

Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland

Tesch-Römer, Clemens (Ed.); Hagen, Christine (Ed.)

Veröffentlichungsversion / Published Version

Verzeichnis, Liste, Dokumentation / list

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Tesch-Römer, C., & Hagen, C. (Hrsg.). (2018). *Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland* (DZA-Fact Sheet). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58856-1>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC-ND Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell-Keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC-ND Licence (Attribution-Non Commercial-NoDerivatives). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

DZA Fact Sheet

Ausgewählte Aspekte zur informellen häuslichen Pflege in Deutschland

Clemens Tesch-Römer und Christine Hagen (Hrsg.)

Inhalt

Vorbemerkung	2
Kapitel 1: Pflegebedürftige in Deutschland <i>Sonja Nowossadeck</i>	3
Kapitel 2: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche <i>Heribert Engstler</i>	8
Kapitel 3: Pflegende Angehörige <i>Sonja Nowossadeck</i>	17
Kapitel 4: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf <i>Cornelia Au und Christine Hagen</i>	21
Kapitel 5: Dauer der häuslichen Pflege <i>Heribert Engstler</i>	38
Kapitel 6: Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege <i>Clemens Tesch-Römer</i>	40
Kapitel 7: Pflegeberatung <i>Sonja Nowossadeck und Christine Hagen</i>	47

Deutsches Zentrum für Altersfragen

März 2018

Vorbemerkung

Dieses Fact Sheet ist auf Bitte des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) entstanden. Es enthält ausgewählte Aspekte zu häuslich versorgten Pflegebedürftigen und zur Situation der pflegenden Angehörigen, die vom BMFSFJ nachgefragt wurden. Dieses Fact Sheet beansprucht nicht, die Fülle der mit dem Thema „Häusliche Pflege“ und „Pflegerische Angehörige“ verbundenen Fragen und Informationen erschöpfend zu behandeln.

Kapitel 1: Pflegebedürftige in Deutschland

Sonja Nowossadeck

Kernaussagen

- In Deutschland leben knapp 3 Millionen Menschen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen. Die tatsächliche Zahl von unterstützungs- und pflegebedürftigen Menschen liegt weit darüber – Schätzungen gehen von 4,4 bis 5,4 Mio. Menschen aus.
- Pflegequoten sind altersabhängig – zwei Drittel der ab 90-Jährigen sind pflegebedürftig nach SGB XI. Die Anteile von Pflegebedürftigen liegen bei den hochaltrigen Frauen erheblich über denen der Männer.
- Drei Viertel aller Pflegebedürftigen nach SGB XI werden zu Hause versorgt. Die Zahl dieser Menschen steigt vor allem bei den Ältesten stark an: Im Jahr 2015 wurden über eine Million über 80-jährige Pflegebedürftige zu Hause versorgt, das sind 65 Prozent mehr als im Jahr 1999.
- Der Anteil der häuslichen Versorgung sinkt mit zunehmender Pflegestufe. Während 81,4 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 zu Hause versorgt werden, sind es von denjenigen mit Pflegestufe 3 nur noch 50,4 Prozent.

Einleitung

Die Befunde in diesem Abschnitt sind zu großen Teilen dem Report Altersdaten 1/2016 zum Thema „Pflege und Unterstützung durch Angehörige“ entnommen (vgl. Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016). Die in diesem Report enthaltenen Daten der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wurden aktualisiert auf den derzeit letzten Stand des Jahres 2015 (Statistisches Bundesamt, 2017).

Zahl der Pflegebedürftigen

Knapp 3 Millionen Menschen beziehen Leistungen der Pflegeversicherung, die tatsächliche Zahl Unterstützungs- und Pflegebedürftiger liegt weit darüber

Die amtliche Pflegestatistik weist für das Jahr 2015 rund 2,9 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland aus. Als pflegebedürftig gelten in der Pflegestatistik Menschen, die „im Sinne des SGB XI ... wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße ... der Hilfe bedürfen“ (Statistisches Bundesamt, 2015: 33).

Die Gesamtzahl der tatsächlich hilfebedürftigen Personen, die nur zu einem Teil eine Pflegestufe haben, ist schwierig zu erfassen. Schätzungen auf Basis der Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in Privathaushalten“ (MUG III) sprechen von rund 4,4 Millionen Hilfe- und Pflegebedürftigen in Privathaushalten für das Jahr 2002 (Schneekloth & Wahl, 2005:

62). Eine neuere Schätzung auf Basis von EU-SILC-Daten des Jahres 2011 geht von 5,4 Millionen Personen mit Pflege- und Hilfebedarf aus, die nicht die Kriterien der Pflegeversicherung erfüllen und die zusätzlich zu den Pflegegeldempfängern zum überwiegenden Teil zu Hause durch Angehörige versorgt werden (Geyer & Schulz, 2014: 295).

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen nach SGB XI sind Frauen, aber die Zahl pflegebedürftiger Männer steigt schneller als die der Frauen

Zwei Drittel (64 Prozent) der amtlich anerkannten Pflegebedürftigen, die in der Pflegestatistik erfasst werden, sind Frauen. Seit dem Jahr 1999 hat die Zahl pflegebedürftiger Frauen um fast ein Drittel (32 Prozent) zugenommen. Noch stärker war der Anstieg bei den pflegebedürftigen Männern, deren Zahl zwischen 1999 und 2015 um fast zwei Drittel (63 Prozent) gestiegen ist (Tabelle 1.1)

Tabelle 1.1 Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen nach Geschlecht, 1999 bis 2015

Jahr	Pflegebedürftige absolut		
	Insg.	Männlich	Weiblich
1999	2.016.091	631.822	1.384.269
2001	2.039.780	641.881	1.397.899
2003	2.076.935	662.893	1.414.042
2005	2.128.550	690.272	1.438.278
2007	2.246.829	728.946	1.517.883
2009	2.338.252	771.770	1.566.482
2011	2.501.441	863.163	1.638.278
2013	2.626.206	928.869	1.697.337
2015	2.860.293	1.028.434	1.831.859
2015 zu 1999 (Prozent)	142	163	132

Daten: www.gbe-bund.de, Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik, eigene Berechnungen

Pflegequoten sind altersabhängig – zwei Drittel der ab 90-Jährigen sind pflegebedürftig nach SGB XI

Die Zahl der Pflegebedürftigen wird einerseits von der Größe der pflegerelevanten Altersgruppen bestimmt, die das Ergebnis demografischer Prozesse ist. Die Zahl der Pflegebedürftigen hängt aber auch von den Pflegequoten ab, die im Wesentlichen den gesundheitlichen Zustand der älteren Bevölkerung widerspiegeln. Pflegequoten messen die Häufigkeit, mit der Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung auftritt, als Zahl der Pflegebedürftigen je 100 Einwohner. Tabelle 1.2 zeigt geschlechts- und altersgruppenspezifische Pflegequoten. Diese nehmen mit dem Alter zu – von den 60- bis 64-Jährigen sind lediglich 2,0 Prozent, von den 80- bis 84-Jährigen bereits 21,1 Prozent und von den 90-Jährigen und Älteren 66,1 Prozent pflegebedürftig. Ab dem 80. Lebensjahr werden deutliche Geschlechterunterschiede sichtbar: Die Anteile von Pflegebedürftigen liegen bei den hochaltrigen Frauen erheblich über denen der Männer.

Tabelle 1.2 Pflegequoten nach Altersgruppen und Geschlecht (Anteil in Prozent), 2015

	Pflegequote in Prozent		
	Insg.	Männlich	Weiblich
unter 15 Jahre	0,7	0,9	0,6
15 bis 59 Jahre	0,6	0,6	0,6
60 bis 64 Jahre	2,0	2,1	1,9
65 bis 69 Jahre	3,2	3,3	3,0
70 bis 74 Jahre	5,4	5,4	5,4
75 bis 79 Jahre	9,9	9,1	10,5
80 bis 84 Jahre	21,1	17,5	23,6
85 bis 89 Jahre	39,7	31,3	44,0
90 Jahre und älter	66,1	53,5	69,9

Daten: Statistisches Bundesamt 2017

Versorgung Pflegebedürftiger zu Hause

Drei Viertel aller Pflegebedürftigen nach SGB XI werden zu Hause versorgt

Nach Angaben der Pflegestatistik 2015 wurden 27 Prozent aller Pflegebedürftigen vollstationär in Heimen und fast drei Viertel (73 Prozent) zu Hause versorgt (Abbildung 1.1). Das sind 2,08 Millionen zu Hause gepflegte Personen. Von den zu Hause Versorgten wurden 1,38 Millionen allein durch Angehörige betreut (Bezug von Pflegegeld). Weitere 692.000 Pflegebedürftige wurden zusammen mit oder ausschließlich durch ambulante Pflegedienste versorgt (Statistisches Bundesamt, 2015). Von den 2,08 Millionen zu Hause gepflegten Personen sind nach Angaben der Pflegestatistik 2015 1,73 Millionen (83,1 Prozent) 60 Jahre und älter, weitere 0,35 Millionen (16,9 Prozent) sind jünger als 60 Jahre.

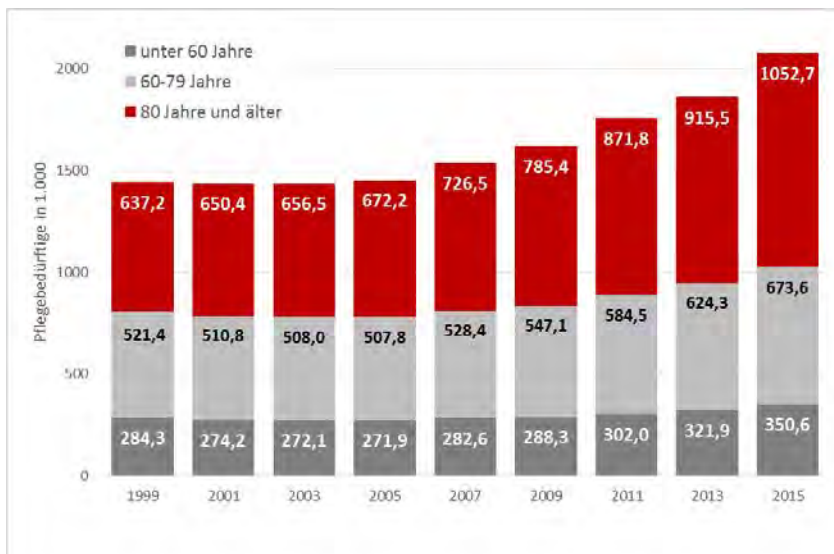
Abbildung 1.1 Pflegebedürftige nach Versorgungsart, 2015



Quelle: Statistisches Bundesamt 2017

Die Entwicklung seit Einführung der Pflegestatistik im Jahr 1999 zeigt, dass eine immer größere Zahl von Pflegebedürftigen zu Hause durch Angehörige versorgt wird. Der Anstieg seit 1999 ist beachtlich und er beschleunigte sich im vergangenen Jahrzehnt. Die Gruppe der hochaltrigen Pflegebedürftigen (80 Jahre alt und älter) ist dabei diejenige, die am schnellsten wächst: Im Jahr 2015 wurden über eine Million über 80-jährige Pflegebedürftige zu Hause versorgt, das sind 65 Prozent mehr als im Jahr 1999. Die Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen im Alter zwischen 60 und 79 Jahren stieg im gleichen Zeitraum um 29 Prozent (Abbildung 1.2).

Abbildung 1.2 Zahl der zu Hause versorgten Pflegebedürftigen nach Altersgruppe (in 1.000), 1999-2015

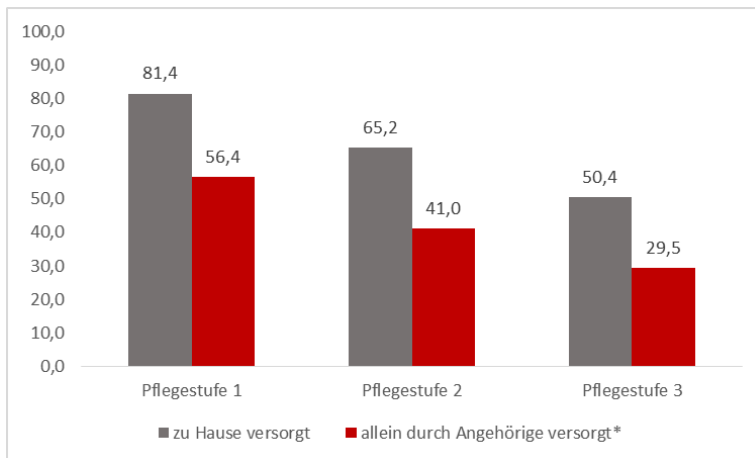


Daten: Statistisches Bundesamt 2017 sowie weitere Jahrgänge der Pflegestatistiken, eigene Darstellung

Anteil der häuslichen Versorgung sinkt mit zunehmender Pflegestufe

Die Versorgung von Pflegebedürftigen zu Hause stellt umso höhere Ansprüche an die Pflegenden, je größer die gesundheitlichen Einschränkungen der Pflegebedürftigen sind. Zu Hause versorgte Pflegebedürftige können entweder in Zusammenarbeit von pflegenden Angehörigen und ambulanten Pflegediensten oder auch allein durch Angehörige betreut werden. Der Anteil der häuslichen Versorgung sinkt mit zunehmender Pflegestufe. Ablesen lässt sich dieser Trend auch an der Pflegestatistik (Abbildung 1.3): 81,4 Prozent der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 1 werden zu Hause versorgt, mit Pflegestufe 2 sinkt dieser Anteil auf 65,2 Prozent und mit Pflegestufe 3 auf 50,4 Prozent. Betrachtet man den Anteil derjenigen Pflegebedürftigen, die ausschließlich durch ihre Angehörigen versorgt werden (definiert durch den Bezug von Pflegegeld), dann reduzieren sich die Anteile von 56,4 Prozent (Pflegestufe 1) auf 41,0 Prozent (Pflegestufe 2) und 29,5 Prozent (Pflegestufe 3).

Abbildung 1.3 Anteil der zu Hause bzw. allein von Angehörigen versorgten Pflegebedürftigen an allen Pflegebedürftigen (in Prozent) nach Pflegestufe, 2015



Daten: Statistisches Bundesamt 2017, eigene Berechnungen

* ausschließlich Bezug von Pflegegeld

Quellen

- Geyer, J., & Schulz, E. (2014). Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW-Wochenbericht*, 81(14), 294–301.
- Nowossadeck, S., Engstler, H., & Klaus, D. (2016). Pflege und Unterstützung durch Angehörige. *Report Altersdaten, Heft 1/2016*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (Hrsg.). (2005). *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger 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.
- Statistisches Bundesamt (2017). *Pflegestatistik 2015*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2015). *Pflegestatistik 2013*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Kapitel 2: Pflegebedürftige Kinder und Jugendliche

Heribert Engstler

Kernaussagen

- Pflegebedürftigkeit im Kindes- und Jugendalter ist ein seltenes (Prävalenz < 1 Prozent) und ein in der amtlichen Pflegestatistik nicht ausreichend erfasstes Phänomen.
- Mehr als 90 Prozent der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen werden von ihren Eltern gepflegt, meist ohne Inanspruchnahme ergänzender Sachleistungen.
- Es fehlen altersangemessene unterstützende Angebote der Tages- und Kurzzeitpflege.
- Ab dem jungen Erwachsenenalter gewinnt die Unterbringung in Behinderteneinrichtungen an Bedeutung.
- Zugleich nimmt in diesem Alter der Wunsch nach neuen Wohnformen zu (Wohngruppen, betreute Wohngemeinschaften).
- Insgesamt ist die Pflegeinfrastruktur nicht ausreichend auf die spezifischen Belange junger Pflegebedürftiger eingestellt.

Einleitung

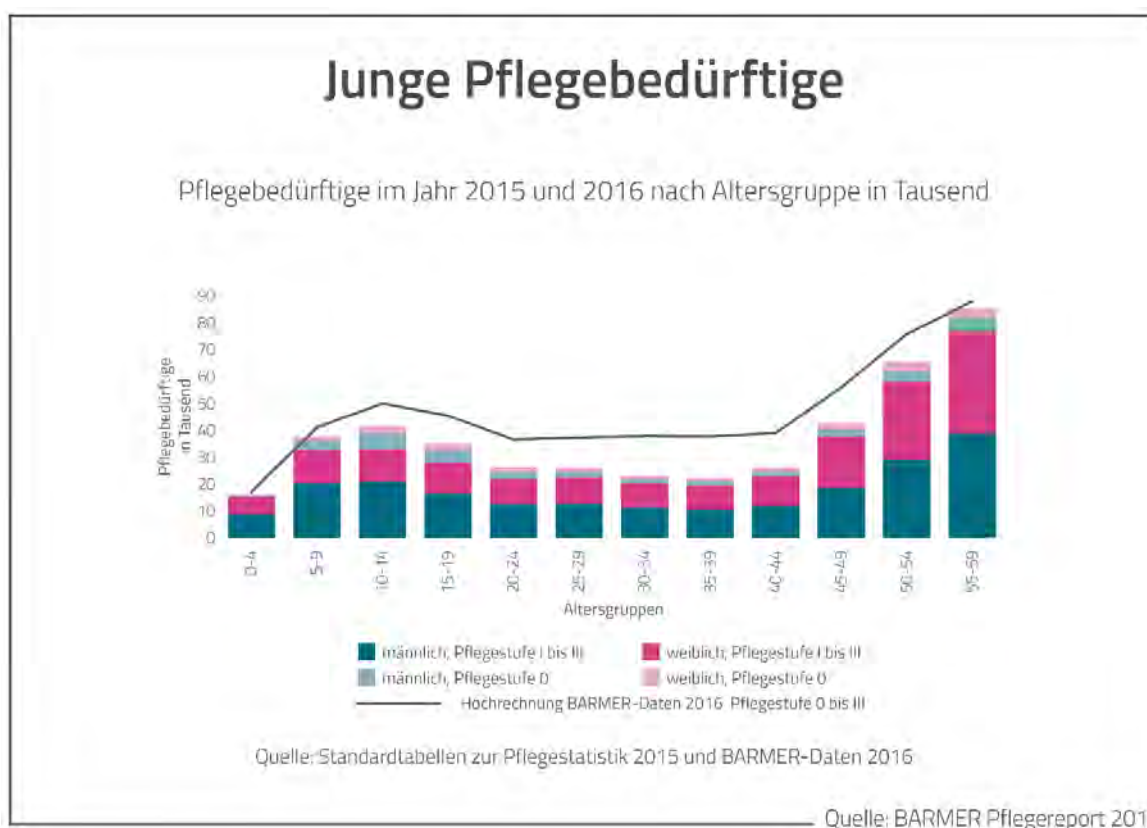
Die Informationen zu diesem Thema stützen sich auf eine Veröffentlichung der amtlichen Pflegestatistik (Statistisches Bundesamt 2017) und den BARMER Pflegereport (Rothgang et al. 2017), der ein umfangreiches Kapitel zum Thema „Junge Pflegebedürftige“ enthält. Die Abbildungen sind dem ergänzenden Downloadmaterial zum BARMER Pflegereport entnommen (siehe <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/pflegereport/arbeitsmaterial-pflegereport-134766>). Die Ausführungen konzentrieren sich auf die Situation der Pflegebedürftigen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Die einbezogenen Abbildungen des Pflegereports enthalten darüber hinaus auch Informationen zu den Pflegebedürftigen bis unter 60 Jahren.

Anzahl und Häufigkeit junger Pflegebedürftiger

Aus der amtlichen Pflegestatistik liegen nur wenige veröffentlichte Informationen zur Altersstruktur und den Merkmalen junger Pflegebedürftiger vor. Die neuesten verfügbaren Angaben beziehen sich auf das Jahr 2015. Zum Jahresende 2015 gab es demnach 80.539 anerkannte Pflegebedürftige nach SGB XI im Alter unter 15 Jahren, das sind 2,8 Prozent aller Pflegebedürftigen. Von der Bevölkerung unter 15 Jahren sind damit nur 0,7 Prozent pflegebedürftig nach SGB XI. Zur Anzahl junger Pflegebedürftiger ab 15 Jahren weist das Berichtsheft zur Pflegestatistik nur für die Gesamtheit der 15- bis unter 60-Jährigen die Zahl von insgesamt 305.349 Pflegebedürftigen aus. In diesen Zahlen fehlen zudem die Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 0 mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz und Empfänger von Leistungen zur Pflege behinderter Menschen in Einrichtungen der Hilfe für behinderte Menschen. Letzteres betrifft vor allem Pflegebedürftige im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter.

