

Familien

in Baden-Württemberg

REPORT



02/2009



Familie und Pflege

Inhalt

Wichtige Ergebnisse im Überblick	2
Editorial	3
1. Demografische Entwicklung und Pflege	4
Demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen	4
Lebenserwartung und Gesundheit älterer Menschen: Nimmt das Pflegerisiko zu oder ab?	5
Herausforderungen für den Bereich der Pflege	6
2. Pflege in der Familie – ein Zukunftsmodell?	8
Pflege in Baden-Württemberg im Spiegel der Statistik	8
Regionale Unterschiede in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen	10
Wie organisieren Familien die häusliche Pflege?	10
Männer engagieren sich zunehmend in der Kinderbetreuung – und in der Pflege?	11
Familien mit Migrationshintergrund und häusliche Pflege	12
Entwicklungstendenzen im ambulanten und im stationären Bereich	14
Unterstützung familialer Pflege – Ansätze und aktuelle Entwicklungen	16
Gesetzliche Rahmenbedingungen	17
Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten	17
Bürgerschaftliches Engagement im Umfeld von Pflege	17
Vereinbarkeitslösungen in Betrieben	19
3. Häusliche Pflege im europäischen Vergleich	21
Generationensolidarität in Europa: häusliche Pflege der Eltern	21
Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und innovative Praxisbeispiele	22
Literatur	24
Impressum	28

Wichtige Ergebnisse im Überblick

- Aus demografischen Gründen werden zukünftig deutlich mehr ältere Menschen in Baden-Württemberg auf Betreuung und Pflege angewiesen sein als heute. Vorausberechnungen gehen davon aus, dass die Zahl der Pflegebedürftigen von heute 237 000 um 121 000 zunehmen und im Jahr 2031 auf fast 358 000 steigen wird. Diesem Anstieg von 51% liegt die Annahme zugrunde, dass sich Pflegerisiken in einzelnen Altersgruppen zukünftig nicht wesentlich gegenüber heute verändern.
- Der Trend zur professionellen Pflege im stationären und ambulanten Bereich wird sich vermutlich auch in Zukunft fortsetzen. Falls das zukünftige Pflegerisiko in etwa dem heutigen entspricht, ist im Hinblick auf die Anzahl der ambulant und stationär Gepflegten mit einer Zunahme von 61% bzw. 62% zu rechnen. Aber auch die Anzahl der Pflegegeldempfänger wird sich deutlich auf knapp 40% erhöhen.
- Obwohl die stationäre Pflege in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, ist die Familie weiterhin der zentrale Ort der Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Etwa zwei Drittel der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg werden zu Hause gepflegt, ein Drittel in stationären Einrichtungen.
- Um die mit der Angehörigenpflege verbundenen Herausforderungen bewältigen zu können, sind Familien auf ein stabiles, verlässliches Pflegenetzwerk angewiesen – in Zukunft noch stärker als heute. Dazu gehören passgenaue Versorgungsangebote im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich, die auch auf die besonderen Bedürfnisse Demenzerkrankter ausgerichtet sind, bezahlbare haushaltsnahe Dienstleistungen sowie niedrigschwellige Selbsthilfe- und Unterstützungsgruppen.
- Das bürgerschaftliche Engagement gewinnt an Bedeutung: Durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden neue Fördermöglichkeiten zum Aufbau und zur Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe im Umfeld von Pflege geschaffen. In Baden-Württemberg stehen Seniorenetzwerke und Pflegebegleiter-Initiativen im Fokus, die pflegenden Angehörigen Entlastung und Freiräume in schwierigen Alltagssituationen verschaffen.
- Die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ist in letzter Zeit stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt, trotzdem ist es für pflegende Angehörige nach wie vor oft schwierig, den Anforderungen beider Lebensbereiche gerecht zu werden. Bislang gibt es nur wenige konkrete Maßnahmen auf betrieblicher Ebene, die den speziellen Beratungs- und Unterstützungsbedarf von pflegenden Erwerbstätigen abdecken.
- Die demografische Entwicklung betrifft nicht nur Deutschland, sondern nahezu alle europäischen Länder in vergleichbarem Maß. Mittlerweile existieren zahlreiche Projekte und Initiativen in Europa, deren Ziel es ist, pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten. So wurde beispielsweise in Finnland oder Schweden die hohe Bedeutung des Themas Vereinbarkeit von Beruf und Pflege bereits früher erkannt als in Deutschland und Entlastungsangebote frühzeitig ausgebaut.

