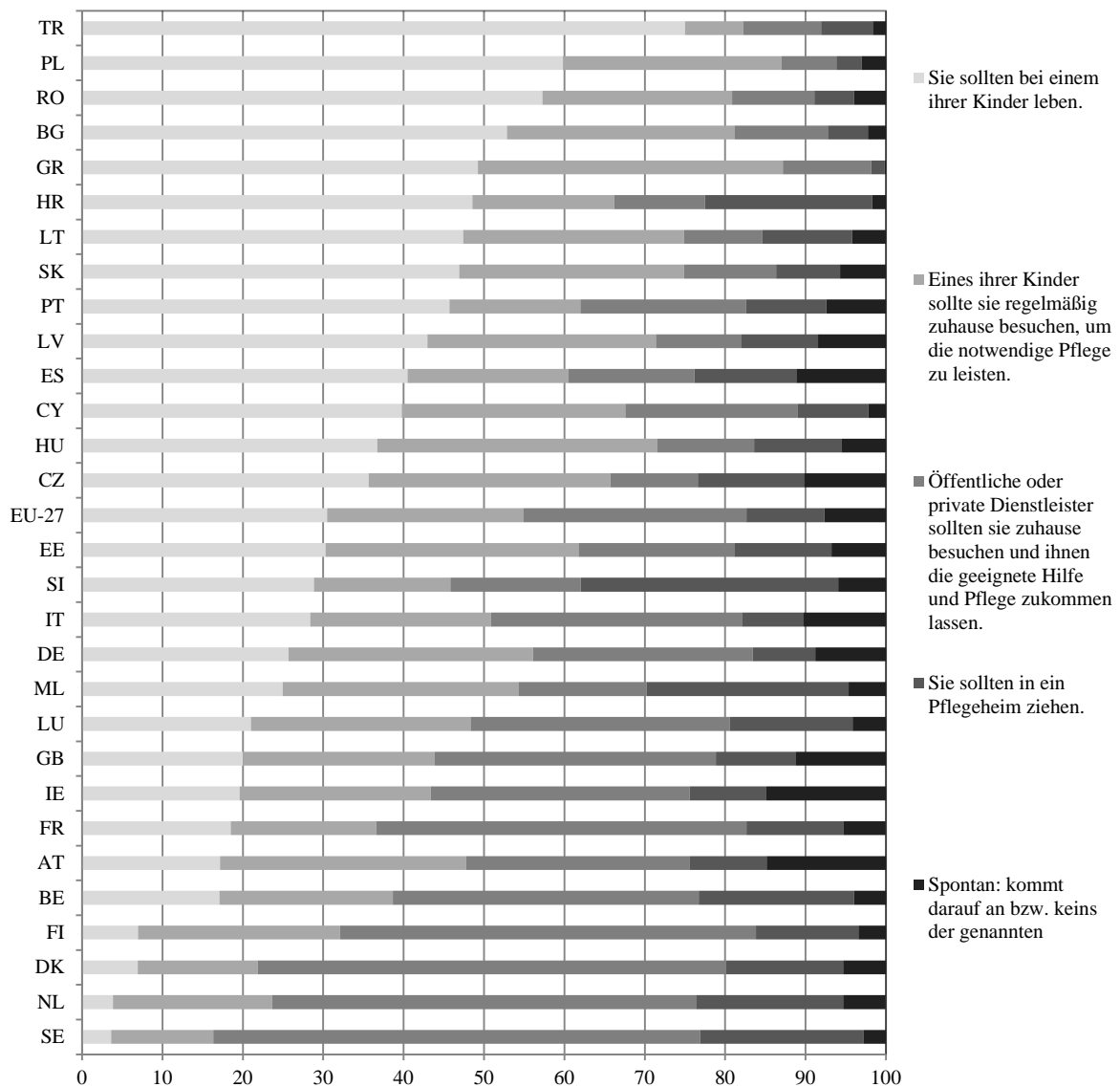
Insgesamt lässt sich damit ein eher uneinheitliches Meinungsbild in Europa feststellen, das dem klassischen Nord-Süd-Gefälle folgt. In Deutschland spiegeln die Ansichten relativ klar die politische Linie wider.

3.4.2 Präferenzen für die Pflege von älteren Angehörigen

Die „Special Eurobarometer 67.3“-Studie wurde im Herbst 2007 durchgeführt. Dabei wurden in 29 europäischen Ländern – d.h. in den Mitgliedstaaten der EU-27 sowie in der Türkei und in Kroatien – insgesamt 28.660 Personen ab 15 Jahren zu ihren Pflegepräferenzen, zu ihren Bewertungen verschiedener Gesundheitsdienste sowie zu Erfahrungen mit längerer Pflegebedürftigkeit befragt.

Rund 40 % aller Europäerinnen und Europäer ab 15 Jahren stimmen der Aussage (eher oder voll und ganz) zu, dass Pflege von nahen Verwandten geleistet werden sollte, auch wenn das bedeutet, dass diese dafür in einem gewissen Ausmaß ihre Karriere opfern müssen (vgl. Tab. 18 im Anhang). Am höchsten ist hier die Zustimmungquote in der Türkei mit 79,4 %, gefolgt von Polen, Bulgarien und der Tschechischen Republik mit über 60 %. Nahezu keine Befürwortung findet diese Aussage erwartungsgemäß in Schweden, wo gerade einmal 7,7 % zustimmen. Dass der Staat ein Einkommen zahlen soll an Personen, die wegen der Versorgung einer pflegebedürftigen Person ihre Arbeit aufgeben oder ihre Arbeitszeit reduzieren, erhält ebenso wie die Aussage, dass der Staat pflegenden Familienmitgliedern von Zeit zu Zeit durch die Bezahlung professioneller Pflegekräfte eine Auszeit verschaffen solle, in allen Ländern sehr hohe Zustimmung (vgl. Tab. 19 im Anhang).

Abb. 6: Das Beste für hilfsbedürftige ältere Eltern im europäischen Vergleich (in %)



Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=28.265

Auf die Frage, was das Beste für ältere Väter und Mütter ist, die wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern können (vgl. Abb. 6), antworten 30,5 % der Befragten in der EU-27, dass sie bei einem ihrer Kinder leben sollten. Weitere 24,4 % geben an, dass eines der Kinder regelmäßig zu Besuch kommen sollte, um die notwendige Pflege zu leisten. Damit betrachtet in der EU-27 mehr als die Hälfte die Pflege durch die Kinder als beste Lösung. 27,8 % bevorzugen ambulante Pflegedienste und nur knapp ein Zehntel (9,7 %) spricht sich für den Umzug in ein Pflegeheim aus. Es zeigt sich demnach in Europa eine klare Präferenz für häusliche, bevorzugt familiäre Pflege⁴. Es ist an dieser Stelle kritisch anzumerken, dass die Antwortkategorien, mit denen die Pflegepräferenzen im Eurobarometer erhoben werden, zwei wichtige Pflegearrangements außen vor lassen: Zum einen wird die Kombination aus familialer Pflege und ambulanten

⁴ Als zweitbeste Variante (vgl. Tab. 17) betrachten 34,6 % die Pflege durch Kinder, die regelmäßig zu Besuch kommen, und 27,5 % finden es am zweitbesten, wenn ambulante Pflegedienste die notwendige Versorgung übernehmen.

Diensten nicht berücksichtigt; es kann in vielen Fällen sinnvoll sein, dass die erwachsenen Kinder einen großen Teil der Pflegeaufgaben leisten, dabei jedoch durch private oder öffentliche Dienstleister professionell unterstützt und somit auch entlastet werden. Zum anderen wird die steigende Bedeutung von ausländischen Pflegekräften übersehen, die in Privathaushalten beschäftigt werden und häufig im gleichen Haushalt wie die pflegebedürftige Person leben, diese also nicht nur „zu Hause besuchen“.

Die Meinung, dass pflegebedürftige Eltern bei ihren erwachsenen Kindern wohnen und von diesen versorgt werden sollten, ist in der Türkei dominierend (75 %), aber auch in Polen, Rumänien und Bulgarien ist mehr als die Hälfte der Befragten dieser Auffassung. Diese Länder weisen im europäischen Vergleich auch besonders hohe Anteile an Personen ab 65 Jahren auf, die in Mehrgenerationenhaushalten leben⁵ (vgl. Gasior et al. 2012: 34). In Schweden (3,6 %), den Niederlanden (3,8 %), Dänemark (6,9 %) und Finnland (7,0 %), wo tatsächlich weniger als 0,5 % der Menschen ab 65 Jahren in Mehrgenerationenhaushalten wohnen (vgl. Gasior et al. 2012: 34), präferiert dagegen nur eine sehr kleine Bevölkerungsgruppe das intergenerationale Zusammenleben und Kinder als Pflegende ihrer Eltern; in den genannten Ländern äußert sich jeweils mehr als die Hälfte (zwischen 51,8 % und 60,6 %) zugunsten von öffentlichen oder privaten Pflegedienstleistern, die in den Haushalt kommen.

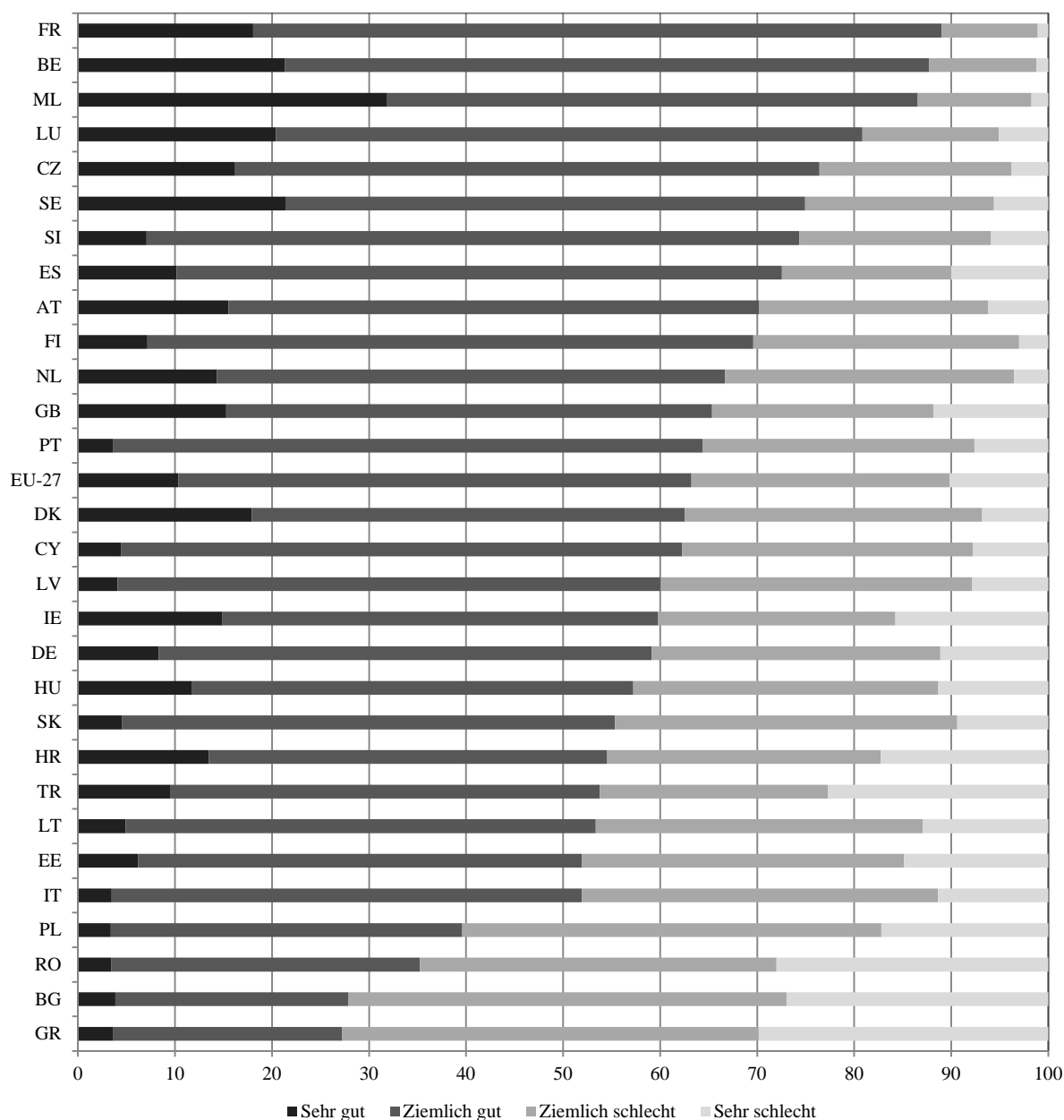
Die Auffassung, dass die stationäre Pflege in einem Heim das Beste sei, findet sich am häufigsten in Slowenien (32,0 %), auf Malta (25,2 %), in Kroatien (20,8 %) und Schweden (20,3 %). Deutschland (7,8 %) gehört dagegen mit Griechenland (1,6 %), Polen (3,1 %), Rumänien (5,0%), Bulgarien (5,0 %) und der Türkei (6,5 %) zu den europäischen Ländern, in denen der Umzug in ein Pflegeheim nur von einer Minderheit als beste Variante beim Eintritt in die Pflegebedürftigkeit betrachtet wird.

