

Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt

Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen

Beate Bestmann | Elisabeth Wüstholtz | Frank Verheyen

Aufgabe, Ziel und Vision des WINEG | Das WINEG möchte auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse zu einem konstruktiv-kritischen Dialog mit den Akteuren des Gesundheitswesens und zur Optimierung der gesundheitlichen Versorgung der Versicherten der TK beitragen. Gesundheitsökonomie, Patienteninformation und Versorgungsforschung bilden dabei die wichtigsten Forschungsgebiete. Das WINEG greift aktuelle politische und wissenschaftliche Themen auf und überprüft diese auf ihre Bedeutung für die TK-Versicherten. Es unterstützt die Entwicklung neuer Versorgungsformen und Vertragsarten durch wissenschaftliche Analysen und zeigt Systemschwächen in der deutschen Gesundheitsversorgung auf. ■

Impressum

Herausgeber der Schriftenreihe WINEG Wissen Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG) | Bramfelder Straße 140 | 22305 Hamburg | **Herausgeber dieser Ausgabe** WINEG | **Befragung** forsa. Gesellschaft für Sozialforschung und statistische Analysen mbH | **Druck** TK-Hausdruckerei | Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung – auch auszugsweise – nicht gestattet. | **Zitierweise** Beate Bestmann, Elisabeth Wüstholtz, Frank Verheyen. Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04. Hamburg: Techniker Krankenkasse 2014. | **ISBN** 978-3-9813762-9-6 © Techniker Krankenkasse 2014.



Liebe Leserinnen und Leser,

In Deutschland sind mehr als 2,5 Millionen Menschen pflegebedürftig. Berechnungen des Bundesministeriums für Gesundheit gehen davon aus, dass diese Zahl im Jahr 2050 bis auf 4,4 Millionen steigen kann. Mehr als zwei Drittel von ihnen werden derzeit (noch) zuhause gepflegt. Das bedeutet: Der größte Pflegedienst hierzulande sind die Angehörigen von Pflegebedürftigen oder deren Freunde und Bekannte. Pflege zuhause ist jedoch kein Zukunftsmodell. Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger Jüngeren gegenüber, und auch der familiäre Zusammenhalt verändert sich. Internationale Studien zeigen aber, dass der Wunsch, so lange wie möglich in den eigenen vier Wänden zu leben, nach wie vor Bestand hat. Der Techniker Krankenkasse (TK) ist es daher wichtig zu erfahren, welche Bedarfe auf Seiten der Pflegebedürftigen, aber auch auf Seiten der Pflegenden bestehen, um auf dieser Basis Erkenntnisse für neue und optimierte Versorgungsangebote zu gewinnen.

Fakt ist: Über Umfang und Art der Pflege durch Angehörige liegen kaum konkrete Daten vor. Das hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten festgestellt. Genau an diesem Punkt setzt die vorliegende Studie an, die das Wissenschaftliches Institut der TK (WINEG) gemeinsam mit dem Meinungsforschungsinstitut Forsa durchgeführt hat. Wie bewerten die Pflegenden selbst ihre Situation? Welche Informationen können den Betroffenen helfen? Welche Entlastungsmöglichkeiten sind gefragt? Diese und weitere Fragen kamen in persönlichen Interviews mit mehr als 1.000 Pflegenden in ganz Deutschland zur Sprache. Die Ergebnisse zeigen ein differenziertes Bild: Einerseits ist die Pflege eines Angehörigen kräftezehrend und belastend. Zugleich besteht in vielen Fällen eine enge emotionale und soziale Bindung zwischen denen, die gepflegt werden, und denjenigen, die pflegen. Menschen, die pflegen, schöpfen somit andererseits auch oftmals Positives aus ihrer Tätigkeit.

Allerdings ist ein Großteil der bereits vorhandenen Entlastungs- und Beratungsangebote nicht bekannt. Hier stehen auch die Kassen in der Pflicht. Pflegenden müssen gut informiert sein, insbesondere wenn sie ganz plötzlich mit einer Pflegesituation konfrontiert sind. Denn die Forsa-Studie zeigt auch: Wer von heute auf morgen die Pflege eines Menschen organisieren muss, ist deutlich stärker belastet, als diejenigen, die mit der Zeit in die Pflegesituati-

on hineinwachsen konnten. Das Ziel muss daher sein, alle Versicherten bestmöglich zu unterstützen, damit sie sich in der Vielfalt der Angebote zurechtfinden.

Die Politik hat inzwischen erkannt, dass im Bereich der Pflege Handlungsbedarf besteht. Am 1. Januar 2015 ist das erste Pflegestärkungsgesetz in Kraft getreten. Darin ist unter anderem vorgesehen, niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote zu stärken, um pflegende Angehörige besser in ihrer persönlichen Situation zu unterstützen und die Vereinbarkeit von Pflege, Familie und Beruf zu verbessern. Diese Änderungen sind ein Schritt in die richtige Richtung. Gleichwohl bleibt die Frage, ob in Zukunft die informelle Pflege von Angehörigen noch ansatzweise im heutigen Umfang leistbar ist. Die Ergebnisse der Studie liefern eine Reihe von Ansatzpunkten, wie Versorgungsangebote mit den kommenden gesellschaftlichen und demografischen Herausforderungen in Einklang zu bringen sind. Klar ist: Wir müssen in Zukunft neue Wege in der Pflege gehen. Es wird im Wesentlichen darum gehen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern und den Betroffenen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen.

Der Studienbericht richtet sich an alle Interessierten, die sich mit dem Thema "Pflege" auseinandersetzen. Die Ergebnisse sollen daher auch der gesundheitspolitischen Diskussion einen Impuls geben.



Thomas Ballast
Stellv. Vorsitzender des Vorstands der TK

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	7	
Zusammenfassung	8	
1	Einleitung	9
1.1	Ausgangssituation und demographische Herausforderungen	9
1.2	Zielsetzung der vorliegenden Studie	9
2	Methodik	10
2.1	Fragebogen	10
2.2	Stichprobenzugang und Gewichtung	10
2.3	Statistische Methoden	10
3	Ergebnisse	11
3.1	Beschreibung der Stichprobe	11
3.2	Verteilung der Pflegestufen	11
3.3	Gründe für die Übernahme der Pflege	11
3.4	Zusätzliche Unterstützung	12
3.5	Nutzung von Entlastungsangeboten	13
3.6	Unterstützung durch Krankenkassen	14
3.7	Pflege und Berufstätigkeit	14
3.8	Subjektives Befinden der Pflegenden	15
3.9	Pflege als Dauerbelastung	16
3.10	Positive Aspekte der Pflege	17
3.11	Geschlechtsspezifische Unterschiede	18
4	Diskussion	20
4.1	Methodische Aspekte	20
4.2	Versorgungslücke: steigender Bedarf, weniger Arbeitskräfte	20
4.3	Verbesserungsansätze	21
5	Literatur	23

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1	Was waren die Gründe dafür, die Pflegeaufgabe zu übernehmen?	12
Abbildung 2	Teilen Sie sich die Pflegeaufgabe mit anderen?	12
Abbildung 3	Sind Sie zurzeit erwerbstätig?	14
Abbildung 4	Ist die Aufnahme der Pflegetätigkeit der Grund für Ihre Erwerbslosigkeit?	15
Abbildung 5	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?	16
Abbildung 6	Pflege als Dauerbelastung	17
Abbildung 7	Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht	18
Abbildung 8	Wer wird von Ihnen gepflegt?	19
Tabelle 1	Soziodemographie	11
Tabelle 2	Welches der folgenden Entlastungsangebote kennen oder nutzen Sie?	13
Tabelle 3	Positive Aspekte der Pflege	17

Zusammenfassung

Hintergrund

Im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft wird die Zahl der Pflegebedürftigen weiter zunehmen [2]. Von allen Pflegebedürftigen in Deutschland im Jahr 2011 wurden 70 Prozent zuhause gepflegt, davon zwei Drittel ausschließlich durch Angehörige [1]. Nach wie vor werden pflegende Angehörige sowohl in der Bevölkerung als auch politisch als zentrales Standbein der Versorgung in der sozialen Pflegeversicherung gesehen. Weitere konkrete Daten über Umfang und Art der informellen Pflege werden daher benötigt [8]. Ziel der Befragung ist es, Erkenntnisse über die Belastungssituation der Pflegenden und über die Inanspruchnahme von Entlastungsangeboten zu erhalten. Auf Basis der Ergebnisse sollen vorhandene Unterstützungsangebote überprüft und weiterentwickelt werden.

Methode

Im August 2014 wurden mithilfe eines strukturierten Fragebogens 1.007 pflegende Angehörige in computergestützten persönlichen Interviews (CAPI beziehungsweise Computer assisted personal interviewing) befragt. Als pflegende Angehörige wurden Personen definiert, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und eine nahestehende Person, die eine Pflegestufe (0–3) hat, ehrenamtlich ambulant versorgen. Dabei darf es sich nicht allein um hauswirtschaftliche oder ähnliche Tätigkeiten handeln. Zur Erfassung der Belastungssituation wurde der Fragebogen „Häusliche Pflege-Skala“ (HPS) eingesetzt. Daneben wurden subjektives Befinden, Kenntnisse im Bereich der Entlastungsmöglichkeiten, Informationszugang sowie soziodemographische Daten erfasst. Danach erfolgte eine repräsentative Gewichtung nach Pflegestufe des Gepflegten und Bundesland. Die Daten wurden mit der Statistik-Software „SPSS Statistics 22“ ausgewertet und auf signifikante Unterschiede geprüft.