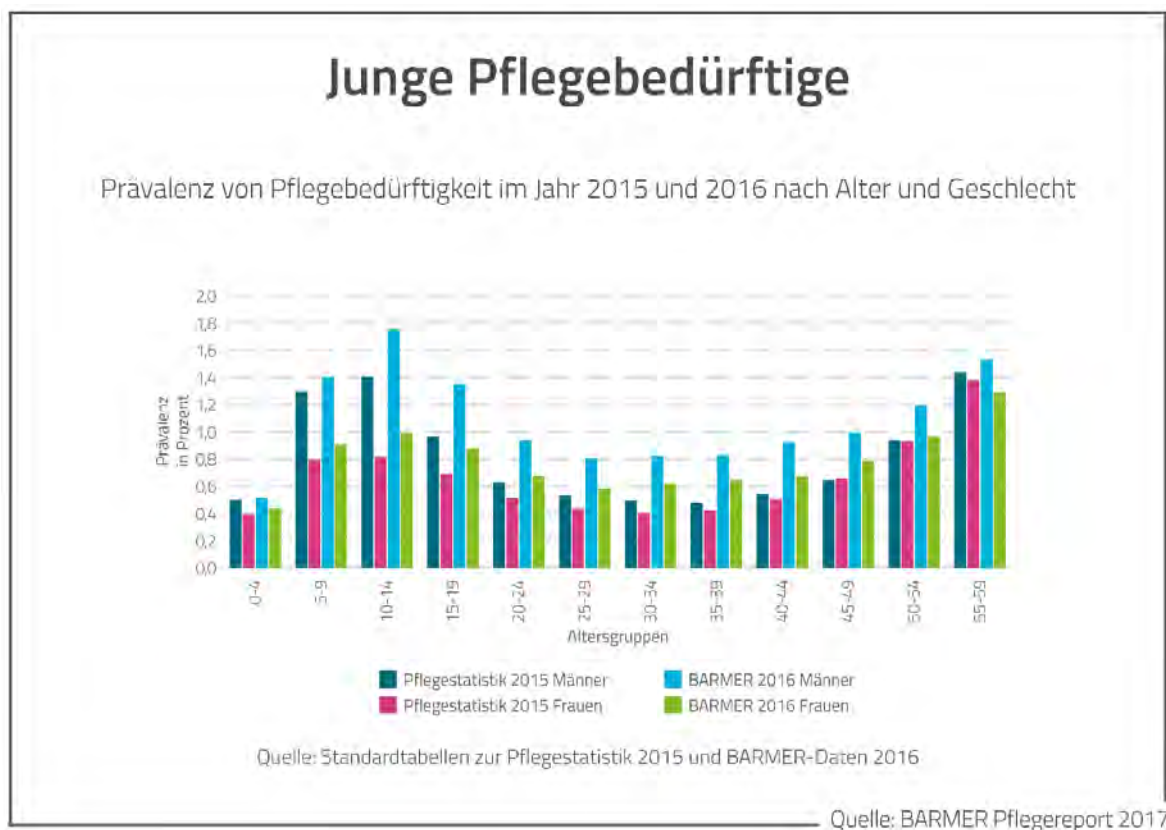
Differenziertere altersspezifische Angaben zu jungen Pflegebedürftigen unter Einbezug der vollstationär in Behinderteneinrichtungen lebenden Pflegebedürftigen und Leistungsempfängern mit Pflegestufe 0 weisen Rothgang u.a. (2017) auf der Grundlage ergänzender Informationen aus der Pflegestatistik und insbesondere den für Deutschland hochgerechneten Zahlen aus den Kranken- und Pflegeversichertendaten der BARMER für das Jahr 2016 aus. Unter Einbezug der Pflegestufe 0 gab es laut amtlicher Pflegestatistik demnach rund 15.000 pflegebedürftige Kinder unter fünf Jahren, rund 37.000 im Alter von fünf bis neun Jahren, rund 41.000 im Alter von 10 bis 14 Jahren und ca. 35.000 Pflegebedürftige im Alter von 15 bis 19 Jahren (Rothgang u.a. 2017: 172). Die hochgerechneten BARMER-Daten, die auch die Pflegebedürftigen in Behinderteneinrichtungen enthalten, liegen insbesondere ab dem Jugendalter darüber (Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1 Pflegebedürftige im Jahr 2015 und 2016 nach Altersgruppe in Tausend



Die Pflegeprävalenzen erreichen im Jugendalter ähnlich hohe Werte wie bei den 50- bis 59-Jährigen (Abbildung 2.2). Absolut betrachtet ist Pflegebedürftigkeit im jungen Alter daher zwar ein seltenes Phänomen, die Wahrscheinlichkeit ist jedoch ähnlich hoch wie bei den vierzig Jahre Älteren. Die vergleichsweise geringe Pflegeprävalenz im Säuglings- und Kleinkindalter hängt mit dem in diesem Alter allgemein hohen Versorgungsaufwand zusammen. Nur wenn dieser aufgrund von Entwicklungsdefiziten deutlich höher ausfällt, können Pflegeversicherungsansprüche geltend gemacht werden.

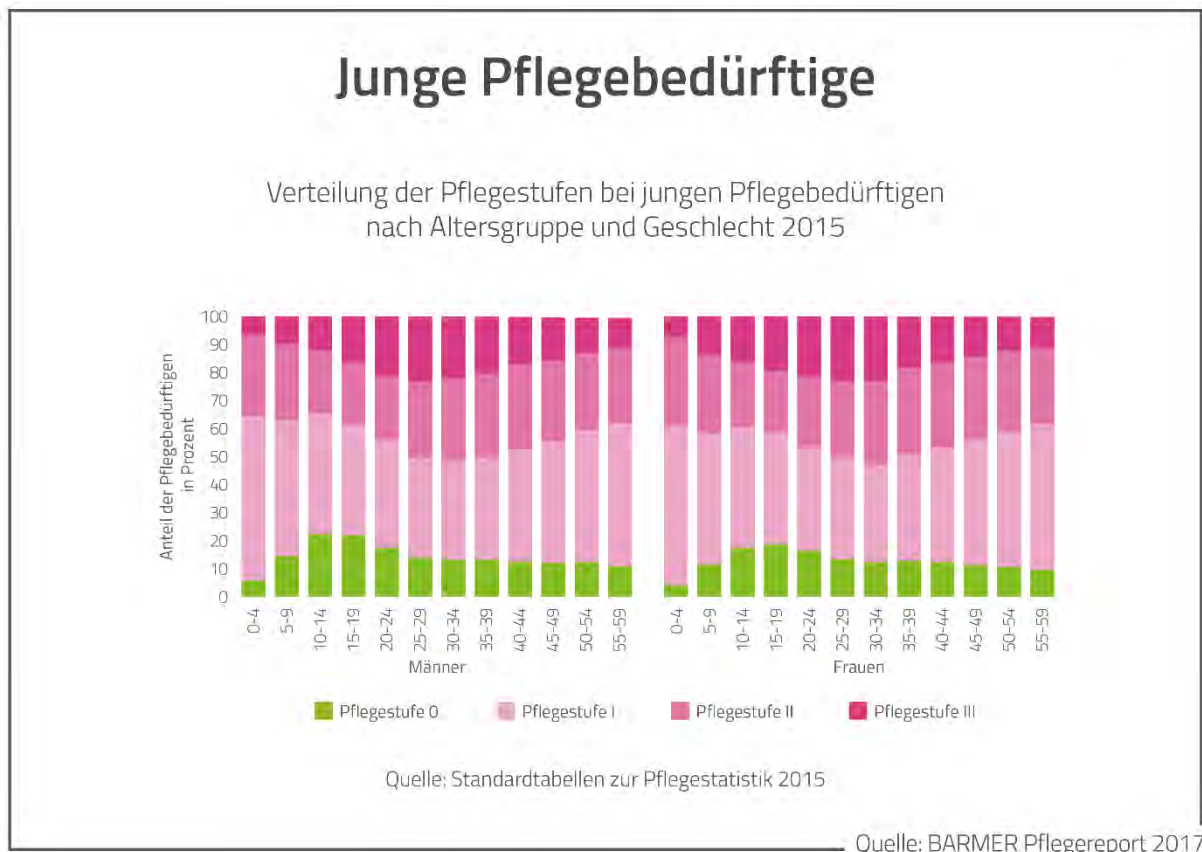
Abbildung 2.2 Prävalenz von Pflegebedürftigkeit 2015 und 2016 nach Alter und Geschlecht



Pflegestufen

Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen im Kindes- und Jugendalter haben die Pflegestufe I oder 0 (Abbildung 2.3). Der Anteil Schwerstpflegebedürftiger (Pflegestufe III) ist im frühesten Kindesalter relativ niedrig (ca. 7 Prozent), steigt aber auf bis zu 23 Prozent bei den 25- bis 34-Jährigen (ebd.: 176).

Abbildung 2.3 Verteilung der Pflegestufen bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2015



Pflegebedürftige unter 60 Jahren haben eine vielfach höhere Chance als Pflegebedürftige ab 60 Jahren, dass sich ihr Zustand im Laufe der Zeit wieder so weit verbessert, dass sie nicht mehr pflegebedürftig sind (4-Jahres-Austrittsquote: 8 Prozent vs. 1,5 Prozent). Die höchsten Reversibilitätsraten haben die unter 30-Jährigen (ebd.: 198ff.).

Pflegebegründende und -begleitende Erkrankungen

Ursachen für die Pflegebedürftigkeit im jüngsten Kindesalter sind häufig angeborene Einschränkungen und Erkrankungen, für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit im nachfolgenden Kindes- bis Jugendalter zeichnen überproportional Entwicklungsstörungen und Intelligenzminderungen sowie Krebserkrankungen verantwortlich (Abbildung 2.4, Abbildung 2.5).

Abbildung 2.4 Anteil pflegeinzidenter Kinder mit sehr häufigen und regelmäßigen Diagnosen (über 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung

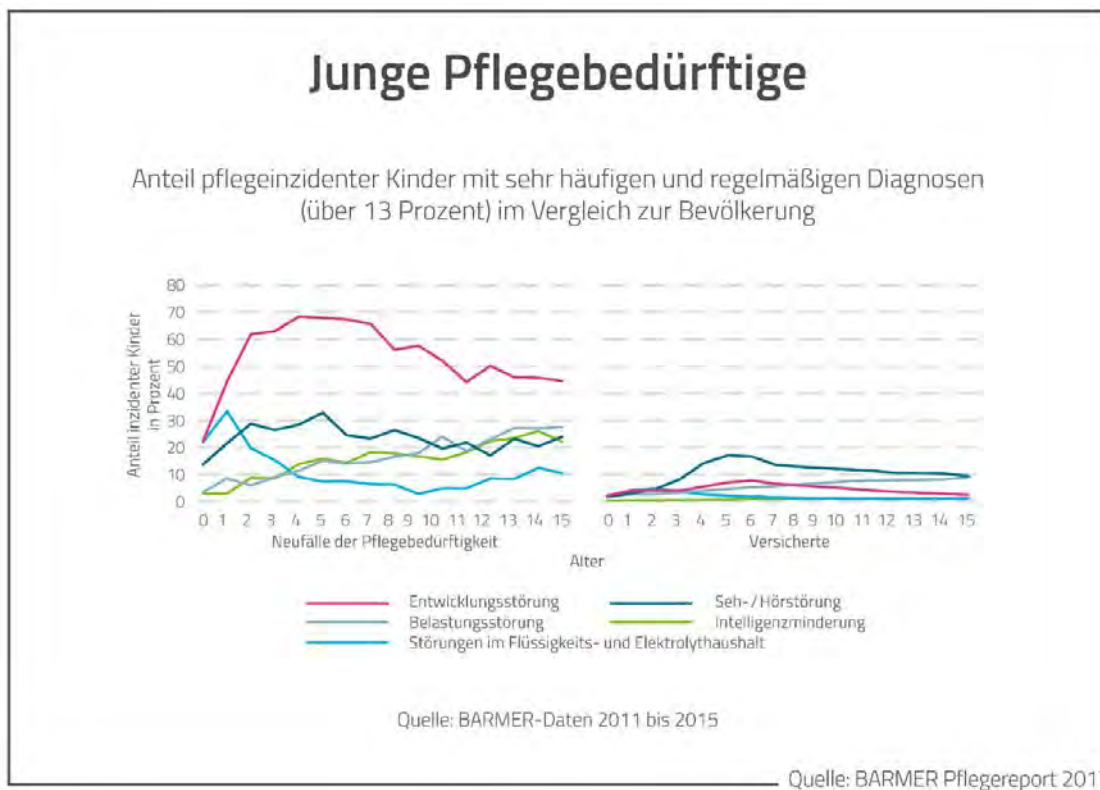
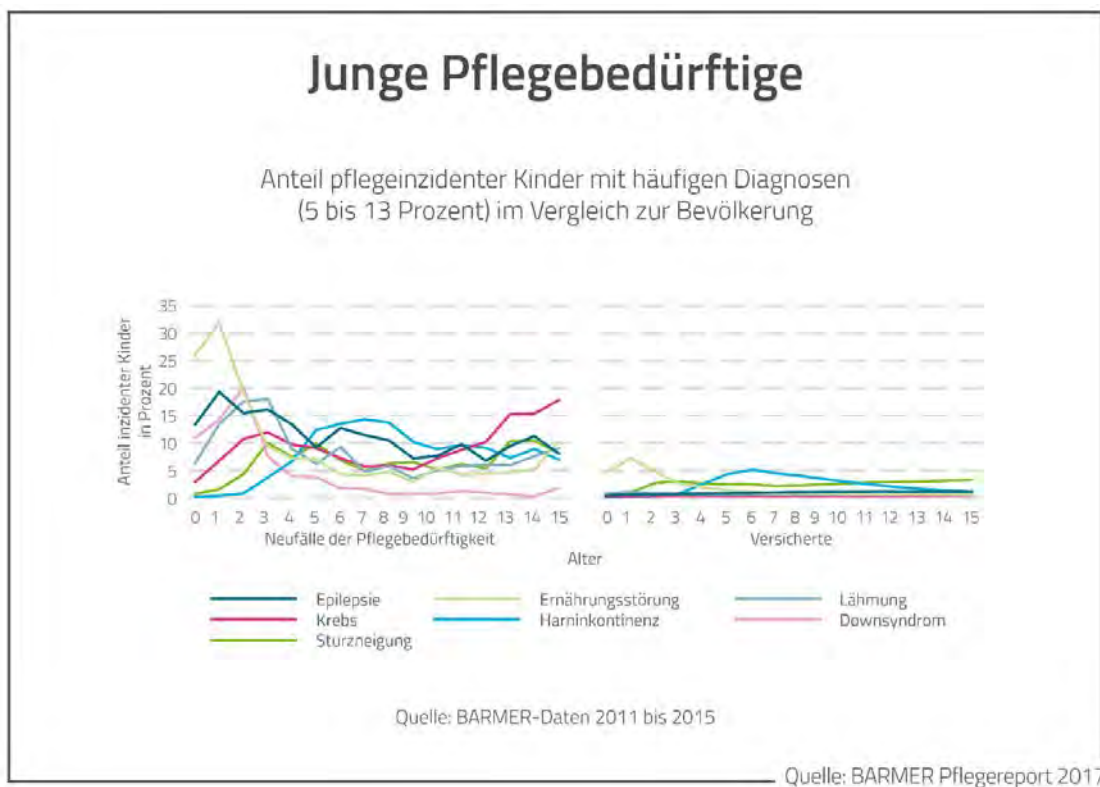


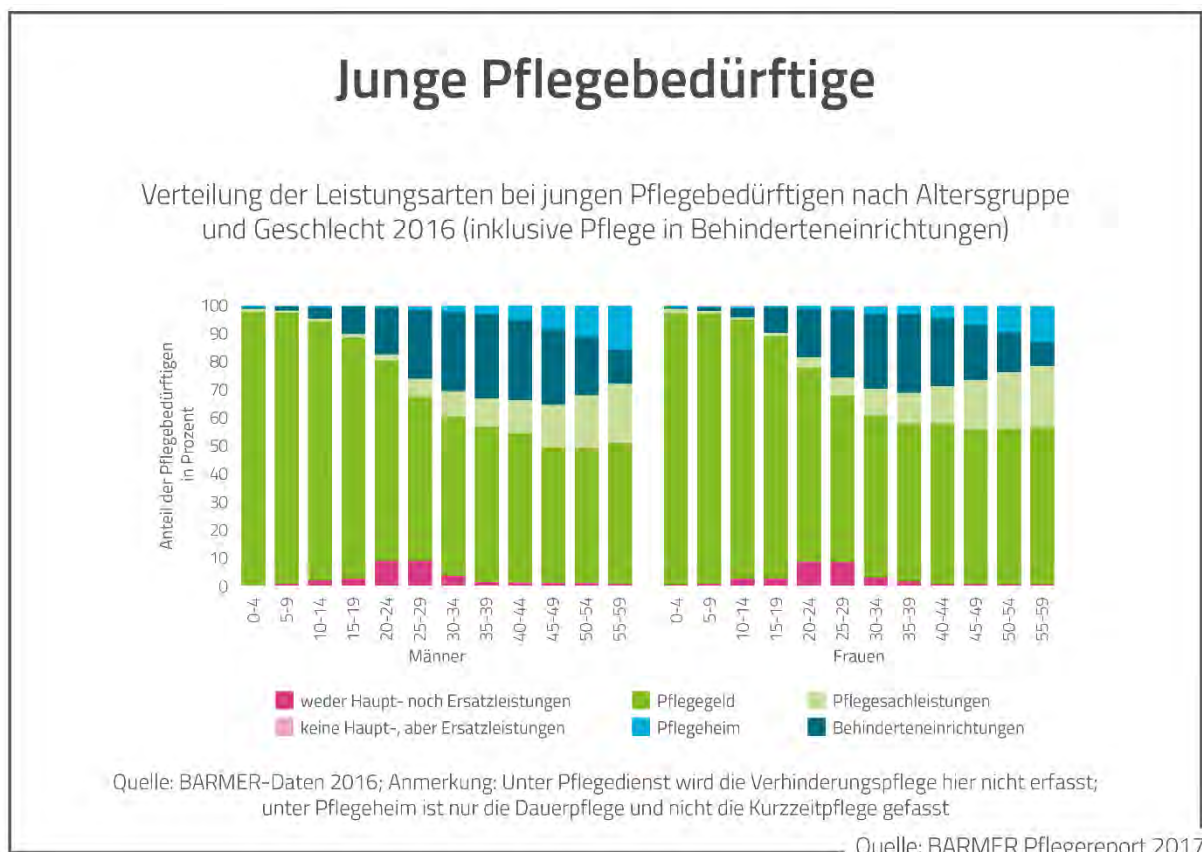
Abbildung 2.5 Anteil pflegeinzidenter Kinder mit häufigen Diagnosen (5 bis 13 Prozent) im Vergleich zur Bevölkerung



Leistungsarten und Versorgungsarrangements

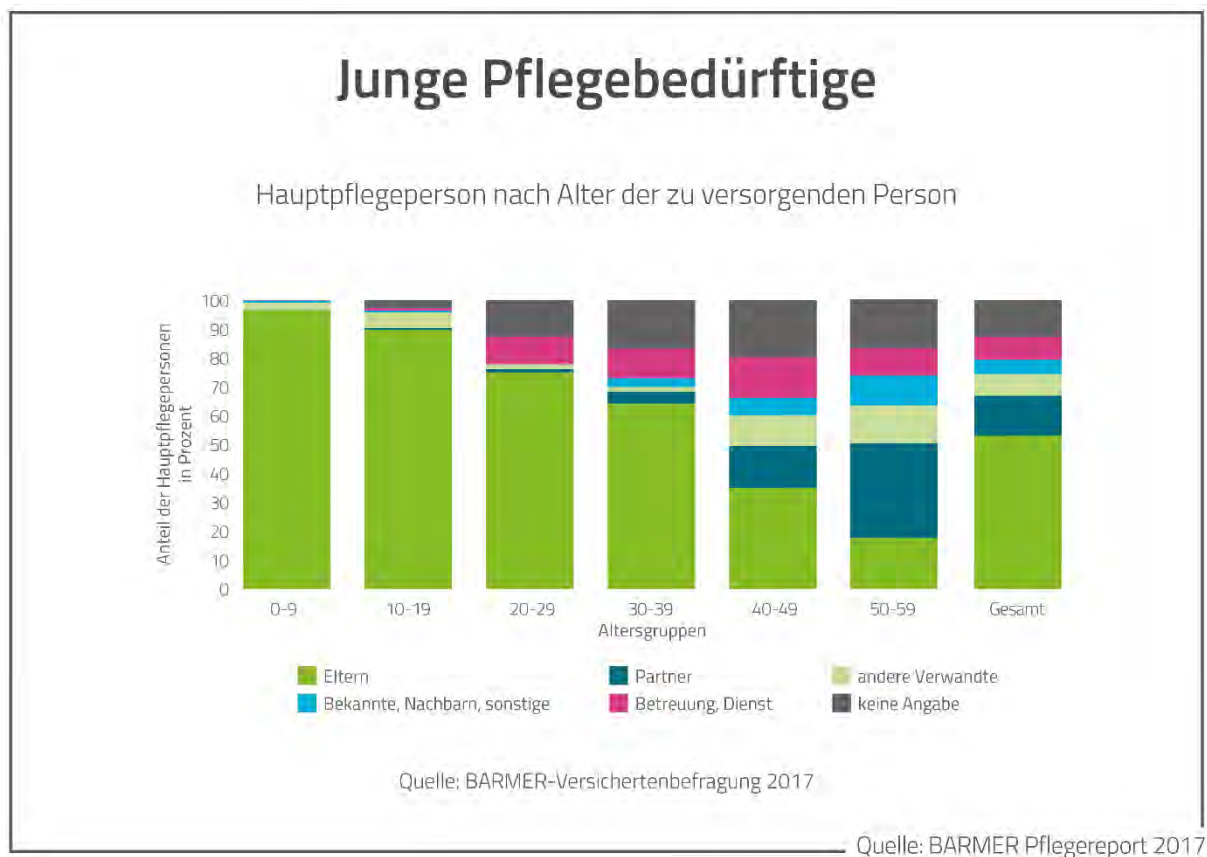
Der Großteil junger Pflegebedürftiger wird ausschließlich von Angehörigen gepflegt und erhält daher nur Pflegegeldleistungen. Pflegesachleistungen und die stationäre Versorgung haben im Kindesalter nahezu keine quantitative Bedeutung. Ab dem Jugendalter steigt der Anteil Pflegebedürftiger, die in einer Behinderteneinrichtung versorgt werden, mit einem Maximum von rund 30 Prozent im mittleren Erwachsenenalter (Abbildung 2.6). Auffällig ist der Anteil von ca. 9 Prozent der 20- bis 29-jährigen Pflegebedürftigen ohne Bezug einer SGB XI-Leistung. Möglicherweise steht dies im Zusammenhang mit dem Erhalt von anderweitigen Leistungen, beispielsweise aufgrund einer zumeist ebenfalls vorliegenden Behinderung. Denn fast neun von zehn jüngeren Pflegebedürftigen sind anerkannt schwerbehindert (ebd.: 193).