3.4.3 Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen

Abbildung 7 zeigt, wie die Befragten die Qualität der Pflegeheime in ihrem Land auf einer vierstufigen Skala einschätzen. Die Bewertungen gehen hier sehr weit auseinander: Während in der Tschechischen Republik, in Luxemburg, Malta, Belgien und Frankreich mehr als 80 % und in Schweden sowie Slowenien etwa 75 % die Pflegeheime als qualitativ sehr gut oder ziemlich gut einschätzen, geben in Griechenland und Bulgarien nur knapp 28 % eine günstige Beurteilung ab.

⁵ In Bulgarien liegt der Anteil der 65-Jährigen und Älteren in Mehrgenerationenhaushalten beispielsweise bei rund 12 %.

Abb. 7: Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen im europäischen Vergleich (in %)



Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=17.969

Es gibt erwartungsgemäß einen positiven Zusammenhang zwischen der subjektiven Einschätzung der Pflegeheime und der Wahrscheinlichkeit, dass man den Umzug in eine Einrichtung als das Beste oder Zweitbeste für pflegebedürftige Eltern betrachtet (vgl. Tab. 16 und Tab. 17 im Anhang). Während von allen Befragten aus den 29 Ländern in der Stichprobe, die die Pflegeheime als sehr gut einschätzen, rund 19 % die stationäre als beste und weitere 24 % als zweitbeste Lösung bezeichnen, sind von denjenigen, die die Pflegeheime in ihrem Land als sehr schlecht einschätzen, nur 9 % der Auffassung, dass stationäre Pflege das Beste sei, und nur 14 % betrachten den Umzug in eine Pflegeeinrichtung als das Zweitbeste.

Neben der Einschätzung der Qualität der Pflegeheime spielt auch die wahrgenommene Erschwinglichkeit der stationären Pflege eine wichtige Rolle für die Pflegepräferenzen: In

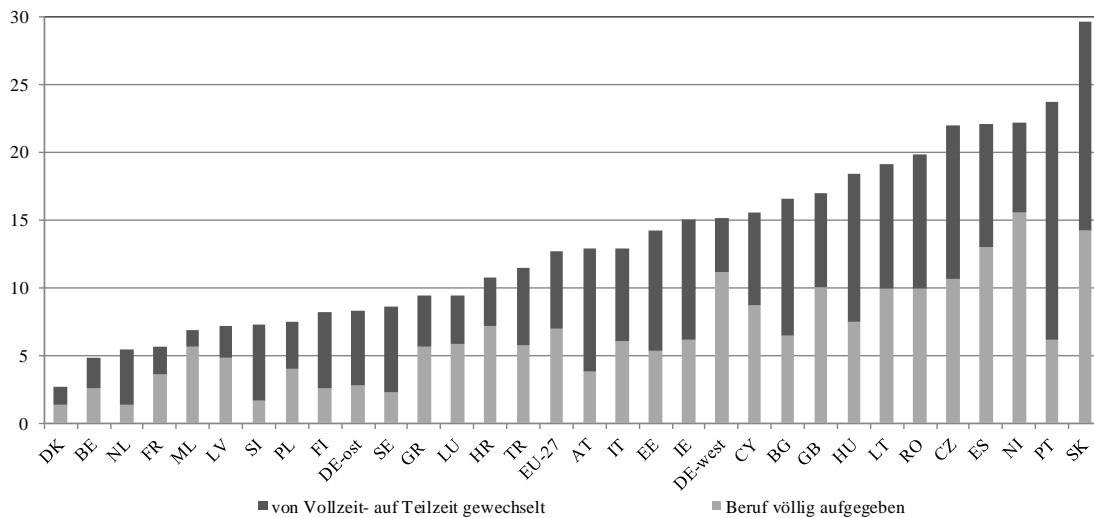
Deutschland gehen drei Viertel der Befragten davon aus, dass Pflegeheime überhaupt nicht bzw. nicht sehr erschwinglich sind; in Dänemark sind dagegen nur 13,3 % dieser Auffassung.

3.4.4 Erfahrungen im Umgang mit Pflegebedürftigkeit

Mit den Pflegepräferenzen und den Einschätzungen zur Qualität von Pflegeheimen variieren im internationalen Vergleich auch die Erfahrungen, die Menschen im Falle einer Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern machen bzw. gemacht haben: Von den Befragten, die angeben, dass einer ihrer Elternteile regelmäßig Hilfe oder längere Pflege benötigt bzw. in den letzten zehn Jahren benötigt hat, haben in den skandinavischen Ländern zwischen 31,6 % (Dänemark) und 42,1 % (Finnland) ihren Eltern selbst beim Essen, bei der Mobilität, beim Anziehen, bei der Benutzung der Toilette, beim Baden oder Duschen geholfen (vgl. Tab. 20 im Anhang). In Litauen, der Türkei und auf Zypern haben dagegen über 70 % derartige körperbezogene Pflegetätigkeiten für ihre Väter oder Mütter verrichtet. Das Kochen, Einkaufen und Putzen hat etwa die Hälfte der betreffenden Skandinavier für ihre pflegebedürftigen Eltern übernommen, aber rund 90 % der Bulgaren und Litauer. 30 % der Schweden und Finnen, deren Eltern pflegebedürftig waren oder sind, sagen, dass diese im Pflegeheim gelebt hätten; in Rumänien, Bulgarien, Litauen und Griechenland trifft dies auf weniger als 2 % zu (vgl. Tab. 21 im Anhang). Gleichzeitig haben weniger als 9 % der Dänen, Niederländer und Schweden mit ihren pflegebedürftigen Eltern im gleichen Haushalt gewohnt, in der Türkei, in Bulgarien, Kroatien, Italien und Portugal geben dies mindestens 55 % an. Die Tatsache, dass Dänen, Schweden, Niederländer und Finnen seltener die körperliche Pflege ihrer Eltern übernehmen und nur zu sehr geringen Anteilen mit ihren pflegebedürftigen Eltern zusammenleben, sollte jedoch nicht als Anzeichen für schlechte intergenerationale Beziehungen interpretiert werden: Drei Viertel der Befragten in den genannten Ländern geben an, dass sie ihre pflegebedürftigen Eltern regelmäßig besuchen bzw. besucht haben, um ihnen Gesellschaft zu leisten. Die Kontakthäufigkeit zwischen hilfsbedürftigen Eltern und ihren erwachsenen Kindern leidet dort offensichtlich nicht darunter, dass professionelle Pflege dominierender ist als familiale.

In den Ländern, die im Eurobarometer berücksichtigt wurden, haben 6,0 % der Befragten mit pflegebedürftigen Eltern ihre berufliche Tätigkeit aufgegeben und 6,4 % haben den zeitlichen Umfang ihrer bezahlten Arbeit reduziert, um sich der Pflege widmen zu können. Insgesamt haben demnach 12,4 % aller erwachsenen Kinder, bei deren Vätern oder Müttern ein Pflegebedarf aufgetreten ist, Abstriche bei der eigenen Erwerbstätigkeit zugunsten der Fürsorgearbeit gemacht. Unter den Frauen trifft dies sogar auf 15,3 % zu, bei den Männern dagegen nur auf 8,6 %.

Abb. 8: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: Auswirkungen auf die eigene Erwerbstätigkeit (in %)



Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=4.106

In Skandinavien, den Niederlanden, Belgien und Frankreich geben erwachsene Kinder in den seltensten Fällen ihre Erwerbstätigkeit auf, wenn ihre Eltern pflegebedürftig werden, und reduzieren normalerweise auch nicht ihre berufliche Tätigkeit, um ihre älteren Eltern zu versorgen (vgl. Abb. 8). Dies liegt daran, dass in den genannten Ländern ein umfangreiches Angebot an staatlichen Pflegedienstleistungen zur Verfügung steht. In Griechenland und der Türkei ist die Erwerbsbeteiligung von Frauen relativ niedrig⁶, so dass viele Töchter und Schwiegertöchter die Pflege der Älteren übernehmen können, ohne hierfür eigens ein berufliches Engagement reduzieren zu müssen. In der Slowakei, in Portugal, Nordirland, Spanien und der Tschechischen Republik berichten dies dagegen zwischen 20 und 30 % der Befragten, die pflegebedürftige Eltern haben oder hatten. Es fällt auch auf, dass der Anteil der Befragten, bei denen die Pflegebedürftigkeit der Eltern Konsequenzen für die eigene Erwerbstätigkeit hatte, in Westdeutschland fast doppelt so hoch ist wie in Ostdeutschland.

An der Bezahlung der Pflege haben sich bisher rund 19 % aller Europäerinnen und Europäer mit pflegebedürftigen Eltern beteiligt. Dabei streuen die entsprechenden Anteile zwischen 2,2 % (Dänemark) und 45,1 % (Österreich). In Westdeutschland haben 25,7 % und in Ostdeutschland 11,1 % der erwachsenen Kinder, deren Eltern in einer Einrichtung oder zu Hause professionelle Hilfe bekamen, dafür bezahlt bzw. bezahlen derzeit dafür.

⁶ Laut Daten der OECD (vgl. <http://skills.oecd.org/supplyskills/documents/21abclabourforceparticipationbygenderandage2010.html>) waren im Jahr 2010 in Griechenland etwa 58 % aller Frauen zwischen 15 und 64 Jahren erwerbstätig und in der Türkei nur rund 30 %. In Schweden lag die Arbeitsmarkt-beteiligung der Frauen im Erwerbsalter hingegen bei 77 % und in Deutschland bei 71 %.

4 Pflegesettings in Deutschland

In Deutschland ist die Pflege alter Menschen vergleichsweise stark an der häuslichen Pflege ausgerichtet (siehe Kap. 3.4). Direkte Verwandte sind gesetzlich dazu verpflichtet, ihre pflegebedürftigen Angehörigen zu unterstützen, und die Mehrheit der Menschen wünscht sich für den Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit, dass sie möglichst lange in ihrer vertrauten Umgebung bleiben und dort von ihren Angehörigen, gegebenenfalls mit Unterstützung durch professionelle Dienstleister, versorgt werden können.