Ergebnisse

Pflegende Angehörige sind oftmals enge Verwandte, vor allem Kinder (50 Prozent). Die größte Gruppe stellen Frauen im Alter von 50 bis 59 Jahren dar. Informell Pflegende schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weniger positiv ein. Es zeigt sich eine Belastungssituation je nach Rahmenbedingungen und individuellem Kontext. Personen, die Pflegebedürftige mit Demenz pflegen, sind zudem signifikant stärker belastet. Die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen (80 Prozent und mehr) nimmt aber auch Kraft aus der Pflege mit und fühlt sich in der Lage, die Pflege gut zu bewältigen. Als Beweggrund für die Übernahme der Pflege geben ältere Pflegende sehr viel häufiger Pflichtgefühl und Familienzusammenhalt an als jüngere Angehörige. Etwas mehr als die Hälfte (55 Prozent) der Pflegenden ist berufstätig. Davon hat jeder Dritte seine Arbeitszeit aufgrund der Pflegesituation reduziert und ebenfalls fällt es jedem Dritten schwer, Beruf und Pflegetätigkeit zu vereinbaren. Zudem werden überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote nicht genutzt oder sie sind nicht bekannt.

Fazit

Die Sozialstruktur wird sich zukünftig verändern, das erfordert eine Anpassung der „Pflege-Arrangements“. Wenn die Situation der pflegenden Angehörigen optimiert werden soll, ist es notwendig, dass Angehörige frühzeitig Kenntnis der Unterstützungsstrukturen erlangen. Hier sieht sich die TK in der Aufgabe darin, eine gezielte Kommunikation mit der Pflegeperson durchzuführen. In den nächsten Jahren wird die Sorge um den Pflegebedürftigen zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse plant die TK ein Projekt eines träger- und sektorenübergreifenden Hilfs- und Betreuungsnetzwerks, das einen deutlichen Fokus auf die geteilte Verantwortung für die Sorge um den Pflegebedürftigen legt. ■

1 Einleitung

1.1 Ausgangssituation und demographische Herausforderungen

Im höheren Erwachsenenalter steigt das Risiko, pflegebedürftig zu werden. Laut statistischem Bundesamt gab es 2011 2,5 Millionen Pflegebedürftige, wovon 70 Prozent (1,76 Millionen) zuhause versorgt wurden, davon zwei Drittel ausschließlich durch Angehörige. Die heutige Pflegebedürftigkeit wird zudem von Alterspflegebedürftigkeit geprägt. 2011 waren 83 Prozent der Pflegebedürftigen (nach SGB XI) 65 Jahre und älter [1]. Im Zuge der zunehmenden Alterung der Gesellschaft wird die Zahl der Pflegebedürftigen für 2020 mit 2,9 Millionen und für 2030 mit 3,37 Millionen vorausberechnet [2]. Dies bedeutet einen Anstieg der Pflegebedürftigen um knapp ein Drittel bis 2020 und um 50 Prozent bis zum Jahr 2030 im Vergleich zu der Situation von 2007 [2]. Repräsentative Befragungen ergaben, dass sich die Mehrheit der Bevölkerung im Fall von Pflegebedürftigkeit eine Versorgung in der eigenen Häuslichkeit durch Angehörige und/oder ambulante Pflegedienste wünscht [3, 4, 5]. Zahlreiche Verbesserungen im Bereich der häuslichen Pflege sollen daher pflegende Angehörige ab dem kommenden Jahr entlasten. Hintergrund sind das erste Pflegestärkungsgesetz sowie das Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf, die am 1. Januar 2015 in Kraft getreten sind. Beispielsweise sollen zuhause Gepflegte leichter vorübergehend in einem Heim oder von ambulanten Diensten betreut werden können. Außerdem kann ein Teil der ambulanten Pflegesachleistung künftig für niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote (zum Beispiel Hilfen im Haushalt oder Alltagsbegleiter) eingesetzt werden. Des Weiteren können pflegende Angehörige bei akut aufgetretener Pflegesituation eine bis zu zehntägige Auszeit nehmen und erhalten ein Pflegeunterstützungsgeld als Lohnersatzleistung. Zudem bekommen Demenzkranke mit Pflegestufe 0 erstmals Zugang zu allen ambulanten Leistungen der Pflege-

versicherung. Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz sollen ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff und ein neues Begutachtungsverfahren eingeführt werden. Die bisherige Unterscheidung zwischen Pflegebedürftigen mit körperlichen Einschränkungen und Demenzkranken soll wegfallen [6, 7].

Vor diesem Hintergrund werden pflegende Angehörige sowohl in der Bevölkerung als auch politisch als zentrales Standbein der Versorgung in der Sozialen Pflegeversicherung gesehen. Über Umfang und Art der Pflege durch Angehörige werden aber weitere konkrete Daten benötigt. Das hat auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem aktuellen Gutachten festgestellt [8].

1.2 Zielsetzung der vorliegenden Studie

Als Beitrag zur momentanen gesundheitspolitischen Diskussion und zur Beurteilung der aktuellen Belastungssituation von pflegenden Angehörigen hat das WINEG eine deutschlandweite repräsentative Studie unter informell Pflegenden durchgeführt. Im Zeitraum Juni 2014 bis August 2014 wurden 1.007 pflegende Angehörige ab 18 Jahren mithilfe eines standardisierten Fragebogens persönlich durch das forsa-Institut befragt (Computer assisted personal interviewing). Ziel der Befragung war es, Erkenntnisse über den Gesundheitszustand und die Belastungssituation der Pflegenden und Informationen über Bekanntheit und Inanspruchnahme von Beratungs- und Entlastungsangeboten zu erhalten. Auf Basis der Ergebnisse sollen vorhandene Unterstützungsangebote überprüft und soweit erforderlich weiterentwickelt werden. ■

2 Methodik

2.1 Fragebogen

Der Gesamtfragebogen besteht aus insgesamt drei Teilen: der Langversion der „Häuslichen Pflege-Skala“ (HPS), eigenen Items zur Belastung und einem Soziodemographie-Teil.

Der HPS-Fragebogen wurde von GRÄBEL und LEUTBECHER [9] entwickelt und enthält 28 Items, die einen Überblick über die Belastungssituation von pflegenden Angehörigen geben. Die Fragen beziehen sich auf die Bereiche „Verlust psychischer und physischer Energie“, „Überforderung“, „Verschlechterung der sozioökonomischen Situation“, „Spannungen im Verhältnis zwischen Pflegeperson und gepflegter Person“ sowie „Identifikationsprobleme mit der Rolle der Pflegeperson“. Die HPS wurde als Fragebogen konzipiert, den die/der Befragte selbst ausfüllt. In der vorliegenden Studie wurde er jedoch in Interviewform eingesetzt. Der mittlere Fragebogen-Teil enthält Fragen zur Nutzung von Entlastungs- und Unterstützungsangeboten sowie zur Informationsbeschaffung. Im Soziodemographie-Teil wurden Charakteristika der Pflegenden und der zu Pflegenden abgefragt. Dieser Teil beinhaltete neben den klassischen Fragen nach Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss auch Aspekte wie Pflegestufe oder Verwandtschaftsverhältnis zum zu Pflegenden.

2.2 Stichprobenzugang und Gewichtung

In der vorliegenden Studie wurden „Pflegende Angehörige“ befragt. Dies umfasst alle in Privathaushalten lebenden deutschsprachigen Personen über 18 Jahren, die eine pflegebedürftige Person, die eine Pflegestufe (0–3) hat, in ihrem Familien-, Freundes- oder Bekanntenkreis ganz oder teilweise im Sinne der Laienpflege betreuen und versorgen. Dabei darf es sich nicht allein um hauswirtschaftliche oder organisatorische Tätigkeiten handeln. Der Begriff „Angehörige“ ist in dieser Studie also sehr weit gefasst und beinhaltet neben Verwandten auch Freunde, Bekannte, Nachbarn sowie

andere nahestehende Personen. Ausgeschlossen wurden professionell Pflegende, also zum Beispiel Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste und diejenigen Pflegenden, die einen Angehörigen in einer stationären Pflegeeinrichtung betreuen.

Die Befragung wurde in Form computerunterstützter Face-to-Face-Interviews (CAPI) in den Haushalten der Befragten durchgeführt. Diese Methode eignet sich besonders gut, um schwer erreichbare Zielgruppen wie „Pflegende Angehörige“ zu erreichen. Darüber hinaus wäre es bei einer telefonischen Befragung denkbar, dass sich der zu Pflegende in Hörweite befindet und die/der Befragte daher gegebenenfalls nicht offen über ihre/seine Belastungssituation berichten kann.