Abbildung 2.6 Verteilung der Leistungsarten bei jungen Pflegebedürftigen nach Altersgruppe und Geschlecht 2016 (inklusive Pflege in Behinderteneinrichtungen)



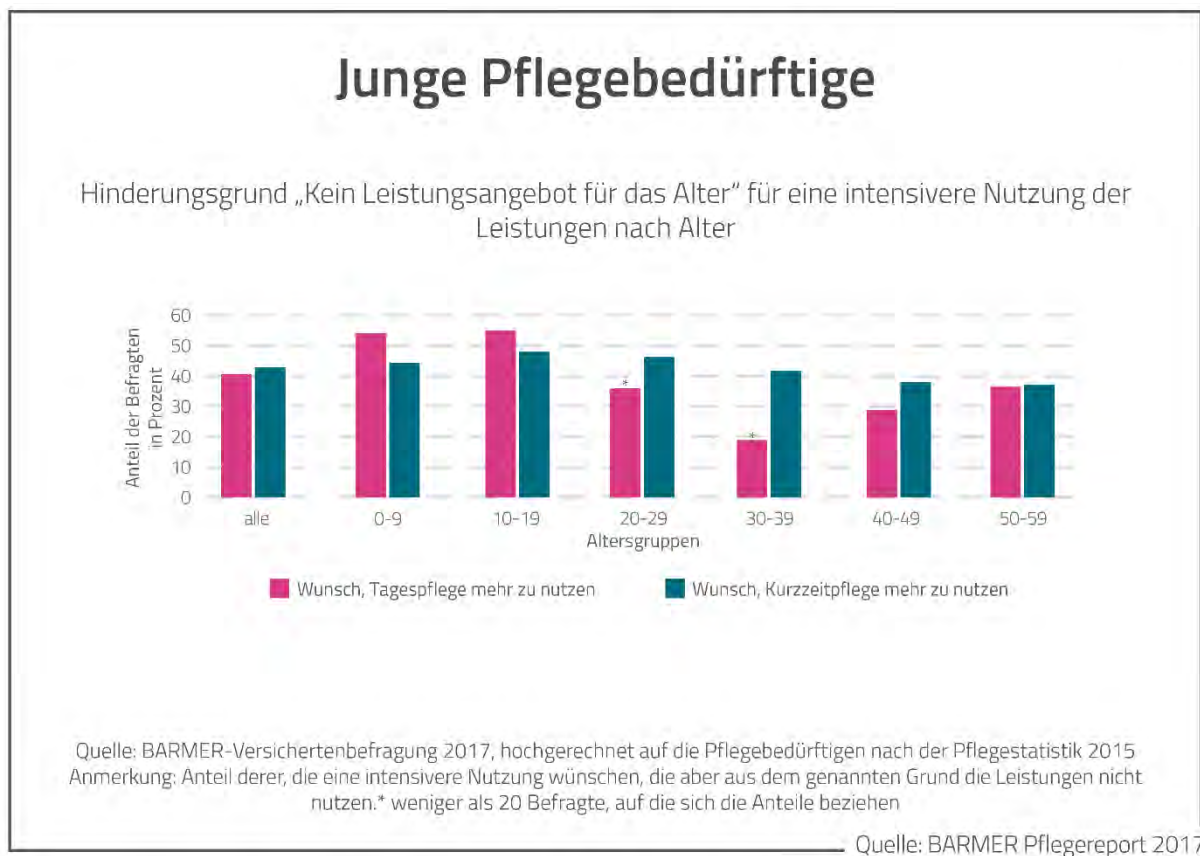
Weit über 90 Prozent der pflegebedürftigen Kinder und Jugendlichen werden von ihren Eltern gepflegt. Bis ins mittlere Erwachsenenalter bleiben die Eltern die Hauptpflegepersonen, auch wenn ab der Volljährigkeit andere Pflegearrangements an Bedeutung gewinnen (Abbildung 2.7). Bei Personen, die keine Angaben zur Hauptpflegeperson machen, findet die Versorgung oftmals in einer Wohngruppe oder einer Behinderteneinrichtung statt (ebd.: 214).

Abbildung 2.7 Hauptpflegeperson nach Alter der zu versorgenden Person



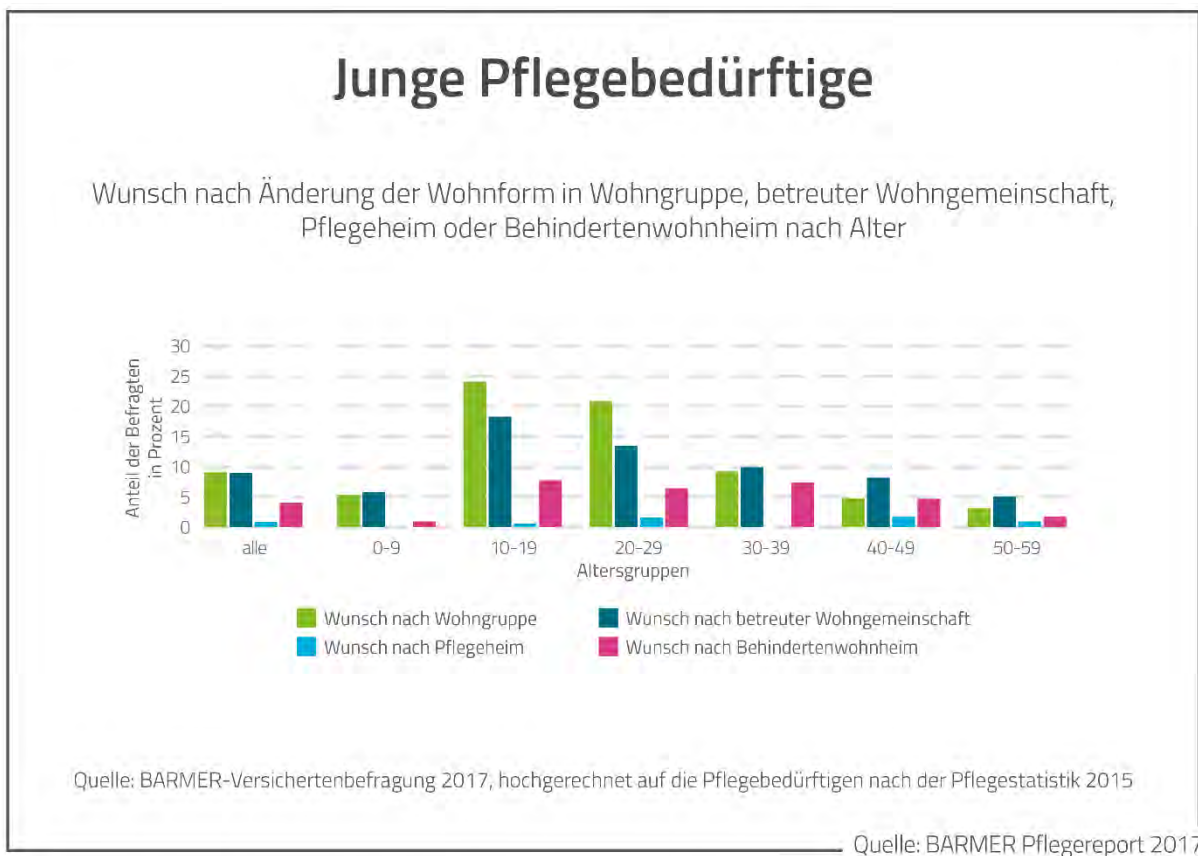
Bei den unterstützenden Angeboten der Tages- und Kurzzeitpflege für jüngere Pflegebedürftige besteht ein Mehr- und Änderungsbedarf. 13 Prozent der unter 60-jährigen Pflegebedürftigen nutzen die Tagespflege, knapp 20 Prozent würden sie aber gerne nutzen (ebd.: 231). Die größte Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit besteht bei der gelegentlichen Inanspruchnahme der Tagespflege ein- bis zweimal pro Woche oder seltener. Eine ähnliche Diskrepanz zwischen realisierter und gewünschter Nutzung besteht bei der Kurzzeitpflege. Als Hinderungsgründe für eine stärkere Nutzung der Tages- und Kurzzeitpflege wird insbesondere von jüngeren Pflegebedürftigen bzw. deren Hauptpflegepersonen das Fehlen altersgerechter Angebote genannt (Abbildung 2.8).

Abbildung 2.8 Hinderungsgrund „Kein Leistungsangebot für das Alter“ für eine intensivere Nutzung der Leistungen nach Alter



Insbesondere vor oder nach dem Übergang ins Erwachsenenalter wünschen sich Pflegebedürftige mehr Eigenständigkeit und Eigenverantwortung. Dies beinhaltet auch den Wunsch nach neuen Wohnformen. So wünschen sich mehr als 20 Prozent der 10- bis 29-jährigen Pflegebedürftigen, in eine Wohngruppe zu wechseln, rund 15 Prozent würden gerne in eine betreute Wohngemeinschaft einziehen (ebd.: 221). Auch der Wechsel in ein Behindertenwohnheim wird in Betracht gezogen, während nahezu niemand in ein Pflegeheim umziehen möchte (Abbildung 2.9). Als Hinderungsgründe für den Einzug in eine Wohngruppe oder betreute Wohngemeinschaft werden in erster Linie das fehlende Angebot, die zu hohe Angewiesenheit auf Hilfe und – bei Jugendlichen – das noch zu junge Alter genannt (ebd.:222).

Abbildung 2.9 Wunsch nach Änderung der Wohnform in Wohngruppe, betreuter Wohngemeinschaft, Pflegeheim oder Behindertenwohnheim nach Alter



Insgesamt erscheint die Pflegeinfrastruktur nicht ausreichend auf die spezifischen Belange junger Pflegebedürftiger eingestellt zu sein. Es fehlen alters- und krankheitsadäquate Angebote für jüngere Pflegebedürftige. „Versorgungslücken bestehen insbesondere hinsichtlich der Kurzzeitpflege, der Tagespflege, aber auch im Hinblick auf Pflegeheime, die sich auf die Versorgung junger Pflegebedürftiger spezialisiert haben.“ (ebd.: 251) Ein besonderes Hindernis für den Zugang zu Tagespflegeangeboten stellen im ländlichen Raum die für einen täglichen Transport oft zu großen Entfernungen dar (ebd.: 252).

Quellen

Rothgang, H., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2017). *Barmer Pflegereport 2017*. Berlin/Wuppertal: Barmer.

Statistisches Bundesamt (2017). *Pflegestatistik 2015*. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Kapitel 3: Pflegende Angehörige

Sonja Nowossadeck

Kernaussagen

- Nach unterschiedlichen Schätzungen gibt es zwischen 3 und 5 Millionen private Pflegepersonen in Deutschland. Befunde des DEAS 2014 zeigen, dass etwa jeder Sechste zwischen 40 und 85 Jahren Angehörige aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes unterstützt und/oder pflegt.
- Die ältesten Unterstützungspersonen übernehmen dabei am häufigsten Pflegetätigkeiten. 7,6 Prozent der 80- bis 85-Jährigen leisten Pflegetätigkeiten, das ist mehr als in jüngeren Altersgruppen.

Einleitung

Die Befunde in diesem Abschnitt sind zu großen Teilen dem Report Altersdaten 1/2016 zum Thema „Pflege und Unterstützung durch Angehörige“ entnommen (vgl. Nowossadeck, Engstler & Klaus, 2016). Mit Ausnahme des ersten Abschnitts beruhen sie auf Auswertungen des Deutschen Alterssurveys (DEAS) aus dem Jahr 2014. Mit den DEAS-Daten lassen sich Pflege- und Unterstützungsleistungen im weiteren Sinne abbilden – dazu gehören Hilfen im Haushalt, Betreuung oder Begleitung und auch Pflegetätigkeiten. Genauso ist es möglich, Pflege im engeren Sinne zu erfassen. Beim Vergleich dieser Angaben mit den Befunden aus anderen Surveys muss die Definition von Pflege und/oder Unterstützung in den jeweiligen Fragekonzepten beachtet werden.

Pflegende Angehörige nach Alter und Geschlecht

Es gibt zwischen 3 und 5 Millionen private Pflegepersonen

Nach Ergebnissen der Studie ‚Gesundheit in Deutschland aktuell‘ (GEDA) aus dem Jahr 2012, einer für Deutschland repräsentativen Befragung des Robert Koch-Instituts bei Personen im Alter ab 18 Jahren, pflegen insgesamt 6,9 Prozent der Erwachsenen regelmäßig privat eine pflegebedürftige Person. Diese Ergebnisse beziehen sich auf Pflege im engeren Sinne, also nicht auf weitere Unterstützungsleistungen. Die zugehörige Frage aus der GEDA-Studie 2012 lautet: „Pflegen Sie regelmäßig eine pflegebedürftige Person? Nicht gemeint ist die Pflege im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit.“ Hochgerechnet auf die Gesamtbevölkerung kann geschlossen werden, dass rund 4 bis 5 Millionen private Pflegepersonen, vor allem nahe Angehörige, an der Versorgung der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen beteiligt sind (Wetzstein, Rommel, & Lange 2015).

Eine andere Studie auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) schätzt für das Jahr 2013 rund 3,7 Millionen Pflegepersonen, davon 1,35 Millionen Männer und 2,35 Millionen Frauen. In den SOEP-Daten wurden die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen erfasst. Demnach erbringen rund 4,9 Prozent der Männer und 7,2 Prozent der Frauen ab 16 Jahre Pflegeleistungen. Schätzungen derselben Studie auf der Grundlage früherer SOEP-Erhebungen

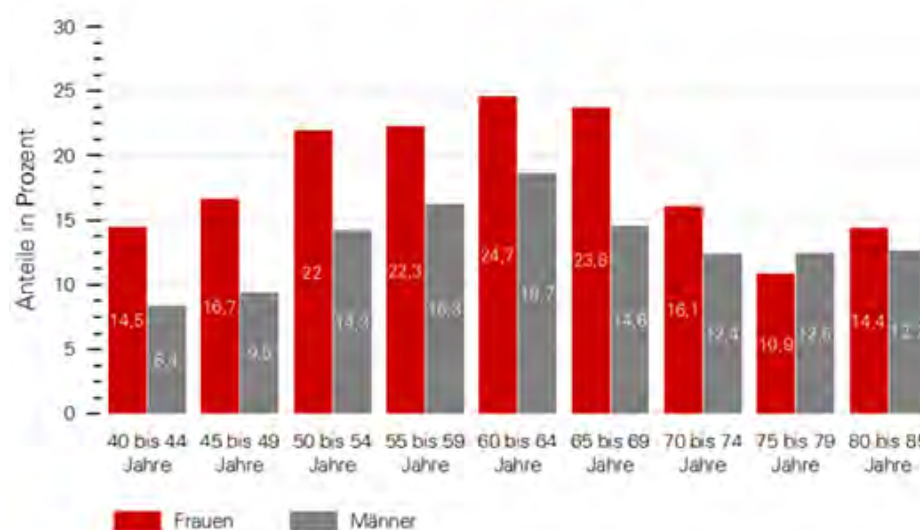
ergeben eine Bandbreite der Zahl der Pflegepersonen in Privathaushalten zwischen 3,1 und 4,3 Millionen (vgl. Rothgang, Kalwitzki, Müller, Runte, & Unger 2015: 197).

Jeder Sechste zwischen 40 und 85 Jahren unterstützt Angehörige

Befunden des DEAS 2014 zufolge unterstützen 16,2 Prozent der 40- bis 85-Jährigen in Deutschland mindestens eine Person regelmäßig. Ein Drittel dieser Personen leistet Pflege im engeren Sinne (neben der Hilfe im Haushalt, der Betreuung und Begleitung und anderweitiger Hilfe). Oder anders formuliert: 4,5 Prozent der 40- bis 85-Jährigen erbringen Pflegeleistungen – privat oder ehrenamtlich (Klaus & Tesch-Römer 2016). Eine Betrachtung der Unterstützungsquoten (Abbildung 3.1) getrennt für verschiedene Altersgruppen zeigt, dass regelmäßige Unterstützung vor allem von Personen im jungen Seniorenalter geleistet wird. So unterstützt ein Viertel (24,7 Prozent) aller Frauen zwischen 60 und 64 Jahren und ein knappes Fünftel (18,7 Prozent) der gleichaltrigen Männer andere aus Gesundheitsgründen. Aber auch im hohen Alter gehören diese Unterstützungsleistungen zum Alltag: In der ältesten betrachteten Gruppe der 80- bis 85-Jährigen beträgt die Unterstützungsrate noch 14,4 Prozent bei den Frauen und 12,7 Prozent bei den Männern.

Vor allem im Erwerbsalter, also bis zum 65. Lebensjahr, unterstützen Frauen andere Personen häufiger als Männer (Abbildung 3.1). Frauen übernehmen öfter die Verantwortung für die Versorgung hilfe- und pflegebedürftiger Eltern und Schwiegereltern als Männer. Sie sind in geringerem Umfang erwerbstätig als Männer und eher dazu bereit, für die Unterstützungstätigkeit ihre Erwerbstätigkeit einzuschränken. Erst im höheren Alter gleichen sich die Raten der Geschlechter an. Das hat zum einen damit zu tun, dass im höheren Alter die Pflege und Unterstützung der (Ehe-)Partner in den Vordergrund tritt. Zum anderen treten bei älteren Frauen häufiger funktionale Einschränkungen auf, die Hilfe im Haushalt, bei Besorgungen und bei Aktivitäten außer Haus notwendig machen (Wolff, Nowossadeck, & Spuling 2017; Menning & Hoffmann 2009).