4.1 Präferenzen hinsichtlich der Pflegearrangements für Ältere

Laut Daten der „COMPASS-Studie“ (vgl. Kuhlmeier et al. 2010), für die Ende 2009 6.218 Versicherungsnehmerinnen und -nehmer privater Pflegeversicherungen ab 40 Jahren befragt wurden, wollen 40 % durch Angehörige in Kombination mit ambulanten Pflegediensten versorgt werden, weitere 16 % würden die Pflege durch ambulante Dienste bevorzugen und 8 % möchten ausschließlich von ihren Angehörigen gepflegt werden. Durch Personal aus dem Ausland würden sich 5 % zu Hause pflegen lassen. In der Summe bevorzugen somit über zwei Drittel der Befragten (69 %) die häusliche Pflege. Fast jeder fünfte (18 %) privat Pflegeversicherte der Generation 40plus würde die Pflege im betreuten Wohnen bzw. Service-Wohnen favorisieren. Die stationäre Pflege erfährt in dieser Befragtengruppe zwar nur wenig Zuspruch (9 %), wird jedoch bei Demenz oder bei zu starker Belastung für die pflegenden Angehörigen von der Mehrheit als notwendig betrachtet.

Nicht nur der Verbleib in der häuslichen Umgebung wird in Deutschland bevorzugt, es gibt darüber hinaus laut den Ergebnissen des Special Eurobarometers von 2007⁷ eine klare Präferenz für familiäre Pflege (vgl. Tab. 2): Insgesamt 56,1 % aller Personen ab 15 Jahren halten diese im Falle einer Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern für das Beste. Knapp ein Drittel der Befragten (30,4 %) findet es optimal, wenn die Kinder ihre Eltern regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu leisten, und ein Viertel (25,7 %) hält die Koresidenz von pflegebedürftigen Eltern und ihren pflegenden Kindern für die beste Variante. Die häusliche Pflege durch öffentliche und private Dienstleister nennen 27,3 % als bevorzugtes Arrangement und nur 7,8 % meinen, dass pflegebedürftige Eltern in ein Heim ziehen sollten.

⁷ Es ist bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten, dass die Eurobarometer-Studie vor den Pflegereformen 2008 und 2012 durchgeführt wurde.

Tab. 2: Das subjektiv Beste für pflegebedürftige Eltern nach Geschlecht, Altersgruppe, Wohngegendtyp und Gebiet (in %)

Merkmal	Das Beste für ältere Väter und Mütter, die wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern können				
	Sie sollten bei einem ihrer Kinder leben.	Eines ihrer Kinder sollte sie regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu leisten.	Öffentliche oder private Dienstleister sollten sie zuhause besuchen und ihnen die geeignete Hilfe und Pflege zukommen lassen.	Sie sollten in ein Pflegeheim ziehen.	Spontan: kommt darauf an bzw. keins der genannten
Geschlecht:					
Männer	23,9	30,7	26,4	9,6	9,6
Frauen	27,5	30,2	28,1	6,1	8,1
Altersgruppe:					
15 - 24 J.	27,9	33,0	21,8	10,2	7,1
25 - 34 J.	22,0	29,0	29,6	7,5	11,8
35 - 44 J.	26,7	31,6	28,1	4,5	9,0
45 - 54 J.	29,9	30,3	21,8	7,7	10,3
55 - 64 J.	24,6	32,9	29,5	9,2	3,9
65 J. und älter	22,9	27,2	31,6	8,4	9,9
Wohngegendtyp:					
Ländliche Gegend	26,6	27,7	27,4	7,1	11,2
Klein-/Mittelstadt	26,3	31,4	27,0	7,3	7,9
Große Stadt	23,5	31,2	27,5	9,5	8,2
Gebiet:					
Ostdeutschland	27,2	28,8	27,2	7,3	9,4
Westdeutschland	19,7	36,7	27,3	9,7	6,7
Gesamt	25,7	30,4	27,3	7,8	8,8

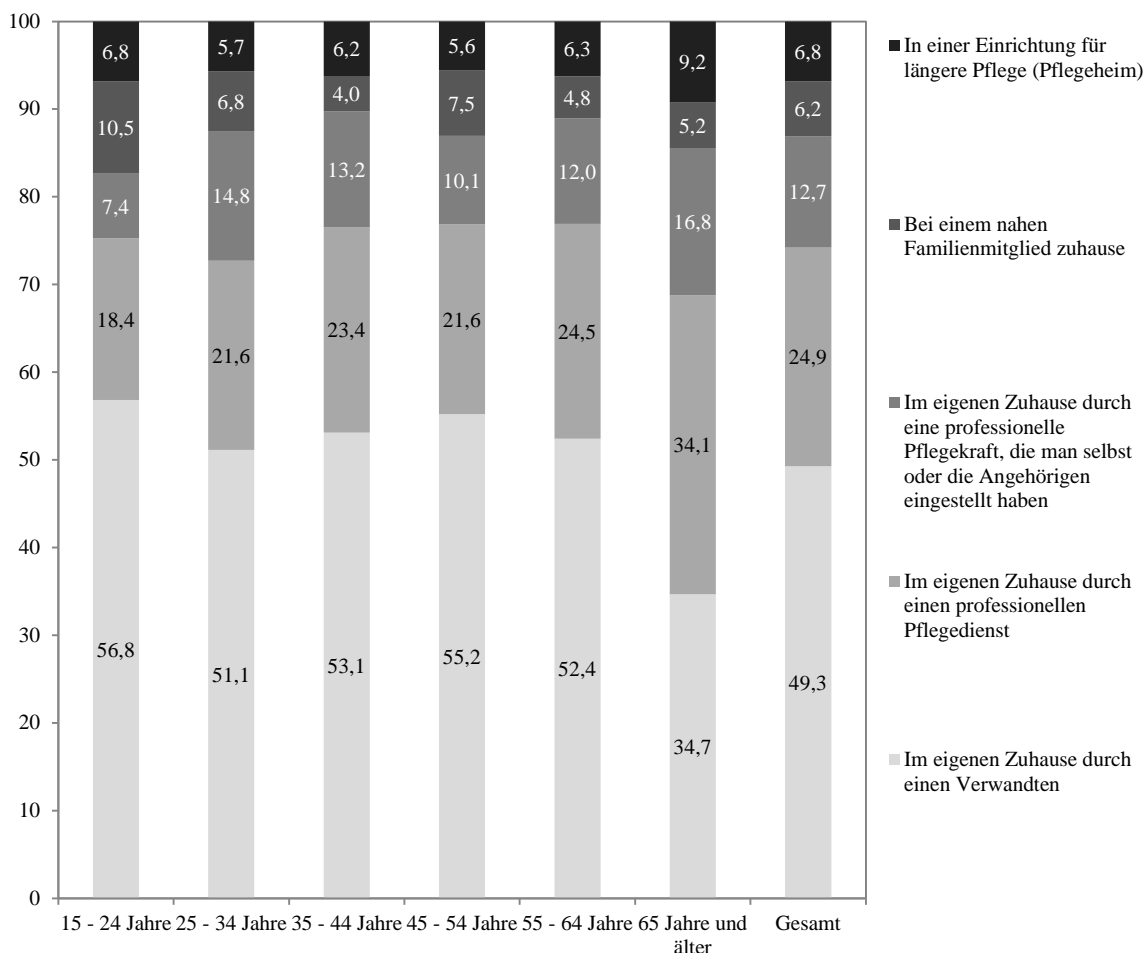
Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=1.497

Es ist bemerkenswert, dass dieses Einschätzungsmuster mit geringen Abweichungen in allen Bevölkerungsgruppen zu finden ist. Unabhängig von Geschlecht, Alter und von der Tatsache, ob die befragte Person in Ost- oder Westdeutschland, in einer Großstadt, einer kleinen oder mittleren Stadt oder in einer ländlichen Gegend wohnt, ist die familiäre Pflege stets das am häufigsten präferierte Modell, gefolgt von der häuslichen Pflege durch ambulante Dienste. Der Umzug in ein Pflegeheim liegt mit großem Abstand auf dem letzten Platz. Auffallend ist lediglich, dass in Ostdeutschland das Zusammenleben von Kindern und pflegebedürftigen Eltern (27,2 %) etwa genauso oft genannt wird wie die Pflege durch Kinder, die in einem gesonderten Haushalt wohnen und ihre hilfsbedürftigen Eltern besuchen (28,8 %), wohingegen in Westdeutschland die letztere Variante doppelt so oft (36,7 %) geäußert wird wie die Koresidenz (19,7 %). Großstadtbewohnerinnen und -bewohner nennen etwas seltener als die übrigen Befragten, dass hilfsbedürftige Väter und Mütter bei einem ihrer Kinder wohnen sollten, und äußern sich etwas häufiger zugunsten von Pflegeheimen als Befragte, die in ländlichen Gegenden oder in kleineren Städten leben. Interessanterweise wird von der ältesten Befrag-

tengruppe (ab 65 Jahren) überdurchschnittlich oft (31,6 %) die Pflege durch ambulante Dienstleister als bestes Modell genannt und dafür die familiäre Pflege nur von insgesamt 50,1 %, also unterdurchschnittlich häufig, angegeben.

Im Special Eurobarometer von 2007 wurde darüber hinaus erhoben, „welche Art der Betreuung“ man selbst „am wahrscheinlichsten erhalten“ bzw. „am liebsten“ bekommen würde, „wenn man auf regelmäßige Hilfe und längere Pflege angewiesen“ wäre. Dabei zeigt sich europaweit, dass es einen engen Zusammenhang zwischen der erwarteten und der bevorzugten Art der Betreuung gibt; bei 72,5 % der Befragten in Deutschland sind die beiden Angaben identisch. Das bedeutet einerseits, dass die Mehrheit davon ausgeht, dass sie die gewünschte Form der Hilfe bei Bedarf auch tatsächlich erhält. Andererseits ist auch anzunehmen, dass die meisten Menschen ihre Präferenzen an die realistischen Optionen anpassen und daher die erwartete Hilfeform auch als die bevorzugte Art einstufen. Insgesamt wären 86,9 % der Befragten eine Pflege im eigenen Zuhause am liebsten und 86,6 % gehen auch davon aus, dass sie eine Form der häuslichen Pflege erhalten würden. Die folgende Abbildung differenziert die bevorzugte Art der Betreuung nach Altersklassen. Dabei zeigt sich in erster Linie ein altersübergreifendes Antwortmuster, demzufolge fast 90 % im eigenen Zuhause – durch einen Verwandten, durch einen professionellen Pflegedienst oder durch eine im Privathaushalt beschäftigte Pflegekraft – versorgt werden möchten. In einem Pflegeheim oder im Haushalt eines nahen Familienmitglieds versorgt zu werden, ist nur für eine Minderheit (von insgesamt 13,1 %) attraktiv.

Abb. 9: „Es gibt verschiedene Arten der Unterstützung, die man erhalten kann, wenn man auf regelmäßige Hilfe und längere Pflege angewiesen ist. Welche Art der Betreuung wäre Ihnen am liebsten?“ (in %)



Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=1.461

Zugleich fallen einige Besonderheiten bei den Einschätzungen der Personen ab 65 Jahren auf: Die älteren Befragten weisen im Vergleich mit den anderen Altersgruppen den niedrigsten Anteil an Personen auf, die durch Angehörige gepflegt werden wollen, dafür präferieren sie überdurchschnittlich oft ambulante Pflegedienste und die Einstellung einer eigenen professionellen Pflegekraft. Da diese in der Realität häufig aus dem Ausland stammen, wird die Relevanz und Situation ausländischer Pflegekräfte in deutschen Privathaushalten im folgenden Exkurs dargestellt.

