



Elisabeth Mantl

Kompetenzbüro für Familie, Demografie und Gleichstellung

Beruf und Pflege – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Handlungsempfehlungen

Dr. Elisabeth Mantl

Kompetenzbüro für Familie, Demografie und Gleichstellung

Apostel-Paulus-Straße 19, 10825 Berlin

Tel.: 030/ 23 88 98 08, Fax.: 030/ 23 88 98 09

kontakt@ElisabethMantl.de | www.ElisabethMantl.de



Pflegebedarf und Familienpflege in Deutschland 1995-2012

Die Zahl der Pflegebedürftigen wurde in Deutschland erstmals 1999 systematisch erfasst.¹ Sie lag damals bei 2,02 Millionen Menschen. Zehn Jahre später waren bereits rund 2,4 Millionen Frauen und Männer pflegebedürftig, also knapp 400.000 Menschen mehr.² Die Tendenz ist steigend. Laut Prognosen soll die Zahl pflegebedürftiger Menschen bis 2030 auf 3,37 Millionen, bis 2050 auf 3,8 bis 4,5 Millionen steigen.³

Als „durch Angehörige versorgt“ gelten die Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld für selbstbeschaffte Pflegehilfen nach § 37 SGB XI erhalten, zuzüglich derjenigen, die in ihren Haushalten bleiben und von ihren Angehörigen zusammen mit ambulanten Pflegeeinrichtungen gepflegt werden.⁴

Die Entwicklung des Umfangs von Pflegebedürftigkeit zeigt zwischen den Bundesländern erhebliche Unterschiede. Am stärksten ist die Zahl zu pflegender Personen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern gestiegen.⁵ Das Wachstum in diesen Bundesländern ist zu

einem Großteil durch das Altern der Bevölkerung zu erklären. Der geringste Zuwachs war in Hamburg und Schleswig-Holstein zu verzeichnen.⁶

Insgesamt sind mehr Frauen als Männer pflegebedürftig (63 Prozent). 83 Prozent der Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. Über 85 Jahre waren 35 Prozent.⁷ Der Großteil der Pflegearbeit wird innerfamiliär geleistet. Nach wie vor werden mehr als zwei Drittel der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt.⁸ Die Gesamtzahl ist seit 1999 leicht rückläufig. Dies löst zum Teil große Sorgen aus, sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen wie hoch der Anteil nach wie vor ist.

¹ Pfaff, Destatis, Statmagazin, 11/2008

² Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2009, Wiesbaden 2011

³ Demografischer Wandel, S. 27, 30

⁴ Demografischer Wandel, S. 22

⁵ Vereinbarkeit Brandenburg, S. 12 ff.

⁶ Demografischer Wandel, S. 23

⁷ Pflegestatistik 2009

⁸ Pfaff, Destatis, Statmagazin, 11/2008

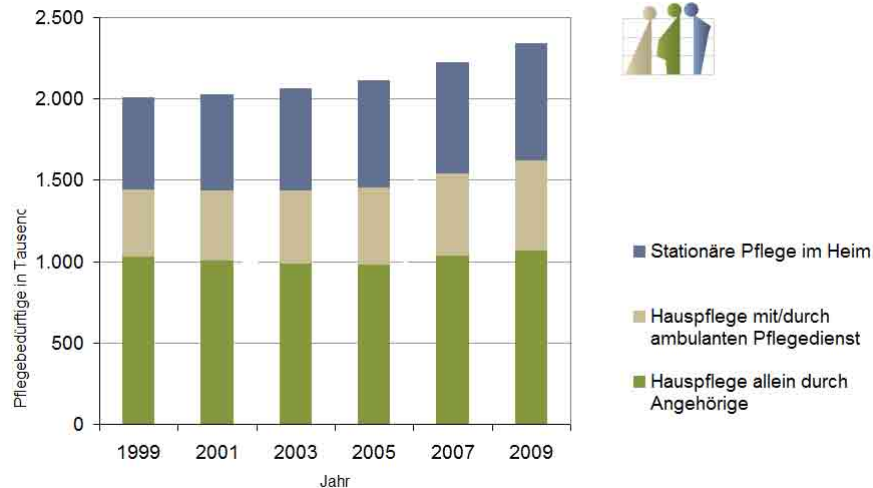


Abb. Entwicklung der Pflegebedürftigen von 1999 - 2009 in Deutschland in Tausend (Datenquelle: Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2009)

Wie der Grafik zu entnehmen ist, waren 1999 1,93 Millionen Menschen pflegebedürftig. Der Anteil der familiär gepflegten Personen lag bei 72 Prozent.⁹ 2005 wurden 1,45 Mio. der über 70jährigen Pflegebedürftigen zu Hause gepflegt.¹⁰ Das sind 68 Prozent. 2007 wurden 1,54 Mio. zu Hause gepflegt, also rund 67 Prozent der pflegebedürftigen Männer und Frauen.¹¹

⁹ Pfaff, Destatis, Statmagazin, 11/2008

¹⁰ DZA, Report, S. 16

¹¹ Pflegestatistik 2009, S. 23f.