Abbildung 3.1 Anteile der Frauen und Männer, die Pflege und Unterstützung leisten, nach Altersgruppe (in Prozent) 2014

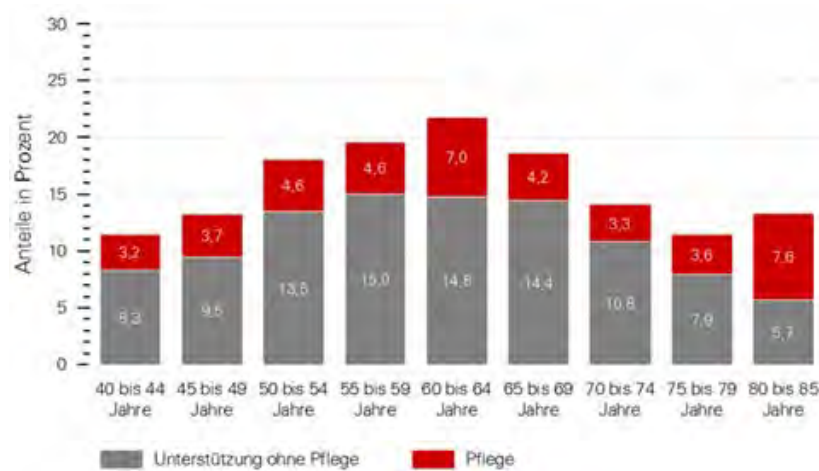


Quelle: DEAS 2014, gewichtet, Personen zwischen 40 und 85 Jahren

Die ältesten Unterstützungspersonen übernehmen am häufigsten Pflegetätigkeiten

Zwar nimmt mit dem Eintritt ins Rentenalter der Anteil derer, die andere unterstützen, ab, allerdings steigt im hohen Alter (ab dem 80. Lebensjahr) der Anteil der Pflegeaufgaben an der geleisteten Unterstützung sprunghaft an (Abbildung 3.2): Erbringen Personen in diesem Alter für andere Hilfe und Unterstützungsleistungen, so handelt es sich größtenteils um Pflege. Es ist davon auszugehen, dass vor allem die (Ehe-)Partnerin oder der (Ehe-)Partner gepflegt wird. Ein ähnlicher, wenngleich nicht ganz so starker Zuwachs kann bereits in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen beobachtet werden. Vermutlich ist das das Alter, in dem die bis dahin für alte Eltern erbrachte Unterstützung verstärkt in Pflege übergeht. Oder in dieser späten Erwerbsphase beginnen größere Anteile ihre Erwerbstätigkeit zu reduzieren oder aufzugeben und schaffen so den zeitlichen Rahmen, um sich auch verstärkt an zunehmend notwendigen Pflegeaufgaben zu beteiligen.

Abbildung 3.2 Unterstützungs- und Pflegequoten nach Altersgruppe (in Prozent) 2014



Quelle: DEAS 2014, gewichtet, Personen zwischen 40 und 85 Jahren

Quellen

- Klaus, D., & Tesch-Römer, C. (2017). Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: K. Mahne, J. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel: Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 185–200). Wiesbaden: Springer VS.
- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit In: K. Böhm, C. Tesch-Römer & T. Ziese (Hrsg.) *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes* (S. 62–78). Berlin: Robert Koch-Institut.
- Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2015). *BARMER GEK Pflegereport 2015*. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause. Siegburg: Barmer.
- Wetzstein, M., Rommel, A., & Lange, C. (2015). Pflegenden Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt* 6(3). Berlin: Robert Koch-Institut.

Wolff, J. K., Nowossadeck, S., & Spuling, S. M. (2017). Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: K. Mahne, J. Wolff, J. Simonson & C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 125–138). Wiesbaden: Springer VS.

Kapitel 4: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf

Cornelia Au und Christine Hagen

Kernaussagen

- Etwa fünf bis sechs Prozent der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter leisten regelmäßig informelle Pflege, dieser Anteil hat in den letzten Jahren leicht zugenommen.
- Der Anteil der Personen, die Pflege und Beruf vereinbaren, hat sich erhöht: Während 2001 von den 16- bis 64-jährigen Erwerbstätigen 3,5 Prozent Pflegeleistungen erbracht haben, sind es 2012 knapp 5 Prozent.
- Von den Personen im erwerbsfähigen Alter pflegen Frauen wesentlich häufiger und intensiver als Männer. Der Anteil der Pflegenden steigt ab einem Alter von 40 Jahren und ist in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen am höchsten.
- Teilzeiterwerbstätige kümmern sich häufiger neben ihrer Erwerbstätigkeit um einen Pflegebedürftigen als Vollzeiterwerbstätige: Im Jahr 2014 pflegen von den 40- bis 64-jährigen Teilzeiterwerbstätigen 7 Prozent, von den Vollzeiterwerbstätigen 3,2 Prozent.
- Fast zwei Drittel der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter (16 bis 64 Jahre) sind erwerbstätig: Im Jahr 2016 sind von den Hauptpflegepersonen, die sich um pflegebedürftige Personen mit Leistungen der Pflegeversicherung im Privathaushalt kümmern, 28 Prozent Vollzeiterwerbstätig, 36 Prozent Teilzeit oder geringfügig beschäftigt und 35 Prozent sind nicht erwerbstätig.
- Über die Hälfte der Hauptpflegepersonen setzt ihre Erwerbstätigkeit bei Pflegebeginn fort.
- Annähernd ein Drittel der abhängig Beschäftigten, die neben ihrer Arbeit eine pflegebedürftige Person versorgen, berichten, dass sie sehr häufig oder oft Vereinbarkeitsprobleme haben. Am häufigsten berichten hierüber Vollzeit beschäftigte Frauen.
- Die Reduktion der Arbeitszeit ist abhängig von der Pflegeintensität, erst bei erhöhter Pflegebelastung gibt es eine Reduzierung der Arbeitszeit. Darüber hinaus hat die individuelle sozioökonomische Situation des Pflegenden einen Einfluss auf die Arbeitszeitreduktion: Eine Teilzeiterwerbstätigkeit vor der Pflege sowie ein hohes individuelles Einkommen tragen zu einer geringeren Arbeitszeitreduktion – auch bei umfangreichen Pflegeaufgaben – bei. Und je wichtiger der Erfolg im Beruf für eine pflegende Person ist, desto weniger ist sie bereit, ihre Arbeitszeit zu reduzieren.
- Verschiedene Studien belegen, dass erwerbstätige Frauen bei erhöhtem Pflegeaufwand ihre Arbeitszeit in geringerem Umfang reduzieren als erwerbstätige Männer: Diese unterschiedlichen Arbeitszeitanpassungen von pflegenden Frauen und Männern sind vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen Arbeitsmarktpartizipation – vor allem einer immer noch höheren Teilzeiterwerbstätigkeit von Frauen – zu interpretieren.

Einleitung

Wie im vorherigen Kapitel gezeigt wurde, leben rund drei von vier pflegebedürftigen Menschen zu Hause und werden dort zumeist von Angehörigen – zu einem großen Teil von Personen im erwerbsfähigen Alter¹ – versorgt, die vor der Herausforderung stehen, ihre Erwerbstätigkeit mit einer Pflegetätigkeit zu vereinbaren.

Die Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit steht im Spannungsfeld zwischen dem Wunsch des Großteils der Menschen, bei Hilfe- und Pflegebedarf möglichst in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben und betreut zu werden, und verschiedenen gesellschaftlichen Entwicklungen. Zu diesen gesellschaftlichen Entwicklungen zählt die Alterung der Bevölkerung, die mit einer wachsenden Anzahl an pflege- und hilfebedürftigen Menschen und einem sinkenden Pflegepotenzial aufgrund einer sinkenden Geburtenrate einhergeht. Die steigende Erwerbstätigkeit, insbesondere von Frauen und älteren Beschäftigten, die gestiegene räumliche Mobilität und auch rentenrechtliche Reformen wie die Verlängerung der Lebensarbeitszeit sind weitere Rahmenbedingungen für die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und informellen Pflegetätigkeiten.

Zur Verbreitung und den Merkmalen informeller Hilfe- und Pflegeleistungen von Erwerbstätigen liegen Daten aus verschiedenen Quellen vor, die im Folgenden zusammengestellt sind. Die Daten aus den verschiedenen Untersuchungen beruhen auf unterschiedlichen Stichprobenkonzepten und unterschiedlichen Definitionen der Hilfe- und Pflegeleistungen, die ermittelten Anteile und Verteilungen können nur bedingt miteinander in Bezug gesetzt werden. Die jeweilige Definition und Operationalisierung von Pflege in den zitierten Studien wird im Text ausgewiesen.

Der vorliegende Text gliedert sich in drei Teile: Im ersten Teil wird die Frage beantwortet, wie viele der Personen im erwerbsfähigen Alter einen Angehörigen pflegen und wie viele Personen dies mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren. Im zweiten Teil wird dargestellt, wie sich die Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen gestaltet und im dritten Teil wird schließlich der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang erwerbstätige Pflegenden ihre Arbeitszeit reduzieren.

Wie viele der Personen im erwerbsfähigen Alter pflegen einen Angehörigen und wie viele vereinbaren dies mit einer Erwerbstätigkeit?

Fast fünf Prozent der 40- bis 64-Jährigen erbringen regelmäßig informelle Pflege

Nach Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS) 2014 pflegen 4,6 Prozent der 40- bis 64-jährigen Personen in Deutschland regelmäßig eine andere Person. Im Durchschnitt pflegen 40- bis 64-Jährige etwa 21 Stunden pro Woche. Frauen übernehmen dabei deutlich häufiger Pflegetätigkeiten als Männer: Tabelle 4.1 zeigt, dass mehr als doppelt so viele Frauen (6,2 Prozent) wie Männer (2,9 Prozent) der 40- bis 64-Jährigen Pflege leisten. Wenn Männer die Pflege einer anderen Person übernehmen, dann tun sie das in etwas geringerem Umfang als Frauen (Tabelle 4.1).

Vollzeiterwerbstätige leisten seltener Pflege als nicht Erwerbstätige oder Teilzeiterwerbstätige

Der Anteil Pflegeleistender der 40- bis 64-Jährigen variiert mit dem Erwerbsstatus. Pflege wird häufiger und in einem größeren Umfang von Teilzeiterwerbstätigen oder nicht Erwerbstätigen als

¹ Mit „im erwerbsfähigen Alter“ wird die Altersgruppe der 16- bis 64-Jährigen umschrieben, in den hier vorgestellten Untersuchungen sind die Kohorten mit späterem Renteneintrittsalter noch nicht einbezogen.

von Vollzeitbeschäftigten erbracht (Tabelle 4.1). Im Jahr 2014 leisten von den Teilzeiterwerbstitigen 7 Prozent Pflege für hilfebedürftige Personen, der Anteil bei den Vollzeitbeschäftigten liegt bei 3,2 Prozent. Der Unterschied ist vermutlich durch die unterschiedliche Verfügbarkeit freier zeitlicher Ressourcen begründet. Dies spiegelt sich auch in dem Umfang der für die Pflege aufgebrauchten Zeit: Vollzeitbeschäftigte pflegen deutlich weniger Stunden pro Woche als Personen, die in Teilzeit arbeiten oder nicht erwerbstätig sind (Tabelle 4.1).

Tabelle 4.1 Pfliegeraten und Pflegeumfang der 40- bis 64-Jährigen nach Geschlecht und Erwerbstätigkeit, 2008 und 2014

	2008		2014	
	Raten (in Prozent)	Wochen- stunden	Raten (in Prozent)	Wochen- stunden*
<i>Alle (40-64 Jahre)</i>	4	18	4,6	21,2
<i>Geschlecht</i>				
Männer	2,2	15	2,9	17,9
Frauen	5,7	20	6,2	22,7
<i>Erwerbssituation</i>				
Vollzeit (30h und mehr)	2,5	12	3,2	15,8
Teilzeit (< 30h)	5,3	21	7,0	21,2
Nicht erwerbstätig	6,0	23	6,9	27,9

Quelle: DEAS 2008 und 2014

* Es werden maximal 84 Stunden/Woche in die Berechnungen einbezogen.

Analysen der in Tabelle 4.2 dargestellten Ergebnisse des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen ähnliche Anteile und Verteilungen von Pflege und Pflegeumfang der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter wie die Daten des DEAS, wenngleich die Untersuchungspopulation sowie die Operationalisierung von Pfliegerätigkeit sich unterscheiden. Während im DEAS Daten für die 40- bis 64-Jährigen dargestellt sind, umfassen die im Folgenden dargestellten Analysen des SOEP 16- bis 64-jährige Personen. Ebenso erfolgt die Definition der Pflegepersonen in den beiden Surveys nach unterschiedlichen Kriterien.

Im DEAS wird zunächst erfragt, ob die Befragten andere Personen aufgrund deren schlechten Gesundheitszustands privat oder ehrenamtlich betreuen oder pflegen oder regelmäßig Hilfe leisten. In einer zusätzlichen Frage wird für die Person, die laut Einschätzung der Befragten am meisten von ihnen unterstützt wird, die Unterstützung näher qualifiziert.² In den hier dargestellten Analysen werden ausschließlich die Personen berücksichtigt, die Pfliegerätigkeiten leisten. Im SOEP wird hingegen erfragt, wie viele Stunden pro Tag an einem durchschnittlichen Werktag auf die Tätigkeiten „Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen“ entfallen. In der nachfolgenden Auswertung der SOEP-Daten von Geyer und Schulz (2014) werden Personen als Pfleger berücksichtigt, die an einem durchschnittlichen Werktag mindestens eine Stunde mit

² Es wird unterschieden zwischen Hilfe im Haushalt, Betreuung bzw. Begleitung und Pflege.

der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen befasst sind (ebd., S. 296). Beide Studien erfassen Pflegepersonen unabhängig davon, ob sie die Hauptpflegeperson sind³.

Der Anteil der Pflegenden im erwerbsfähigen Alter steigt mit dem Alter

Die Analysen mit dem SOEP zeigen, dass mit steigendem Alter der Anteil der Pflegeleistenden zunimmt und bei den höheren Altersgruppen besonders hoch ist. Im Jahr 2012 übernehmen in der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen 10 Prozent der Personen Pflegeleistungen von mindestens einer Stunde pro Tag: Vor allem am Ende des Berufslebens stellt sich die Aufgabe, eine Erwerbstätigkeit mit informeller Pflege zu vereinbaren (Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2 Pflegeleistende und durchschnittlicher Pflegeumfang der erwerbsfähigen Bevölkerung nach Alter, Geschlecht und Erwerbstätigkeit

	Anteile an der Bevölkerung in Prozent		Pflegeumfang: Geleistete Stunden		
	2001 Pflegende mit mind. 1 Std. Pflege pro Werktag	2012 Pflegende mit mind. 1 Std. Pflege pro Werktag	2012 durchschnittl. Std. pro Werktag	2011* durchschnittl. Std. pro Samstag	2011* durchschnittl. Std. pro Sonntag
Alle 16–64 Jahre	4,6	5,6	2,6	3,2	3,2
16–39 Jahre	2,2	2,6	3,3	4,6	4,5
40–54 Jahre	5,3	6,3	2,4	3,1	3,2
55–64 Jahre	8,9	10,0	2,2	2,8	2,8
<i>Geschlecht</i>					
Männer	3,0	4,2	2,1	2,7	2,7
Frauen	6,2	6,9	2,8	3,4	3,5
<i>Erwerbsstatus</i>					
Erwerbstätig	3,5	4,9	2,0	2,4	2,5
Vollzeit	2,8	4,0	1,7	2,3	2,3
Teilzeit	6,2	7,5	2,1	2,6	2,7
Geringfügig beschäftigt	6,1	7,6	2,8	2,9	2,8
Nicht erwerbstätig	5,7	7,1	3,5	5,0	5,0
Verrentet	11,2	9,7	4,4	3,9	3,7

Quelle: Geyer & Schulz 2014: 297, partielle Darstellung, SOEP 2001 und 2011/2012

*Angaben für 2011, da der Umfang an den Wochenenden nur alle zwei Jahre erhoben wird.

Vor dem Hintergrund der steigenden Erwerbsbeteiligung im späten Erwachsenenalter und einem höheren Anteil von Pflegeleistenden in der zweiten Lebenshälfte, ist anzunehmen, dass die Anzahl der Personen im erwerbsfähigen Alter, die Pflege und Erwerbstätigkeit miteinander vereinbaren müssen, steigt. Die SOEP-Daten erlauben einen Zeitvergleich von 2001 bis 2012.

³ In einer Studie von Schneekloth u. a. (2016) gaben von Pflegebedürftigen mit Leistungen aus der Pflegeversicherung nur ein Drittel der Personen im Jahr 2016 an, durch nur eine Pflegeperson betreut zu werden, 28% wurden von 2 Personen, 31% von drei und mehr Personen betreut.

Der Anteil der pflegenden Erwerbstätigen ist gestiegen

Tabelle 4.2 zeigt, dass nicht nur der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter, die Pflege leisten, zwischen 2001 und 2012 gestiegen ist: Während 2001 4,6 Prozent der 16- bis 65-Jährigen Pflege leisten, sind es 2012 bereits 5,6 Prozent. Darüber hinaus ist zu beobachten, dass auch der Anteil der Pflegeleistenden, die dies mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren, zugenommen hat: von 3,5 Prozent im Jahr 2001 auf 4,9 Prozent im Jahr 2014. Auch diese Daten zeigen große Unterschiede zwischen Vollzeit- und Teilzeiterwerbstätigen: Während 2012 von den 16- bis 64-jährigen Teilzeiterwerbstätigen 7,5 Prozent pflegen, sind es von den Vollzeiterwerbstätigen 4 Prozent. Tabelle 4.2 zeigt darüber hinaus, dass der durchschnittliche tägliche Umfang an Hilfeleistungen bei den Personen, die Pflege mit Erwerbstätigkeit kombinieren, etwas geringer ist als bei Personen, die nicht erwerbstätig oder verrentet sind.

Frauen im erwerbsfähigen Alter pflegen häufiger als Männer

Auch die SOEP-Daten zeigen, dass Frauen im erwerbsfähigen Alter zu größeren Anteilen als Männer pflegen (rund 7 Prozent zu rund 4 Prozent, Tabelle 4.3). In der Altersgruppe der 55- bis 64-Jährigen kümmern sich 2012 ca. 12 Prozent der Frauen um pflegebedürftige Personen, bei gleichaltrigen Männern sind es rund 8 Prozent (Geyer und Schulz 2014: 296).

Tabelle 4.3 bestätigt, dass der Anteil von pflegenden Frauen wesentlich höher ist als der entsprechende Anteil von Männern – unabhängig davon, ob die zu pflegende Person im selben Haushalt lebt oder nicht. Die Mehrheit der Pflegenden im erwerbsfähigen Alter (82 Prozent) lebt nicht im selben Haushalt wie die pflegebedürftige Person. Der Anteil pflegender Frauen ist aber über alle Altersgruppen und alle Pflegesettings größer als der Anteil pflegender Männer (Tabelle 4.3). Wenn die Pflegeleistenden und Pflegeempfänger im selben Haushalt leben, ist die Pflege meist zeitintensiv und die Pflegenden stehen mehr oder weniger rund um die Uhr für Unterstützungstätigkeiten zur Verfügung, bei getrennten Haushalten von Pflegeperson und Pflegebedürftiger Person kommen hingegen zu den eigentlichen Pflegetätigkeiten Zeitanteile für Wege zwischen den Wohnorten hinzu.

Tabelle 4.3 Verteilung der Pflegepersonen im erwerbsfähigen Alter, die in Haushalten mit und ohne Pflegebedarf leben, nach Geschlecht und Alter, 2012, in Prozent

	Anteil Pflegender in Haushalten mit Pflegebedarf			Anteil Pflegender in Haushalten ohne Pflegebedarf		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Gesamt 16 - 64	18	11	7	82	50	32
<i>Altersgruppen innerhalb der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter</i>						
16–44 Jahre	18	12	6	82	48	34
45–54 Jahre	19	13	7	80	51	30
55–64 Jahre	17	10	7	83	51	31

Quelle: Geyer 2016: 29, SOEP 2012

Der Anteil der Pflegenden fällt bei der Befragung von abhängig Beschäftigten besonders hoch aus: Jede/r elfte abhängig Beschäftigte übernimmt Pflegeaufgaben neben seiner Erwerbstätigkeit.