4.2 Exkurs: Ausländische Pflegekräfte in Deutschland

Neben der Familie werden in den hochindustrialisierten Staaten mehr und mehr Arbeitsmigrantinnen in der Pflege älterer Angehöriger beschäftigt. Bereits seit den 1990er Jahren wird deshalb in Südeuropa vom Wandel eines familialen Pflegesystems zum *migrant in the family model of care* (vgl. Bettio et al. 2006: 272) gesprochen. Neben der demografischen Alterung und der Politik des impliziten Familialismus wird die Nachfrage nach ausländischen Pflegerinnen auch durch die Migrationspolitik eines Landes beeinflusst. In Deutschland öffnete sich die Politik gegenüber der Arbeitsmigration von Pflegekräften seit 2004 und in einem zweiten Schritt seit 2011 stark, indem die selbstständige Dienstleistungserbringung aus EU-Ländern rechtlich anerkannt wurde. Seitdem ist bis heute keine klare rechtliche und politische Haltung gegenüber der 24-Stunden-Betreuung und -Pflege durch Migrantinnen im Privathaushalt gefunden worden. Trotz der rechtlichen Grauzone dieser Tätigkeit⁸ ist die Anzahl binationaler Agenturen, die solche Dienstleistungen vor allem mittel- und osteuropäischer Migrantinnen vermitteln, stark anwachsend (vgl. Lutz/Palenga-Möllenbeck 2010: 148f.). Schätzungen zufolge waren bereits im Jahr 2009 ca. 50.000 bis 100.000 meist irregulär beschäftigte, im Haushalt lebende Migrantinnen in Deutschland, um Pflegebedürftige zu versorgen (vgl. Neuhaus et al. 2009: 17). Die politische Rhetorik der Pflege im häuslichen Rahmen und deren Förderung durch Barleistungen sowie die soziokulturelle Ablehnung der Kommodifizierung von Pflege macht das Modell der Pflege durch im gleichen Haushalt wohnende, meist ältere Migrantinnen, die zum Teil der Familie stilisiert werden, auch in Deutschland zum stillschweigend akzeptierten Bestandteil der häuslichen Pflege (vgl. Adam 2011).

4.3 Pflegesettings aus Sicht der pflegenden Angehörigen

Wenn Angehörige die Pflege von älteren Menschen vollständig oder teilweise übernehmen, kann gezeigt werden, welche Gruppen vor allem von der Pflege anderer Personen betroffen sind. Wann tritt eine Pflegeverantwortung im Lebensverlauf ein? Wird eine Erwerbstätigkeit mit einer Pflegeverantwortung kombiniert? Und pflegen eher Frauen oder eher Männer?

Im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) wird jährlich erhoben, ob und wenn ja, in welchem zeitlichen Umfang Befragte⁹ Pflegebedürftige versorgen. Im Jahr 2012 unterschieden die Befragten zusätzlich, ob die Versorgung an Werktagen, Samstagen oder Sonntagen stattfindet (vgl. Tab. 3). Insgesamt geben 6 % der Befragten an, Pflegebedürftige in einem Umfang von im Mittel 2,2 Stunden pro Tag zu versorgen. An Wochenenden wird durchschnittlich mehr Zeit in die Versorgung Pflegebedürftiger investiert als an Werktagen. Frauen versorgen Pflegebedürftige zu höheren Anteilen als Männer; insgesamt 6,8 % aller Frauen und 5,1 % aller Männer geben an, Pflegebedürftige zu versorgen. Dabei versorgen Männer Pflegebedürftige eher an Wochenenden, während Frauen eher an Werktagen pflegen. Dies könnte an den geschlechtsspezifisch unterschiedlichen Erwerbstätigkeitsmustern liegen. Teilzeit, geringfügig Beschäftigte bzw. nicht Erwerbstätige geben im SOEP an, eher an Werktagen Pflegebedürftige zu versorgen. Voll Erwerbstätige versorgen Pflegebedürftige eher an Wochenenden. Inge-

⁸ Ob eine 24-Stunden-Betreuung als selbstständige Tätigkeit betrachtet werden kann, ist höchst umstritten.

⁹ Zur Grundgesamtheit gehören alle privaten Haushalte und deren Mitglieder, die das 17. Lebensjahr erreicht haben.

samt geben damit 8,0 % der Teilzeit bzw. geringfügig Erwerbstätigen an, Pflegebedürftige zu versorgen; von den ganztags Erwerbstätigen geben das 5,3 % an und von den nicht Erwerbstätigen 6,2 %. Diese pflegen zu einem geringeren Anteil. Wenn sie einen Pflegebedürftigen versorgen, bringen sie jedoch mit durchschnittlich 3,1 Stunden pro Tag die meiste Zeit auf. Im Alter von 50 bis 59 Jahren geben besonders viele Befragte an, einen oder mehrere Pflegebedürftige zu versorgen; 9,5 % dieser Altersgruppe pflegt regelmäßig. Sie wie auch die bis 49-Jährigen pflegen eher an Wochenenden. Über 60-Jährige pflegen häufiger unter der Woche; und obwohl ein geringerer Anteil von den über 70-Jährigen überhaupt einen Pflegebedürftigen versorgt, pflegen sie mit durchschnittlich 2,9 Stunden pro Woche am intensivsten.

Neben diesen individuellen Unterschieden fällt auf, dass in den neuen Bundesländern ein weitaus höherer Anteil der Befragten einen Pflegebedürftigen unterstützt. Hier sind es im Durchschnitt 7,7 % der Befragten; in den alten Bundesländern 5,6 % der Befragten.

Tab. 3: Durchschnittliches Auftreten (A; in %) und Intensität* (I; in Stunden/Tag) von Pflege nach Wochentagen

	Werktags		Samstags		Sonntags		Gesamt	
	A	I	A	I	A	I	A	I
Gesamt	4,6	2,7 (3,4)	4,6	2,9 (3,7)	4,4	3,1 (3,8)	6,0	2,2 (3,2)
Männer	3,7	2,5 (3,0)	3,8	2,6 (3,1)	3,9	2,8 (3,3)	5,1	1,9 (2,8)
Frauen	5,5	2,9 (3,6)	5,3	3,1 (4,0)	4,9	3,4 (4,2)	6,8	2,4 (3,5)
bis 49 Jahre	2,6	2,8 (3,8)	2,8	3,0 (4,2)	3,0	3,1 (4,3)	4,1	1,9 (3,4)
50 bis 59 Jahre	7,0	2,6 (3,2)	7,7	2,7 (3,3)	6,7	3,0 (3,6)	9,5	2,0 (3,1)
60 bis 69 Jahre	6,7	2,4 (2,9)	6,0	2,8 (3,0)	5,6	2,8 (3,2)	7,6	2,2 (2,9)
ab 70 Jahre	6,0	3,0 (3,3)	5,4	3,4 (3,7)	5,1	3,5 (3,7)	6,4	2,9 (3,4)
Voll erwerbstätig	3,0	1,8 (1,7)	3,9	2,1 (2,0)	3,8	2,3 (2,4)	5,3	1,2 (1,5)
Teilzeit bzw. geringfügig erwerbstätig	6,7	2,3 (2,2)	5,8	2,5 (2,7)	5,2	2,7 (2,9)	8,0	1,9 (2,2)
nicht erwerbstätig	5,6	3,4 (4,2)	5,1	3,7 (4,6)	4,9	3,9 (4,7)	6,2	3,1 (4,2)
alte Bundes- länder (inkl. Berlin West)	4,3	2,7 (3,4)	4,2	2,9 (3,6)	4,0	3,2 (3,8)	5,6	2,2 (3,2)
neue Bundes- länder (inkl. Berlin Ost)	6,0	2,8 (3,4)	6,1	3,0 (3,4)	6,0	3,1 (4,0)	7,7	2,2 (3,2)

Anmerkungen: * Standardabweichungen in Klammern

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Sozio-oekonomischen Panels 2012, n=20.928

Tab. 4: Zeitverwendung (in Stunden/Tag) für ausgesuchte Lebensbereiche von Männern nach dem Auftreten der Versorgung von Pflegebedürftigen

	keine Versorgung von Pflegebedürftigen			Auftreten von Pflege		
	Werktags	Samstags	Sonntags	Werktags	Samstags	Sonntags
Versorgung von Pflegebedürftigen	-	-	-	1,85	2,11	2,28
Kinderbetreuung	0,48	1,04	1,16	0,44	0,87	0,88
Besorgungen	0,90	1,03	0,03	1,12	1,22	0,03
Hausarbeit	0,92	1,13	0,71	1,27	1,54	1,01
Reparaturen etc.	0,88	1,41	0,49	1,18	1,68	0,72
Beruf, Lehre, Nebenerwerb	5,92	1,45	0,68	5,34	1,41	0,63
Aus- und Weiterbildung, Lernen	0,56	0,30	0,20	0,56	0,27	0,23
Hobbies, Freizeit	2,23	3,23	3,54	1,66	2,40	2,56

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Sozio-oekonomischen Panels 2012, n=9.873

Tab. 5: Zeitverwendung (in Stunden/Tag) für ausgesuchte Lebensbereiche von Frauen nach dem Auftreten der Versorgung von Pflegebedürftigen

	keine Versorgung von Pflegebedürftigen			Auftreten von Pflege		
	Werktags	Samstags	Sonntags	Werktags	Samstags	Sonntags
Versorgung von Pflegebedürftigen	-	-	-	2,34	2,54	2,50
Kinderbetreuung	1,68	2,16	2,19	1,61	1,96	1,99
Besorgungen	1,17	1,15	0,04	1,26	1,18	0,04
Hausarbeit	2,21	2,40	1,52	2,65	2,87	1,90
Reparaturen etc.	0,57	0,76	0,31	0,84	1,12	0,52
Beruf, Lehre, Nebenerwerb	4,05	1,17	0,58	3,80	1,18	0,70
Aus- und Weiterbildung, Lernen	0,58	0,29	0,21	0,22	0,18	0,11
Hobbies, Freizeit	2,13	2,91	3,30	1,69	2,23	2,65

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Sozio-oekonomischen Panels 2012, n=11.055

Männer, die einen Pflegebedürftigen versorgen, wenden dafür an Wochenenden durchschnittlich mehr als 2 Stunden pro Tag, werktags 1,85 Stunden täglich auf (vgl. Tab. 4). Wie oben bereits deutlich geworden ist, pflegen Männer also eher an Wochenenden als werktags. Lebensbereiche, die im Fall der Versorgung eines Pflegebedürftigen eingeschränkt werden, sind bei Männern insbesondere die Erwerbstätigkeit, die Kinderbetreuung sowie Hobbies und Freizeitbeschäftigungen. Neben der eigentlichen Versorgung des Pflegebedürftigen wenden sie außerdem mehr Zeit auf für Besorgungen, Hausarbeit und Reparaturen etc. Auch pflegende Frauen (vgl. Tab. 5) wenden durchschnittlich mehr Zeit an Wochenenden als an Werktagen für die Pflege auf und intensivieren vor allem häusliche Arbeiten, Besorgungen und Reparaturen etc. Allerdings wenden sie für diese häuslichen Arbeiten insgesamt mehr Zeit auf als Männer; unabhängig von der Versorgung eines Pflegebedürftigen. Interessant ist, dass Frauen nur an Werktagen ihre Erwerbstätigkeit einschränken, wenn sie einen Pflegebedürftigen versorgen. An Wochenenden investieren pflegende Frauen sogar geringfügig mehr Zeit in eine Erwerbstätigkeit.

In welcher Beziehung die pflegende zur gepflegten Person steht, kann im SOEP aus Sicht der Pflegenden allerdings nicht nachvollzogen werden. Eine weitere Panelbefragung, der deutsche Alterssurvey (DEAS), der bis 2008 in sechsjährigen, seither in dreijährigen Intervallen durchgeführt wird und repräsentative Ergebnisse für die über 40-jährige Bevölkerung Deutschland liefert, bietet die Möglichkeit, zwischen der Pflege von älteren Angehörigen und anderen Personen zu differenzieren. Unter anderem werden erbrachte Unterstützungs- und Pflegeleistungen sowie die eigene Pflegebedürftigkeit erhoben. Die folgenden Auswertungen befassen sich mit den erbrachten Unterstützungs- und Pflegeleistungen.