Familie und Pflege

Editorial

Familien übernehmen in besonderem Maß Verantwortung für pflegebedürftige Angehörige, zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg werden zu Hause versorgt. Im Fall einer Pflegebedürftigkeit in den eigenen vier Wänden versorgt zu werden, entspricht auch nach wie vor dem Wunsch der meisten Menschen. Allerdings stellen sich erheblich ändernde gesellschaftliche Bedingungen die Selbstverständlichkeit, mit der früher zu Hause gepflegt wurde, immer mehr in Frage. Vorausberechnungen gehen davon aus, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen bis 2031 um gut 50 % ansteigen könnte, veränderte Familienstrukturen und eine auch politisch gewollte gestiegene Frauenerwerbstätigkeit stellen Familien vor neue Herausforderungen. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen stellt sich die Frage, wie Familien die Pflege bereits heute organisieren und welchen Unterstützungsbedarf sie haben, wenn die häusliche Pflege auch in Zukunft Vorrang vor der institutionellen Betreuung haben soll.

Der Blick auf die demografische Entwicklung im ersten Kapitel dieses Reports zeigt, welche Auswirkungen der demografische Wandel aus heutiger Sicht auf den Bereich der Pflege haben wird und vor welchen Herausforderungen wir zukünftig stehen werden.

Im zweiten Kapitel steht die Pflege in der Familie im Mittelpunkt: Was leisten Familien heute und was können sie im Hinblick auf die Pflege in Zukunft leisten? Wenn Familie der zentrale Ort der Pflege bleiben soll, sind Angehörige zukünftig noch stärker als bisher auf unterstützende Netzwerke und eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege angewiesen.

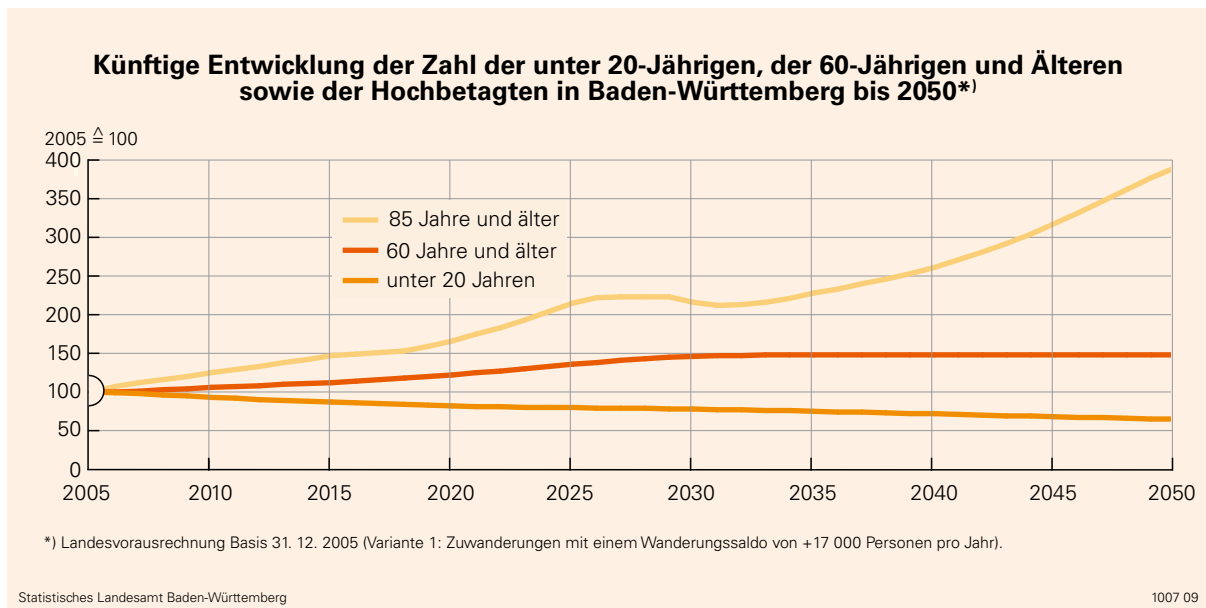
Das dritte Kapitel liefert Informationen über innovative Praxisbeispiele und Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Europa. Diese Beispiele machen deutlich, dass unsere europäischen Nachbarländer vor ähnlichen Herausforderungen stehen und dass eine humane Pflege und Betreuung in Zukunft nur sichergestellt werden kann, wenn man sich bereits heute Gedanken über eine neue Kultur der gegenseitigen Unterstützung und Hilfe macht. Dazu möchte der vorliegende Report anregen.