Da auf Basis von Zahlen der amtlichen Statistik [1] davon auszugehen ist, dass der Anteil von „Pflegenden Angehörigen“ unter 5 Prozent liegt, erschien eine Befragung auf Basis eines Zufallsverfahrens (zum Beispiel Random-Route) unter forschungsökonomischen Gesichtspunkten nicht sinnvoll. Die Rekrutierung der Befragten erfolgte daher über einen Quotenplan. Hierbei wurden Bundesländer, Ortsgrößen und Pflegestufen berücksichtigt. Anschließend erfolgte eine Gewichtung, die sich im Datensatz jedoch nur marginal auswirkte.

2.3 Statistische Methoden

Die Antworten der anonymisierten Fragebögen wurden erfasst und der Datensatz wurde mit der Statistik- und Analyse-Software „SPSS Statistics 22“ ausgewertet. Die Antworten wurden im Text und in den Abbildungen als relative Häufigkeiten dargestellt, nur gültige Prozente berücksichtigend. Aufgrund von Rundungen der Ergebniswerte ergaben sich zum Teil Abweichungen, die zu einer Summe von über oder unter 100 Prozent führten. ■

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden im Rahmen der Studie 1.007 Personen befragt, von denen 79 Prozent weiblich waren. Im Hinblick auf die Altersverteilung stellen die größte Gruppe mit 52 Prozent die 50- bis 65-Jährigen, 30 Prozent sind 18 bis 49 Jahre alt und 18 Prozent älter als 65 Jahre. Oftmals pflegen enge Verwandte, vor allem Kinder. Dies ist bei der Hälfte der Befragten der Fall (50 Prozent, das heißt 502 Personen). Außerdem ist der zu Pflegenden bei 18 Prozent der/die Lebenspartner/-in und bei 11 Prozent ein Elternteil der Partnerin/des Partners. 41 Prozent der Befragten leben mit der zu pflegenden Person im gleichen Haushalt. Fast sieben von zehn Befragten kümmern sich täglich um den pflegebedürftigen Angehörigen.

Damit ist die private Pflege nach wie vor ein Vollzeitjob. Die meisten Angehörigen pflegen seit zwei bis fünf Jahren (46 Prozent, das heißt 459 Befragte). Jeder Vierte pflegt sogar seit über fünf Jahren. Während 63 Prozent (das heißt 632 Befragte) der Pflegenden langsam in die Pflegesituation hineingewachsen sind, wurden 37 Prozent plötzlich mit der Notwendigkeit der Betreuung konfrontiert (vergleiche Tabelle 1). Bei jeder dritten häuslichen Pflegesituation besteht eine Pflegebedürftigkeit aufgrund von Demenzerkrankung. Fast die Hälfte der Befragten (43 Prozent, das heißt 428 Personen) geben eine Störung der Mobilität (zum Beispiel an Rollstuhl gebunden) als Grund für die Pflegebedürftigkeit an, bei einem Viertel (25 Prozent) ist der Grund ein Schlaganfall und bei 13 Prozent eine Krebserkrankung.

Tabelle 1 | Soziodemographie (N=1.007)

Befragte		
Alter	18–49	29,6%
	50–65	51,8%
	66+	18,5%
Geschlecht	Männlich	20,8%
	Weiblich	79,2%
Erwerbstätig	Vollzeit	21,3%
	Teilzeit/geringfügig	33,8%
	Nicht erwerbstätig	44,9%
Dauer der Pflege	Unter 1 Jahr	6,9%
	1 bis 2 Jahre	22,7%
	Über 2 bis 5 Jahre	46,1%
	Über 5 bis 10 Jahre	16,2%
	Über 10 Jahre	8,1%
Pflegesituation	Bin langsam reingewachsen	62,8%
	Kam plötzlich	37,2%

3.2 Verteilung der Pflegestufen

Von allen Pflegebedürftigen mit Pflegestufe, die im häuslichen Umfeld versorgt werden, hat der Großteil Pflegestufe 1 (59 Prozent, das heißt 596 Personen). 28 Prozent haben Pflegestufe 2, 9 Prozent Pflegestufe 3 und 4 Prozent Pflegestufe 0.

3.3 Gründe für die Übernahme der Pflege

Wenn nach den Gründen für die Pflegeübernahme gefragt wird, antwortet fast die Hälfte der Pflegenden (46 Prozent beziehungsweise 461 Personen), dass Pflichtgefühl und Familienzusammenhalt ausschlaggebend sind. Schaut man sich dies unterschieden nach Altersgruppen an, dann zeigen sich deutliche Unterschiede bei den Beweggründen. Während für 61 Prozent der über 65-Jährigen familiärer Zusammenhalt und Pflichtgefühl ausschlaggebend sind, gaben das bei den 18- bis 49-Jährigen nur noch 38 Prozent der Befragten an (vergleiche Abbildung 1).

Pflegende Angehörige

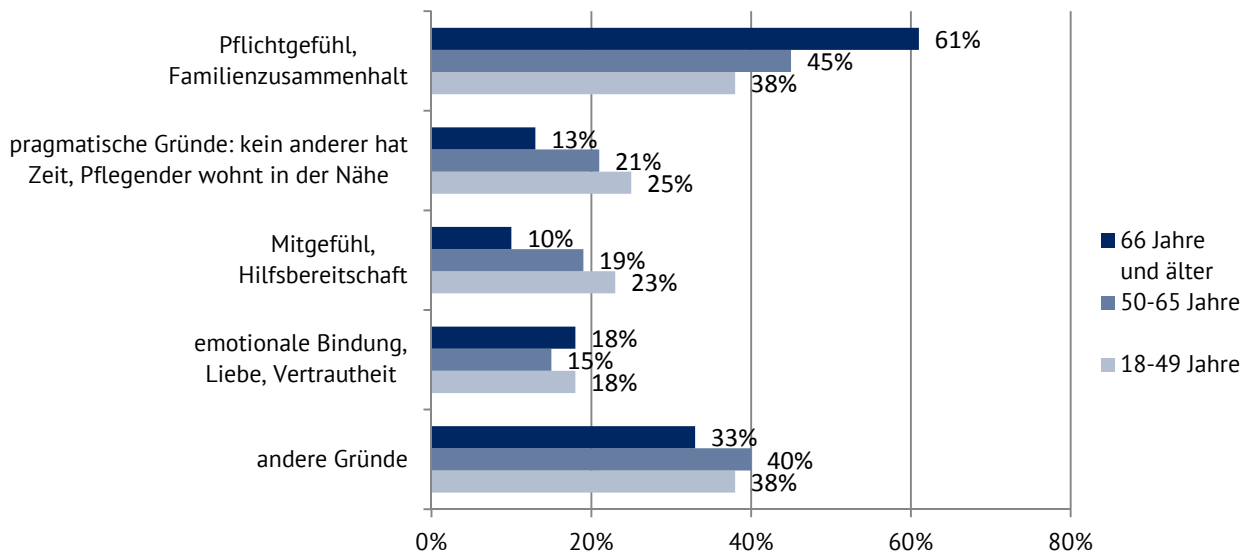


Abbildung 1 | Was waren die Gründe dafür, die Pflegeaufgabe zu übernehmen? (N=1.007)
Unterschieden nach Alter, Mehrfachnennungen möglich, Nennungen unter 10% in „Andere Gründe“

3.4 Zusätzliche Unterstützung

Mehr als die Hälfte der Befragten teilt sich die Pflegeaufgaben mit Familienangehörigen, Bekannten, Freunden und Nachbarn. Professionelle Unterstützung bekommen 410 Befragte (41 Prozent) durch Pflegepersonen, die ins Haus kommen, und 8 Prozent durch Pflegeeinrichtungen wie Tages-, Kurzzeit- oder Nachtpflege. Trotzdem pflegt fast jeder Vierte allein (vergleiche Abbildung 2). Schaut man sich dies unterschieden nach Altersgruppen an, dann zeigt sich: Je jünger die Befrag-

ten sind, desto häufiger bekommen sie Hilfe aus dem sozialen Umfeld (beispielsweise Angehörige, Bekannte, Freunde oder Nachbarn) und desto seltener pflegen sie komplett allein. Bei den 18- bis 49-Jährigen gaben doppelt so viele Befragte an (64 Prozent, das heißt 190 von 298), dass sie sich die Pflege mit jemandem aus dem sozialen Umfeld teilen, wie bei den über 65-Jährigen (32 Prozent beziehungsweise 60 von 187 Befragten).