Tab. 6: Anzahl der unterstützten älteren Angehörigen (in %)

Anzahl	Geschlecht		Alter				Gesamt
	Männlich	Weiblich	40 bis unter 50 J.	50 bis unter 65 J.	65 bis unter 75 J.	75 J. und älter	
keine	95,1	92,8	92,9	88,9	96,9	99,7	93,9
eine Person	3,7	6,2	5,4	9,0	2,9	0,2	5,0
zwei Personen	1,2	1,0	1,7	2,1	0,3	0,1	1,1
drei Personen	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Summe	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
N	2.442	2.413	404	1.918	1.483	1.050	4.855

Anmerkungen: Ältere Angehörige sind hier Großeltern und (Schwieger-)Eltern bzw. Eltern des Partners

Quelle: Eigene Berechnungen des gewichteten SUF DEAS 2011 V 1.0

Insgesamt geben ca. 6 % der über 40-Jährigen an, einen oder mehrere ältere Angehörige zu unterstützen (vgl. Tab. 6). Frauen geben dies zu mehr als 7 %, Männer zu knapp 5 % an. Die 50- bis unter 65-Jährigen unterstützen am häufigsten ihre älteren Angehörigen, von ihnen geben dies mehr als 11 % an.

Die Unterstützung, welche für ältere Angehörige geleistet wird, kann im DEAS differenziert werden in „Hilfe im Haushalt“, „Betreuung oder Begleitung“ sowie „Pflege“. Die häufigste Form, einen älteren Angehörigen zu unterstützen, ist die Betreuung oder Begleitung (vgl. Tab. 7). Die Pflege wird nur von einem Drittel der Personen, die mindestens ein älteres Familienmitglied unterstützen, genannt.

Tab. 7: Unterschiedliche Unterstützungsarten für die hauptsächlich unterstützte Person (in %)

	Hilfe im Haushalt	Betreuung oder Begleitung	Pflege
Ja	63,9	84,2	32,4
Nein	36,1	15,8	67,6
Gesamt	100,0	100,0	100,0

Quelle: Eigene Berechnungen des gewichteten SUF DEAS 2011 V 1.0; n=675

Die verschiedenen Unterstützungsarten treten erwartungsgemäß nicht unabhängig voneinander auf. Wenn eine andere Person gepflegt wird, wird dies in 84 % der Fälle mit der Betreuung und der Hilfe im Haushalt kombiniert (vgl. Tab. 8).

Tab. 8: Gleichzeitiges Auftreten von Unterstützungsleistungen (in %)

		Pflege			
		Ja		Nein	
		Betreuung oder Begleitung		Betreuung oder Begleitung	
		Ja	Nein	Ja	Nein
Hilfe im Haushalt	Ja	84,0	0,7	40,7	13,2
	Nein	11,1	4,2	38,4	7,7

Quelle: Eigene Berechnungen des gewichteten SUF DEAS 2011 V 1.0; n=675

4.4 Pflegesettings aus Sicht der Hilfe- und Pflegebedürftigen

Während aus Sicht der Pflegeleistenden das zeitliche Ausmaß der Pflegearbeit im Zusammenhang mit soziodemografischen Merkmalen im Mittelpunkt steht, ist aus Sicht der Pflegebedürftigen selbst zu beachten, wer sie unterstützt und für welche Tätigkeiten Angehörige oder externe Dienste herangezogen werden.

Laut Statistischem Bundesamt werden – basierend auf den Meldungen der Pflegekassen – mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt (vgl. Tab. 9). Fast die Hälfte aller Pflegebedürftigen (47,3 %) wird dabei zu Hause ohne Zuhilfenahme des ambulanten Pflegedienstes betreut. Weiteren 23,0 % der Pflegebedürftigen stehen Angehörige und der ambulante Pflegedienst zur Seite.

Tab. 9: Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) nach Art der Versorgung zum Jahresende 2011

Versorgungsart	Pflegebedürftige			Anteil der Versorgungsart an allen Pflegebedürftigen (in %)
	Anzahl	weiblich (in %)	männlich (in %)	
Pflegebedürftige zu Hause versorgt, davon	1.758.321	61,9	38,1	70,3
allein durch Angehörige*	1.182.057	59,0	41,0	47,3
zusammen mit/durch ambulante Pflegedienste	576.264	67,9	32,1	23,0
Pflegebedürftige vollstationär in Heimen	743.120	74,0	26,0	29,7
Gesamt	2.501.441	65,5	34,5	100,0

Anmerkungen: * Entspricht den Empfängern/Empfängerinnen von ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI. Empfänger/-innen von Kombinationsleistungen nach § 38 SGB XI sind dagegen in den ambulanten Pflegediensten enthalten.

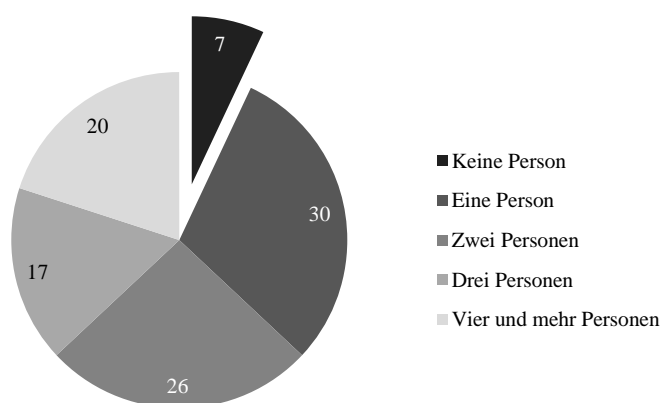
Quelle: Statistisches Bundesamt 2013: 9

Frauen sind unter den Pflegebedürftigen mit 65,5 % überrepräsentiert und werden häufiger als Männer in Heimen oder zusammen mit ambulanten Diensten versorgt. Männer sind dahingegen überrepräsentiert in der Gruppe der allein durch Angehörige versorgten Pflegebedürftigen. Wegwn der Grundgesamtheit der Pflegebedürftigen nach SGB XI können dabei laut Statistischem Bundesamt Verzerrungen nicht ausgeschlossen werden: So beantragen Frauen bspw. häufiger eine Pflegestufe und gehen damit in die Statistik ein, da sie in höherem Alter

häufiger allein leben als Männer, die wiederum häufiger ohne Beantragung einer Pflegestufe von ihren Frauen gepflegt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2013: 8).

Neben der amtlichen Statistik können gezielte Erhebungen genauere Angaben zu den Pflegepersonen von Pflegebedürftigen machen. Im Jahr 2010 wurden im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums die „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ (vgl. Schmidt/Schneekloth 2011) anhand einer Erhebung unter Pflegebedürftigen geprüft. Daraus geht hervor, dass von den nicht stationär betreuten Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI 30 % von einer privaten Pflegeperson und fast zwei Drittel (63 %) von zwei oder mehreren privaten Pflegepersonen betreut werden (vgl. Abb. 10).

Abb. 10: Zahl der an der Pflege von nicht stationär betreuten Pflegebedürftigen beteiligten Privatpersonen (in %)



Quelle: Schmidt/Schneekloth 2011: 26

Diese privaten Hauptpflegepersonen sind laut Schmidt/Schneekloth (2011: 27) im Jahr 2010 zu 72 % weiblich. Unter diesen weiblichen Hauptpflegepersonen sind mit 26 % und 8 % vor allem Töchter und Schwiegertöchter der Pflegebedürftigen zu finden, sie sind unter den Hauptpflegepersonen die größte Gruppe. Söhne und Schwiegersöhne machen hingegen nur 11 % der Hauptpflegepersonen aus. 25 % der Hauptpflegepersonen sind darüber hinaus Eltern minderjähriger Kinder und entsprechen daher der sogenannten *Sandwichgeneration*¹⁰.

(Ehe-)Partnerinnen (19 %) und (Ehe-)Partner (15 %) der zu Pflegenden sind die zweite große Gruppe von Hauptpflegepersonen. Dabei ist vor allem zu beachten, dass der Geschlechterunterschied in der Gruppe der Partner gering ist, während er in der Gruppe der Kinder und Schwiegerkinder sehr hoch ist.

Außerdem leben 66 % der Hauptpflegepersonen mit der zu pflegenden Person im gleichen Haushalt. Diese 66 % sind allerdings zumeist die (Ehe-)Partner/innen bzw. Eltern von Pflegebedürftigen: „Während 98 Prozent der pflegenden (Ehe-)Partner und (Ehe-)Partnerinnen so-

¹⁰ Die Metapher der Sandwichgeneration wurde 1977 von Schwartz eingeführt und soll die Situation solcher Frauen kennzeichnen, die den Ansprüchen der älteren und jüngeren Generation sowie ihrer zunehmenden Erwerbstätigkeit gerecht werden müssen. Allerdings sind die empirischen Belege für eine Zunahme der Sandwichgeneration nach diesem strengen Kriterium (Kinder plus Pflege von älteren Angehörigen plus Erwerbstätigkeit) sehr eingeschränkt. Schätzungen zufolge ist im gesamten Lebenslauf jede fünfte Frau zumindest irgendwann von solch einer echten Sandwichposition betroffen. (vgl. Peuckert 2012: 626)

wie 92 Prozent der pflegenden Eltern mit der pflegebedürftigen Person in einem Haushalt leben, trifft dies nur auf 45 Prozent der Kinder zu, die ihre Eltern hauptverantwortlich pflegen. Dies ist allerdings nur selten mit einer größeren räumlichen Distanz verbunden.“ (Schmidt/Schneekloth 2011: 26).

Die Hauptpflegepersonen waren in dieser Stichprobe zwischen 40 und 54 (33 %), 55 und 64 (26 %) bzw. 65 und 79 Jahre alt (24 %).

Tab. 10: Pflegepersonen nach dem höchsten Grad der Hilfebedürftigkeit (Mehrfachantworten; in %)

Pflegeperson	Höchster Grad der Hilfebedürftigkeit				Gesamt
	Besorgungen und Erledigungen außer Haus	Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken	Einfachere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren	Schwierigere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.	
Öffentliche/kirchliche Gemeindegewerkschaftler, Sozialhelfer	1,9	4,6	5,2	11,6	6,0
Freunde / Bekannte	36,5	8,2	7,5	9,0	10,2
Nachbarn	51,1	5,8	5,6	6,3	11,2
Angehörige im Haushalt	22,3	35,5	22,5	25,0	27,0
Angehörige außerhalb des Haushalts	17,3	61,4	56,1	74,8	57,0
Privater Pflegedienst	6,0	8,0	24,2	25,4	17,7

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Pflegemoduls des Sozio-oekonomischen Panels 2012; n=491

Das SOEP kann darüber hinaus den Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Personen (Nachbarn, Freunde, Angehörige oder ein professioneller Pflegedienst), die den Pflegebedürftigen zur Seite stehen, und der Stärke der Beeinträchtigung der Pflegebedürftigen aufzeigen (vgl. Tab. 10 und Tab. 11). Sind lediglich Besorgungen außer Haus zu erledigen, dann werden vor allem Freunde, Bekannte und Nachbarn aktiv. Wenn auch innerhalb des Haushalts hauswirtschaftliche Leistungen erbracht werden müssen, leisten Angehörige das Gros der Hilfestellung. Und wenn außerdem pflegerische Leistungen erbracht werden müssen, wird häufiger ein privater Pflegedienst zusätzlich zur Hilfe herangezogen.

Tab. 11: Pflegepersonen nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen (Mehrfachantworten; in %)

Pflegeperson	Pflegestufe			Gesamt
	1	2	3	
Öffentliche/kirchliche Gemeindegeschwester, Sozialhelfer	11,6	5,0	8,4	6,0
Freunde/Bekannte	8,5	12,9	9,4	10,2
Nachbarn	8,8	11,1	2,0	11,2
Angehörige im Haushalt	28,2	27,7	26,0	27,0
Angehörige außerhalb des Haushalts	58,6	59,9	82,1	57,0
Privater Pflegedienst	15,1	33,4	14,8	17,7

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Pflegemoduls des Sozio-oekonomischen Panels 2012; n=491

Geringere Unterschiede sind in Abhängigkeit von der Pflegestufe erkennbar: Hier wird insgesamt deutlich, dass Angehörige inner- und außerhalb des Haushalts für Pflegebedürftige die wichtigsten Pflegepersonen sind, wenn bereits eine Pflegestufe vorliegt. Mehr als vier Fünftel der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 3 geben an, dass ihnen Angehörige außerhalb des Haushalts zur Seite stehen.