1. Demografische Entwicklung und Pflege

Demografische Entwicklung und ihre Auswirkungen

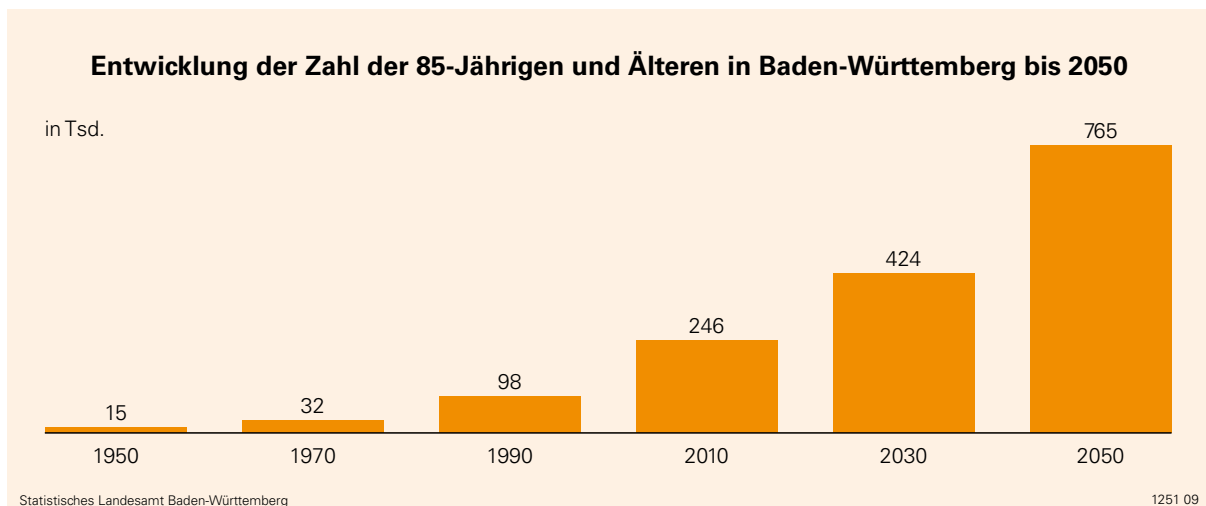
Die demografische Entwicklung führt zu tief greifenden Veränderungen in unserer Gesellschaft. Eine für die Pflege besonders wichtige Entwicklung ist die sich ändernde Alterstruktur der Bevölkerung.

Schaubild 1



Es ist davon auszugehen, dass in 20 Jahren etwa doppelt so viele ältere Menschen (im Alter von 60 Jahren und älter) in Baden-Württemberg leben wie jüngere (im Alter von unter 20 Jahren). Die Zahl der Hochbetagten (im Alter von 85 Jahren und älter) wird bis 2020 voraussichtlich um nahezu zwei Drittel auf rund 327 000 Personen in Baden-Württemberg ansteigen. Bis 2050 ist damit zu rechnen, dass sich ihre Zahl gegenüber 2005 fast vervierfacht.