Auch die jüngst veröffentlichten Ergebnisse der bundesweit repräsentativen DGB-Beschäftigtenbefragung⁴ zum DGB-Index „Gute Arbeit 2017“ (DGB 2018) weisen einen substanziellen Anteil pflegeleistender Beschäftigter auf. Befragt wurden abhängig Beschäftigte (ohne Auszubildende) mit einer Wochenarbeitszeit von mindestens 10 Stunden (4731 Befragte). Als Pflegeperson zählt, wer angibt, für die Pflege einer oder mehrerer pflegebedürftiger Personen verantwortlich zu sein – unabhängig vom Pflegeumfang.

Die Quoten liegen hier im Vergleich zu den beiden repräsentativen Befragungen der Gesamtbevölkerung (DEAS und SOEP) auf einem etwas höherem Niveau: insgesamt hatten etwa 9 Prozent der Befragten eine Pflegeverantwortung (8 Prozent der Männer, 10 Prozent der Frauen; 8 Prozent der Vollzeitbeschäftigten, 11 Prozent der Teilzeitbeschäftigten) (ohne Abbildung).

Tabelle 4.4 zeigt, dass auch bei dieser Untersuchung die Anteile der Pflegenden bei den älteren Beschäftigten besonders hoch sind: Es sind vor allem die abhängig Beschäftigten ab 40 Jahren, die neben ihrer Erwerbstätigkeit gleichzeitig Pflegeverantwortung tragen. Bei Beschäftigten ab 60 Jahren beträgt dieser Anteil sogar 18 Prozent.

Tabelle 4.4 Abhängig Beschäftigte mit Pflegeverantwortung 2017, nach Altersgruppen in Prozent

Altersgruppen	Anteile in Prozent
Unter 30 Jahre	6
30–39 Jahre	4
40–49 Jahre	10
50–59 Jahre	13
60 Jahre und älter	18

Quelle: DGB 2018a: 2

Die DGB-Beschäftigtenbefragung weist auch Unterschiede nach dem Qualifikationsniveau auf: Und zwar sinkt der Anteil der Beschäftigten mit Pflegeverantwortung mit steigender Qualifikation. Der Anteil von Beschäftigten ohne Abschluss oder mit Hauptschulabschluss, die Pflegeaufgaben neben der Erwerbstätigkeit übernehmen, betrug 11 Prozent, bei Beschäftigten mit Abitur liegt dieser Anteil nur noch bei 6 Prozent (ohne Abbildung, DGB 2018: 2).

⁴ Befragte waren „...Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aus allen Branchen, Einkommens- und Altersgruppen, Regionen, Betriebsgrößen, Wirtschaftszweigen und Beschäftigungsverhältnissen, gewerkschaftlich Organisierte wie Nicht-Mitglieder. Die Angaben der Angehörigen der wichtigsten Beschäftigtengruppen sind mit jeweils dem Anteil vertreten, der ihrem bundesweiten Anteil an der Arbeitnehmerschaft entspricht und sind repräsentativ für das Urteil der Beschäftigten in Deutschland.“ (DGB 2017: 24).

Auch der Vergleich von guten und schlechten Arbeitsbedingungen⁵ zeigt in dieser Befragung Zusammenhänge mit der Pflegeverantwortung: Im Bereich „schlechte Arbeit“ pflegen 12 Prozent der Beschäftigten mit einem durchschnittlichen Pflegeumfang von 13 Stunden pro Woche, im Bereich „gute Arbeit“ übernehmen 8 Prozent der Beschäftigten Pflegetätigkeiten mit einem durchschnittlichen Pflegeumfang von 19 Stunden pro Woche (ohne Abbildung, DGB 2017: 12).

Wie gestaltet sich die Erwerbsbeteiligung von Pflegepersonen?

Nachdem im vorherigen Abschnitt gezeigt wurde, dass ein bedeutender und wachsender Anteil der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter mit informellen Pflegetätigkeiten betraut ist und ein steigender Anteil dies mit einer Erwerbstätigkeit vereinbart, werden im folgenden Textteil vorliegende Befunde zur Erwerbsbeteiligung der Pflegepersonen vorgestellt.

Die Erwerbsquoten informell Pflegenden im erwerbsfähigen Alter sind bis zum Jahr 2012 auf 65 Prozent gestiegen

Die SOEP-Daten weisen zwischen 2001 und 2012 einen Anstieg der Erwerbsquote der 16- bis 64-jährigen Pflegepersonen von rund 52 auf rund 65 Prozent aus (Tabelle 4.5a). Dieser Anstieg ist nicht nur auf eine Zunahme von Teilzeit oder geringfügig Beschäftigten zurückzuführen, auch der Anteil der Pflegenden, die Vollzeit erwerbstätig sind, hat in dieser Zeit zugenommen, sogar stärker als im Bevölkerungsdurchschnitt. Allerdings zeigt der Vergleich mit den Erwerbsquoten des Bevölkerungsdurchschnitts in dieser Altersgruppe, dass die Vollzeiterwerbstätigkeit der Pflegeleistenden auch 2012 mit 37,6 Prozent noch erheblich unter dem Bevölkerungsdurchschnitt von 51,0 Prozent liegt, der Anteil an den geringfügig und Teilzeitbeschäftigten ist dagegen höher. Deutlich zeigt sich sowohl für Pflegeleistende als auch für den Bevölkerungsdurchschnitt der Rückgang an Frühverrentungen.

Die Studie von Schneekloth u. a. (2016) zeigt einen ähnlichen Trend (Tabelle 4.5b). Im Unterschied zu der Definition der Pflegeleistenden im SOEP wurden hier Hauptpflegepersonen⁶ von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung in Privathaushalten befragt. Es kann angenommen werden, dass der zeitliche Aufwand für Pflegetätigkeiten für diesen Personenkreis (mit Leistungen der Pflegeversicherung) relativ hoch ist und den Spielraum für Erwerbsarbeit der Pflegepersonen stärker einschränkt. Im Zeitverlauf von 1998 bis 2016 zeigt sich jedoch auch hier ein Zuwachs der Erwerbstätigkeit der Befragten im erwerbsfähigen Alter von 37 auf 64 Prozent. Dabei ist ein Zuwachs an Teilzeitarbeit seit 1998 zu beobachten, während das Niveau an geringfügiger Beschäftigung und Vollzeitarbeit sich seit 2010 nicht verändert hat (Tabelle 4.5b). Im Jahr 2016 sind von den Hauptpflegepersonen, die sich um einen Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung in Privathaushalten kümmern, 28 Prozent Vollzeit erwerbstätig, 36 Prozent Teilzeit erwerbstätig oder geringfügig beschäftigt und 35 Prozent sind nicht erwerbstätig.

⁵ Der DGB-Index wird anhand von 11 Kriterien erfasst. In die Klassifizierung fließen die Gestaltungsmöglichkeiten, die Entwicklungsmöglichkeiten, die Betriebskultur, der Sinn der Arbeit, die Arbeitszeitlage, die emotionalen Arbeitsanforderungen, die körperlichen Anforderungen, die Arbeitsintensität, das Arbeitseinkommen, die betrieblichen Sozialleistungen sowie die Beschäftigungssicherheit ein.

⁶ Nur rund ein Drittel der Personen gab 2016 an, durch nur eine Pflegeperson betreut zu werden, 28% wurden von 2 Personen, 31% von drei und mehr Personen betreut.

Tabelle 4.5 Erwerbsquoten von 16- bis 64-jährigen Personen

(a) Erwerbsquoten Pflegeleistender sowie des Bevölkerungsdurchschnitts in Prozent
(Auswertungen von Geyer & Schulz, 2014, SOEP*)

	Erwerbsquoten Pflegeleistender in Prozent		Erwerbsquoten Bevölkerungsdurchschnitt in Prozent	
	2001	2012	2001	2012
<i>Erwerbsquote</i>	51,8	64,9	66,0	71,3
<i>Erwerbsstatus</i>				
Vollzeit erwerbstätig	30,9	37,6	50,5	51,0
Teilzeit erwerbstätig	15,5	19,3	11,5	14,1
Geringfügig beschäftigt	5,4	8,0	4,0	6,2
Nicht erwerbstätig	27,8	25,6	22,4	20,6
Verrentet	19,5	8,7	8,2	5,3

(b) Erwerbsquoten Hauptpflegepersonen in Prozent
(Studie zur Wirkung des PNG und PSGI, Schneekloth u. a., 2016, TNS Infratest Sozialforschung**)

	1998	2010	2016	2016 West	2016 Ost
<i>Erwerbsquote</i>	37	59	64	64	61
<i>Erwerbsstatus</i>					
Vollzeit erwerbstätig	16	28	28	24	37
Teilzeit erwerbstätig	13	20	26	29	17
Geringfügig beschäftigt	8	11	10	11	7
Nicht erwerbstätig	64	41	35	34	39

Quelle: Geyer & Schulz 2014: 299 sowie Schneekloth u. a. 2016: 59

*Definition der Pflegeleistenden in der Studie von Geyer & Schulz: Pflegenden, die an einem durchschnittlichen Werktag mindestens eine Stunde mit der Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen befasst sind.

**Definition der Pflegeleistenden in der Studie von Schneekloth u. a.: Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen mit Leistungen der Pflegeversicherung in Privathaushalten.

Darüber hinaus weist diese Befragung für das Jahr 2016 auch die Unterschiede der Erwerbsquoten in Ost- und Westdeutschland aus (Tabelle 4.5). In Ostdeutschland sind Hauptpflegepersonen etwas häufiger nicht erwerbstätig als in Westdeutschland. Wenn sie aber erwerbstätig sind, dann sind sie häufiger Vollzeit erwerbstätig (37 Prozent) als Hauptpflegepersonen in Westdeutschland (24 Prozent). Zu vermuten ist, dass sowohl die Arbeitsmarktlage als auch die unterschiedliche Erwerbsorientierung hier eine Rolle spielen.

Je höher der Pflegeaufwand, umso niedriger ist die Erwerbsbeteiligung Pflegenden

Eine auf etwas älteren SOEP-Daten beruhende Untersuchung von Keck (2012) zeigt, dass die Erwerbsquoten zwischen Pflegepersonen mit unterschiedlichen wöchentlichen Pflegezeiten stark differieren und dass Pflegenden mit hohem Pflegeaufwand öfter nicht erwerbstätig sind (Tabelle 4.6). Während bei einem Pflegeumfang von weniger als 14 Stunden in der Woche noch drei von vier pflegenden Frauen erwerbstätig sind, ist bei einem Pflegeumfang von mehr als 28 Stunden

pro Woche nicht einmal mehr jede zweite pflegende Frau erwerbstätig. Bei Männern fällt der Unterschied etwas geringer aus, ist aber ebenfalls deutlich (Tabelle 4.6).

Tabelle 4.6 Erwerbsbeteiligung bei unterschiedlicher Pflegezeit

	Pflegerinnen Frauen Stunden pro Woche			Pflegerinnen Männer Stunden pro Woche		
	1-13	14-27	≥ 28	1-13	14-27	≥ 28
<i>Erwerbsstatus</i>						
Nicht erwerbstätig	24,6	48,0	55,9	20,2	41,8	43,9
Erwerbstätig	75,4	52,0	44,1	79,8	58,2	56,1
<i>Davon Teilzeit</i>	43,9	66,9	62,8	4,0	23,9	36,0
<i>Davon Vollzeit</i>	56,1	33,1	37,2	96,0	76,1	64,0

Quelle: Keck 2012: 94, SOEP 2007, Personen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren

Pflegerinnen Männer sind zu einem größeren Anteil Vollzeit erwerbstätig als pflegende Frauen

Die Analysen von Keck belegen ebenfalls die großen geschlechtsspezifischen Unterschiede der Erwerbsbeteiligung (Tabelle 4.6). Während bei einer eher geringen Pflegezeit von 1 bis 13 Stunden in der Woche von den erwerbstätigen Frauen 56,1 Prozent Vollzeit erwerbstätig sind, liegt der Anteil von den erwerbstätigen Männern bei 96 Prozent. Bei einer Pflegezeit von mehr als 28 Stunden pro Woche sinkt der Anteil der erwerbstätigen Frauen mit Vollzeittätigkeit auf 37,2 Prozent, von den erwerbstätigen Männern arbeiten hingegen bei dieser umfangreichen Betreuungszeit immer noch fast zwei Drittel Vollzeit.

Pflegerinnen Erwerbstätige mit niedriger Berufsposition übernehmen häufiger umfangreiche Pflegeaufgaben als Pflegerinnen mit hoher Berufsposition

Darüber hinaus zeigen Analysen von Keck auch Unterschiede nach der Berufsposition (Tabelle 4.7). Erwerbstätige pflegende Angehörige mit niedriger Berufsposition⁷ übernehmen häufiger umfangreiche Pflegeaufgaben als Pflegerinnen mit hoher beruflicher Position (diese pflegen eher weniger als 14 Stunden in der Woche). Die deskriptiven Daten zeigen, dass Pflegerinnen mit hoher Berufsposition weniger oft teilzeitbeschäftigt sind, häufiger Überstunden leisten und im Durchschnitt längere Arbeitszeiten aufweisen, als erwerbstätige pflegende Angehörige in niedrigen Berufspositionen. Besonders die hohe Teilzeitquote von niedrig qualifizierten Pflegepersonen (vor allem

⁷ In der Untersuchung wurde auf ein mehrdimensionales Konzept der beruflichen Position zurückgegriffen, das sowohl die berufliche Tätigkeit, die dafür erforderliche Qualifikation und das dadurch erzielte Einkommen erfasst. Niedrige Berufsposition (mind. zwei der folgenden drei Merkmale muss zutreffen): Erwerbseinkommen im untersten Drittel der Einkommensbezieher, zur Ausübung des Berufs ist keine Ausbildung notwendig oder eine der folgenden Tätigkeiten wird ausgeübt: Routinetätigkeit im Service und Verkauf, Selbstständige ohne Mitarbeiter, un- und angelernte Arbeiter oder Landarbeiter. Mittlere Berufsposition (mind. eins der drei Merkmale muss zutreffen): Erwerbseinkommen im mittleren Drittel der Einkommensbezieher, zur Ausübung des Berufs eine Berufsausbildung notwendig ist oder die Person eine der folgenden Tätigkeiten ausübt: nicht manuelle Berufe, Routinetätigkeiten, Facharbeiter oder selbstständiger Landwirt. Hohe Berufsposition (mind. zwei der folgenden drei Merkmale muss zutreffen): Erwerbseinkommen im obersten Drittel der Einkommensbezieher, zur Ausübung des Berufs ist ein Hochschulabschluss notwendig oder eine der folgenden Tätigkeiten wird ausgeübt: obere, mittlere oder niedrige Ränge der Dienstklasse oder Selbstständige mit Mitarbeitern. Es gibt auch eine unklare Kategorie (vgl. Keck 2012: 258ff.).

Frauen) legt nahe, dass sich hier die Verfügbarkeit für Pflege erhöht und dies zum Teil die Unterschiede in der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf zwischen Personen in unterschiedlichen beruflichen Positionen erklären kann (Keck 2012).

Tabelle 4.7 Merkmalsunterschiede von erwerbstätigen Pflegepersonen nach beruflichen Positionen und Pflegeumfang

	Pfleget < 14h			Pfleget ≥ 14h		
	Berufliche Position			Berufliche Position		
	Niedrig	Mittel	Hoch	Niedrig	Mittel	Hoch
Anteil (Prozent)	19,5	49,6	30,9	30,3	52,8	16,9
Pflegezeit (h/Woche)	5,3	5,2	4,7	27,9	27,1	26,0
Haushaltsäquivalenzeinkommen (Euro)	1484	1839	2486	1310	1740	2527
Stundenlohn (Euro)	7,0	13,0	21,5	5,6	12,5	21,9
Arbeitszeit (h/Woche)	33,7	37,8	43,1	29,3	34,8	41,4
Teilzeit (Prozent)	39,4	26,6	16,6	55,8	37,3	16,7
Regelmäßige Überstunden (Prozent)	54,1	73,1	76,0	53,5	74,7	66,7

Quelle: Keck 2012: 178, SOEP 2007, Personen im Alter zwischen 16 und 64 Jahren

Pflegende Erwerbstätige unterscheiden sich in der Wochenarbeitszeit, im Durchschnittseinkommen und im Stundenlohn vom Bevölkerungsdurchschnitt

Einen Überblick über Erwerbsmerkmale Pflegenden im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt für das Jahr 2012 geben die Analysen von Geyer (2016) – ebenfalls mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (Tabelle 4.8). Die Daten bestätigen zunächst, dass die Erwerbsquoten Pflegenden in der Regel niedriger als bei Personen ohne Pflegeaufgaben sind und dass ein geringerer Pflegeumfang mit einer höheren Erwerbsbeteiligung einhergeht. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von Pflegepersonen (vor allem bei Pflegenden, die im gleichen Haushalt mit den hilfebedürftigen Personen leben) ist geringer als die von Personen ohne Pflegeaufgaben. Wie in der übrigen Erwerbsbevölkerung liegt die Wunscharbeitszeit von erwerbstätigen Pflegenden geringfügig (etwa 10 Prozent) unter ihrer tatsächlichen Arbeitszeit. Die Differenz zwischen Wunsch- und tatsächlicher Arbeitszeit fällt im Pflegesetting getrennter Haushalte größer aus als im Setting Pflegehaushalt.

Die Analysen zeigen darüber hinaus, dass erwerbstätige Pflegepersonen – vor allem bei höherem Pflegeumfang – ein niedrigeres Durchschnittseinkommen als Personen ohne Pflegeaufgaben erzielen (Tabelle 4.8), dies ist wahrscheinlich zu einem großen Teil auf die höhere Teilzeitquote dieser Personen zurückzuführen.

Erwerbstätige Pflegepersonen arbeiten häufiger in kleinen und mittleren Betrieben

Das Ergebnis, dass erwerbstätige Pflegepersonen häufiger als die übrigen Erwerbstätigen in kleineren Betrieben mit weniger als 20 Mitarbeitern beschäftigt sind (Tabelle 4.8), ist vor dem Hintergrund der gesetzlichen Regelungen zur Pflegezeit und Familienpflegezeit von Bedeutung, da ein Rechtsanspruch auf Arbeitszeitreduzierung bzw. Freistellungen in diesen Rahmen erst gegenüber Arbeitgebern mit mehr als 15 bzw. mehr als 26 Beschäftigten greift.

Die Selbstständigenquote von Pflegepersonen ist mit 4 Prozent ähnlich gering wie die der übrigen Erwerbsbevölkerung mit 5 Prozent; dies ändert sich jedoch bei einem höheren Pflegeumfang (Tabelle 4.8): Wenn die Pflege mindestens eine Stunde pro Tag beträgt, ist die Selbstständigenquote von Pflegepersonen nur noch halb so hoch (im Pflegehaushalt: 1 Prozent, außerhalb des Haushalts: 3 Prozent).

Tabelle 4.8 Erwerbsmerkmale von Pflegepersonen nach Haushaltstyp und Pflegeumfang (2012)

	Pflegepersonen				Personen ohne Pflegeaufgaben
	Pflege bis zu einer Stunde pro Tag		Pflege mehr als eine Stunde pro Tag		
	Pflege im Haushalt	Pflege außerhalb	Pflege im Haushalt	Pflege außerhalb	
Erwerbsquote (in Prozent)	62	77	54	64	75
Arbeitsstd./Woche	32	37	30	33	39
Wunscharbeitszeit (in Stunden)	31	34	28	30	34
Bruttolohn (€ pro Monat)	1.871	2.429	1.640	1.949	2.516
Stundenlohn (in €)	13	15	12	13	15
Betriebsgröße (Anzahl MitarbeiterInnen)					
weniger als 20	37	23	37	29	26
20 – 200	31	25	31	35	27
200 – 2000	14	24	15	17	19
mehr als 2.000	13	23	16	16	23
Selbstständigenquote (in Prozent)	4	4	1	3	5
Öffentlicher Dienst (in Prozent)	24	30	29	24	24

Quelle: Geyer 2016: 33ff., SOEP 2012

Aus multivariante Analysen der SOEP-Daten von 2001 bis 2012 stellt Geyer (2016) folgende Einflüsse der Pflgetätigkeit auf das Erwerbsverhalten fest: Bei ansonsten gleichen Merkmalen ist die Wahrscheinlichkeit für pflegende Angehörige, erwerbstätig zu sein, um zwei Prozentpunkte niedriger als für die übrigen Erwerbstätigen; dies ist unabhängig davon, ob Pflegende und Gepflegte im gleichen Haushalt leben oder nicht.