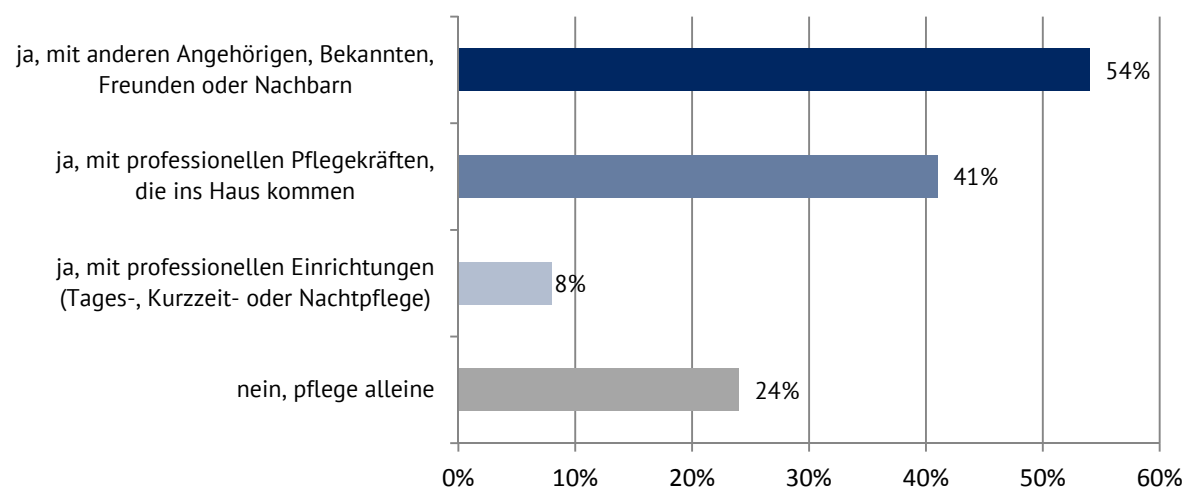


Abbildung 2 | Teilen Sie sich die Pflegeaufgabe mit anderen? (N=1.007)
Mehrfachnennungen möglich

3.5 Nutzung von Entlastungsangeboten

Überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote werden nicht genutzt oder sind gar nicht bekannt. Am stärksten nutzen die pflegenden Angehörigen noch den ambulanten Pflegedienst, 58 Prozent (das heißt 580 Personen) der Befragten geben dies an. Hingegen kennen 90 Prozent der Pflegenden Angebote wie Tages- oder Kurzzeitpflege, aber nur maximal ein Viertel nutzt sie auch ab und zu oder regelmäßig. Bei der Nachtpflege ist es noch gravierender. Das Angebot kennen rund drei Viertel, aber nur 7 Prozent der befragten Pflegenden nutzen es mindestens ab und zu. Mit

Beratungsangeboten sind die Befragten insgesamt weniger vertraut. Nur etwa die Hälfte kennt die Möglichkeit der individuellen Pflegeschulung zuhause (50 Prozent) oder Pflegekurse in der Gruppe (58 Prozent) (vergleiche Tabelle 2). Wenn nach den Gründen für die Nichtnutzung der Angebote gefragt wird, antworten über die Hälfte der Befragten, dass sie keinen Bedarf dafür sehen. Als weitere Gründe werden genannt, dass sich die/der Pflegebedürftige weigert, das Angebot anzunehmen, oder es bisher noch nicht bekannt war.

Tabelle 2 | Welches der folgenden Entlastungsangebote kennen oder nutzen Sie? (N=1.007)
Mehrfachnennungen möglich

	Anteil der Befragten, die diese Angebote <u>kennen</u>	Anteil der Befragten, die diese Angebote <u>nicht nutzen</u>	Anteil der Befragten, die diese Angebote <u>nutzen</u>
Ambulanter Pflegedienst, der regelmäßig ins Haus kommt	100%	42%	58%
Tagespflege-Einrichtungen (für einige Stunden am Tag)	92%	72%	20%
Kurzzeitpflege-Einrichtungen (kurzzeitiger vollstationärer Aufenthalt, ist für bis zu 28 Tage im Jahr möglich)	91%	65%	25%
Nachtpflege-Einrichtungen (nur über Nacht, damit die Pflegekraft zur Ruhe kommt)	74%	66%	7%
Ersatzpflege, die ins Haus kommt, wenn die Pflegeperson verhindert ist (zum Beispiel durch Krankheit)	87%	56%	30%
Zusätzliche Betreuungsleistung wie zusätzliche stundenweise Unterstützung, zum Beispiel durch einen ambulanten Pflegedienst bei erhöhtem Betreuungsbedarf – vor allem bei Pflegebedürftigen mit Demenz	82%	61%	20%
Individuelle Pflegeschulung zuhause	50%	32%	17%
Pflegekurse in der Gruppe	58%	43%	14%
Pflegeberatung durch eine Pflegekasse	73%	33%	40%
Pflegestützpunkte (<i>nicht in allen Bundesländern vorhanden</i>)	55%	39%	14%
Beratung bei Entlassung des zu Pflegenden aus dem Krankenhaus	75%	30%	43%
Selbsthilfegruppen/Gesprächskreis	69%	52%	16%

3.6 Unterstützung durch Krankenkassen

Die Mehrheit der Pflegenden wünscht sich mehr Unterstützung bei der Pflege durch ihre Krankenkasse. Auf die Frage, in welcher Form sie sich die Unterstützung vorstellen, sehen 80 Prozent (das heißt 801 Personen) und mehr der Befragten diese in der Beratung zu Fragen der Pflegeversicherung oder zur Organisation der Pflege sowie zum Kennenlernen neuer Entlastungsmöglichkeiten. Angebote zum Erlernen neuer Pflorgetechniken oder Kurmaßnahmen für Pflegende würden 73 Prozent beziehungsweise 67 Prozent der pflegenden Angehörigen nutzen. Darüber hinaus könnten sich fast sechs von zehn Befragten vorstellen, Beratung im Umgang mit besonderen Verhaltensweisen (zum Beispiel Aggressivität) des zu Pflegenden in Anspruch zu nehmen, oder sie würden gerne Entspannungstechniken erlernen. Den Austausch mit anderen Pflegenden und psychologische Beratung wünschen sich mit 44 Prozent und 42 Prozent die wenigsten Befragten.

3.7 Pflege und Berufstätigkeit

Die Vereinbarkeit von Pflege und Berufstätigkeit spielt eine immer wichtigere Rolle und immer mehr pflegende Angehörige sind berufstätig. In dieser Studie sind 463 Befragte (46 Prozent) voll- oder teilzeitbeschäftigt. In Bezug auf die verschiedenen Altersklassen zeigt sich, dass jüngere häufiger erwerbstätig¹ sind als ältere Angehörige im erwerbsfähigen Alter (77 Prozent bei den 18- bis 49-Jährigen versus 61 Prozent bei den 50- bis 65-Jährigen) (vergleiche Abbildung 3). Was daran liegen könnte, dass jüngere Befragte seltener angeben, hauptverantwortlich für die häusliche Pflege zu sein, und sich häufiger die Pflege mit anderen (zum Beispiel Pflegedienst, Angehörige) teilen. Trotzdem hat unter den erwerbstätigen Pflegenden fast jeder Dritte (30 Prozent, das heißt 128 Personen) seine Arbeitszeit aufgrund der Pfl egetätigkeit reduziert.

¹ Unter *erwerbstätigen* Angehörigen sind Personen zu verstehen, die entweder Voll- oder Teilzeit arbeiten, sich in Altersteilzeit befinden, geringfügig beschäftigt sind, einen „Ein-Euro-Job“ bei ALG-II-Bezug ausüben, sich in beruflicher Ausbildung oder Umschulung befinden sowie gelegentlich oder unregelmäßig beschäftigt sind.

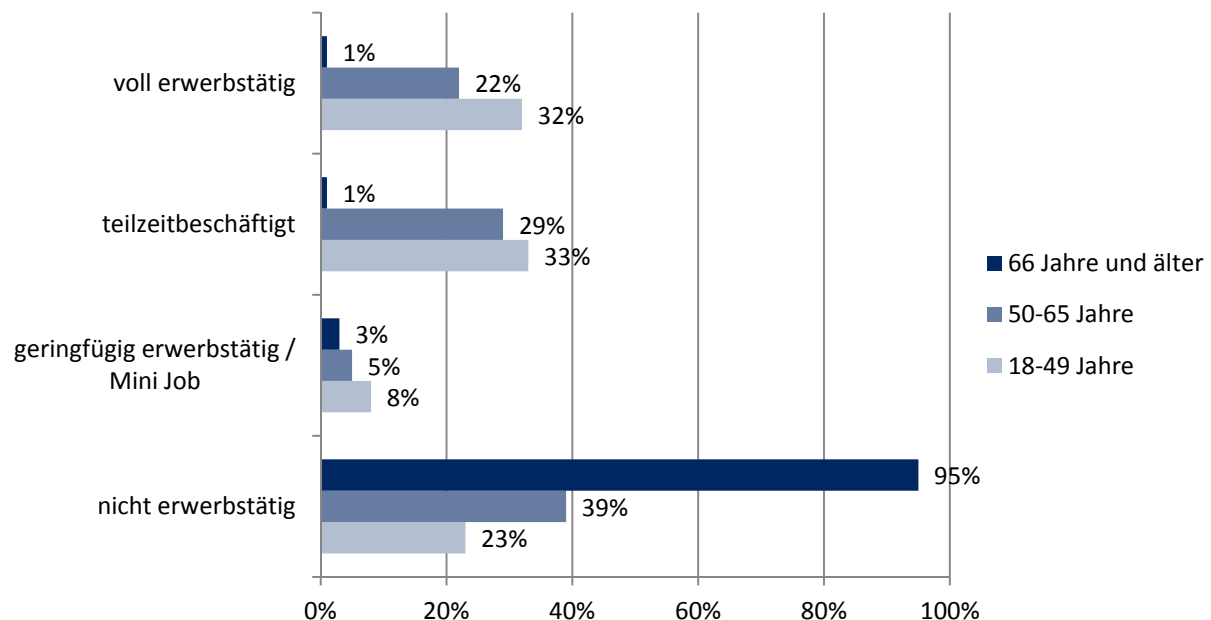


Abbildung 3 | Sind Sie zurzeit erwerbstätig? (N=1.007)
Unterschieden nach Alter, Nennungen unter 5 % nicht aufgeführt