Von ihnen wiederum wurden 1,03 Mio. allein durch Angehörige versorgt, weitere 500.000 von Angehörigen zusammen mit ambulanten Pflegediensten.¹² 2009 wurden 1,6 Millionen Pflegebedürftige ambulant zu Hause gepflegt (d.h. 68 Prozent), 1,07 Millionen ausschließlich innerfamiliär. Im Vergleich zu 1999 zeigt sich kein Trend weg von der Pflege zu Hause.¹³

Die Dominanz der Familienpflege gegenüber der stationären Versorgung entspricht den Wünschen und Vorstellungen der Pflegebedürftigen. Drei Viertel der alten Menschen, die eine Pflegestufe beantragen, wünschen sich eine ambulante Versorgung.¹⁴

¹² Demografischer Wandel, S. 21

¹³ Pflegestatistik 2009, S. 6f.

¹⁴ MDS, 2007



Familienpflege und Pflegearrangements

Zeitanforderungen, Problemlagen und Belastungen, die eine Familienpflege mit sich bringen, variieren in hohem Maße. Sie hängen von dem konkreten Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, der Art der Erkrankung sowie von der Zahl der an der Pflege beteiligten Personen ab. Anforderungen und Arrangements verändern sich auch im Verlauf einer Pflege. In der Regel steigt die Belastung über die Jahre.

Aktuell sind gut 52 Prozent der ambulant Versorgten der Pflegestufe I zugeordnet. Dieser Anteil ist seit 1999 gestiegen. Er soll, so die Prognosen, weiter zunehmen. 2009 entfielen mehr als weitere 40 Prozent auf Pflegestufe II. Nur ein kleiner Prozentsatz der zu Hause Betreuten ist schwerstpflegebedürftig.¹⁵

Jeder zweite mit Pflegestufe I wird in den Folgejahren auf Grund des zunehmenden Pflegebedarfs höher gruppiert. Vielfach erfolgt mit Erreichen der Pflegestufe III der Übergang in eine stationäre Pflege. Schwerstpflegebedürftige mit Pflegestufe III werden dreimal so häufig stationär wie ambulant versorgt.¹⁶

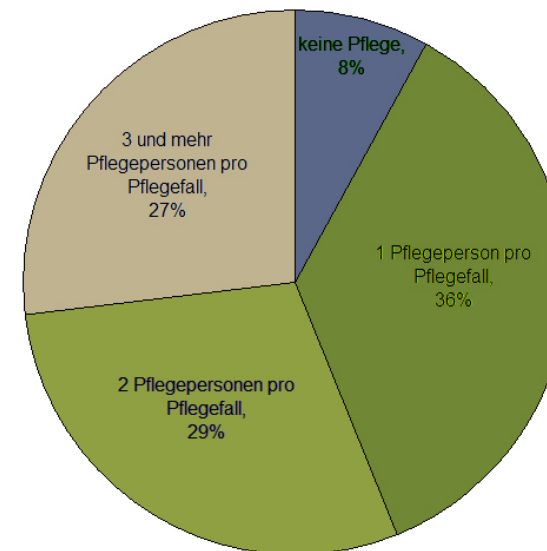
2003 wurden etwa 36 Prozent aller unterstützungsbedürftigen Personen von lediglich einer Person versorgt, 29 Prozent von zwei und 27 Prozent von drei oder mehr Personen¹⁷.

¹⁵ Demografischer Wandel, S. 23, S. 14

¹⁶ MDS, 2007; Pflegestatistik 2009

¹⁷ Meyer, 2006, S. 17

Aufteilung und Anzahl der Pfleger/innen pro Pflegefall



Kohler/Döhner untersuchten 2009 auch die Haushaltskonstellationen der Pflegenden und zu Pflegenden. Sie führten dabei 56 Interviews mit pflegenden Angehörigen in Hamburg und Dresden. Die Studie von Kohler/Döhner ist Teil eines europaweiten Projekts im Themenfeld. Im Ergebnis der Studie lebten 62 Prozent der Interviewten mit ihrem unterstützungsbedürftigen Angehörigen im selben Haushalt, weitere acht Prozent im selben Haus. Alle anderen, also 30 Prozent, lebten räumlich



getrennt und hatten damit jenseits der Pflege auch die räumliche Trennung zu bewältigen.¹⁸

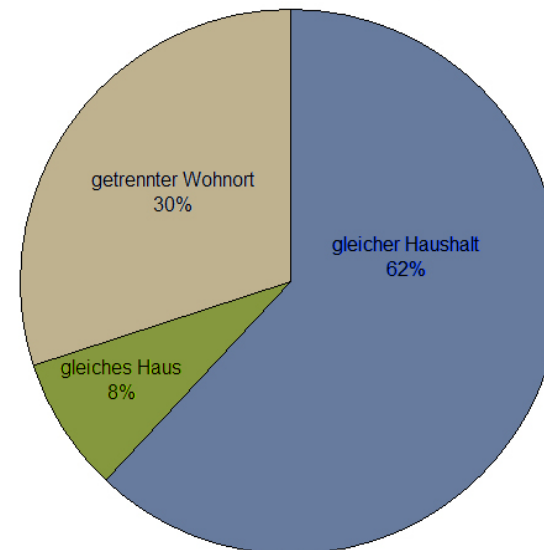
Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der Kombination von Familienpflege und Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste. So pflegten etwa 2007 66,9 Prozent der Angehörigen gänzlich ohne Fremdunterstützung. 33,1 Prozent ließen sich durch ambulante Pflegeanbieter entlasten. Ähnliches zeigen die Zahlen für 2009.¹⁹