Bei einem Pflegeumfang von mehr als einer Stunde/pro Tag sinkt die Wahrscheinlichkeit erwerbstätig zu sein im Durchschnitt um 5 Prozentpunkte. Dabei zeigen sich Unterschiede nach Geschlecht und Pflegesituation (im oder außerhalb des eigenen Haushalts): für Frauen sinkt die Wahrscheinlichkeit der Erwerbsbeteiligung in beiden Pflegesettings um 5 Prozentpunkte, für Männer in Pflegehaushalten um 6 Prozentpunkte, für Männer bei außerhäuslicher Pflege um 9 Prozentpunkte.

Bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen verringert sich die Wahrscheinlichkeit, erwerbstätig zu sein, um fünf Prozentpunkte (Männer 6,5 Prozentpunkte; Frauen 4 Prozentpunkte). Mit zunehmender Pflegedauer wird die Aufgabe der Berufstätigkeit wahrscheinlicher. Beispielsweise sinkt für Männer die Erwerbsquote nach drei Jahren Pflege um weitere 5 Prozentpunkte im

Vergleich zum Zeitpunkt vor der Pflegeübernahme, der gleiche Einfluss ist für Frauen in geringerer Ausprägung in den Analysen sichtbar (Geyer 2016).

Über Vereinbarkeitsprobleme berichten am häufigsten Vollzeit beschäftigte Frauen

In der bereits im vorigen Abschnitt zitierten DGB-Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index „Gute Arbeit 2017“ werden die abhängig Beschäftigten mit Pflegeverantwortung direkt nach ihren Vereinbarkeitsschwierigkeiten befragt. Tabelle 4.9 zeigt, dass 29 Prozent der Beschäftigten, die außerhalb ihrer Arbeit für eine pflegebedürftige Person sorgen, sehr häufig oder oft Vereinbarkeitsschwierigkeiten benennen. Bei den Vollzeitbeschäftigten liegt der Anteil unter den Frauen bei 38 Prozent, unter den Männern bei 28 Prozent.

Tabelle 4.9: Vereinbarkeitsschwierigkeiten von Beschäftigten mit Pflegeverantwortung, nach Geschlecht (Frage: Wie häufig kommt es vor, dass Sie Schwierigkeiten haben, die Betreuung der pflegebedürftigen Personen mit ihrer Arbeit zeitlich zu vereinbaren?)

	Sehr häufig	Oft	Selten	Nie
Alle Beschäftigte mit Pflegeverantwortung	16	13	42	29
Frauen, Vollzeit	25	13	40	22
Männer, Vollzeit	13	15	41	31
Frauen, Teilzeit	14	14	41	31
Männer, Teilzeit		[Fallzahl zu klein]		

Quelle: DGB-Index Gute Arbeit 2017: 14

Reduzieren erwerbstätige Pflegende ihre Arbeitszeit?

Die dritte Fragestellung des vorliegenden Abschnitts bezieht sich auf die Frage, ob Menschen, die Pflegetätigkeiten übernehmen, aufgrund dieses Einschnitts ihre Arbeitszeit reduzieren. Ergebnisse zur Reduzierung bzw. zu Veränderungen der Erwerbsbeteiligung von erwerbstätigen pflegenden Frauen und Männern liegen nur aus wenigen Studien vor.

75% der Unternehmen, die Erfahrungen mit pflegenden Beschäftigten haben, berichten über Arbeitszeitreduktion und/oder Unterbrechung der Erwerbstätigkeit ihrer Beschäftigten

Nach einer Erhebung des Instituts für Demoskopie Allensbach⁸ berichteten im Jahr 2014 44 Prozent der Unternehmen über Erfahrungen mit Beschäftigten, die sich um Angehörige kümmern, bei größeren Unternehmen mit mehr als 500 Beschäftigten sind es 66 Prozent. Nach dieser Untersuchung reduzieren 47 Prozent der Personen, die Pflegeaufgaben übernehmen, ihre Arbeitszeit, die meisten um 5 bis 10 Wochenstunden, dies betrifft 39 Prozent der Unternehmen. In 19 Prozent der Unternehmen (mit aktuellen oder in den letzten fünf Jahren zurückliegenden Erfahrungen in diesem Bereich) haben Beschäftigte ihre Berufstätigkeit unterbrochen, weitere 17 Pro-

⁸ Institut für Demoskopie Allensbach (2010): Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf aus Sicht von Unternehmen. Zitiert nach BMFSFJ & DIHK (2011).

zent der Unternehmen haben sowohl Erfahrungen mit Unterbrechungen als auch mit Reduktionen der Berufstätigkeit, 25 Prozent der Unternehmen berichten von keinen Auswirkungen auf die Beschäftigung durch die Übernahme von Pflegeaufgaben.

Über die Hälfte der Hauptpflegepersonen setzt ihre Erwerbstätigkeit bei Pflegebeginn fort

Für Pflegepersonen von Hilfe- und Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen und deren Unterstützungsbedarf in der Regel schon umfangreich ist, geben Schneekloth, Geiss & Pupeter (2016) einen Überblick über Veränderungen der Erwerbstätigkeit bei Pflegebeginn. Im Jahr 2016 gaben 40 Prozent der Hauptpflegepersonen an, bereits bei Pflegeeintritt nicht erwerbstätig gewesen zu sein (gegenüber 44 Prozent im Jahr 2010). Tabelle 4.10 zeigt, dass im Jahr 2016 von den bei Pflegebeginn erwerbstätigen Hauptpflegepersonen 54 Prozent ihre Tätigkeit unverändert fortgesetzt haben. 23 Prozent dieser Personen haben ihre Tätigkeit wegen der Pflege eingeschränkt und 14 Prozent mussten ihre Erwerbstätigkeit ganz aufgeben; weitere 8 Prozent gaben sie aus anderen Gründen auf. Auffällig ist, dass der Anteil derjenigen, die ihre Erwerbstätigkeit unverändert fortsetzten, in Ostdeutschland mit 62 Prozent höher ist als in Westdeutschland mit 51 Prozent. Der Zeitvergleich zwischen 2010 und 2016 weist eine Tendenz zu einer stabileren Erwerbsbeteiligung der Hauptpflegepersonen aus.

Tabelle 4.10 Veränderungen der Erwerbstätigkeit der zum Zeitpunkt des Pflegebeginns erwerbstätigen Hauptpflegepersonen in %, gerundet

	2010	2016	2016 (West)	2016 (Ost)
Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgeben	15	14	15	11
Frage 2010: Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit einschränken*	34	---	---	---
Frage 2016: Hauptpflegeperson musste die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege einschränken	---	23	26	16
Frage 2016: Hauptpflegeperson hat Erwerbstätigkeit aus anderen Gründen aufgegeben/eingeschränkt	---	8	8	10
Hauptpflegeperson hat die Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	51	54	51	62

Quelle: Schneekloth u. a. 2016: 60f., Studie zur Wirkung des PNG und PSG I – TNS Infratest Sozialforschung

* Die Frage wurde ab dem Jahr 2016 danach differenziert, ob die Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege oder wegen anderer Gründe aufgegeben/eingeschränkt wurde (dementsprechend sind in den Zellen für die Jahre, in denen die Frage nicht gestellt wird, Striche eingesetzt).

Die Erwerbsbeteiligung differiert mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit

Über die Erwerbstätigkeit von Hauptpflegepersonen mit hoher subjektiver Belastung berichten auf der Grundlage einer Befragung in 2015 von 1000 von zuhause gepflegten oder betreuten Personen mit Leistungen aus der Pflegeversicherung Schwinger, Tsiasioti und Klauber (2016).

Die befragten Hauptpflegepersonen sind zu 83 Prozent im erwerbsfähigen Alter (33,1 Prozent sind 17 bis 49 Jahre alt und 49,9 Prozent sind 50 bis 65 Jahre alt), lediglich 17 Prozent sind älter als 65 Jahre. 26 Prozent der Befragten sind Männer und 74 Prozent Frauen. Rund ein Drittel ist Vollzeit und ein Drittel Teilzeit erwerbstätig, ein weiteres Drittel ist nicht erwerbstätig (Tabelle 4.11). Die Frauen weisen einen höheren Anteil an Teilzeittätigkeiten und Erwerbslosigkeit auf als

Männer. Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung sind nach Haushaltstyp zu sehen: die Erwerbsbeteiligung ist niedriger, wenn die Pflegeperson und gepflegte Person im gleichen Haushalt leben. Rund 19 Prozent der Hauptpflegepersonen in Pflegehaushalten sind Vollzeit erwerbstätig gegenüber rund 47 Prozent bei getrennten Haushalten.

An die 50 Prozent der in Teilzeit oder stundenweise Erwerbstätigen haben ihre Arbeitszeit aufgrund der Pflege reduziert. (Tabelle 4.11). Die Befragung zeigt, dass die Reduktion der Arbeitszeit mit der Schwere der Pflegebedürftigkeit differiert (ohne Abbildung): Unter den Teilzeit- oder stundenweise Erwerbstätigen ist der Anteil derer, die ihre Arbeitszeit aufgrund von Pflege reduzieren in der Pflegestufe II und III größer als bei der Pflegestufe 0 und I. Ebenso haben Teilzeit- oder stundenweise Beschäftigte, die eine demenziell erkrankte Person pflegen, zu einem größeren Anteil (59 Prozent) ihre Arbeitszeit pflegebedingt reduziert (Hauptpflegepersonen von nicht demenziell Erkrankten zu 44 Prozent). Von den 2015 nicht Beschäftigten war ein Drittel früher erwerbstätig, von diesen haben fast 70 Prozent ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege aufgegeben. Hochbelastet⁹ waren 13,5 Prozent der Vollzeiterwerbstätigen, 17,9 Prozent der Teilzeit oder stundenweise Erwerbstätigen und 21,3 Prozent der aktuell nicht Erwerbstätigen. Der Anteil der Vollzeitbeschäftigten, die maximal drei Stunden pro Tag pflegen, beträgt ca. 75 Prozent. Demgegenüber beträgt der Anteil der nicht Erwerbstätigen, die mehr als 7 Stunden pro Tag pflegen, 47 Prozent.

Tabelle 4.11 Erwerbsstatus und Veränderung des Status, Hauptpflegeperson, 2015

Erwerbsstatus	Anteil in %	Arbeitsreduktion oder Aufgabe in %	Frühere Erwerbstätigkeit (Aufgabe wegen Pflege) in %	Gepflegte/r lebt im Haushalt in %		Geschlecht in %	
				ja	nein	Männl.	Weibl.
Vollzeit (N=300)	30,1	---	---	18,8	47,4	42,9	30,1
Teilzeit oder stundenweise erwerbstätig (N=324)	32,5	49,8	---	30,2	36,0	21,6	32,5
Auszubildende/ Umschüler (N=6)	0,6	---	---	0,2	1,3	1,2	0,6
Nicht erwerbstätig (N=367)	36,8	---	33,9 (69,9)	50,7	15,3	34,4	36,8

Quelle: Schwinger u. a. 2016: 194

Bei erhöhter Pflegebelastung gibt es eine statistisch signifikante Reduzierung der Arbeitszeit

Keck (2012) zeigt mit Längsschnittdaten auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), dass die generelle Aufnahme von Pflegeleistungen keinen statistisch signifikanten Effekt auf die Arbeitszeit hat.¹⁰ Erst bei erhöhter Pflegebelastung gibt es eine statistisch signifikante Reduktion der Arbeitszeit (ebd.: 99ff.). Ein Vergleich der mittleren Veränderung der Arbeitszeit zeigt: Frauen arbeiten nach der Aufnahme von einer eher geringeren Pflegeleistung (von bis zu 14 Stunden pro

⁹ Die Einstufung der subjektiven Belastung der pflegenden Angehörigen erfolgte anhand der Kurzversion der Häuslichen-Pflege-Skala.

¹⁰ Keck berücksichtigt Personen im Alter von 16 bis 64 Jahren.

Woche) im Schnitt 2,5 Stunden wöchentlich weniger, Männer sind bei dem gleichen Pflegeumfang durchschnittlich 3,2 Stunden weniger in der Woche erwerbstätig. In der Gruppe mit höherem Pflegeumfang (14 Stunden und mehr in der Woche) ist die Arbeitszeitreduktion bei beiden Geschlechtern höher: Erwerbstätige Frauen mit hoher Pflegeintensität von 14 Stunden und mehr in der Woche reduzieren ihre Arbeitszeit um durchschnittlich 7,2 Stunden, erwerbstätige Männer mit hoher Pflegeintensität um 10,5 Stunden (ebd.: 149f.).

Eine Teilzeiterwerbstätigkeit vor der Pflege, ein hohes individuelles Einkommen sowie die berufliche Einstellung sind Faktoren für eine geringere Arbeitszeitreduktion

Modellrechnungen von Keck (2012) zeigen, dass folgende Faktoren für eine geringere Arbeitszeitreduktion ausschlaggebend sind: eine Teilzeitbeschäftigung vor der Pfl egetätigkeit, das individuelle Einkommen sowie die beruflichen Einstellungen. Das bedeutet für eine Person, die weniger als 30 Stunden in der Woche arbeitet, eine höhere Wahrscheinlichkeit, im Falle der Pflegebedürftigkeit eines Angehörigen zeitintensive Pflegeaufgaben – auch ohne Arbeitszeitreduktion – zu übernehmen, vielleicht gerade weil weniger negative Konsequenzen im Beruf zu erwarten sind. Das Einkommen stellt ein zweites signifikantes Erklärungsmerkmal für die Arbeitszeitreduktion dar: Je höher das individuelle Einkommen, desto bedeutender sind die negativen finanziellen Konsequenzen bei einer Arbeitszeitreduktion – damit wird eine Arbeitszeitreduktion unwahrscheinlicher. Die beruflichen Einstellungen sind ein dritter signifikanter Faktor für die Veränderung der Arbeitszeit: "Je wichtiger der Erfolg im Beruf für eine pflegende Person ist, desto weniger ist sie trotz umfangreicher Pflegeaufgaben bereit, ihre Arbeitszeit zu reduzieren." (Keck 2012: 152).

Eine bereits etwas ältere Studie von Schneider u. a. (2001) zeigt (mit Daten des SOEPs), dass eine Erwerbsunterbrechung von verheirateten Frauen im Alter zwischen 40 und 65 Jahren wahrscheinlicher ist, wenn sie mit einer pflegebedürftigen Person im Haushalt lebt. Das eigene Erwerbseinkommen sowie das Gesamthaushaltseinkommen haben Einfluss auf die Neigung zur Erwerbsunterbrechung. Je höher das eigene Einkommen, umso geringer ist die Neigung zur Erwerbsunterbrechung. Einen gegenläufigen Effekt hat das Gesamthaushaltseinkommen: Je höher dies ist, umso wahrscheinlicher wird eine Erwerbsunterbrechung. Da die Analysen mit SOEP-Daten der Jahre 1984 bis 1991 durchgeführt wurden, haben sich die Rahmenbedingungen zwar sehr verändert, die Untersuchung gibt jedoch wichtige Hinweise auf Einflussfaktoren, deren Wirksamkeit mit aktuellen Daten zu überprüfen wären.

Meng (2013) untersuchte ebenfalls auf der Grundlage des SOEP der Jahre 2001 bis 2007 den Einfluss der informellen Pflege auf den Umfang der Erwerbstätigkeit (Stunden pro Woche) von pflegenden Männern und Frauen. Berücksichtigt werden hier Personen im Alter zwischen 36 und 64 Jahren, die mit der hilfebedürftigen Person in einem Haushalt leben. Der durchschnittliche Pflegeumfang betrug rund 33,4 Stunden Pflege pro Woche für die Frauen und rund 21,2 Stunden für die Männer. Bei ihren Schätzungen zeigte sich ein geringer Effekt der Pflegestunden auf die Arbeitszeit: zehn Stunden mehr Pflege pro Woche führte zu einer durchschnittlichen Arbeitszeitreduktion von 35 Minuten pro Woche bei den Frauen und von 48 Minuten pro Woche bei den Männern.

Frauen und Männer haben unterschiedliche Vereinbarkeitsstrategien

Geyer (2016) untersuchte mit den SOEP-Längsschnittdaten 2001–2012 die Effekte der Pflege auf die Erwerbstätigkeit für pflegende Frauen und Männer und stellte ebenfalls geschlechtsspezifische Unterschiede fest: Demnach reduzierten pflegende erwerbstätige Frauen in Pflegehaushalten ihre Wochenarbeitszeit im Durchschnitt um drei Stunden. Bei einer intensiven Pfl egetätigkeit

(von regelmäßig mindestens einer Stunde pro Tag) liegt die Arbeitszeitreduktion von Frauen bei 3,6 Stunden pro Woche. Bei Männern zeigt sich ein anderer Effekt: wenn sie einen intensiven Pflegeaufwand hatten, gaben sie ihre Erwerbstätigkeit eher ganz auf.

Geyer interpretiert die geschlechtsspezifischen Unterschiede vor dem Hintergrund einer unterschiedlichen Arbeitsmarktpartizipation von Frauen und Männern: Frauen sind häufiger in Teilzeit- bzw. flexiblen Arbeitsmodellen und im Dienstleistungssektor sowie seltener in Führungspositionen beschäftigt und erzielen einen durchschnittlich geringeren Verdienst. Das Ehegattensplitting unterstützt diese Arbeitsteilung, in welcher der besserverdienende Partner sein Einkommen unverändert erwirtschaftet und die geringer Verdienenden Pflegetätigkeiten mit Arbeitszeitreduktionen übernehmen (ebd: 40).

Unterschiedliche Berufspositionen wirken auf die Arbeitszeitreduktion von Pflegenden in unterschiedlicher Weise

Die bereits oben zitierte Arbeit von Keck (2012) zeigt, dass Pflegendе mit niedrigen und mittleren Berufspositionen ihre Arbeitszeit im Durchschnitt nicht mehr als Pflegendе in hohen Berufspositionen reduzieren, wenn sie intensive Pflegetätigkeiten (mehr als 14 Stunden die Woche) übernehmen.

Hier scheinen zwei gegenläufige Effekte zu wirken: Zum einen erleichtert die Teilzeitbeschäftigung vor Pflegebeginn – die häufiger in niedrigen und mittleren Berufspositionen vorkommt – die Beibehaltung der Arbeitszeit trotz intensiver Pflege. Zum anderen spricht ein hoher Stundenlohn – der häufiger mit hohen Berufspositionen einhergeht – gegen eine Reduktion der Arbeitszeit. Auch die ungleichen Zugänge zu flexiblen Arbeitsbedingungen scheinen hierbei eine Rolle zu spielen. Personen in hoher beruflicher Position haben häufiger mehr Autonomie und Kontrolle über ihre Arbeitsaufgaben, was mit mehr Optionen in der Gestaltung von Arbeitszeit und Arbeitsort einhergeht. Trotz umfangreicher Pflegeaufgaben scheint es ihnen deshalb leichter zu fallen, Beruf und Pflege zu vereinbaren. Dies gilt besonders für Personen mit Leitungsfunktionen. Beschäftigte mit niedriger Berufsposition sind hingegen häufiger in rigide Arbeitsabläufe eingebunden und können weniger über ihre Arbeitszeit bestimmen (hier dominieren an Öffnungs- und Kernzeiten gekoppelte Arbeitszeiten oder Schichtarbeit) (Keck 2012).

Quellen

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und DIHK, Deutscher Industrie- und Handelskammertag (2011) (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Wie Unternehmen Beschäftigte mit Pflegeaufgaben unterstützen können.*

(https://www.erfolgsfaktor-familie.de/fileadmin/ef/data/mediathek/Leitfaden_BerufundPflege_barrierefrei.pdf [Zugriff am 15. Februar 2018]).

Geyer, J. (2016): Informell Pflegendе in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (2016) (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. ZQP-Themenreport (S. 24–43).

(https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf [Zugriff am 15. Februar 2018]).