Schaubild 2



Das Risiko, pflegebedürftig zu werden, nimmt mit steigendem Alter deutlich zu. Von den 85- bis unter 90-jährigen Männern in Baden-Württemberg war 2007 im Durchschnitt nahezu ein Viertel pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, von den Frauen im selben Alter war es etwas mehr als ein Drittel. Im Alter von 90 und mehr Jahren waren etwa ein Drittel der Männer und über die Hälfte der Frauen auf Pflege angewiesen.¹⁾ Bundesweit bedurften 2007 knapp 41 % der 85- bis unter 90-jährigen Frauen der Pflege, bei den Männern fast 28%. Im Alter von 90 und mehr Jahren waren im Bundesgebiet etwa 69 % der Frauen und rund 39 % der Männer pflegebedürftig.²⁾

Lebenserwartung und Gesundheit älterer Menschen: Nimmt das Pflegerisiko zu oder ab?

Aktuelle Ergebnisse der Sterbetafeln der amtlichen Statistik zeigen, dass sich der zu beobachtende Trend der steigenden Lebenserwartung auch weiter fortsetzt: 2006/2008 betrug die Lebenserwartung für neugeborene Jungen in Deutschland 77,2 Jahre und für Mädchen 82,4 Jahre (Baden-Württemberg: 78,6 bzw. 83,3 Jahre). Nach der Sterbetafel 2005/2007 waren es noch 76,9 beziehungsweise 82,3 Jahre (Baden-Württemberg: 78,3 bzw. 83,2 Jahre).³⁾ Wie sich die Erhöhung der Lebenserwartung auswirkt und ob sich das Pflegerisiko in den unterschiedlichen Altersgruppen auch in Zukunft auf vergleichbarem Niveau bewegen wird, ist strittig. Bisher vorliegende Daten deuten darauf hin, dass die Menschen in den meisten westlichen Industriestaaten zukünftig nicht nur länger, sondern auch länger gesund leben.⁴⁾ So entspricht in Deutschland beispielsweise der Gesundheitszustand eines heute 65-Jährigen im Durchschnitt dem eines 58-Jährigen vor 30 Jahren und der eines heute 70-jährigen dem eines 65 Jahre alten Mannes vor drei Jahrzehnten. Dies weist darauf hin, dass in den vergangenen Jahrzehnten hier nicht nur die Lebenserwartung, sondern auch die gesunde Lebenserwartung gestiegen ist.⁵⁾ Als Gründe für diese Entwicklung werden verbesserte hygienische Bedingungen, gesündere Ernährung, gestiegene Bildungs- und damit Einkommenschancen, verbesserte Arbeitsbedingungen sowie eine breitere soziale Sicherung und der verbesserte Zugang zum Gesundheitssystem gesehen.

Auf der anderen Seite gibt es allerdings auch gegenläufige Entwicklungen, die zu anderen Einschätzungen der gesunden Lebenserwartung führen. So ist beispielsweise davon auszugehen, dass mit dem steigenden Anteil hochbetagter Menschen in unserer Gesellschaft auch die Zahl der Demenzerkrankten steigen wird, da das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, mit dem Alter stark ansteigt

1) Pflegebedürftigkeit im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes bedeutet, dass jene Personen als pflegebedürftig bezeichnet werden, die „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich mindestens für sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe bedürfen.“ (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Hilfsbedürftige ältere Menschen, die nicht unter diese Definition fallen, werden statistisch nicht erfasst. – 2) Roloff, J., 2009, Statistisches Bundesamt (Hrsg.), 2008. – 3) Die Sterbetafeln der amtlichen Statistik basieren auf den Daten über die Gestorbenen und die Durchschnittsbevölkerung der letzten 3 Jahre. Es handelt sich hierbei um eine Momentaufnahme der Sterblichkeitsverhältnisse der gesamten Bevölkerung für diesen Zeitraum, Pressemitteilung des Statistischen Bundesamtes Nr. 364 vom 24.09.2009, http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/09/PD09__364__12621,templatId=renderPrint.psml. – 4) Eggen, B., Knotz, C., 2009. – 5) In der gerontologischen Forschung wird diese Entwicklung unter dem Stichwort der „Kompressionsthese“ diskutiert. Allerdings ist diese Entwicklung nicht in allen Industriestaaten so eindeutig, wie sie in Deutschland erscheint, Eggen, B., Knotz, C., 2009.