Mit Blick auf die Geschlechterverteilung ist festzuhalten, dass der Großteil der Pflege nach wie vor von Frauen übernommen wird. Ihr Anteil an der Familienpflege lag 1999 noch bei 80 Prozent, ist tendenziell aber leicht rückläufig.²⁰ 2003 waren 73 Prozent der Pflegenden weiblich.²¹ Im Umkehrschluss verweist dies auf einen Zugewinn an pflegenden Männern. Allerdings fehlen aktuelle Zahlen. Vieles deutet aber darauf hin, dass sich mehr und mehr auch Söhne in der Elternpflege engagieren.²²

Nach wie vor ungebrochen sind es aber vor allem die Töchter, Schwiegertöchter und Ehefrauen, die pflegen. Sie stellen gut 50 Prozent der Pflegenden. Allein die Töchter und Schwiegertöchter übernehmen rund 30 Prozent aller Familienpflegen. 20 Prozent der Pflegen leisten die Ehefrauen. Danach kommen die Ehemänner (mit rund 12 Prozent) und die Väter und Mütter pflegebedürftiger Kinder (mit ebenfalls rund 12 Pro-

zent). Der Rest wird von weiteren Verwandten oder Nachbarn und Bekannten gepflegt.²³

Wohnort der pflegenden Person in Relation zur Pflegeperson



¹⁸ Kohler/Döhner, S. 31

¹⁹ Demografischer Wandel, S. 21; Pflegestatistik 2009, s. 23f.

²⁰ Schneider, S. 363

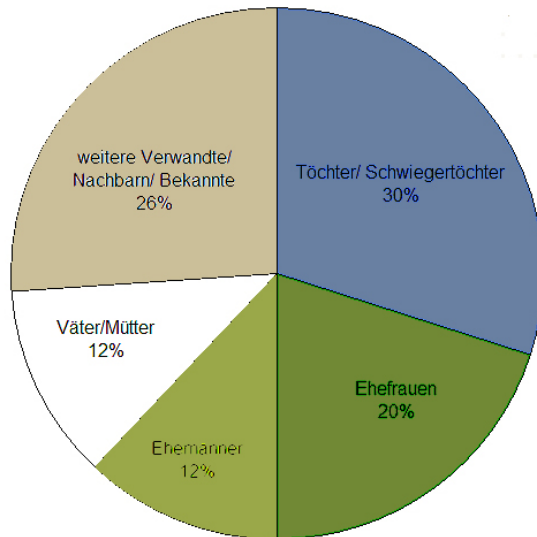
²¹ Meyer, 2006, S. 17

²² Langehennig, S. 43ff.

²³ Schneider, S. 36

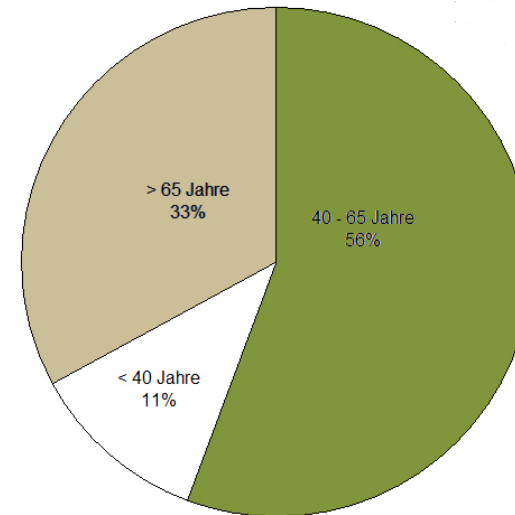


Stellung der pflegenden Person in der Familie



Mit der Stellung in der Familie variiert auch das Alter der Pfleger/innen in hohem Maße. 1999 etwa war gut jede zweite Pflegeperson (54 Prozent) zwischen 40 und 65 Jahre alt. 11 Prozent waren jünger als 40, 32 Prozent waren älter als 65 Jahre und gehörten derselben Generation an wie die unterstützungsbedürftige Person.²⁴

Altersverteilung der Pflegepersonen



D.h. 65 Prozent der Pflegenden sind im erwerbsfähigen Alter.

Familienpflege kann sich mit allen Abstufungen sowohl als stundenweiser Einsatz als auch als Vollzeitpflege gestalten. Die Anforderungen an die zeitlichen Aufwendungen variieren und verändern sich. Kohler/Döhner (S. 29ff) begegneten in ihren Interviews Personen, die täglich ausgewählte Pflegeaufgaben übernommen haben, Personen, die mehrmals in der Woche Pflegeaufgaben wahrnehmen sowie Personen, die sich im Wechsel mit andern Familienmitgliedern, Freunden und Pflegediensten jeweils einen vollen Tag pro Woche einbrachten. Sie alle waren Teil komplexer, ausgeklügelter Pflegemanagements. Zu ähnlichen

²⁴ Schneider, S. 363



Ergebnissen kamen auch Keck/Saraceno (S. 17ff). Auch sie beschreiben die Vielgestaltigkeit von Pflegearrangements, die Vielzahl an Möglichkeiten, in der sich Familienangehörige, Freunde, Nachbarn Pflege teilen und auch in welchem Umfang und welcher Art die familiäre Pflege mit institutionellen Angeboten kombiniert wird. Keck/Saraceno haben im Rahmen des französischen Projekts WOUP 26 qualitative Interviews mit Pflegenden in Berlin und Brandenburg geführt und wissenschaftlich ausgewertet.