- Geyer, J.; Schulz, E. (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW-Wochenbericht* 81 (14), 294–301.
- DGB-Index Gute Arbeit (2017) (Hrsg.): *DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2017. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen*. (<http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++614dfaea-bee1-11e7-98bf-52540088cada> [Zugriff am 15. Februar 2018]).
- DGB-Index Gute Arbeit (2018) (Hrsg.): *Berufstätige mit Pflegeverantwortung. Zur Vereinbarkeit von Arbeit und Pflege*. 02/2018. Berlin. (<http://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++bf2674ba-0a6a-11e8-bcc4-52540088cada> [Zugriff am 15. Februar 2018]).
- Keck, W. (2012): *Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Beruf*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Klaus, D. & Tesch-Römer, C. (2017): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: K. Mahne, J. W. Wolff, J. Simonson, C. Tesch-Römer (Hrsg.) *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)* (S. 185–200). Wiesbaden: Springer VS.
- Meng, A. (2013): Informal home care and labor-force participation of household members. *Empir Econ* 44, 959–979.
- Schneekloth, U., Geiss, S. & Pupeter, M. (2016): *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG1). Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin: TNS Infratest Sozialforschung. (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_Evaluation_PNG_PSG_I.pdf [Zugriff am 15. Februar 2018]).
- Schneider, T., Drobnic, S., Blossfeld, H.-P. (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. *Zeitschrift für Soziologie*, 30 (5), 362–383.
- Schwinger, A., Tsiasioti Ch. und Klauber J (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, K., Kuhlmeier, A., Greß, S., Klauber, J. u. a. (Hrsg.) *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (189–216). Stuttgart: Schattauer.

Kapitel 5: Dauer der häuslichen Pflege

Heribert Engstler

Kernaussagen

- Die Datenlage zur Dauer der häuslichen Pflege in Deutschland ist nicht gut. Die amtliche Pflegestatistik enthält keinerlei Informationen hierzu, vorliegende Befragungsstudien beinhalten oft methodische Schwächen und Analysen von verlässlichen Pflegekassendaten liegen nur vereinzelt und nicht flächendeckend vor.
- Längsschnittliche Kassendaten zur Dauer der häuslichen Versorgung von Pflegebedürftigen gemäß SGB XI zeigen eine durchschnittliche häusliche Versorgungsdauer von 3 Jahren bei männlichen Pflegebedürftigen und vier Jahren bei weiblichen Pflegebedürftigen.
- Einerseits gibt es einen hohen Anteil relativ kurzer häuslicher Pflegedauer bis zum Tod oder dem Wechsel in die stationäre Pflege (bei 50 Prozent der Männer geschieht dies innerhalb eines Jahres nach Beginn ihrer häuslichen Pflegebedürftigkeit). Andererseits wird eine Minderheit Pflegebedürftiger relativ lange im häuslichen Bereich versorgt (ein Viertel der pflegebedürftigen Frauen wird länger als sechs Jahre häuslich versorgt).
- Etwa 40 Prozent der informell Pflegenden pflegt oder hat jemand weniger als ein Jahr lang gepflegt, weitere 20 Prozent für die Dauer von ein bis zwei Jahren. Die durchschnittliche Dauer, die sich eine informell pflegende Person an der häuslichen Versorgung einer pflegebedürftigen Person beteiligt, liegt damit etwas unterhalb der häuslichen Gesamtversorgungsdauer.

Einleitung

Die amtliche Pflegestatistik enthält als nur zeitpunktbezogene Datenquelle keine Informationen über die Dauer der Pflegebedürftigkeit. Zur Dauer der häuslichen Pflege liegen für Deutschland nur wenige Studien vor, die aufgrund unterschiedlicher Datengrundlagen, Definitionen und Methodiken zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen.

Befragung von gepflegten Personen

Zwei Befragungsstudien bei häuslich gepflegten Personen bzw. Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen beziffern auf der Grundlage der Retrospektivangaben der Betroffenen die durchschnittliche Dauer der häuslichen Pflege mit 6,3 bis 8,2 Jahren (Runde u.a. 2009; Schneekloth 2005). Beide Studien verwenden eine weit ausgelegte Definition von Pflegebedürftigkeit, die auch Zeiten einschließt, in denen noch kein Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung erfolgt. Solche querschnittlichen Momentaufnahmen beinhalten zudem zwangsläufig eine Untererfassung von Pflegefällen, die bereits nach kurzer Pflegedauer versterben oder in die stationäre Pflege wechseln. Andererseits stellen sie bei den Teilnehmenden nur die bisherige, nicht die endgültige Pflegedauer fest und unterliegen dem Risiko von Erinnerungsfehlern und Stichprobenselektivitäten.

Befragung von pflegenden Angehörigen

Eine weitere Möglichkeit zur Bestimmung der häuslichen Pflegedauer ist die Befragung von pflegenden Angehörigen zur Anzahl der Jahre, die sie bereits pflegen oder früher einmal gepflegt haben. In einer von Forsa für die DAK im Jahr 2015 durchgeführten repräsentativen Befragung von derzeitigen und früheren Pflegepersonen ab 18 Jahren wurden kategorisierte Daten zur Dauer der Pflege erfasst. In rund 40 Prozent der Fälle dauert die Pflege weniger als ein Jahr, weitere 20 Prozent der Befragten nennen eine Spanne zwischen einem und zwei Jahren; 13 Prozent kümmern oder kümmerten sich über fünf Jahre um eine pflegebedürftige Person (DAK 2015: 28). Die Pflegedauer einer Pflegeperson ist jedoch nicht 1:1 gleichzusetzen mit der Dauer, die pflegebedürftige häusliche informelle Pflege erhalten, da sich durchaus mehrere Angehörige zu unterschiedlichen Phasen an der Pflege beteiligen können.

Leistungsdaten der Pflegekassen

Verlässlicher sind demgegenüber prospektiv gewonnene Informationen aus den Leistungsdaten der Pflegekassen. Eine Studie von Müller u.a. (2010) nutzt solche längsschnittlichen Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse. Sie umfasst Versicherte, die im Jahr 2000 als häuslich Versorgte erstmalig Leistungen nach dem SGB XI erhalten haben, und verfolgt deren Leistungsbezug bis zum 31.12.2008 unter Berücksichtigung des Ausscheidens aus der häuslichen Pflege durch Tod oder Übergang in die vollstationäre Pflege. Auf dieser Grundlage ermitteln Müller u.a. (2010) eine mittlere Dauer der häuslichen Pflegezeit von 3,0 Jahren für Männer und 3,9 Jahren für Frauen. Sie werten diese Zeiten als Untergrenzen, da zum Beobachtungsende bei etwa einem Sechstel der Personen die Pflegebedürftigkeit noch andauert. Ergänzende Survivalanalysen zeigten einen schnellen Rückgang der häuslichen Pflegequote in den ersten zwei Jahren, der sich in den Folgejahren abschwächt und geschlechtsspezifische Unterschiede aufweist. So werden ein Jahr nach Beginn der häuslichen Pflegebedürftigkeit bereits 50 Prozent der Männer und nach zwei Jahren 50 Prozent der Frauen nicht mehr zu Hause gepflegt. Bis allerdings drei Viertel aus der häuslichen Pflege ausgeschieden sind, dauert es bei Männern 4,25 Jahre und bei Frauen 6,25 Jahre (ebd.: 236).

Quellen

- DAK (2015): DAK-Pflege-Report 2015. *So pflegt Deutschland*. Hamburg: DAK Gesundheit.
- Müller, R., Unger, R. & Rothgang, H. (2010). Wie lange Angehörige zu Hause gepflegt werden. Reicht eine zweijährige Familien-Pflegezeit für Arbeitnehmer? *Soziale Sicherheit*, 59(6-7), 230–237.
- Runde, P., Giese, R., Kaphengst, C. & Hess, J. (2011). *AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklung in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Schneekloth, U. (2005). Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten - Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: U. Schneekloth & H.-W. Wahl (Hrsg.) *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht* (S. 55–98). Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Kapitel 6: Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege

Clemens Tesch-Römer

Kernaussagen

- Da viele pflegebedürftige Menschen nur eingeschränkt auskunftsfähig sind, ist es schwierig, über Opferbefragungen die Häufigkeit von unangemessenem, vernachlässigendem, misshandelndem und gewalttätigen Verhalten in der Pflege zu ermitteln.
- Viktimierungsbefragungen weisen darauf hin, dass pflegebedürftige Menschen im häuslichen Setting in beträchtlichem Maße Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege werden. Eine systematische Überblicksarbeit kommt zu einer Prävalenzschätzung von etwa 16 Prozent hilfe- und pflegebedürftiger Menschen, die davon berichten, innerhalb der letzten 12 Monate Opfer von psychischer Misshandlung, finanzieller Ausnutzung, Vernachlässigung, körperlicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch geworden zu sein.
- In ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen werden (aus der Sicht von Pflegekräften) hohe 12-Monats-Prävalenzraten von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege berichtet. Knapp drei Viertel der befragten Pflegekräfte geben an, dass sie in den zurückliegenden zwölf Monaten mindestens eine Verhaltensweise gegen pflegebedürftige Menschen gezeigt haben, die als Vernachlässigung, Misshandlung oder Gewalt zu kategorisieren ist.
- Erklärungsansätze für Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege verweisen auf Überlastung von Pflegenden, eskalierende Interaktionen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden, Machtgefälle zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden, strukturelle Gegebenheiten und problematische Subkulturen sowie mangelnde Kontrolle und Aufsicht. Interventionen sollten die je nach Situation spezifischen Ursachenkombinationen für Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege in den Blick nehmen.

Einleitung

Pflegebedürftige Menschen bedürfen der Sorge und Unterstützung anderer Personen. Dies bedeutet, dass pflegebedürftige Menschen auf die sie pflegenden und unterstützenden Personen angewiesen sind. Pflegebedürftige Menschen sind „Schutzbefohlene“ der sie pflegenden Personen. Das macht pflegebedürftige Menschen abhängig und potenziell verletzlich für Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt. Im Folgenden werden zunächst methodische Probleme der Untersuchung von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege erörtert, danach Befunde aus diesem Themenbereich vorgestellt und abschließend Erklärungsansätze und Interventionsoptionen diskutiert. Die Darstellung beruht auf Übersichtskapiteln des Kriminologen Thomas Görgen (Görgen 2015; Görgen, Neubacher & Hunold, 2015) sowie auf einem systematischen Review zum Thema „elder abuse“ im häuslichen Setting (Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber 2017).

Methodische Probleme bei Untersuchungen zu Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege

Während in Deutschland häufig von „Gewalt in der Pflege“ die Rede ist, wird im englischen Sprachraum der Begriff „elder abuse“¹¹ verwendet, der umfassender definiert ist und neben Gewalt auch unangemessenes Verhalten, Vernachlässigung und (verbale) Misshandlung umgreift. Es erscheint sinnvoll, im Bereich der Pflege einen weit gefassten Begriff zu verwenden, der komplementär zu Definitionen „guter Pflege“ zu sehen ist (siehe etwa die sozialrechtliche Diskussion zu Pflegenoten¹² und die normativ-ethischen Diskussionen zu einer Pflege-Charta¹³ bzw. zu einer Konvention der Rechte älterer Menschen¹⁴). Damit werden nicht allein strafrechtlich relevante Verhaltensweisen erfasst, sondern auch Verhaltensweisen, die unangemessen (aber möglicherweise strafrechtlich nicht relevant) sind.

Da viele pflegebedürftige Menschen nur eingeschränkt auskunfts- und beschwerdefähig sind, ist es schwierig, die Häufigkeit von unangemessenem, vernachlässigendem, misshandelndem und gewalttätigen Verhalten in der Pflege über die Befragung der betroffenen Personen selbst zu ermitteln. In unterschiedlichen Settings – häuslicher und stationärer Bereich – sind daher Befragungen unterschiedlicher Akteursgruppen notwendig (pflegende Angehörige, professionell Pflegende, Aufsichtsorgane). Allerdings ist auch bei der Befragung anderer Akteursgruppen aus verschiedenen Gründen Vorsicht bei der Interpretation von Selbstberichtsdaten geboten (Unterschätzung von Prävalenzen, da befragte Akteure möglicherweise eigenes unangemessenes Handeln nicht berichten).

Im häuslichen Bereich könnten Viktimisierungsbefragungen Auskunft über Prävalenzen von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege geben. Viktimisierungsbefragungen, in denen Befragte gebeten werden, Auskunft darüber zu geben, ob sie Opfer einer Straftat geworden sind, beschränken sich in der Regel auf Personen, die in Privathaushalten leben (und auskunftsfähig sind). Pflegebedürftige Menschen in Privathaushalten finden aufgrund der methodischen Zugangsart nur selten Zugang zu dieser Art von Befragungen (und stationäre Pflegeeinrichtungen werden in der Regel bei Viktimisierungsbefragungen nicht berücksichtigt). Studien zur Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger können auch auf Täter- und Informantenbefragungen sowie auf vorhandenen institutionellen Daten beruhen. Dabei ist zu beachten, dass im Pflegeheimbereich der Zugang für Forschende durch Leitungspersonen geregelt wird, die möglicherweise nicht immer Interesse an der Erhebung von normativ negativ bewerteten Vorkommnissen bis hin zu strafrechtlich relevanten Handlungen haben.

¹¹ Das englische Wort „abuse“ wird wie folgt definiert: „(a) improper or excessive use or treatment; (b) language that condemns or vilifies usually unjustly, intemperately, and angrily; (c) physical maltreatment“ (www.merriam-webster.com). In Englisch-Deutsch-Lexika finden sich folgende Möglichkeiten der Übersetzung: „Beschimpfung, Misshandlung, Missbrauch“. – Die Action on Elder Abuse in Großbritannien definiert „elder abuse“ wie folgt: „Elder abuse is a single, or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust, which causes harm or distress to an older person“ (https://www.elderabuse.org.uk). Es geht also nicht allein um strafrechtliche Handlungen (Gewalt), sondern auch strafrechtlich relevante Unterlassungen (Vernachlässigung) sowie möglicherweise strafrechtlich nicht relevante Formen unangemessenen Verhaltens älteren Menschen gegenüber, die im Rahmen einer persönlichen Beziehung stattfindet, die durch Vertrauen gekennzeichnet sein sollte.

¹² Zur Veröffentlichung der Prüfergebnisse der Medizinischen Dienste gibt es eine umfassende Diskussion, die hier nicht dargestellt wird (s. unter anderem https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/pflegenoten/pflegenoten.jsp).

¹³ Siehe dazu die Website www.pflege-charta.de mit Beispielen zur Umsetzung der Charta.

¹⁴ Siehe dazu die Diskussion im Zusammenhang der Open Ended Working Group on Ageing der Vereinten Nationen (https://social.un.org/ageing-working-group/).

Befunde zu Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege

Viktimisierungsstudien

Viktimisierungsstudien auf der Grundlage von Befragungen älterer Menschen liegen für einige europäische Länder vor (Deutschland, Spanien, Großbritannien, Österreich). In einer bundesweiten Viktimisierungsstudie aus dem Jahr 2005 wurden für Deutschland die 12-Monat-Prävalenzraten für aggressives Verhalten im sozialen Nahraum erhoben (Görgen, Herbst & Rabold 2010). Dabei wurden über 60-jährige Menschen mit und ohne Hilfe- und Pflegebedarf verglichen. Die 12-Monat-Prävalenzraten für psychische Aggression lagen für über 60-jährige Frauen ohne Hilfe- und Pflegebedarf bei 25,4 Prozent und bei 60-jährigen Frauen mit Hilfe- und Pflegebedarf bei 20,6 Prozent (Görgen, Herbst & Rabold 2010: 167). Bei Männern betragen die Prävalenzraten für psychische Aggression 27,2 Prozent (ohne Hilfe- und Pflegebedarf) bzw. 22,1 Prozent (mit Hilfe- und Pflegebedarf). Die 12-Monat-Prävalenzraten für körperliche Aggression lagen für über 60-jährige Frauen ohne Hilfe- und Pflegebedarf bei 1,7 Prozent und bei 60-jährigen Frauen mit Hilfe- und Pflegebedarf bei 1,4 Prozent (Görgen, Herbst & Rabold 2010: 167). Bei Männern betragen die Prävalenzraten für körperliche Aggression 1,3 Prozent (ohne Hilfe- und Pflegebedarf) bzw. 1,1 Prozent (mit Hilfe- und Pflegebedarf). Die Unterschiede zwischen den Gruppen waren insgesamt gering und eher unsystematisch.

In einer spanischen Studie berichteten in Privathaushalten lebende Ältere und pflegende Angehörige von Vorkommnissen physischer und psychischer Misshandlung, Vernachlässigung, finanzieller Ausbeutung und sexualisierter Gewalt (Iborra, 2008; zitiert nach Görgen, 2015). Von den pflege- und hilfebedürftigen Älteren berichteten 1,5 Prozent, in den letzten 12 Monaten ein derartiges Vorkommnis als Opfer erlebt zu haben. Die Prävalenz aus der Täterperspektive war höher: Von den pflegenden Angehörigen berichteten 4,5 Prozent über eigenes problematisches Verhalten gegenüber der von ihnen gepflegten Person.

In einer britischen Studie wurde nach Vernachlässigung, finanzieller Ausbeutung sowie psychischer, physischer und sexueller Misshandlung gefragt (Biggs, Manthorpe, Tinker, Doyle & Erens 2009; zitiert nach Görgen 2015). Wurde der Blick auf pflegende Angehörige beschränkt (Familienmitglieder und Freunde) zeigte sich eine 12-Monats-Prävalenz von 2,6 Prozent. Unter Berücksichtigung von Bekannten und Nachbarn betrug die Prävalenzrate 4,0 Prozent. Das Risiko, Opfer dieser negativen Verhaltensweisen zu werden, ist erhöht für Frauen, für Geschiedene/getrennt Lebende, für Menschen mit niedrigem sozioökonomischem Status, für Menschen mit schlechtem Gesundheitszustand sowie für einsame und sozial isolierte Menschen.

In einer österreichischen Studie wurden ältere, über 60-jährige Menschen danach gefragt, ob sie Opfer von Missbrauch, Vernachlässigung und anderen strafrechtlichen Delikten geworden waren, seitdem sie 60 Jahre alt geworden waren (Studer 2014; zitiert nach Görgen 2015). Von den befragten Personen berichteten 2,3 Prozent, Opfer dieser Vorkommnisse geworden zu sein.

In einem kürzlich erschienenen systematischen internationalen Review wurden die Ergebnisse von 52 Studien aus 28 Ländern¹⁵ zusammengefasst, die Prävalenzraten von „elder abuse“ in den vergangenen 12 Monaten auf der Basis von Viktimisierungsbefragungen berichteten (Yon, Mikton, Gassoumis & Wilber 2017). Unter „elder abuse“ wurden die folgenden Vorkommnisse zusammengefasst: psychische Misshandlung („psychological abuse“), finanzielle Ausnutzung („financial abuse“), Vernachlässigung („neglect“), körperliche Gewalt („physical abuse“) sowie sexueller

¹⁵ Aus Deutschland wurde eine Studie berücksichtigt (Görgen, Herbst & Rabold 2010).

Missbrauch („sexual abuse). Die 12-Monats-Prävalenzen lagen dabei im Mittel für psychische Misshandlung bei 11,6 Prozent, für finanzielle Ausnutzung bei 6,8 Prozent, für Vernachlässigung bei 4,2 Prozent, für körperliche Gewalt bei 2,6 Prozent und für sexuellen Missbrauch bei 0,9 Prozent. Das Risiko, in den zurückliegenden 12 Monaten Opfer mindestens einer dieser Verhaltensweisen zu werden, lag im Mittel bei 15,7 Prozent. Auch in europäischen Ländern lag diese Rate im Durchschnitt bei etwa 15 Prozent.

Befragung von pflegenden Angehörigen und Pflegekräften

Empirische Studien auf der Grundlage von Täterbefragungen weisen darauf hin, dass Pflegebedürftige in beträchtlichem Maße Opfer von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege werden. So gaben in einer Studie zu Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie 20,9 Prozent der befragten pflegenden Angehörigen Demenzkranker an, gegenüber ihren Angehörigen oft oder sehr oft „lauter zu werden“, 2,5 Prozent berichteten von häufigen Drohungen oder Einschüchterungen und 1,0 Prozent davon, den Pflegebedürftigen oft bzw. sehr oft „härter anzufassen“ (Thoma, Zank & Schacke 2004).

Auf der Basis einer Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste zeigte sich, dass 39,7 Prozent der Befragten für den Zeitraum der letzten zwölf Monate angaben, sich mindestens einmal problematisch gegenüber Pflegebedürftigen verhalten zu haben (Rabold & Görge, 2007). Verbale Aggression und Formen psychischer Misshandlung (21,4 Prozent der Befragten) sowie pflegerische Vernachlässigung (18,8 Prozent) waren die häufigsten Formen problematischen Verhaltens. Selbst physische Gewalt eingesetzt zu haben, wurde von 8,5 Prozent der befragten Pflegekräfte berichtet.