Häufig stehen hilfsbedürftigen Menschen mehr als eine Person zur Seite, wie bereits oben (vgl. Abb. 10) ausgeführt wurde. Während Schmidt/Schneekloth (2011) lediglich die Zahl der an der Pflege beteiligten privaten Pflegepersonen angeben können, hat das SOEP den bedeutenden Vorteil gegenüber vielen anderen Studien, die gesamte Betreuungssituation zu erfassen. In 73,1 % der Pflegesettings leistet eine Person die komplette Hilfe und Pflege (vgl. Tab. 22 im Anhang). Weitere 21,8 % der Hilfsbedürftigen geben zwei Personen an, welche die Pflege und Hilfe übernehmen. Darüber hinaus gibt es Personen, die bis zu fünf Pflegepersonen im SOEP angeben.

Tab. 12: Die häufigsten Betreuungsmixe der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen

Anteil des Betreuungsmixes (in %)	Verwandte inner- und außerhalb des Haushalts	privater Pflegedienst	Freunde/Bekannte, Nachbarn
60,8	x		
8,0	x	x	
7,8			x
7,2		x	
4,8	x		x

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Pflegemoduls des Sozio-oekonomischen Panels 2012; n=491

Die häufigsten Betreuungsmixe sind in Tab. 12 dargestellt: In 60,8 % der Pflege- und Hilfesettings übernehmen ausschließlich ein oder mehrere Verwandte inner- oder außerhalb des Haushalts die Hilfeleistung. Weitere 8 % der Pflegesettings zeichnen sich dadurch aus, dass den Angehörigen außerdem ein privater Pflegedienst zur Seite steht. In immerhin 7,8 % der Pflegesettings werden nur Freunde, Bekannte und Nachbarn aktiv und in weiteren 7,2 % übernimmt ein privater Pflegedienst die gesamte Hilfestellung. Insgesamt sind allerdings an 78,1 % der Pflegesettings Angehörige beteiligt.

Tab. 13: Mittlere monatliche Kosten für Hilfe und Pflege nach Grad der Hilfebedürftigkeit (in €)

Höchster Grad der Hilfebedürftigkeit	Mittlere monatliche Kosten für Hilfe und Pflege
Besorgungen und Erledigungen außer Haus	145,94
Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken	243,98
Einfachere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren	312,20
Schwierigere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.	489,20

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Pflegemoduls des Sozio-oekonomischen Panels 2012; n=491

Außerdem geben Pflege- und Hilfsbedürftige im SOEP ihre monatlichen Kosten für Pflege und Hilfeleistungen an. Auch dabei zeigt sich, dass die Kosten stark mit dem Grad der Hilfebedürftigkeit zunehmen (vgl. Tab. 13). Für schwierige Pflegetätigkeiten werden im Mittel fast 500 € monatlich fällig.

5 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse, die im vorliegenden Materialienband präsentiert werden, belegen eindrücklich, dass die meisten Menschen in Europa im Pflegefall eine Versorgung zu Hause wünschen. Während in den skandinavischen Ländern und in den Niederlanden dabei professionelle ambulante Dienste als beste Lösung betrachtet werden, gehört Deutschland zu den Ländern, in denen die familiäre Pflege von besonders vielen Befragten präferiert wird. Dies korrespondiert mit der Tatsache, dass Deutschland im Bereich der Pflegepolitik dem Regimetyp des expliziten Familialismus zuzuordnen ist. Finanzielle Leistungen und Freistellungsregelungen unterstützen ausdrücklich die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen durch ihre Angehörigen, oft in Kombination mit den Leistungen professioneller Pflegedienste.

Obwohl in Deutschland die häusliche Pflege von den Befragten bevorzugt wird, zeigt der internationale Vergleich, dass der mittlere Zeitaufwand für informell Pflegende in Deutschland vergleichsweise gering ist. Die Kombinationsstrategie informeller und formeller Pflege des deutschen Pflegeregimes unterstützt einen hohen Anteil an Angehörigen, die sich an der Pflege beteiligen, allerdings mit vergleichsweise niedriger zeitlicher Intensität. Der internationale Vergleich zeigt, dass die Angehörigen insbesondere in Ländern mit einem impliziten familialistischen Pflegeregime ein zeitlich sehr viel ausgedehnteres Engagement für die Pflege ihrer Angehörigen aufbringen müssen. Hier zeigt sich wiederum, dass sich insgesamt ein kleinerer Teil der Bevölkerung an der Pflege beteiligt. Die analytische Unterscheidung zwischen der zeitlichen Intensität und dem absoluten Auftreten von Angehörigenpflege muss quantitativen wie auch qualitativen Betrachtungen vorausgehen.

Pflegebedürftige in Deutschland werden primär durch Angehörige unterstützt. Diese sind die wichtigste Gruppe der Pflegepersonen innerhalb Deutschlands. Wenn die Versorgungstätigkeiten eine körperliche Pflege beinhalten, stehen den Angehörigen außerdem oft ambulante Dienste zur Seite. Die Pflegepersonen der ambulanten Dienste und auch der Angehörigen sind meist weiblich. Vor allem (Schwieger-)Töchter und (Ehe-)Partnerinnen pflegen zu Hause. Männer pflegen eher in höherem Alter und dann eher ihre (Ehe-)Partnerinnen (vgl. Langehennig 2012: 5). Sie pflegen auch häufiger am Wochenende als Frauen, was wohl durch unterschiedliche Erwerbstätigkeitsmuster hervorgerufen wird. Insgesamt versorgen in Deutschland 6,0 % der über 16-Jährigen eine pflegebedürftige Person. Die hohe Bedeutung von Angehörigen für die Pflege von Pflegebedürftigen kann durch die verschiedenen quantitativen Datenquellen aufgezeigt werden. Gleichzeitig weisen die Datenquellen auf die methodische Komplexität der Analyse der Pflege von älteren Angehörigen hin:

1. Einige quantitative Daten zur Pflege von Angehörigen werden der Anforderung, das zeitliche Engagement von Pflegenden auszuweisen, nicht gerecht. Lediglich im SOEP ist die **Unterscheidung zwischen dem zeitlichen Engagements und dem Auftretens von Pflege** möglich. Nur durch diese Angaben kann beispielsweise analysiert werden, ob durch den Eintritt in die Pflege eines Angehörigen das zeitliche Engagement in anderen Lebensbereichen eingeschränkt werden muss. Das Längsschnittdesign des SOEP erlaubt es, diese Fragestellung im Anschluss an den vorliegenden Materialienband zu bearbeiten.

2. Der Survey of Health, Ageing and Retirement bietet zwar auch diese Möglichkeit, unterscheidet allerdings nicht zwischen **Pflege und praktischer Unterstützung**, beispielsweise im Haushalt, der hilfsbedürftigen Person. Mit dieser fehlenden Unterscheidung können auch typische Verlaufsmuster des Eintretens in die Pflege nicht dargestellt werden. Wenn in Zukunft mehrere Wellen des Deutschen Alterssurveys im dreijährigen Erhebungszyklus vorliegen werden, könnte diese **Prozesshaftigkeit** genauer dargestellt werden und damit eine im Rahmen dieses Materialienbands offen bleibende Frage geklärt werden.
3. Neben der Pflege des eigenen Partners ist die Pflege von älteren Angehörigen die häufigste Form der informellen Pflege (vgl. Backes et al. 2008: 133f.). Ältere Menschen werden am häufigsten durch ihre Töchter gepflegt, Männer pflegen erst in einem höheren Alter, und zwar am häufigsten ihre Partnerinnen. Diese Unterscheidung **zwischen unterschiedlichen Beziehungen zwischen Pflegeperson(en) und der pflegebedürftigen Person** sind allerdings in vielen quantitativen Datenquellen nicht möglich. Durch fehlende Angaben zur Identität der Pflegeperson(en) kann das **Netzwerk** von verwandten und nicht-verwandten Personen häufig nicht nachvollzogen werden.
4. In vielen Datensätzen treten bei der Betrachtung von Pflege aufgrund der Einschränkung auf intergenerationale Beziehungen **Fallzahlenprobleme** auf. Damit lassen sich innerhalb der Gruppe der pflegenden (Schwieger-)Töchter und (Schwieger-)Söhne keine differenzierten Aussagen – beispielsweise nach soziodemografischen Merkmalen – mehr treffen.
5. In der Betrachtung intergenerationaler Beziehungen ist immer genau zu formulieren, aus welcher Sicht eine Leistung betrachtet wird. Pflegepersonen pflegen häufiger mehrere Angehörige (vgl. Tab. 6) bzw. Pflegebedürftigen können mehrere Angehörige zur Seite stehen (vgl. Tab. 22 im Anhang). In quantitativen Aussagen über Häufigkeiten und Anteile muss deshalb genau dargelegt werden, welche **Ankergeneration** betrachtet wurde.

Gänzlich unbeantwortet bleibt nach der Auswertung der quantitativen Datenquellen die Frage, wie und anhand welcher Aspekte innerhalb der Familie ausgehandelt und entschieden wird, wie die Pflege organisiert wird und wer aus der Familie ggf. die häusliche Pflege übernimmt. Konkrete Aufgaben, die mit der Übernahme der Hauptverantwortung für die Pflege eines Angehörigen, können in Datensätzen identifiziert werden, welche Aufgaben aber andere Familienmitglieder übernehmen, welche nicht die Hauptpflegepersonen sind, bleibt außen vor. Diese und andere Aspekte sollen in der zweiten Projektphase im Rahmen einer qualitativen Studie näher untersucht werden. Sie fokussiert dabei die Lebenssituation der mittleren Generation, d.h. derjenigen Generation, die Unterstützungs- und Pflegeleistungen für ihre (Schwieger-)Eltern erbringt bzw. diese organisiert und gleichzeitig häufig selbst noch für die eigenen Kinder sorgt. In qualitativen Interviews sollen Erfahrungen aus der Innensicht von Familien, in denen das Thema Fürsorge und Pflege der Eltern (bzw. der Schwiegereltern) eine aktuelle Herausforderung darstellt, zur Sprache kommen. Dabei interessieren sowohl die Sichtweise derjenigen Familienmitglieder, die selbst unmittelbar Pflegeleistungen erbringen, als auch von denjenigen Personen, die keine entsprechenden Aufgaben übernehmen. Denn erwachsene Kinder, deren (Schwieger-)Eltern pflegebedürftig sind, investieren i.d.R. auch dann Zeit in Unterstüt-

zung und Betreuung, wenn sie selbst nicht die Hauptpflegepersonen sind, und müssen sich mit der Situation ihrer Angehörigen emotional auseinandersetzen. Im Rahmen des geplanten Projekts wird daher bewusst auch die Nutzung anderer Pflegearrangements (z.B. ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflege) berücksichtigt und die Rolle untersucht, die Angehörige in diesen Fällen einnehmen. Ergänzend sind leitfadengestützte Experteninterviews vorgesehen.