Ausmaß und Variabilität der zeitlichen Anforderungen an die Pflegenden wurden 2004 auch mittels sozio-ökonomischen Panels untersucht. Demnach standen 2004 rund 64 Prozent aller Hauptpflegepersonen den unterstützungsbedürftigen älteren Menschen rund um die Uhr zur Verfügung. 25 Prozent der Pflegenden verwandten mehrere Stunden in der Woche auf Pflegeleistungen. Im Durchschnitt waren die Hauptpflegepersonen etwa 36,7 Stunden pro Woche mit Pflege und Unterstützung beschäftigt. Rund 76 Prozent aller Pflegepersonen mussten die Nachtruhe mehr als einmal unterbrechen.²⁵

Zu den täglichen oder fast täglichen Aufgaben zählen neben der persönlichen Hygiene, Ankleiden, Unterstützung bei den Mahlzeiten, Haushaltsführung auch Behandlungspflege und persönliche Betreuung in Form von Gesprächen, Spaziergängen oder Spielen. Hinzu kommen die Regelung bürokratischer Angelegenheiten, die Pflege sozialer Kontakte sowie die Organisation zusätzlicher Pflegepersonen.²⁶

²⁵ Meyer, 2006, S. 21

²⁶ Meyer, 2006, S. 22

Familienpflege und Erwerbstätigkeit

Seit 1998 steigt der Anteil der Personen kontinuierlich an, die parallel pflegen und arbeiten. 1998 waren noch zwei Drittel der Pflegenden, die zwischen 16 und 64 alt Jahren waren, nicht berufstätig. Der größte Teil von ihnen war bereits vor Übernahme der Pflege keiner Erwerbstätigkeit nachgegangen.²⁷

Heute ist bereits jede/r Zweite berufstätig. Umgerechnet auf die Zahl der Beschäftigten heißt dies, dass zehn bis 15 Prozent neben der Erwerbstätigkeit auch pflegebedürftige Menschen versorgen.²⁸ Zu überwiegenderen Teilen sind dies vor allem wiederum Frauen. Denn Frauen tragen unabhängig davon, ob sie erwerbstätig sind oder nicht die Hauptlast der Pflege. Fokussiert man nur die Pflegenden im erwerbsfähigen Alter, verschärft sich das Ungleichgewicht der Geschlechter bei der Übernahme von Pflegeverantwortung weiter. Die meisten pflegenden Männer sind Ehemänner, selbst nicht mehr im erwerbstätigen Alter und bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden. Folglich ist die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege nochmals mehr als die reine Übernahme von Pflegeverantwortung vorrangig ein Frauenthema.²⁹ Dem demografischen Wandel geschuldet gibt es heute bereits mehr berufstätige Frauen, die pflegen als Kinder unter sechs Jahren erziehen.³⁰

²⁷ Schneider, S. 364

²⁸ Kohler, Döhner, S. 7; Vereinbarkeit Brandenburg, S. 29

²⁹ Vereinbarkeit Brandenburg, S. 28f.

³⁰ Kohler, Döhner, S. 7



Motive zur Übernahme häuslicher Pflegeverantwortung

Motive für die Übernahme von Pflegeverantwortung finden sich zahlreich.³¹ Zumeist ist die Entscheidung, ganz oder teilweise zu pflegen multikausal begründet, von Fall zu Fall aber auch sehr verschieden. Zu den wichtigsten Motiven zählen eigene und gesellschaftliche Normen und Erwartungen hinsichtlich der Reziprozität von Fürsorge zwischen Eltern und Kindern, Zuneigung und Liebe, Fürsorgeverständnis und der Wunsch der pflegebedürftigen Person.³² Des Weiteren spielen auch Angebot, Zugänglichkeit und Qualität institutionalisierter Pflege eine Rolle. Häufig sind zudem die Kosten der Pflege bzw. einer Heimunterbringung für die Entscheidung vieler Familien verantwortlich, zu Hause zu pflegen.

Jenseits moralischer, emotionaler und normativer Motive, die über eine häusliche Pflege entscheiden, besteht ein enger Zusammenhang zwischen den sozialpolitischen Rahmenbedingungen und der Übernahme bzw. Auslagerung von Pflege durch die Angehörigen. Pflege- und Sozialversicherung folgen in Deutschland nach wie vor dem Prinzip der Subsidiarität. Die Kosten einer Pflege tragen in hohem Maße die Familien selbst: Zum einen über die Erbringung unentgeltlicher Fürsorgearbeit, zum anderen in Form konkreter finanzieller Aufwendungen. So müssen vorrangig die Ehepartner/innen, Kinder oder Eltern die Kosten

einer Heimunterbringung übernehmen, wenn diese nicht aus Mitteln der Pflegeversicherung oder dem Einkommen resp. Vermögen der Pflegebedürftigen bestritten werden können.³³ In diesen Kontext einzuordnen sind auch Überlegungen, durch familiäre Pflege dem Verlust des Elternvermögens, wie z.B. Haus- und Grundbesitz, und damit dem Verlust des potentiellen Erbes entgegenwirken zu wollen.