Tabelle 5.1 12-Monats-Prävalenz selbstberichteter und beobachteter Formen der Viktimisierung von Bewohnern und Bewohnerinnen durch Pflegekräfte (in Prozent)

	Selbstbericht	Beobachtung
Physische Misshandlung	23,5	34,0
Psychische Misshandlung/verbale Aggression	53,7	61,8
Unangemessene mechanische Freiheitseinschränkung	28,3	39,3
Unangemessene medikamentöse Freiheitseinschränkung	5,5	12,5
Pflegerische Vernachlässigung	53,7	59,6
Psychosoziale Vernachlässigung	29,6	34,1
Sexuelle Belästigung	0	1,1
Mindestens eine der oben genannten Verhaltensweisen	71,5	71,2

Quelle: Görge, Neubacher & Hunold 2015: 426

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen wurden in einer schriftlichen Befragung zu unangemessenem Verhalten im Heimsetting befragt (Görge, Neubacher & Hunold, 2015). Dabei wurden sie gebeten, über eigenes Verhalten zu berichten (Selbstbericht) sowie Beobachtungen von Verhalten anderer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzugeben (Beobachtung). Im Verlauf der letzten zwölf Monate gaben 71,5 Prozent der befragten Pflegekräfte an, mindestens einmal einen Bewohner oder eine Bewohnerin körperlich oder psychisch misshandelt, vernachlässigt oder in seiner/ihrer Freiheit eingeschränkt zu haben (siehe Tabelle 5.1).

Die 12-Monats-Prävalenzen waren am höchsten für die folgenden Einzelverhaltensweisen: Anschreien 31,0 Prozent, Beschimpfen 30,7 Prozent, nicht rechtzeitiges Lagern 29,1 Prozent sowie Vernachlässigung der Mundpflege 28,0 Prozent. Über körperliche Gewalt in den letzten 12 Monaten berichteten 23,5 Prozent der Befragten (etwa „grobes Anfassen“ im Zuge pflegerischer Tätigkeiten). Vorsätzliche Formen physischer Aggression wurden selten, sexuelle Belästigung gar nicht berichtet. Die Anteile der Pflegekräfte, die dieses Verhalten bei Kolleginnen oder Kollegen beobachtet hatten, lagen jeweils noch etwas höher (siehe Tabelle 5.1)

Auf Basis der Qualitätsprüfungen stationärer Einrichtungen sowie ambulanter Pflegedienste durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) werden Informationen zur Versorgungsqualität zusammengestellt. Darunter sind auch Informationen, die auf unangemessenes Verhalten innerhalb von Pflegeeinrichtungen hinweisen können, wie beispielsweise freiheitseinschränkende Maßnahmen. Görge, Neubacher & Hunold (2015) analysierten den MDS-Bericht aus dem Jahr 2012. Danach kamen bei 20 Prozent aller Bewohnerinnen und Bewohner stationärer Einrichtungen freiheitseinschränkende Maßnahmen zur Anwendung. Für 10 Prozent dieser Fälle lagen keine entsprechenden Einwilligungen der Angehörigen oder der Pflegeleitung vor; für 21,6 Prozent der Betroffenen hatte keine regelmäßige Überprüfung zur Notwendigkeit einer freiheitseinschränkenden Maßnahme stattgefunden. Hier zeigen sich deutliche Mängel in der Versorgungsqualität durch ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.

Erklärungsansätze und Interventionsoptionen

Es gibt eine Reihe von Erklärungsansätzen für das Auftreten von Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege (siehe Görge, Neubacher & Hunold 2015), die bestimmte individuelle und institutionelle Interventionsmöglichkeiten nahelegen. Im Folgenden werden einige dieser Erklärungsansätze (sowie entsprechende Interventionsoptionen) skizziert:

- *Überlastung von Pflegenden*: Misshandlungen könnten die Folge von Überlastung der Pflegekräfte sein. Überlastungen können mit Hinweis auf individuelle Charakteristika der Pflegekräfte erklärt werden (z. B. fehlende Stress- und Konfliktbewältigungskompetenzen), aber auch auf die unzureichende Organisation der jeweiligen Einrichtung oder die nicht ausreichende Finanzierung der Pflege im allgemeinen zurückgeführt werden. Bessere Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten wären hier ein möglicher Interventionsansatz (neben der Veränderung gesellschaftlicher und finanzieller Bedingungen für eine Verstärkung finanzieller und personeller Ressourcen).
- *Eskalierende Interaktionen zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden*: Aus der Sicht von Pflegekräften könnten Misshandlungen die Folge von entgleitenden Interaktionen mit pflegebedürftigen Menschen sein. Hierbei ist zu beachten, dass es Verhalten von pflegebedürftigen Menschen gibt (z. B. undistanziertes oder aggressives Verhalten), das von Pflegekräften als „schwierig“ empfunden werden kann. Deeskalierendes Verhalten auf Seiten der Pflegekräfte bedarf der besonderen Schulung.
- *Machtgefälle zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden*: Es besteht ein Gefälle in der Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit zwischen pflegenden Personen und pflegebedürftigen Menschen. Zudem sind pflegebedürftige Menschen in die Obhut der Pflegenden gegeben („Schutzbefohlene“). Da in Pflegeeinrichtungen bestimmte Formen der Gewalt als legitim gelten (z. B. begründete freiheitseinschränkende Maßnahmen), kann dies zu

einem Missbrauch des bestehenden Machtgefälles führen. Mögliche Interventionen könnten in der Stärkung der bestehenden Vertretungsorgane (Heimbeirat) sowie in der Öffnung von Pflegeeinrichtungen (für Angehörige, für Menschen aus der Nachbarschaft) bestehen.

- *Strukturelle Gegebenheiten und problematische Subkulturen*: Der institutionelle Kontext stationärer und ambulanter Pflege geschieht im Rahmen struktureller Gegebenheiten, die zu ungleichen Austauschbeziehungen und einem Machtgefälle zwischen den beteiligten Gruppen führen (siehe Punkt oben). Zudem können die Strukturen stationärer Pflegeeinrichtungen zur Entstehung von kollektiven Verhaltensweisen führen, die man als „professionelle Subkultur“ betrachten könnte. Solche Subkulturen können durch gruppenspezifisches respektloses Sprechen über Bewohnerinnen und Bewohner sowie durch geteilte Rechtfertigungen für problematische Verhaltensweisen gekennzeichnet sein. Vor diesem Hintergrund ist es möglich, dass strukturelle Gewalt zu persönlicher Gewalt führt. Mögliche Interventionsmaßnahmen könnten in Personalmaßnahmen (z. B. Weiterbildung, Versetzungen) und verstärkten (internen und externen) Kontrollen bestehen.
- *Mangelnde Kontrolle sowie Tatgelegenheiten*: Aus der Perspektive der Kriminologie wird darauf hingewiesen, dass die Eröffnung von Gelegenheiten, unentdeckt eine bestimmte problematische oder kriminelle Tat zu begehen, die Wahrscheinlichkeit für diese Tat erhöht. Im Rahmen des Pflegegeschehens gibt es eine Vielzahl von Gelegenheiten für vernachlässigendes, misshandelndes und gewalttätiges Verhalten. Da pflegebedürftige Menschen in ihrer Fähigkeit, sich zur Wehr zu setzen und Auskunft zu geben, eingeschränkt sind, können sie nicht als verlässliche Zeugen entsprechender Taten dienen. Aufgrund mangelnder Kontrolle verschärft sich dieses Problem. Dies betrifft nicht allein das interne Management von Pflegeeinrichtungen, sondern auch die behördliche Heimaufsicht (zu denken ist etwa an geringe Kontrolldichte sowie die geringe Häufigkeit von unangekündigten Kontrollbesuchen des MDK oder der Heimaufsicht). Verbesserte Managementstrukturen sowie verstärkte (unangekündigte) Kontrollbesuche könnten mögliche Interventionen sein.

Die hier nur kurz skizzierten Erklärungsansätze für Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege sind miteinander verwoben und aufeinander bezogen. Problematische Verhaltensweisen im Pflegebereich sind in der Regel multifaktoriell verursacht und können aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Interventionen, die eine Verbesserung der Lebenssituation pflegebedürftiger Menschen anstreben, sollten die je nach Situation spezifischen Ursachenkombinationen für Vernachlässigung, Misshandlung und Gewalt in der Pflege in den Blick nehmen und entsprechende Abhilfe schaffen.

Quellen

Biggs, S., Manthorpe, J., Tinker, A., Doyle, M. & Erens, B. (2009): Mistreatment of older people in the United Kingdom: Findings from the first national prevalence study. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(1), 1–14.

Görgen, T. (2015): Viktimisierung von älteren Menschen. In: N. Guzy, C. Birkel & R. Mischkowitz (Hrsg.) *Viktimisierungsbefragungen in Deutschland. Band 1: Ziele, Nutzen und Forschungsstand* (S. 281–304). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.

-
- Görgen, T., Herbst, S. & Rabold, S. (2010): Jenseits der Kriminalstatistik: Befunde einer bundesweiten Opferwerdungsbefragung. In T. Görgen (Hrsg.) *Sicherer Hafen oder gefährvolle Zone? Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen im Leben alter Menschen* (S. 122–174). Frankfurt a. M.: Verlag für Polizeiwissenschaft.
- Görgen, T., Neubacher, F. & Hunold, D. (2015): Viktimisierung in Einrichtungen. In: N. Guzy, C. Birkel & R. Mischkowitz (Hrsg.) *Viktimisierungsbefragungen in Deutschland. Band 1: Ziele, Nutzen und Forschungsstand* (S. 421–456). Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- Iborra, I. (2008): *Maltrato de personas mayores en la familia en España*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Rabold, S. & Görgen, T. (2007): Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 40(5), 366–374.
- Studer, D. (2014): Kriminalitätsfurcht und Viktimisierung im Alter. Ergebnisse einer nationalen Opferwerdungsbefragung unter österreichischen Seniorinnen und Senioren. Zürich: Dike-Verlag.
- Thoma, J., Zank, S. & Schacke, C. (2004): Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37(5), 349–350.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D. & Wilber, K. H. (2017): Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156.

Kapitel 7: Pflegeberatung

Sonja Nowossadeck und Christine Hagen

Kernaussagen

- Etwa die Hälfte aller 40- bis 85-Jährigen kennt eine Pflegeberatung im Ort, rund 7 Prozent nutzen dieses Angebot auch. Wer Angehörige unterstützt und pflegt, nutzt Pflegeberatungsangebote häufiger: 15,1 Prozent derjenigen, die andere unterstützen und pflegen, nehmen Pflegeberatung in Anspruch, aber nur 4,8 Prozent derjenigen, die keine Unterstützung bzw. Pflege leisten.
- Der Mehrheit der Personen, die Pflegeberatung genutzt haben, bewertet diese positiv: 39,8 Prozent geben an, dass ihnen die Beratung „sehr“ geholfen, 35,6 Prozent geben an, dass ihnen die Beratung zumindest „etwas“ geholfen hat.

Einleitung

Der Abschnitt zu Kenntnis und Nutzung von Pflegeberatungsangeboten bezieht sich auf zwei DZA-Fact Sheets, die Daten des DEAS 2014 zu diesem Thema auswerten (vgl. Nowossadeck 2016; Mahne & Nowossadeck 2016). Im DEAS 2014 wurde erfragt, ob die Befragten verschiedene, vor allem auf Ältere ausgerichtete Angebote an ihrem Wohnort kennen und wenn ja, ob sie diese auch nutzen. Zu den abgefragten und hier dargestellten Angeboten gehören auch Pflegeberatungsstellen. Die Befunde für die Nutzung von Pflegeberatungsstellen wurden im Vergleich zu den Fact Sheets erweitert um Daten, die sich auf die Gesamtstichprobe beziehen. Für den Abschnitt zu Bewertung und Ort der Beratung wurden Ergebnisse einer Befragung pflegender Angehöriger verwendet (vgl. Schwinger u.a. 2016).

Kenntnis und Nutzung von Pflegeberatungsangeboten

Etwa die Hälfte aller 40- bis 85-Jährigen kennt eine Pflegeberatung im Ort

Unter ‚Pflegeberatungsstellen‘ werden im DEAS 2014 Pflegeberatungsangebote z. B. durch Sozialräthäuser oder Sozialverbände wie VDK verstanden. 55,6 Prozent der 40- bis 85-Jährigen kennen Pflegeberatungsstellen an ihrem Wohnort. Die jüngste Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen ist etwas weniger oft über Pflegeberatungsstellen informiert als Ältere (40-54 Jahre: 52,6 Prozent, 55-69 Jahre: 58,3 Prozent, 70-85 Jahre: 56,8 Prozent). Gleiches gilt für Männer im Vergleich zu Frauen (Männer: 52,2, Frauen: 58,8 Prozent). Im Vergleich zu Gruppen mit mittlerer und höherer Bildung kennen Personen mit niedrigem Bildungsstand seltener Pflegeberatungsangebote vor Ort (höhere Bildung: 56,8 Prozent, mittlere Bildung: 56,0 Prozent, niedrige Bildung: 48,3 Prozent).

Rund sieben Prozent nutzen dieses Angebot

Insgesamt nutzen 6,5 Prozent aller 40- bis 85-Jährigen das Angebot der Pflegeberatungsstellen. Bezogen auf diejenigen, die dieses Angebot am Wohnort kennen, sind das 11,6 Prozent.

Pflegeberatungsstellen werden von den beiden älteren Gruppen häufiger genutzt als von der jüngsten Altersgruppe der 40- bis 54-Jährigen (vgl. Tabelle 7.1). Für die Altersgruppen ab Mitte 50 steigt der Bedarf nach Beratung zum Thema Pflege, oftmals für die eigenen Eltern, Schwiegereltern oder Partnerinnen und Partner. Männer und Frauen nutzen Pflegeberatung ungefähr im gleichen Umfang.

Tabelle 7.1: Personen, die angeben, das Angebot „Pflegeberatungsstellen“ zu nutzen (Anteile an der Gesamtpopulation bzw. an den über das Angebot Informierten in %), 2014

	Anteil an Gesamtpopulation	Anteil an denen, die das Angebot kennen
<i>Gesamt</i>	6,5	11,6
<i>Alter</i>		
40-54 Jahre	5,1	9,7
55-69 Jahre	7,7	13,1
70-85 Jahre	7,1	12,6
<i>Geschlecht</i>		
Männer	5,8	11,1
Frauen	7,1	12,1

Quelle: Nowossadeck 2016, weitere Berechnungen

Wer Angehörige unterstützt und pflegt, nutzt Pflegeberatung häufiger

Mehr als zwei Drittel derjenigen, die andere unterstützen (69,2 Prozent), sind über eine Pflegeberatungsstelle im Wohnort informiert. Von denen, die keine Unterstützung leisten, kennen nur 53 Prozent dieses Angebot (Mahne & Nowossadeck 2016). Noch größer ist dieser Unterschied, wenn man diejenigen betrachtet, die Pflegeberatung in Anspruch nehmen: Bezogen auf die Gesamtpopulation nutzen 15,1 Prozent derjenigen, die andere unterstützen und pflegen, das Angebot der Pflegeberatung. Das trifft nur auf 4,8 Prozent derjenigen zu, die keine Unterstützung bzw. Pflege leisten.

Bewertung und Ort der Beratung

Auskunft über die Bewertung und den Ort der Pflegeberatung gibt eine Untersuchung von Schwinger u.a. (2016). Es handelt sich hierbei um eine telefonische Befragung von 1.000 Hauptpflegepersonen, die eine Person pflegen oder betreuen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält und zu Hause versorgt wird.

Insgesamt geben in der Befragung zwei von drei Pflegenden an (62 Prozent), dass sie schon einmal persönlich über Unterstützungsangebote beraten wurden. Der Mehrheit der Personen, die beraten wurden, hat diese Beratung geholfen: 39,8 Prozent geben an, dass ihnen die Beratung „sehr“ geholfen, 35,6 Prozent geben an, dass ihnen die Beratung zumindest „etwas“ geholfen hat (Tabelle 7.2). Die Pflegenden wurden in der Befragung nach ihrer subjektiven Belastung befragt¹⁶

¹⁶ „Die subjektive Belastung der befragten pflegenden Angehörigen wurde anhand der Kurzversion der Häuslichen-Pflege-Skala (HPS-k) gemessen. Die Belastung nach HPS-Score geht bei den hier Befragten einher mit ei-

und unterscheidet man bei dieser Frage nach hoch belasteten und niedrig belasteten Pflegenden zeigt sich, dass die hoch belastete Pflegebedürftigen weniger von der Beratung profitieren als die Pflegenden mit niedriger Belastung. Nur 36,7 Prozent der hoch Belasteten fanden die Beratung sehr hilfreich, wobei dies unter den niedrig Belasteten fast die Hälfte (49,3 Prozent) angaben. 9,2 Prozent der hochbelasteten Pflegenden gab hingegen an, dass die Beratung „wenig“ bis „gar nicht“ geholfen hat, während dieser Anteil in der Gruppe der niedrig Belasteten nur 2,6 Prozent beträgt.

Tabelle 7.2: Bewertung der Pflegeberatung (in Prozent) (Frage: „Hat die Beratung Ihnen geholfen?“)

	„sehr“	„etwas“	„teils, teils“	„weniger“	„gar nicht“
Alle Pflegenden (N=595)	39,8	35,6	18,5	4,9	1,2
Hoch belastete Pflegende (N=147)	36,7	30,6	23,5	8,2	1,0
Niedrig belastete Pflegende (N=340)	49,3	34,4	13,7	2,6	---

Quelle: Schwinger u.a. 2016: 208f., Pflege-Report 2016

N=Anzahl der gültigen Fälle

Die Beratung der Pflegenden erfolgte durch unterschiedliche Akteure. Die Befragten wurden aufgefordert, mehrere durch sie genutzte Beratungsangebote zu nennen. 53 Prozent gaben an, dass die Beratung in einer Beratungsstelle der Kranken- bzw. Pflegekasse stattfand und bei 31 Prozent fand die Beratung durch die Pflegekasse in der eigenen Häuslichkeit des Pflegebedürftigen statt. Die Beratung in Pflegestützpunkten wurde vergleichsweise wenig genannt, nur 8,7 Prozent der Befragten erhielten hier eine Beratung. Jeweils fast knapp die Hälfte der Befragten gab den ambulanten Pflegedienst (48,4 Prozent) und den (Haus-)Arzt (47,6 Prozent) als Beratungsquelle an. Kirchen, die freie Wohlfahrtspflege oder kommunale Beratungsstellen wurden hingegen eher seltener erwähnt (Tabelle 7.3).

ner schlechteren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes. Der HPS-Score erfasst in Form von zehn Fragen unter anderem, ob die Lebenszufriedenheit gelitten hat, ob die Befragten körperliche Erschöpfung oder eine angegriffene Gesundheit empfinden, ob Rollenkonflikte und der Wunsch aus der Situation auszubrechen bestehen oder ob eine soziale Isolierung eingetreten ist.“ (Schwinger u.a. 2016:195).

Tabelle 7.3: Ort der Beratung, Mehrfachnennungen möglich (Frage: „Wo fand die Beratung statt?“)

Ort der Beratung	Anteile in Prozent
Krankenkasse/Pflegekasse – in der Beratungsstelle	53,1
Krankenkasse/Pflegekasse – bei mir zu Hause	30,8
Ambulanter Pflegedienst	48,4
(Haus-)Arzt	47,6
Beratungsstelle der Kirchen oder der freien Wohlfahrtspflege	28,3
Kommunale Beratungsstelle	20,6
Pflegestützpunkte	8,7
Sonstige Stellen	0,5
Weiß nicht	0,2

Quelle: Schwinger u.a. 2016: 208, Pflege-Report 2016
Anzahl der gültigen Fälle: 597

Quellen

- Mahne, K. & Nowossadeck, S. (2016): *Kenntnis und Nutzung von Senioren- und Pflegeberatungsstellen*. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Nowossadeck, S. (2016): *Senioren-spezifische Dienstleistungen – Befunde des DEAS 2014*. DZA-Fact Sheet. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Schwinger, A., Tsiasioti Ch. und Klauber J (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber u. a. (Hrsg.) *Pflege-Report 2016. Schwerpunkt: Die Pflegenden im Fokus* (S. 189–216). Stuttgart: Schattauer.