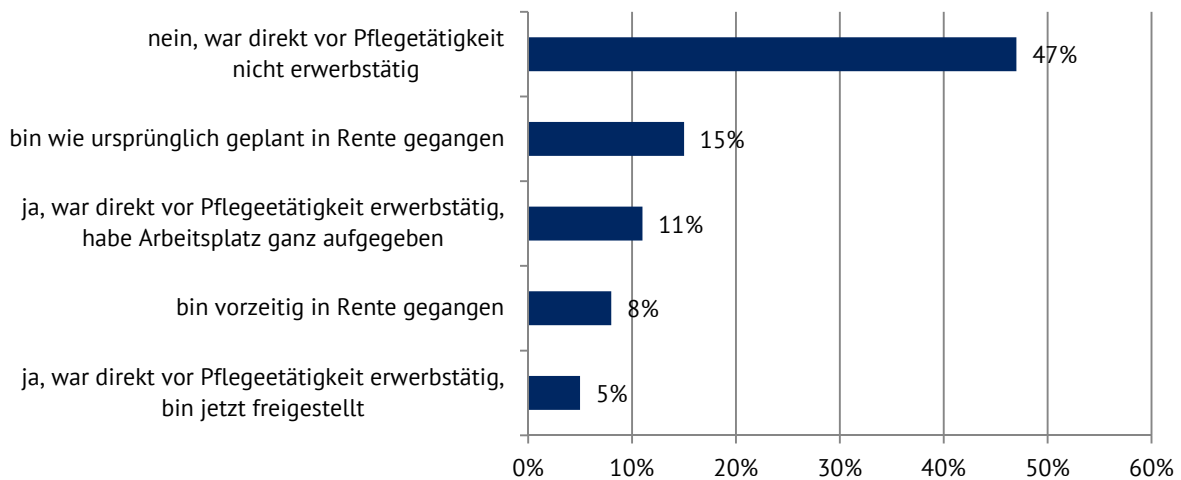


Abbildung 4 | Ist die Aufnahme der Pflegeetätigkeit der Grund für Ihre Erwerbslosigkeit? (N=451)
Nennungen unter 5 % nicht aufgeführt

Auffällig ist auch: Angehörige, die ganz plötzlich mit einer Pflegeaufgabe konfrontiert wurden, drosseln die Arbeitszeit häufiger als Angehörige, die langsam in die neue Situation hineinwachsen konnten (38 Prozent versus 26 Prozent). Ebenso zeigt sich: Je höher die Pflegestufe, desto häufiger reduzieren Pflegenden ihre Arbeitszeit. In den Pflegestufen 0 und 1 ist es knapp jeder Vierte (22 Prozent beziehungsweise 25 Prozent), in der Stufe 2 sind es 41 Prozent und in der Stufe 3 sogar mehr als die Hälfte der Befragten (56 Prozent). Insgesamt gibt jeder dritte (34 Prozent, das heißt 189 Befragte) der berufstätigen Angehörigen an, dass es ihr/ihm schwerfällt, Pflegeetätigkeit und Beruf unter einen Hut zu bringen.

Darüber hinaus ist fast jeder zweite der Befragten (45 Prozent, das heißt 451 Befragte) nicht beschäftigt, wovon wiederum fast jeder Fünfte (19 Prozent) wegen der Pflegeetätigkeit seinen Arbeitsplatz aufgegeben hat oder deswegen vorzeitig in Rente gegangen ist. Und nur 5 Prozent der nichterwerbstätigen pflegenden Angehörigen sind momentan aufgrund der Pflegeetätigkeit von ihrer Arbeit freigestellt (vergleiche Abbildung 4). Ein Grund dafür könnte sein, dass es bisher in Betrieben mit 15 oder weniger Angestellten darauf keinen Anspruch gibt, die Freistellung nicht vergütet wird und die zu betreuende Person mindestens der Pflegestufe 1 zugeordnet sein muss.

3.8 Subjektives Befinden der Pflegenden

Pflegende schätzen ihren eigenen Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesamtbevölkerung weniger positiv ein. Bei einer repräsentativen Studie (TK Meinungspuls) aus dem Jahr 2013 bewerteten 61 Prozent ihre eigene Gesundheit mit „gut“ oder „sehr gut“ [10], unter Pflegenden geben dies nur 45 Prozent (das heißt 456 Personen) an. Signifikante Unterschiede zeigen sich zudem zwischen allein Pflegenden und Pflegenden, die sich diese Aufgabe mit anderen (beispielsweise Angehörigen, Bekannten oder professionellen Pflegekräften) teilen.

Bei den Befragten, die allein pflegen, bewerten nur 36 Prozent ihren Gesundheitszustand mit „gut“ oder „sehr gut“, bei den Befragten, die sich die Aufgaben mit anderen teilen, sind es 48 Prozent. Somit bewerten allein Pflegenden ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter (vergleiche Abbildung 5).

23 Prozent der Befragten (das heißt 230 Personen) geben an, dass sie sich manchmal so belastet fühlen, dass sie selbst ärztliche Hilfe benötigen. Diese Belastung steigt sowohl mit dem Alter des Befragten als auch mit der Pflegestufe des zu Pflegenden linear an.

Bei der Frage nach körperlichen Beschwerden waren die häufigsten Nennungen Muskelverspannung-

Pflegende Angehörige

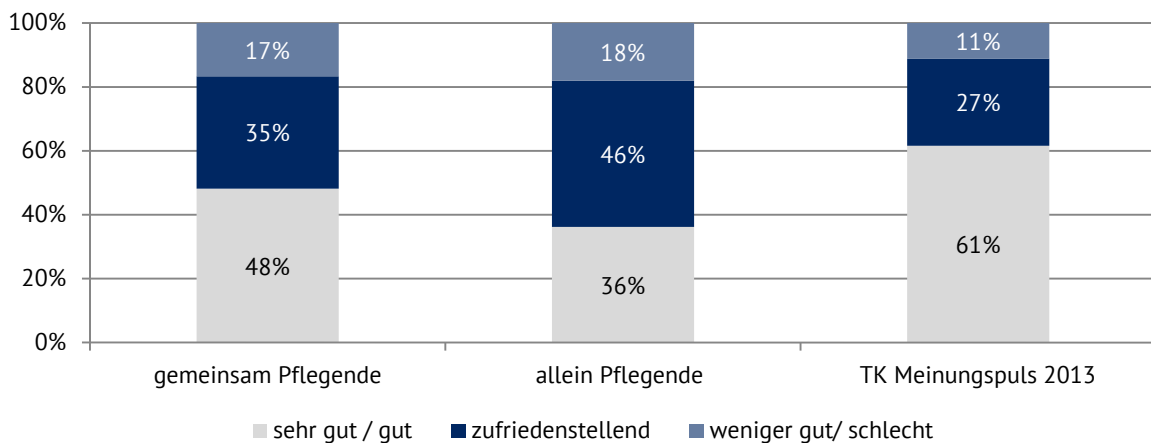


Abbildung 5 | Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? (N=1.007)
Unterschieden nach allein Pflegenden, gemeinsam Pflegenden und der Gesamtbevölkerung

gen/Rückenschmerzen (52 Prozent, das heißt 525 Personen), Erschöpfung/Stress/Ausgebranntsein (37 Prozent) und Schlafprobleme (Einschlaf- und Durchschlafstörungen beziehungsweise andere Schlafstörungen) mit 29 Prozent. Nur 18,5 Prozent gaben an, dass sie unter gar keinen körperlichen Beschwerden leiden. 80 Prozent der Befragten (643 Personen), die unter einer oder mehr körperlichen Beschwerden leiden, gaben an, dass sie aus diesem Grund auch schon in ärztlicher Behandlung gewesen sind.

3.9 Pflege als Dauerbelastung

Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf einzelne Items der HPS. Die Pflege kostet Angehörige viel von ihrer eigenen Kraft. Dies gibt die Mehrheit (62 Prozent, das heißt 624 Personen) der Befragten an, dabei steigt die empfundene Belastung, je höher die Pflegestufe und je älter die/der Befragte ist. In Pflegestufe 3 sind dies fast doppelt so viele Pflegenden wie in Pflegestufe 0. Daneben stimmen 55 Prozent (das heißt 555 Personen) der Befragten der Aussage „Ständig in Bereitschaft zu sein, strengt mich sehr an“ zu. Betrachtet man dies im Hinblick auf die Pflegestufen, so zeigt sich erwartungsgemäß: Je höher die Pflegestufe ist, desto kräftezehrender die Pflege. In Bezug auf das Alter der Befragten lässt sich ebenfalls ein leichter linearer Trend feststellen: Je älter die Pflegeperson, desto höher die Zustimmung (50 Prozent der 18-

bis 49-Jährigen versus 60 Prozent der über 65-Jährigen). Des Weiteren fühlt sich die Hälfte der Pflegenden (49 Prozent, das heißt 497 Personen) oft körperlich erschöpft und drei von zehn Befragten (das heißt 300 Befragte) geben an, die Pflegesituation greife die eigene Gesundheit an.