Die Entscheidung für oder gegen eine Familienpflege wird in der Regel nach sorgfältiger Abwägung aller damit einhergehender Opportunitätskosten gefällt.³⁴ Im Falle der Pflege sind diese in der Regel gleichermaßen moralischer wie materieller Natur. Normative Wertvorstellungen und Erwartungen kommen hinzu. Die zeitliche, psychische und emotionale Beanspruchung der Pflegenden tritt vielfach in den Hintergrund.

³¹ Kohler/Döhner, S. 37 ff., Vereinbarkeit Brandenburg, S. 38f.

³² Vgl. zum Konzept der Fürsorge vor allem Kumbruck, Rumpf, Senghaas-Knobloch, S. 11ff.

³³ Schneider, S. 369; BSHG § 2

³⁴ Schneider, S. 369



Erwerbstätigkeit, Pflege und geschlechterpolitische Handlungsnotwendigkeit

Die Frage, wie Pflege und Erwerbstätigkeit kombiniert werden und sich Pflegefähigkeit auf die Erwerbstätigkeit auswirkt, wird seit dem Jahr 2000 intensiv erforscht. Erstmals beschäftigten sich Schneider/Drobnic und Blossfeld ausführlich mit diesem Thema. Im Zentrum ihrer Forschungen standen die verheirateten Frauen. Ausgehend von den statischen Daten für das Jahr 1999 haben sie eine Reihe von Zusammenhängen beschrieben, die heute noch gelten.³⁵

Von den Personen, die 1999 zu Beginn der Pflegeverantwortung einem Beruf nachgingen, blieben 49 Prozent unverändert erwerbstätig, 27 Prozent gaben ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege auf und 24 Prozent schränkten die Erwerbstätigkeit ein.³⁶ Aktuelle Erhebungen ergeben ähnliche Ergebnisse.³⁷ Auch Keck/Saraceno (S. 25) fanden bei ihren Interviews heraus, dass 50 Prozent ihrer Gesprächspartner/innen trotz der Übernahme einer Pflege vollzeiterwerbstätig geblieben sind. Fünf Personen pflegten trotz Vollzeiterwerbstätigkeit täglich mehr als fünf Stunden, drei pflegten täglich zwischen drei und fünf Stunden. Und weitere fünf dieser 13 Personen pflegten bis zu drei Stunden täglich.

So entscheidet nicht in erster Linie die Intensität der Pflege über Fortführung und Umfang der Erwerbstätigkeit. Vielmehr sind, ähnlich wie

bei der Entscheidung, in der Familie zu pflegen, finanzielle Überlegungen und Zwänge ausschlaggebend, welche Vereinbarkeitsarrangements getroffen werden. Eine weitere Rolle spielen Qualifikation, Stellung im Beruf sowie Art und Bedeutung der Erwerbstätigkeit.

So oder so aber gibt es aktuell im Wesentlichen nur zwei Möglichkeiten, auf die zeitlichen und psychischen Anforderungen einer Pflege zu reagieren: erstens die Erwerbstätigkeit zu reduzieren oder zu unterbrechen, zweitens eine partielle Entlastung über die Inanspruchnahme ambulanter Dienstleistungen zu suchen. Beides aber muss man sich leisten können.

Kosten einer Arbeitszeitreduzierung oder einer beruflichen Auszeit müssen wie die Ausgaben für Pflegemittel, pflegerische Unterstützung oder personelle Entlastung innerfamiliär bzw. individuell abgedeckt werden können.³⁸ So kann eine Pflegeperson ihre Erwerbstätigkeit zu Gunsten einer Pflege nur reduzieren bzw. aufgeben, wenn dies das eigene bzw. das gemeinschaftliche Haushaltseinkommen erlaubt. Dies ist jedoch lediglich in Partnerschaften möglich, in denen ein Partner den Hauptteil des Familieneinkommens sichert (sichern kann) und das Einkommen des anderen Partners mehr die Qualität eines Zuverdienstes hat, der im Fall der Fälle auch verringert oder (vorübergehend) ausge-

³⁵ Kohler/Döhner, Keck/Saraceno, Preuß; Rumpf

³⁶ Schneider, S. 364

³⁷ Vereinbarkeit Brandenburg, S. 28ff.