6 Anhang

Tab. 14: Das Zweitbeste für hilfsbedürftige ältere Eltern im europäischen Vergleich (in %)

Land	Das Zweitbeste für ältere Väter und Mütter, die wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern können				
	Sie sollten bei einem ihrer Kinder leben.	Eines ihrer Kinder sollte sie regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu leisten.	Öffentliche oder private Dienstleister sollten sie zuhause besuchen und ihnen die geeignete Hilfe und Pflege zukommen lassen.	Sie sollten in ein Pflegeheim ziehen.	Spontan: kommt darauf an bzw. keins der genannten
Dänemark	3,5	24,4	24,9	40,9	6,4
Schweden	3,6	17,0	26,2	48,8	4,5
Niederlande	4,9	35,2	30,0	24,0	6,0
Finnland	5,7	30,8	29,0	29,1	5,4
Luxemburg	6,1	24,6	40,4	24,2	4,6
Belgien	7,8	28,8	34,1	25,3	4,1
Frankreich	8,0	28,7	30,2	27,2	6,0
Österreich	9,5	26,5	35,8	18,7	9,5
Türkei	10,1	43,6	21,7	17,6	7,0
Slowenien	11,0	27,1	26,3	26,9	8,5
Republik Zypern	11,5	40,7	30,7	16,3	0,8
Großbritannien	12,0	35,2	25,7	19,5	7,6
Kroatien	13,1	38,7	23,1	23,1	2,0
Italien	13,2	34,8	28,5	13,1	10,3
Rumänien	13,4	44,8	25,6	10,9	5,3
EU-27	13,7	36,4	26,4	17,4	6,2
Malta	14,4	25,9	24,8	31,0	3,9
Slowakei	15,3	41,0	23,4	15,0	5,3
Tschechische Republik	15,3	35,7	27,1	15,3	6,6
Spanien	16,1	34,5	20,4	19,5	9,5
Irland	16,3	30,7	24,4	15,3	13,3
Portugal	16,4	40,0	25,2	13,1	5,3
Bulgarien	17,0	45,3	27,6	8,3	1,9
Deutschland	17,0	37,1	28,6	14,0	3,2
Griechenland	17,4	42,5	30,5	6,0	3,5
Estland	17,9	33,2	28,6	14,3	6,0
Ungarn	18,9	38,2	25,8	12,8	4,3
Lettland	19,7	40,8	18,5	11,9	9,1
Polen	20,5	53,2	16,1	6,7	3,4
Litauen	22,3	45,3	17,8	11,0	3,6

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=26.727

Tab. 15: Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen im europäischen Vergleich (Mittelwerte)

Land	Mittelwert (Skala mit 1: sehr gut, 2: ziemlich gut, 3: ziemlich schlecht, 4: sehr schlecht)
Malta	1,83
Belgien	1,92
Frankreich	1,94
Luxemburg	2,04
Schweden	2,09
Tschechische Republik	2,11
Österreich	2,21
Niederlande	2,22
Slowenien	2,25
Finnland	2,26
Dänemark	2,26
Spanien	2,27
Großbritannien	2,31
EU-27	2,37
Portugal	2,39
Republik Zypern	2,41
Irland	2,41
Ungarn	2,42
Lettland	2,44
Deutschland	2,44
Kroatien	2,49
Slowakei	2,50
Litauen	2,55
Italien	2,56
Estland	2,57
Türkei	2,59
Polen	2,74
Rumänien	2,89
Bulgarien	2,95
Griechenland	2,99

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=17.976

Tab. 16: Das subjektiv Beste für pflegebedürftige Eltern nach der Bewertung der Qualität von Pflegeheimen in Europa (in %)

Qualität der Pflegeheime	Das Beste für ältere Väter und Mütter, die wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern können						
	Sie sollten bei einem ihrer Kinder leben.	Eines ihrer Kinder sollte sie regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu verrichten.	Öffentliche oder private Dienstleister sollten sie zuhause besuchen und ihnen die geeignete Hilfe und Pflege zukommen lassen.	Sie sollten in ein Pflegeheim ziehen.	Spontan: kommt darauf an	Spontan: keins der genannten	Summe
Sehr gut	26,1	22,0	27,0	18,9	5,1	0,8	100,0
Ziemlich gut	29,7	24,4	26,4	13,6	4,9	0,9	100,0
Ziemlich schlecht	31,7	25,9	26,9	10,4	4,3	0,8	100,0
Sehr schlecht	39,1	26,4	21,0	9,0	3,7	0,8	100,0
Gesamt	30,9	24,8	26,1	12,8	4,6	0,9	100,0

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=17.789

Tab. 17: Das subjektiv Zweitbeste für pflegebedürftige Eltern nach der Bewertung der Qualität von Pflegeheimen in Europa (in %)

Qualität der Pflegeheime	Das Zweitbeste für ältere Väter und Mütter, die wegen körperlicher oder seelischer gesundheitlicher Probleme den Alltag nicht mehr ohne regelmäßige Hilfe meistern können						
	Sie sollten bei einem ihrer Kinder leben.	Eines ihrer Kinder sollte sie regelmäßig zuhause besuchen, um die notwendige Pflege zu verrichten.	Öffentliche oder private Dienstleister sollten sie zuhause besuchen und ihnen die geeignete Hilfe und Pflege zukommen lassen.	Sie sollten in ein Pflegeheim ziehen.	Spontan: kommt darauf an	Spontan: keins der genannten	Summe
Sehr gut	11,1	29,2	30,3	24,4	3,2	1,8	100,0
Ziemlich gut	12,4	33,5	27,7	20,7	3,9	1,8	100,0
Ziemlich schlecht	13,9	37,0	26,7	17,5	3,5	1,5	100,0
Sehr schlecht	16,1	39,3	25,7	14,4	3,1	1,4	100,0
Gesamt	13,1	34,6	27,5	19,6	3,6	1,7	100,0

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=17.020

Tab. 18: Zustimmung zu „Pflege sollte von nahen Verwandten der pflegebedürftigen Person geleistet werden, auch wenn das bedeutet, dass sie dafür in einem gewissen Ausmaß ihre Karriere opfern müssen“ im europäischen Vergleich (in %)

Land	Stimme voll und ganz zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme überhaupt nicht zu	Summe
Schweden	1,7	5,9	16,9	75,4	100,0
Niederland	2,4	10,8	30,5	56,3	100,0
Luxemburg	4,0	9,3	29,2	57,5	100,0
Frankreich	3,9	14,1	40,7	41,3	100,0
Dänemark	4,2	14,3	29,9	51,6	100,0
Finnland	3,2	17,3	42,0	37,5	100,0
Belgien	5,8	19,1	34,2	40,9	100,0
Malta	4,7	20,3	34,5	40,5	100,0
Republik Zypern	7,8	21,9	33,0	37,3	100,0
Österreich	7,8	22,9	41,4	27,9	100,0
Großbritannien	7,2	24,2	33,3	35,2	100,0
Irland	6,5	28,1	27,7	37,7	100,0
Deutschland	9,9	25,9	34,7	29,5	100,0
EU-27	9,9	29,0	32,9	28,2	100,0
Spanien	14,5	28,5	32,8	24,2	100,0
Griechenland	12,5	32,1	32,1	23,4	100,0
Slowenien	12,7	32,1	33,9	21,2	100,0
Portugal	12,8	32,7	36,4	18,0	100,0
Rumänien	13,0	35,6	32,9	18,4	100,0
Lettland	14,7	34,5	35,5	15,3	100,0
Ungarn	12,1	37,2	33,4	17,3	100,0
Estland	17,3	32,8	31,2	18,7	100,0
Litauen	11,1	39,1	35,5	14,4	100,0
Slowakei	9,8	41,0	37,9	11,4	100,0
Italien	9,9	41,4	30,2	18,5	100,0
Kroatien	19,5	32,6	33,5	14,4	100,0
Tschechische Republik	14,6	45,9	30,4	9,1	100,0
Bulgarien	20,1	42,1	25,1	12,8	100,0
Polen	17,8	50,4	24,2	7,7	100,0
Türkei	41,6	37,8	12,2	8,5	100,0

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=27.411

Tab. 19: Zustimmung zu Aussagen bezüglich der Pflege älterer Menschen im europäischen Vergleich (Mittelwerte)

Land	Mittelwert (Skala mit 1: stimme voll und ganz zu, 2: stimme eher zu, 3: stimme eher nicht zu, 4: stimme überhaupt nicht zu)		
	Pflege sollte von nahen Verwandten der pflegebedürftigen Person geleistet werden, auch wenn das bedeutet, dass sie dafür in einem gewissen Ausmaß ihre Karriere opfern müssen.	Der Staat sollte denen, die für die Pflege einer pflegebedürftigen Person ihre Arbeit aufgeben oder ihre Arbeitszeit reduzieren, ein Einkommen zahlen.	Von Zeit zu Zeit sollte der Staat professionelle Pflegekräfte bezahlen, die für pflegende Familienmitglieder einspringen, damit diese eine Auszeit nehmen können.
Türkei	1,88	1,57	1,53
Polen	2,22	1,61	1,66
Bulgarien	2,31	1,54	1,60
Tschechische Republik	2,34	1,43	1,58
Kroatien	2,43	1,42	1,45
Slowakei	2,51	1,57	1,58
Estland	2,51	1,43	1,42
Lettland	2,51	1,50	1,52
Litauen	2,53	1,47	1,51
Ungarn	2,56	1,57	1,82
Rumänien	2,57	1,63	1,67
Italien	2,57	1,78	1,78
Portugal	2,60	1,60	1,65
Slowenien	2,64	1,56	1,59
Griechenland	2,66	1,44	1,41
Spanien	2,67	1,37	1,40
EU-27	2,79	1,57	1,51
Deutschland	2,84	1,51	1,37
Österreich	2,89	1,56	1,53
Irland	2,96	1,40	1,30
Großbritannien	2,97	1,41	1,30
Republik Zypern	2,99	1,27	1,18
Belgien	3,10	1,57	1,53
Malta	3,11	1,52	1,46
Finnland	3,14	1,64	1,30
Frankreich	3,19	1,73	1,60
Dänemark	3,29	1,47	1,34
Luxemburg	3,40	1,87	1,61
Niederlande	3,41	1,65	1,42
Schweden	3,66	1,62	1,35

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=28.011

Tab. 20: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: persönliche Beteiligung an der Hilfe für die pflegebedürftigen Eltern (in %)

Land	„Auf welche Art – wenn überhaupt – sind oder waren Sie persönlich daran beteiligt, dieser Person zu helfen?“		
	Hilfe beim Essen/ Anziehen/Baden oder Duschen/bei der Benutzung der Toilette/Mobilität	Kochen/Einkäufe erledigen/ Putzen/Hausarbeit	regelmäßige Besuche, um der Person Gesellschaft zu leisten
Dänemark	31,6	51,6	75,6
Schweden	33,0	52,4	71,6
Niederlande	37,2	53,4	73,9
Frankreich	38,5	49,2	56,4
Finnland	42,1	53,3	75,4
Nordirland	44,7	76,1	60,9
Irland	47,8	55,3	62,6
Großbritannien	48,4	71,1	65,4
Ostdeutschland	49,3	65,3	62,5
Österreich	49,6	67,2	66,2
Lettland	50,0	78,4	50,0
EU-27	50,9	62,3	56,2
Polen	51,1	67,6	45,5
Italien	51,3	53,8	50,4
Portugal	53,1	51,0	43,3
Belgien	53,3	61,1	70,7
Kroatien	53,9	72,9	50,7
Luxemburg	54,1	62,4	70,9
Westdeutschland	57,2	60,5	50,7
Slowakei	58,3	72,6	52,4
Tschechische Republik	59,1	79,2	62,7
Slowenien	59,2	72,8	64,0
Griechenland	60,6	75,0	44,4
Ungarn	62,6	79,1	42,9
Estland	62,7	76,2	42,3
Rumänien	63,8	81,9	40,4
Spanien	64,5	61,7	51,3
Bulgarien	67,6	88,9	40,7
Malta	69,3	69,3	67,0
Litauen	70,8	90,8	72,5
Türkei	71,7	71,0	37,9
Republik Zypern	73,8	65,0	68,9

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=4.128

Tab. 21: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: Wohnsituation der Eltern (in %)