Deutliche Unterschiede finden sich zudem zwischen Pflegenden, die Demenzerkrankte pflegen, und Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit anderen Grunderkrankungen versorgen. Pflegenden von Demenzerkrankten, die in dieser Studie ein Drittel der Pflegebedürftigen ausmachen, sind signifikant stärker belastet (vergleiche Abbildung 6).

Lediglich 46 Prozent der Befragten (das heißt 461 Personen) gaben an, dass es ihnen leichtfällt, sich regelmäßig Auszeiten (zum Beispiel freie Tage oder Urlaub von der Pflege) zu organisieren; betrachtet man die allein Pflegenden, so sind es sogar nur noch 40 Prozent (das heißt 183 Personen).

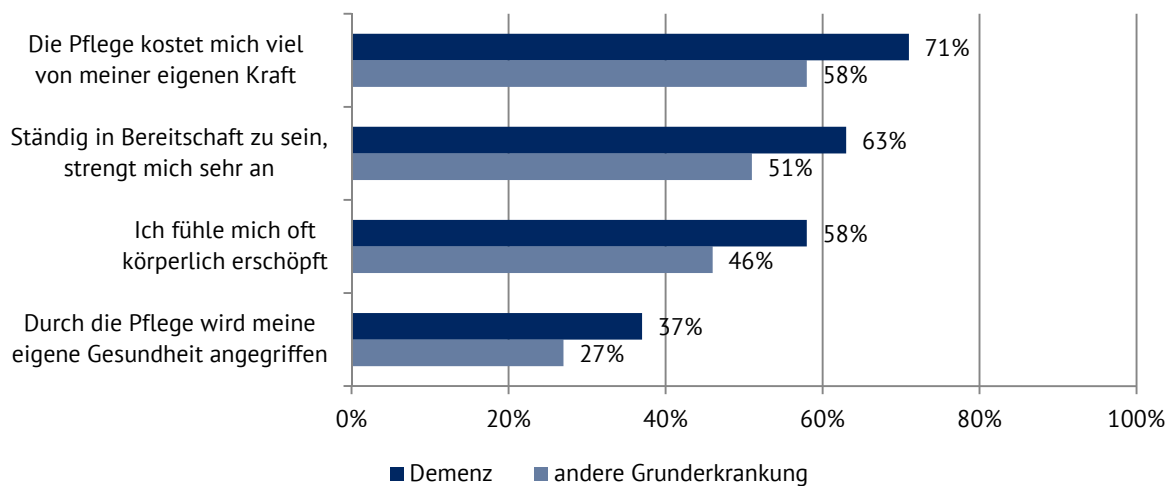


Abbildung 6 | Pflege als Dauerbelastung (N=1.007)

Anteil der Befragten, die dieser Aussage zustimmen, unterschieden nach Pflegebedürftigkeit aufgrund von Demenz oder anderen Erkrankungen

3.10 Positive Aspekte der Pflege

Neben der großen Menge an Belastungsmomenten schöpfen viele Angehörige auch Kraft aus ihrer Situation. 81 Prozent der Befragten (das heißt 815 Personen) geben an, dass sie viel Kraft aus dem Wissen schöpfen, dass die/der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann. Zusätzlich haben fast alle Befragten (91 Prozent, das heißt 921 Personen) das Gefühl, die Pflege im Griff zu haben. Die große Zustimmung findet sich bei beiden Aspekten über alle Pflegestufen und Altersgruppen hinweg. Betrachtet man männliche und weibliche Pflegenden getrennt, so zeigt sich bei den weib-

lichen Befragten mit 94 Prozent eine signifikant höhere Zustimmung (versus 87 Prozent bei Männern). 69 Prozent der Befragten (das heißt 698 Personen) geben an, dass sie neben der Pflege ihre sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens ihrer Vorstellung entsprechend erledigen können. Beinahe die Hälfte der Befragten (49 Prozent, das heißt 476 Personen) empfindet die Pflegetätigkeit nicht nur belastend, sondern auch als Bereicherung des eigenen Lebens. Bei 64 Prozent (das heißt 616 Personen) hat die Pflegetätigkeit sogar das Verhältnis zum zu Pflegenden verbessert (vergleiche Tabelle 3).

Tabelle 3 | Positive Aspekte der Pflege (N=1.007)

	Anteil der Befragten, die dieser Aussage zustimmen
Ich empfinde den Kontakt zu der/dem Erkrankten als gut	95%
Ich habe das Gefühl, die Pflege im Griff zu haben	91%
Ich ziehe viel Kraft aus dem Wissen, dass die/der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann	81%
Die von mir geleistete Hilfe wird von anderen anerkannt	76%
Neben der Pflege kann ich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen	69%
Meine Pflegetätigkeit für die/den Pflegebedürftige/-n hat unser persönliches Verhältnis positiv beeinflusst	64%
Ich empfinde die Pflegetätigkeit auch als Bereicherung meines eigenen Lebens	49%

Pflegende Angehörige

3.11 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Die große Mehrheit (79 Prozent, das heißt 797 Befragte) der pflegenden Angehörigen ist weiblich, nur jeder fünfte (das heißt 210 Befragte) privat Pflegende ist männlich. Die folgenden Darstellungen zu geschlechtsspezifischen Unterschieden sollten vor diesem Hintergrund vorsichtig interpretiert werden.

Altersverteilung | Die Altersgruppe von 50 bis 59 Jahren ist sowohl bei männlichen wie auch bei weiblichen Pflegenden am häufigsten vertreten. Darüber hinaus fällt auf, dass Männer vermehrt im höheren Lebensalter pflegen. Fast jeder zweite der pflegenden Männer (47 Prozent, das heißt 97 Personen) ist 60 Jahre oder älter (versus 32 Prozent, das heißt 260 bei den Frauen) (vergleiche Abbildung 7).

Beziehung zum Pflegebedürftigen | Sowohl bei den männlichen wie auch bei den weiblichen Befragten pflegt jeweils etwa die Hälfte (48 Prozent versus 50 Prozent) einen Elternteil. Weniger als 10 Prozent beider Geschlechter pflegen eine Person, zu der sie in keinem verwandtschaftlichen Verhältnis stehen. Deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich jedoch, wenn es um die Übernahme der Pflege des eigenen Ehe- beziehungsweise Lebenspartners oder eines Elternteils des Partners geht. Abbildung 8 zeigt, dass der Anteil der Frauen, die einen Elternteil ihres Partners pflegen, sehr viel größer ist als der Anteil der Männer (Frauen: 13 Prozent, das heißt 102 Personen, Männer: 2 Prozent, das heißt vier Personen). Männer hingegen pflegen häufiger ihre Partnerin (35 Prozent der Männer versus 14 Prozent der Frauen). Dementsprechend höher ist auch der Anteil der Männer, die mit der zu pflegenden Person in einem Haushalt leben (49 Prozent der Männer versus 37 Prozent der Frauen).

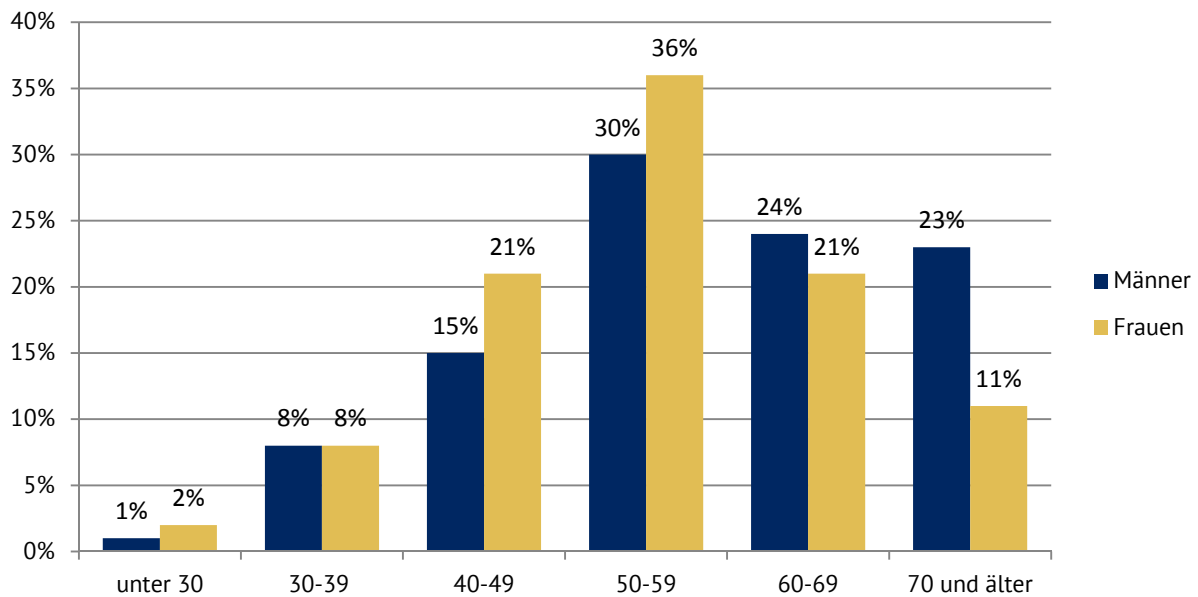


Abbildung 7 | Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht (N=1.007)