³⁸ Kohler, Döhner, S. 7



setzt werden kann.³⁹ Dies ist nach wie vor eher bei den Frauen als bei den Männern der Fall.⁴⁰

Der Anteil der Männer, die pflegebedingt ihre Arbeitszeit reduzieren oder aus dem Beruf aussteigen, bewegt sich im Promillebereich.⁴¹ So ergibt sich ein enger Zusammenhang zwischen der innerfamiliären geschlechterspezifischen Arbeitsteilung, dem jeweiligen Beitrag, den Frauen und Männer zum Haushaltseinkommen beisteuern und der Möglichkeit, den Beruf bei Übernahme einer Pflege einzuschränken bzw. aufzugeben. Die meisten Frauen, die Pflege mit einer Teilzeitbeschäftigung verbinden, haben bereits vor Eintritt der Pflege Teilzeit gearbeitet. Häufig haben sie in der Phase der Familienbildung und Kindererziehung ihre Erwerbsbiographie auch schon einmal unterbrochen.⁴²

Dem entgegen verbleibt der Großteil der Pflegenden Vollzeit erwerbstätig, wenn das volle Einkommen unverzichtbar für die Sicherung des Haushaltseinkommens ist. Dies trifft sowohl auf Menschen in festen Paarkonstellationen als auch auf einen Großteil der alleinstehenden, getrennt lebenden, alleinerziehenden, verwitweten oder geschiedenen Menschen zu, die ihren Lebensunterhalt allein bestreiten müssen.⁴³

³⁹ Kohler, Döhner, S. 7, Vereinbarkeit Brandenburg, S. 31 ff.

⁴⁰ IZA Research Report, 2011 Nr. 39, S. 3

⁴¹ Vereinbarkeit Brandenburg, S. 29

⁴² IZA Research Report, 2011 Nr. 39, S. 3

⁴³ Kohler, Döhner, S. 7; Vereinbarkeit Brandenburg, S. 31 ff.

Die Fortführung der Vollzeitbeschäftigung findet sich gehäuft aber auch bei Paaren und Familien, in denen beide Partner hoch qualifiziert sind. Je höher die individuelle Qualifikation und das eigene Einkommen, umso wahrscheinlicher wird die Erwerbstätigkeit vollumfänglich oder nur geringfügig reduziert fortgeführt. Allerdings besteht bei dieser Personengruppe ein gravierender Unterschied zu den Frauen bzw. Paaren, bei denen die Vollzeiterwerbstätigkeit vor allem aus materiellen Zwängen heraus fortgeführt wird. In der Regel ergänzen die hochqualifizierten und gut verdienenden Frauen (und Männer) die häusliche Pflege um institutionalisierte Dienstleistungen. Sie nehmen deutlich häufiger Fremdentlastung in Anspruch und lassen sich entlasten.⁴⁴ Die Möglichkeit, trotz Pflegeverantwortung weiter zu arbeiten, finanziell unabhängig zu bleiben und im sozialen Austausch mit den Kolleg/innen sein zu können, bildet für sie häufig ein wichtiges Gegengewicht zu den emotionalen Pflegeanforderungen.⁴⁵

Die Bereitschaft, aus dem Beruf auszusteigen oder die Arbeitszeit zu reduzieren, ist zusammenfassend bei den unqualifizierten, schlecht verdienenden Frauen am höchsten. Zugleich gilt aber auch: Je schlechter die Einkommenssituation ist, umso unwahrscheinlicher ist es, dass die Pflegeperson ihre Arbeitszeit verringert oder zu arbeiten aufhört.⁴⁶ Bei höherer Qualifikation und höherem eigenen Einkommen unterbrechen Frauen die Erwerbstätigkeit seltener, während Frauen aus Haushalten,

⁴⁴ Meyer, S. 23f; Vereinbarkeit Brandenburg, S. 34ff.; aktuell für Deutschland Kohler/Döhner, S. 6

⁴⁵ Keck/Saraceno, S. 34

⁴⁶ Köhler/Döhner; Keck/Saraceno, S. 124; Vereinbarkeit Brandenburg, S. 34ff.



in denen der Großteil des Haushaltseinkommens von den Ehepartnern erwirtschaftet wird, ihre Erwerbstätigkeit zu Gunsten von Pflege häufiger einschränken bzw. aufgeben.⁴⁷

Kohler/Döhner und Keck/Saraceno fanden bei den meisten ihrer Gesprächspartner/innen Auswirkungen der Pflegeübernahme auf die berufliche Situation bzw. berufliche Entwicklung. Der Großteil äußerte, bei der Arbeit am meisten unter Konzentrationsstörungen zu leiden.⁴⁸ Vielfach sei es schwierig, nicht dauernd an die zu pflegende Person zu denken, besonders wenn diese an Demenz leidet und ohne Betreuung allein zu Hause ist.

Besonders belastend erweisen sich in der Regel unflexible Arbeitszeiten oder wenig verständnisvolle Führungskräfte und/oder Kollegen/innen, wenn in Notfallsituationen der Arbeitsplatz spontan verlassen werden muss. Nicht wenige fürchten auf Grund eingeschränkter Leistungsfähigkeit und häufiger notfallbedingter Abwesenheiten ihre Anstellung zu verlieren. Aus Zeitmangel bleibt zudem vielfach die eigene Weiterbildung auf der Strecke. Nicht selten gerät die eigene berufliche Entwicklung in den Hintergrund.⁴⁹ All dies schlägt sich umso mehr nieder, wenn die Arbeitszeit auf Grund finanzieller Anforderungen den pflegerischen Anforderungen nicht entspricht und/oder keine pflegerische Entlastung finanziert werden kann.⁵⁰