In der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen leiden weniger als ein Prozent an einer demenziellen Erkrankung, von den 80 bis 84-Jährigen sind es bereits mehr als 10 %, von den 100-Jährigen ist jede dritte Person betroffen.⁶⁾ Nach Angaben der Deutschen Alzheimer Gesellschaft leben derzeit in Deutschland etwa 1,1 Millionen Demenzerkrankte, im Jahr 2050 werden es voraussichtlich 2,6 Millionen sein, sofern kein Durchbruch in Prävention und Therapie gelingt.⁷⁾

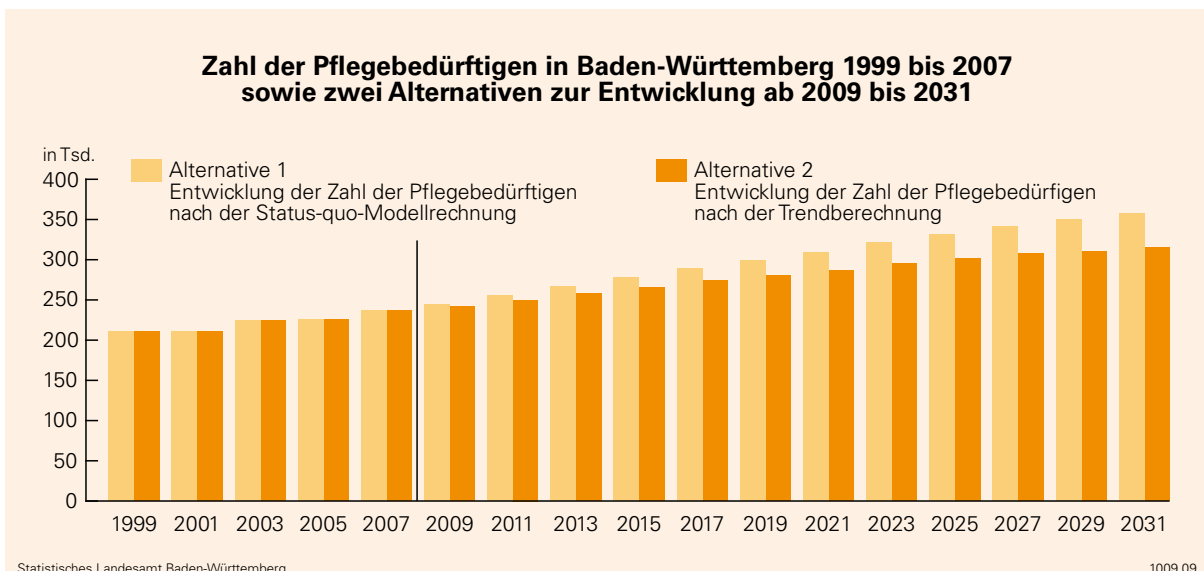
Neue Risiken bestehen darüber hinaus durch die gestiegene Zahl übergewichtiger und adipöser Kinder. Adipositas erhöht das Risiko chronischer Krankheiten signifikant und auch das Sterblichkeitsrisiko vergrößert sich deutlich.⁸⁾

Studien neueren Datums stützen dennoch die These, dass mit der steigenden Lebenserwartung auch ein Anstieg der gesunden Lebenserwartung verbunden ist. Dem entspricht auch die Beobachtung, dass die Pflegewahrscheinlichkeiten in Baden-Württemberg in den vergangenen Jahren im Durchschnitt leicht abgenommen haben. Modellrechnungen zur Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen im Land gehen daher entweder davon aus, dass sich Pflegewahrscheinlichkeiten im jeweiligen Alter in den kommenden Jahren nicht gravierend ändern werden (Status-quo-Variante) oder dass sich der seit 1999 in der Pflegestatistik abzeichnende Trend einer leichten Abnahme der Pflegewahrscheinlichkeit fortsetzt (Trendvariante).