Land	Pflegebedürftiger Elternteil im Pflegeheim	Pflegebedürftiger Elternteil im Haushalt der Befragten
Bulgarien	0,0	60,0
Rumänien	0,0	54,9
Lettland	1,7	47,5
Griechenland	1,9	48,4
Slowakei	2,0	47,0
Ungarn	3,0	54,9
Litauen	4,7	53,5
Spanien	4,8	49,7
Polen	5,1	43,7
Kroatien	5,9	56,3
Türkei	6,0	64,9
Republik Zypern	6,1	26,5
Estland	6,6	46,4
Nordirland	6,8	27,3
Slowenien	9,9	46,3
Italien	10,3	55,1
Tschechische Republik	11,1	44,4
Westdeutschland	11,5	39,2
Portugal	12,5	55,7
EU-27	12,7	35,5
Österreich	13,5	28,6
Dänemark	14,7	8,9
Ostdeutschland	14,8	44,3
Großbritannien	15,8	23,7
Frankreich	17,7	18,3
Irland	19,8	27,1
Luxemburg	22,4	19,7
Belgien	25,9	19,4
Malta	25,9	38,8
Niederlande	29,4	7,6
Finnland	29,6	14,0
Schweden	30,8	8,6

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Special Eurobarometer 67.3 (2007); n=4.423

Tab. 22: Anzahl der Pflege- bzw. Hilfeleistenden je Pflegebedürftigem, Anteil an allen Pflegesettings (in %)

Anzahl der Pflege- bzw. Hilfeleistenden	Anteil an allen Pflegesettings
0	1,4
1	73,1
2	21,8
3	2,6
4	0,7
5	0,4
Summe	100,0

Quelle: Eigene Analysen des gewichteten Pflegemoduls des Sozio-oekonomischen Panels 2012; n=491

7 Literatur

- Adam, Ursula (2011): *Bezahlte Hausarbeit. Eine milieusoziologische Analyse. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Bamberg.*
- Adam, Ursula/Mühling, Tanja/Förster, Mandy/Jakob, Désirée (2014): *Enkelkinderbetreuung. Facetten einer wichtigen intergenerationalen Leistung. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.*
- Albertini, Marco/Kohli, Martin/Vogel, Claudia (2007): *Intergenerational transfers of time and money in European families: common patterns – different regimes? Journal of European Social Policy 17 (4), S. 319-334.*
- Aneshensel, Carol S./Pearlin, Leonard I./Mullan, Joseph T./Zarit, Steven H./Whitlatch, Carol J. (1995): *Profiles in caregiving: the unexpected carer. San Diego: Academic Press.*
- Backes, Gertrud M./Wolfinger, Martina/Amrhein, Ludwig (2008): *Geschlechterungleichheiten in der Pflege. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hrsg.), Soziale Ungleichheit und Pflege, Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 132-153.*
- Bengtson, Vern L./Roberts, Robert E. L. (1991): *Intergenerational solidarity in aging families: an example of formal theory construction. Journal of Marriage and Family 53 (4), S. 856-870.*
- Bettio, Francesca/Simonazzi, Annamaria/Villa, Paola (2006): *Change in care regimes and female migration: the ‚care drain‘ in the Mediterranean. Journal of European Social Policy 16 (3), S. 271-285.*
- Gasior, Katrin/Huber, Manfred/Lamura, Giovanni/Lelkes, Orsolya/Marin, Bernd/Rodrigues, Ricardo/Schmidt, Andrea/Zólyomi, Eszter (2012): *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-term Care. Wien.*
- Geurts, Teun/Poortman, Anne-Rigt/van Tilburg, Theo G. (2012): *Older parents providing child care for adult children: Does it pay off? Journal of Marriage and Family 74 (2), S. 239-250.*
- Gröning, Katharina (2007): *Generative Solidarität, filiale Verbundenheit und Individualisierung. Über die Suche nach Lebensstilen mit dem Problem der Pflege für die Generation der Hochaltrigen umzugehen. In: Pasero, Ursula/Backes, Gertrud M./Schroeter, Klaus R. (Hrsg.), Altern in Gesellschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 211-230.*
- Gröning, Katharina (2009): *Generationenbeziehungen und Generationenfürsorge in modernen Zeiten. In: Jansen, Mechtild M. (Hrsg.), Pflegende und sorgende Frauen und Männer, Aspekte einer künftigen Pflege im Spannungsfeld von Privatheit und Professionalität. Wiesbaden: Hessische Landeszentrale für politische Bildung, S. 29-42.*
- Gröning, Katharina (2011): *Vereinseitigung. Der Diskurs über Geschlecht und Gewalt gegen die Pflegebedürftigen. Gender (2), S. 76-89.*
- Jabsen, Annika/Blossfeld, Hans-Peter (2008): *Die Auswirkungen häuslicher Pflege auf die Arbeitsteilung in der Familie. Zeitschrift für Familienforschung 20 (3), S. 294-321.*
- Kuhlmei, Adelheid/Dräger, Dagmar/Winter, Maik/Beikirch, Elisabeth (2010): *COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege. Informationsdienst Altersfragen 37 (4), S. 4-11.*
- Langehennig, Manfred (2012): *Genderkonstruierte Angehörigenpflege. Wenn Männer „männlich“ pflegen. Informationsdienst Altersfragen 39 (4), S. 5-11.*
- Leitner, Sigrid (2003): *Varieties of familialism. The caring function of the family in comparative perspective. European Societies 5 (4), S. 353-375.*

- Leitner, Sigrid (2013): Varianten von Familialismus. Eine historisch vergleichende Analyse der Kinderbetreuungs- und Altenpflegepolitiken in kontinentaleuropäischen Wohlfahrtsstaaten. Berlin: Duncker & Humboldt.
- Lüscher, Kurt (2000): Die Ambivalenz von Generationenbeziehungen. In: Kohli, Martin/Szydlík, Marc (Hrsg.), Generationen in Familie und Gesellschaft. Opladen: Leske + Budrich, S. 138-161.
- Lutz, Helma/Palenga-Möllenbeck, Ewa (2010): Care-Arbeit, Gender und Migration. In: Apitzsch, Ursula/Schmidbauer, Marianne (Hrsg.), Care und Migration, Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich, S. 143-161.
- Nave-Herz, Rosemarie (2004): Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim: Juventa Verlag.
- Nave-Herz, Rosemarie (2011): Die Familie in Europa als „Fürsorgeinstitution“ für ihre älteren Mitglieder. Historischer Rückblick und zukünftige Perspektiven. In: Bertram, Hans/Ehlert, Nancy (Hrsg.), Familie, Bindungen und Fürsorge, Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Freiburger Studie zum familiären Wandel im Weltvergleich. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich, S. 281-298.
- Neuhaus, Andrea/Isfort, Michael/Weidner, Frank (2009): Situation und Bedarfe von Familien mit mittel- und osteuropäischen Haushaltshilfen. Köln.
- Peuckert, Rüdiger (2012): Großeltern, Eltern und Kinder. Familie als Solidargemeinschaft. In: Peuckert, Rüdiger (Hrsg.), Familienformen im sozialen Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 593-640.
- Raab, Marcel/Leopold, Thomas/Engelhardt, Henriette (2014): The transition to parent care. Costs, commitments, and caregiver selection among children. *Journal of Marriage and Family* 76, S. 300-318.
- Rohr, Margung K./Lang, Frieder R. (2011): Familie und Pflege im höheren Erwachsenenalter. In: Bertram, Hans/Ehlert, Nancy (Hrsg.), Familie, Bindungen und Fürsorge, Familiärer Wandel in einer vielfältigen Moderne. Freiburger Studie zum familiären Wandel im Weltvergleich. Opladen & Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich, S. 299-328.
- Schmid, Tina (2014): Generation, Geschlecht und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schmidt, Manuela/Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Schroeter, Klaus R. (2006): Das soziale Feld der Pflege. Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen. Weinheim & München: Juventa-Verlag.
- Statistisches Bundesamt (2013): Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden.

8 Verzeichnis der Abbildungen

Abb. 1: Anteil der Frauen und Männer, die informelle Fürsorge für ein älteres Familienmitglied leisten, nach Altersgruppe und Land (in %).....	14
Abb. 2: Durchschnittlicher zeitlicher Aufwand für informelle Fürsorge nach dem Anteil der Elder-Care-Leistenden in der Bevölkerung ab 50 Jahren	15
Abb. 3: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Finanzielle Unterstützung von bedürftigen älteren Menschen (in %)	17
Abb. 4: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Hilfe für ältere Personen bei der Hausarbeit (in %).....	18
Abb. 5: „Sollte Ihrer Meinung nach die Familie oder der Staat die Verantwortung für folgende Aufgaben übernehmen?“ Persönliche Betreuung von hilfsbedürftigen älteren Menschen (in %)	19
Abb. 6: Das Beste für hilfsbedürftige ältere Eltern im europäischen Vergleich (in %)	21
Abb. 7: Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen im europäischen Vergleich (in %)	23
Abb. 8: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: Auswirkungen auf die eigene Erwerbstätigkeit (in %)	25
Abb. 9: „Es gibt verschiedene Arten der Unterstützung, die man erhalten kann, wenn man auf regelmäßige Hilfe und längere Pflege angewiesen ist. Welche Art der Betreuung wäre Ihnen am liebsten?“ (in %).....	29
Abb. 10: Zahl der an der Pflege von nicht stationär betreuten Pflegebedürftigen beteiligten Privatpersonen (in %).....	35

9 Verzeichnis der Tabellen

Tab. 1: Übersicht über die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige in ausgewählten Ländern.....	11
Tab. 2: Das subjektiv Beste für pflegebedürftige Eltern nach Geschlecht, Altersgruppe, Wohngegendtyp und Gebiet (in %)	27
Tab. 3: Durchschnittliches Auftreten (A; in %) und Intensität* (I; in Stunden/Tag) von Pflege nach Wochentagen	31
Tab. 4: Zeitverwendung (in Stunden/Tag) für ausgesuchte Lebensbereiche von Männern nach dem Auftreten der Versorgung von Pflegebedürftigen	32
Tab. 5: Zeitverwendung (in Stunden/Tag) für ausgesuchte Lebensbereiche von Frauen nach dem Auftreten der Versorgung von Pflegebedürftigen	32
Tab. 6: Anzahl der unterstützten älteren Angehörigen (in %)	33
Tab. 7: Unterschiedliche Unterstützungsarten für die hauptsächlich unterstützte Person (in %).....	33
Tab. 8: Gleichzeitiges Auftreten von Unterstützungsleistungen (in %).....	34
Tab. 9: Pflegebedürftige im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) nach Art der Versorgung zum Jahresende 2011	34
Tab. 10: Pflegepersonen nach dem höchsten Grad der Hilfebedürftigkeit (Mehrfachantworten; in %).....	36
Tab. 11: Pflegepersonen nach der Pflegestufe des Pflegebedürftigen (Mehrfachantworten; in %).....	37
Tab. 12: Die häufigsten Betreuungsmixe der in Privathaushalten lebenden Pflegebedürftigen	37
Tab. 13: Mittlere monatliche Kosten für Hilfe und Pflege nach Grad der Hilfebedürftigkeit (in €).....	38
Tab. 14: Das Zweitbeste für hilfsbedürftige ältere Eltern im europäischen Vergleich (in %).....	42
Tab. 15: Meinungen zur Qualität von Pflegeheimen im europäischen Vergleich (Mittelwerte)	43
Tab. 16: Das subjektiv Beste für pflegebedürftige Eltern nach der Bewertung der Qualität von Pflegeheimen in Europa (in %)	44
Tab. 17: Das subjektiv Zweitbeste für pflegebedürftige Eltern nach der Bewertung der Qualität von Pflegeheimen in Europa (in %)	44
Tab. 18: Zustimmung zu „Pflege sollte von nahen Verwandten der pflegebedürftigen Person geleistet werden, auch wenn das bedeutet, dass sie dafür in einem gewissen Ausmaß ihre Karriere opfern müssen“ im europäischen Vergleich (in %)	45
Tab. 19: Zustimmung zu Aussagen bezüglich der Pflege älterer Menschen im europäischen Vergleich (Mittelwerte)	46
Tab. 20: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: persönliche Beteiligung an der Hilfe für die pflegebedürftigen Eltern (in %)	47
Tab. 21: Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit von älteren Eltern: Wohnsituation der Eltern (in %).....	48
Tab. 22: Anzahl der Pflege- bzw. Hilfeleistenden je Pflegebedürftigem, Anteil an allen Pflegesettings (in %)	49