⁴⁷ Schneider, S. 373ff, Kohler, Döhner, S. 6, 124

⁴⁸ Keck/Saraceno, S. 32

⁴⁹ Keck/Saraceno, S. 33

⁵⁰ Kohler/Döhner, S. 44ff

Umgekehrt weisen mehrere Befunde zusammenfassend darauf hin, dass die Erwerbstätigen die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege am besten bewältigen, die über finanzielle Ressourcen verfügen, Entlastung organisieren und sich Hilfsmittel leisten können, ambulante und institutionelle Pflege kombinieren, Unterstützung von ihren Arbeitgebern erfahren, Arbeitszeiten flexibilisieren können, emotionale Entlastungsstrategien entwickeln und Anerkennung für ihre Leistung erfahren.⁵¹ Jenseits dessen spielt auch das Selbstverständnis der Pflegenden eine wichtige Rolle für eine gelingende Vereinbarkeit von Beruf und Pflege.

Speziell die feministische und sozialwissenschaftliche Forschung verweist mit Nachdruck auf den Geschlechterbias der Familienpflege und dessen negative Konsequenzen auf die berufliche Entwicklung, die materielle Unabhängigkeit und die Altersversorgung von Frauen, wenn weder finanzielle Entschädigung bzw. institutionalisierte Entlastung bei der Pflege angeboten wird. Kritisiert wird vor allem die Orientierung der sozialen Sicherung an traditionellen Familienstrukturen.⁵² So orientiere sich das deutsche Pflegesystem einschließlich der Sozial- und Pflegeversicherung an einem kontinuierlichen männlichen Vollzeit-erwerbsmuster und der Idee einer geschlechterhierarchischen Arbeitsteilung. Die Verfügbarkeit von Frauen zur Übernahme von unentgeltlichen Fürsorgeleistungen werde darin nach wie vor vorausgesetzt, geradezu erwartet.⁵³ Die sozial- und pflegepolitischen Rahmenbedingun-

⁵¹ Kohler/Döhner S. 34; Keck/Saraceno, S. 35

⁵² u.a. Dackweiler, S. 21ff.

⁵³ Backes, Gender, Keck/Saraceno, S. 48, Langehenning, S. 28, Meyer, S. 95 ff., Rumpf, S. 3; Stiegler,



gen drohen die von Geschlecht und sozialer Zugehörigkeit abhängenden Ungleichheiten eher zu verfestigen als aufzulösen.⁵⁴ Forscher/innen befürchten, dass die weitgehend unentgeltlich geleistete Familienpflege und die Einschränkung der Berufstätigkeit als Garantie für die Finanzierbarkeit des Pflegesystems staatlicherseits nachgerade instrumentalisiert werden könnte.

Wissenschaftlicherseits werden zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege stattdessen Maßnahmen vorgeschlagen, die den Geschlechterbias bei der Übernahme von Pflege berücksichtigen, Prinzipien der Subsidiarität und der geschlechterspezifischen Arbeitsteilung überwinden und sich von den Normvorstellungen der Vollzeitberufstätigkeit verabschieden.⁵⁵ Des Weiteren sei es angesichts der Befunde, was pflegende Angehörige am meisten entlastet, notwendig, die bestehende Dichotomie zwischen häuslich-privatisierter und stationär-öffentlicher Pflege aufzuheben.

Bereits 2004 forderte die Medizinsoziologin Martha Meyer im Ergebnis des EU-Projektes EUROFAMCAE den Ausbau öffentlich-privater Partnerschaften in der Pflege. Dem schloss sich drei Jahre später auch Mechthild Rumpf an. Auch sie redete Pflegearrangements das Wort, die auf einem Konzept geteilter Verantwortung, sprich einem Mix aus familialer Hilfe und Pflege, ambulanten Diensten, teilstationären Angeboten und einem verlässlichen sozialen Netz beruhen.⁵⁶

Und auch die Akademiegruppe „Altern in Deutschland“ kam zum selben Ergebnis: „Die Fähigkeit der Familien zur Erbringung von“ Fürsorgeleistung „ist durch öffentliche Leistungen finanzieller und institutioneller Art, durch Anreize für die Nutzung professioneller Dienstleistungen über den Markt (z.B. durch erweiterte steuerliche Abzugsfähigkeit) wie durch zivilgesellschaftliches Engagement (z.B. Nachbarschaftshilfen) zu ergänzen.“ Sozial- und Pflegepolitik sollten die Organisation individualisierter und flexibler Mischungen unterschiedlicher Leistungsarten unterstützen. Empfohlen wird die Orientierung am dänischen Modell, das zivilgesellschaftliche und kommunale Pflegeleistungen effektiv verknüpfe.⁵⁷

S. 14 ff.

⁵⁴ Keck/Saraceno, S. 48; Rumpf, S. 6

⁵⁵ Rumpf, S. 44 f.

⁵⁶ Rumpf, S. 35, S. 95ff.