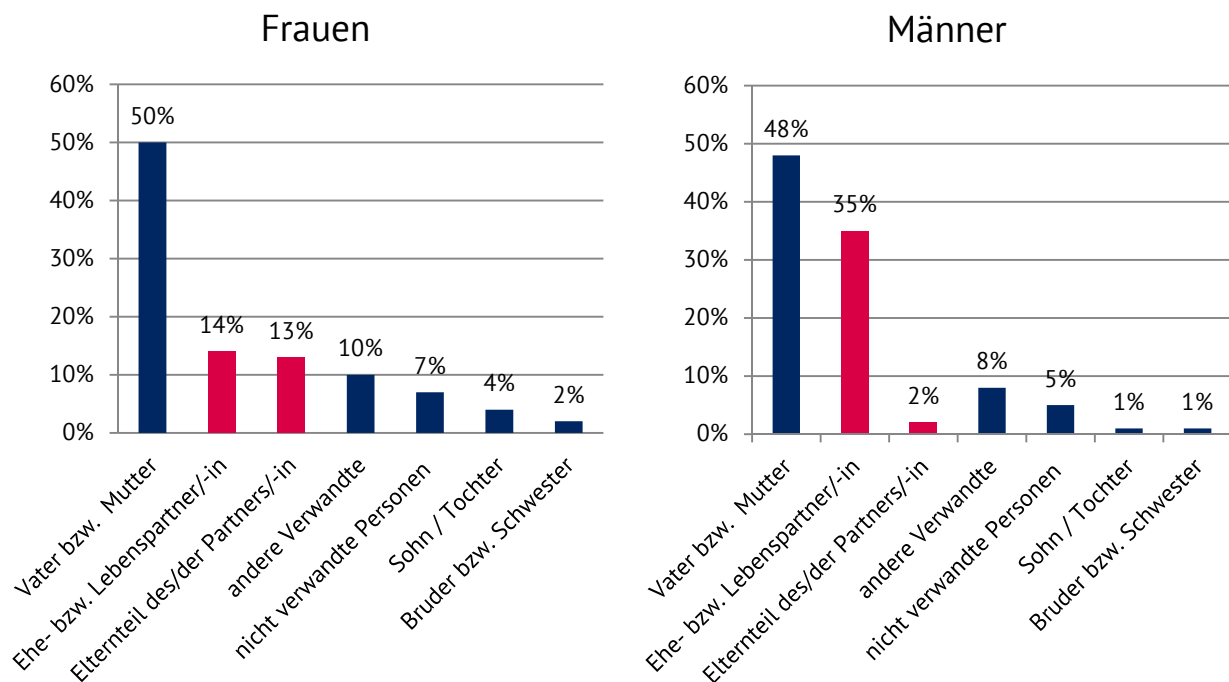


Abbildung 8 | Wer wird von Ihnen gepflegt? (N=1.007)
Unterschieden nach Geschlecht

Erwerbstätigkeit | Der Anteil der voll erwerbstätigen Männer ist unter den Befragten deutlich größer (35 Prozent, das heißt 74 Personen) als der Anteil der voll erwerbstätigen Frauen (18 Prozent, das heißt 140 Personen). Dagegen arbeiten deutlich mehr pflegende Frauen in Teilzeit (29 Prozent) als Männer (10 Prozent). Dazu passt auch, dass unter den erwerbstätigen Frauen jede Dritte (32 Prozent, das heißt 106 Personen) aufgrund der Pfl egetätigkeit ihre Arbeitszeit reduziert hat. Bei den Männern hat das jeder Vierte (26 Prozent, das heißt 23 Personen) getan.

Bezüglich der Gründe für die Übernahme der Pflege (vergleiche Kapitel 3.3) sowie der Inanspruchnahme von zusätzlicher Unterstützung, beispielsweise durch Bekannte oder professionelle Pflegekräfte (vergleiche Kapitel 3.4), zeigen sich keine besonderen geschlechtsspezifischen Unterschiede. Ebenso fühlen sich Männer und Frauen gleich stark durch die Pfl egetätigkeit belastet. 63 Prozent (das heißt 132 Personen) der befragten Männer beziehungsweise 61 Prozent (das heißt 492 Personen) der Frauen geben an, dass

die Pflege sie viel von ihrer eigenen Kraft kostet (vergleiche Kapitel 3.9).

Ein ähnliches Ergebnis zeigt sich bei den positiven Auswirkungen der Pflege. So ziehen 82 Prozent (das heißt 649 Frauen) der pflegenden Frauen sowie 79 Prozent (das heißt 166 Männer) der pflegenden Männer viel Kraft aus dem Wissen, dass sie dazu beitragen, dass die/der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann (vergleiche Kapitel 3.10). ■

4 Diskussion

4.1 Methodische Aspekte

Der verwendete Fragebogen „Häusliche Pflege-Skala“ (HPS) wurde in der vorliegenden Studie erstmals in Face-to-Face-Interviews eingesetzt. Diese Methode eignet sich bei der schwer erreichbaren Zielgruppe „Pflegende Angehörige“ besonders gut. Darüber hinaus wäre es bei einer telefonischen Befragung denkbar, dass sich der zu Pflegenden in Hörweite befindet und die/der Befragte daher gegebenenfalls nicht offen über ihre/seine Belastungssituation berichten kann. Da es sich bei der HPS um einen validierten, standardisierten Fragebogen handelt, können die Ergebnisse daraus mit anderen Studien in Bezug gesetzt werden. Diese Ergebnisse werden jedoch in einer gesonderten Publikation dargestellt. Die Rekrutierung der Teilnehmer für diese Studie erfolgte auf der Basis einer Quotenstichprobe. Durch Gewichtung wurde anschließend versucht, größtmögliche Repräsentativität zu erreichen. Da es sich um eine Querschnittstudie handelt, können zwar Zusammenhänge, aber keine Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge festgestellt werden.

4.2 Versorgungslücke: steigender Bedarf, weniger Arbeitskräfte

Wie eingangs bereits beschrieben, ist bedingt durch den demographischen Wandel und den Anstieg der Zahl von pflegebedürftigen Personen mit einem steigenden Bedarf an potentiellen Pflegepersonen zu rechnen. Andererseits ist zukünftig allerdings von einem Rückgang der Unterstützung durch informell Pflegende auszugehen. Dies hat mehrere Gründe. Zum einen verursacht die Stagnation der Geburtenzahlen ein verringertes Erwerbspersonenpotential. Voraussichtlich nimmt die Zahl der potentiellen Arbeitskräfte trotz steigender Frauenerwerbsbeteiligung zwischen 2008 und 2025 um 3,5 Millionen Personen ab [11]. Daneben beeinflusst die höhere Erwerbsquote zukünftiger Frauen zusätzlich das Ausmaß des informellen Pflegepotentials, da die häusliche Pflege nach wie vor

größtenteils von Frauen übernommen wird (79 Prozent). Immer mehr Angehörige, die eine häusliche Pflegeaufgabe übernehmen, wollen nicht auf Erwerbstätigkeit verzichten [12]. So gaben 2005 laut einer repräsentativen Umfrage noch 23 Prozent der privaten Hauptpflegepersonen an, voll- oder teilzeiterwerbstätig zu sein [4], heute sind dies bereits 36 Prozent. Dies könnte auch damit in Zusammenhang stehen, dass die zukünftige unsichere Rentenentwicklung dazu anregt, keine längeren Ausfallzeiten in den Erwerbsbiographien zu haben. Zwar zahlt die Pflegeversicherung Beiträge zur Rentenversicherung für pflegende Angehörige, allerdings erst wenn die Pflege in einem Ausmaß von mindestens 14 Stunden in der Woche geleistet wird. Gleichzeitig fällt es jedem dritten der berufstätigen Angehörigen nach eigenen Angaben schwer, Pflegetätigkeit und Beruf unter einen Hut zu bringen. Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass die Möglichkeit, private Pflege und Berufstätigkeit vereinbaren zu können, eine immer größere Rolle spielen wird, vor allem wenn auch jüngere Angehörige in die häusliche Pflege integriert werden sollen (vergleiche Kapitel 3.7). Mit der aktuellen Einführung der zehntägigen bezahlten Pflegeauszeit im Akutfall sowie dem Rechtsanspruch auf eine 24-monatige Freistellung mit Reduzierung der Arbeitszeit hat der Gesetzgeber einen ersten Schritt in die richtige Richtung gemacht, sollte aber weiterhin daran arbeiten, die Übernahme einer Pflegeaufgabe für Berufstätige noch attraktiver zu gestalten.

Des Weiteren ist durch den Rückgang der Eheschließungen sowie die steigenden Scheidungsraten mit einem Anstieg der Einpersonenhaushalte bei den über 60-Jährigen zu rechnen [13] und damit gleichzeitig mit einem Rückgang des familiären Unterstützungspotentials. Immerhin pflegen 18 Prozent der Pflegenden ihren/ihre Lebenspartner/-in und 11 Prozent einen Elternteil der Partnerin/des Partners. Daneben führt

die zunehmende Mobilität zu einer größeren räumlichen Entfernung von Eltern und Kindern. Studien belegen, dass Eltern weniger Unterstützung von den Kindern erhalten, die weiter entfernt wohnen [14]. Dies belegt auch das Ergebnis dieser Studie. Von all denen, die sich täglich um den Pflegebedürftigen kümmern, leben 60 Prozent (das heißt 392 Personen) mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt.