⁵⁷ Kocka, S. 90



Literatur zum Thema

- BAGSO Nachrichten (2010), Beruf und Pflege 4.
- Backes, G. u.a. (2008): Gender in der Pflege: Herausforderungen für die Politik. Bonn.
- Barkholdt, C., Lasch, V. (2004): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Dortmund.
- Bauer, A., Gröning K. (2008): Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel, Frankfurt a.M.
- Dies. (2009): Die späte Familie. Intergenerationelle Beziehungen im hohen Lebensalter. Gießen.
- Beruf und Familie gGmbH (2009) (Hg.): Reihe für die Praxis 1: Eltern pflegen. So können Arbeitgeber Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen unterstützen - Vorteile einer familienbewussten Personalpolitik, Frankfurt. http://www.beruf-und-familie.de/index.php?c=43&sid=&cms_det=213
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen (Hg.) (2012): 2011: Jahresrückblick 32.
- Dackweiler, R.M. (2007): „Demografischer Wandel“ als soziales Problem? Feministische Perspektiven auf eine gesellschaftspolitische Debatte. In: IFF, 24 (33), 21-31.
- Döhner H, Kohler S. (2012) Pflegende Angehörige. In: Wahl H-W., Tesch-Römer C., Ziegelmann J. (Hg.): Angewandte Gerontologie: Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart, 472-476.
- Ennepe-Ruhr-Kreis (Hg.) (2010): „Zwischen Pflegebett und Büro“. Dokumentation einer Fachtagung zur Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. Hattingen, 27. Oktober 2009, Schwelm.
- Herrenbrück, A. (2010): Pflegende Söhne – gängige Rollenmuster oder neue Lebensentwürfe? Konstanz.
- Hofmann, E., Nachtmann, J. (Hg.) (2007): Alter und Pflege. GeroStat Report Altersdaten 03.
- Keck, W., Saraceno, Ch. (2009): Balancing elderly care and employment in Germany. WZB discussion paper SP I 2009-401.
- Keck, W. (2011): Pflege und Beruf. Ungleiche Chancen bei der Vereinbarkeit. WZBrief Arbeit 09.
- Klie T. u.a. (2005) (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen, Frankfurt a.M.
- Kocka, J., Staudinger U. (2010) (Hg.): Gewonnene Jahre. Empfehlungen der Akademiegruppe Altern in Deutschland. Halle (Saale).
- Kohler, S., Döhner, H. (2011): Carers between Work and Care. Conflict or Chance? Results of Interviews with Working Carers. Hamburg. (<http://www.carersatwork.tu-dortmund.de/download/National%20report%20GER.pdf>).
- Kumbruck, Ch., Rumpf, M., Senghaas-Knobloch, E. (Hg.) (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. München.
- Lamura, G. u.a. (2006). Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen - Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39(6), 429-442.
- Langehennig, M. (2009): Männer in der häuslichen Angehörigenpflege. Forschungsbefunde, Forschungsartefakte, Forschungsperspektiven. In: Jansen M.M. (Hg.): Pflegende und sorgende Frauen und Männer. POLIS 49, 43-58.
- Masuy, A. J. (2009): Effects of Caring for an older person on womens' lifetime participation. In: Work, Aging and Society, 29(5), 745-763.



- Meyer, Martha (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen, Hamburg.
- Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg (2009) (Hg.): Vereinbarkeit von Beruf und Pflege im Land Brandenburg. Teltow.
- Mnich E., Kohler S. (2007): Ein europäischer Vergleich zum Effekt wohlfahrtsstaatlicher Transfers auf familiäre Pflege: Wirkungen der deutschen Pflegeversicherung. In: Janßen, C. u.a. (Hg.) Medizinsoziologische Versorgungsforschung. Theoretische Ansätze, Methoden, Instrumente und empirische Befunde. Weinheim und München, 253-272.
- Der Paritätische Gesamtverband (Hg.) (2012): Falsche Weichenstellungen, verpasste Chancen. Eine sozialpolitische Halbzeitbilanz der Regierungskoalition, Berlin. (http://www.der-paritaetische.de/uploads/tx_pdforder/A4_sozialpolitisch_web.pdf)
- Der Paritätische Gesamtverband (Hg.) (2011): Paritätisches Konzept für ein Familienpflegegeld, Berlin.
- Preuß, M., (2010): Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Einflussfaktoren und Erklärungsansätze im Spiegel sozialer Ungleichheit, Saarbrücken.
- Reichert, M. (2007): Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit - Unterstützungsmaßnahmen und Initiativen im Ausland. Beitrag im Rahmen der Fachtagung Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz am 2. November 2006 in Mainz. Mainz.
- Reißmann, A. (2005): Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung. In: Chancen und Grenzen häuslicher Pflege 5. Oldenburg.
- Rumpf, Mechthild (2007): Geschlechterverhältnisse und Ethos fürsorglicher (Pflege-) Praxis im Wandel. Literaturstudie und Problemskizzen zu häuslicher Pflege (artec-paper 144: Langfassung; artec-paper 145: Kurzfassung), Bremen.
- Schneider, T., Dobrič, S, Blossfeld, H. (2001). Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. Zeitschrift für Soziologie 5, 362 – 383.
- Statistische Ämter (2010). Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf die Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige in Bund und Ländern.
- Statistisches Bundesamt (2008). Pflegebedürftige heute und in Zukunft. http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/STATmagazin/Sozialleistungen/2008__11/2008__11Pflegebeduerftige,templat