Die geschlechtsspezifischen Analysen der Studie lassen sich folgendermaßen zusammenfassen: Männer pflegen insgesamt seltener im privaten häuslichen Umfeld als Frauen. Die an der Pflege beteiligten Männer pflegen häufiger im höheren Lebensalter (über 60 Jahre) und vermehrt ihre Ehe- beziehungsweise Lebenspartnerin im Vergleich zum Anteil der Frauen. Ein Grund hierfür könnte darin liegen, dass Männer bei gleichem Alter seltener verwitwet sind als Frauen und dadurch auch häufiger ihre Partnerinnen pflegen [15]. Darüber hinaus treten Frauen wegen der Übernahme einer Pflegeaufgabe häufiger im Job zurück als Männer. Hier spielt vermutlich mit hinein, dass Frauen auf dem Arbeitsmarkt weniger verdienen als Männer und zudem seltener Hauptverdiener sind, was zur Folge hat, dass eine Arbeitsreduzierung zu einem geringeren finanziellen Ausfall führt, als dies bei Männern der Fall ist [16, 17].

Hinsichtlich der Belastungssituation von privat Pflegenden ergibt sich folgendes Bild: Auf der einen Seite schätzen pflegende Angehörige ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter ein als die Durchschnittsbevölkerung. Zusätzlich zeigt sich eine Belastungssituation je nach den Rahmenbedingungen (beispielsweise Grad der Pflegebedürftigkeit) und auch dem individuellen Kontext (zum Beispiel Alter der privaten Pflegeperson). Besonders Personen, die Pflegebedürftige mit Demenz betreuen, fühlen sich signifikant stärker belastet im Vergleich zu den anderen Pflegenden. Hier wird es interessant sein zu beobachten, ob die im Rahmen der zwei Pflegestärkungsgesetze geplante Gleichstellung des Leistungsanspruchs aus der Sozialen Pflegeversicherung für körperlich, psychisch oder demenziell

beeinträchtigte Pflegebedürftige eine Entlastung der Betreuenden von Demenzerkrankten ergeben wird. Auf der anderen Seite ist aber ebenfalls deutlich geworden, dass pflegende Angehörige auch Positives aus ihrer Tätigkeit ziehen. Die große Mehrheit der informell Pflegenden (80 Prozent und mehr), unabhängig von Alter oder Grad der Pflegebedürftigkeit, nimmt Kraft aus der Pflege mit und fühlt sich in der Lage, die Pflege gut zu bewältigen.

Darüber hinaus ist die familiäre Pflegeübernahme gekennzeichnet von Pflichtgefühl und Familienzusammenhalt. Dies wird sich sehr wahrscheinlich in den nächsten Jahren verändern und von den jüngeren Generationen zunehmend als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gesehen werden.

Zusammengenommen sprechen die Befunde zukünftig für eine veränderte Sozialstruktur und lassen vermuten, dass die familiäre Pflege eventuell ein Auslaufmodell ist, mit dem man nicht mehr als zentrale Säule der Versorgung von Pflegebedürftigen planen darf. Das erfordert wiederum eine Anpassung der „Pflege-Arrangements“.

4.3 Verbesserungsansätze

Verbesserungen der Versorgungsmodelle können beispielsweise in Richtung des Ausbaus einer Case-Management-Infrastruktur gehen oder das Konzept der integrierten Versorgung stärken. Was einem Leitbild der geteilten Verantwortung entspricht, wo die Verantwortung für die Sorge um den Pflegebedürftigen zwischen Professionellen, Angehörigen, Assistenzberufen und Engagierten geteilt wird, sowohl im häuslichen als auch im stationären Umfeld [18]. Hierzu plant die Techniker Krankenkasse gerade ein Modellprojekt eines träger- und sektorenübergreifenden Hilfs- und Betreuungsnetzwerks, das einen deutlichen Fokus auf die Versorgung zuhause legt und regionale Angebote miteinander verzahnen soll. Dabei werden neue und bewährte Bausteine kombiniert wie Case-Management, Prävention, Arznei- oder Hilfsmittelberatung und Rehabilitation. Ein solches Konzept umfasst aber auch

Pflegende Angehörige

die Unterstützung und Entlastung der Angehörigen zum Schutz der eigenen Gesundheit.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen außerdem, dass überraschend viele Entlastungs- und Beratungsangebote nicht genutzt werden oder nicht bekannt sind. Neue, niedrighschwellige Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige einzuführen, wie es mit dem kommenden Pflegestärkungsgesetz geplant ist, ist ein wichtiger Impuls, andererseits helfen sie wenig, wenn die Betroffenen davon keine Kenntnis erlangen. Deswegen sehen wir hier die Aufgabe der Krankenkasse darin, eine verbesserte Kommunikation mit der Pflegeperson anzustreben und diese frühzeitig zu informieren. Angehörige müssen bestmöglich informiert werden und Kenntnis der professionellen und kommunalen Unterstützungsstrukturen erlangen, insbesondere wenn sie plötzlich in eine Pflegesituation kommen. Dies wünscht sich auch die Mehrheit der befragten Versicherten von ihrer Krankenkasse (vergleiche Kapitel 3.6). ■

5 Literatur

- 1 **Pfaff H 2013** | Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001119004.pdf>.
- 2 **Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) 2010** | Demografischer Wandel in Deutschland. Heft 2: Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden. Online verfügbar: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/demografischer_wandel_heft2.pdf.
- 3 **Kuhlmeiy A, Dräger D, Winter M, Beikirch E 2010** | COMPASS – Versichertenbefragung zu Erwartungen und Wünschen an eine qualitativ gute Pflege, in: *DZA – Informationsdienst Altersfragen* 37 (4), S. 4–11.
- 4 **Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) 2005** | Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München, S. 74–85. Online verfügbar: <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>.
- 5 **Zok K 2011** | Erwartungen an eine Pflegereform. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung, in: *WIdO-monitor* 8 (2), S. 1–8.
- 6 **Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegestärkungsgesetz - PSG I)** | Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages vom 17.10.2014, Bundesdrucksache 466/14. Online verfügbar: <http://www.bundesrat.de/SharedDocs/drucksachen/2014/0401-0500/466-14.pdf>.
- 7 **Entwurf eines Gesetzes zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf** | Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 10.11.2014, Bundesdrucksache 18/3124. Online verfügbar: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/031/1803124.pdf>.
- 8 **Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014** | Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014 – Kurzfassung, S. 139–157. Online verfügbar: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2014/SVR-Gutachten_2014_Kurzfassung_01.pdf.

Pflegende Angehörige

- 9 **Gräßel E, Leutbecher M 1993** | Häusliche Pflege-Skala HPS zur Erfassung der Belastung bei pflegenden oder betreuenden Personen, Ebersberg: Vless.
- 10 **TK Meinungspuls 2013 „Bleib locker, Deutschland“** | TK-Studie zur Stresslage der Nation. Online verfügbar: <http://www.tk.de/tk/050-publikationen/studien-und-umfragen/studienband-zur-stressumfrage/590190>.
- 11 **Fuchs J, Söhnlein D, Weber B 2011** | Projektion des Arbeitskräfteangebots bis 2050. Rückgang und Alterung sind nicht mehr aufzuhalten, IAB-Kurzbericht 16/2011, Nürnberg. Online verfügbar: <http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb1611.pdf>.
- 12 **Bäcker G 2004** | Berufstätigkeit und Verpflichtungen in der familiären Pflege – Anforderungen an die Gestaltung der Arbeitswelt, in: B. Badura, H. Schellschmidt, C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance. Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben*, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 131–145.
- 13 **Blinkert B, Klie T 2001** | Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages, Berlin/Freiburg. Online verfügbar: http://www.fifas.de/all/pdf/Expertise_Bundestag.pdf.
- 14 **Haberkern K 2009** | Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 15 **Rothgang H, Müller R, Unger R 2013** | Barmer-GEK-Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha bei Pflege, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Bd. 23, Barmer GEK (Hrsg.), Siegburg: Asgard-Verlagsservice, S. 100–110.
- 16 **Mischke J, Wingerter C 2012** | Frauen und Männer auf dem Arbeitsmarkt. Deutschland und Europa, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Wiesbaden. Online verfügbar: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetige/BroeschuereFrauenMaennerArbeitsmarkt0010018129004.pdf>.
- 17 **Grobe TG, Schwartz FW 2003** | Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Robert Koch-Institut (Hrsg.), Berlin. Online verfügbar: <https://www.gbe-bund.de/pdf/Heft13.pdf>.
- 18 **Blinkert B, Klie T 2004** | Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderung für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen, in: *Sozialer Fortschritt* 53 (11/12), S. 319–325.



WISSENSCHAFTLICHES INSTITUT
DER TK FÜR NUTZEN UND EFFIZIENZ
IM GESUNDHEITSWESEN