Herausforderungen für den Bereich der Pflege

Falls das zukünftige Pflegerisiko in etwa dem heutigen entspricht, dann wird die Zahl pflegebedürftiger Menschen aller Altersgruppen in Baden-Württemberg bis 2031 voraussichtlich um 51% ansteigen (von 237 000 Pflegebedürftigen im Jahr

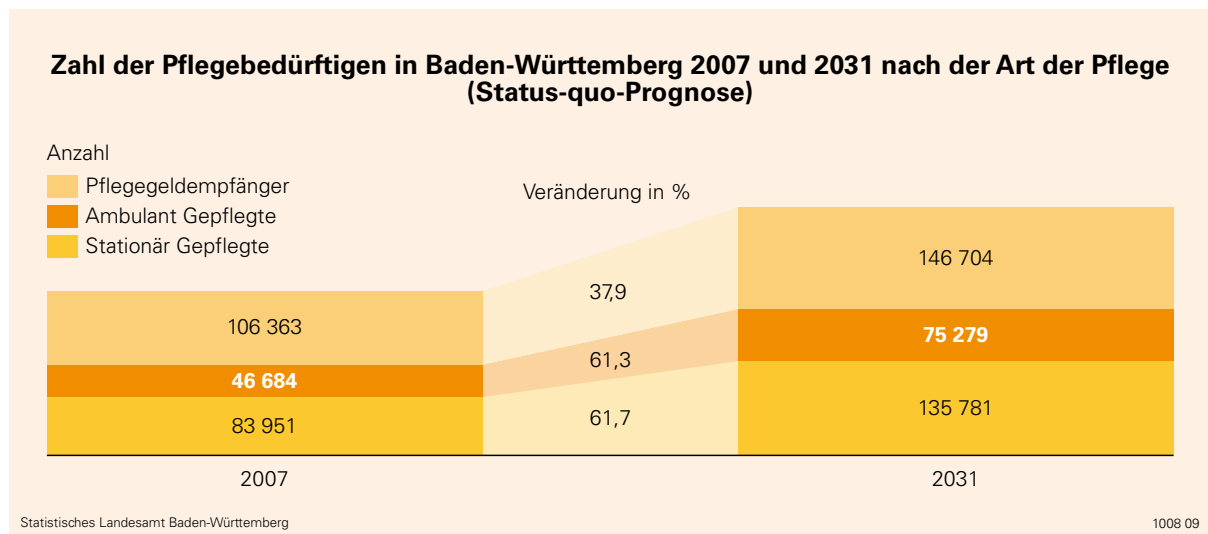
Schaubild 3



6) Ziegler, U., Doblhammer, G., 2008. – 7) Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): Das Wichtigste – Infoblätter, 1 Die Epidemiologie der Demenz, 2008, http://www.deutsche-alzheimer.de/index.php?id=37&no_cache=1&file=7&uid=224. – 8) Eggen, B., Knotz, C., 2009.

2007 auf fast 358 000 im Jahr 2031).⁹⁾ Geht man davon aus, dass die Pflegewahrscheinlichkeit aufgrund einer längeren gesunden Lebenserwartung in Zukunft im Durchschnitt leicht absinkt, dann fällt der Anstieg der Pflegebedürftigenzahl etwas moderater aus.¹⁰⁾ Die beiden dargestellten Modellrechnungen zur Zahl der Pflegebedürftigen zeigen die Ober- und Untergrenzen der möglichen zukünftigen Entwicklung. Je nach Pflegeart fällt die Zunahme unterschiedlich aus. Folgt man der Status-quo-Variante, dann ist im Hinblick auf die ambulant und stationär Gepflegten mit einer Zunahme von 61 % bzw. 62 % zu rechnen. Deutlich geringer fällt nach dieser Modellrechnung der Anstieg der Pflegegeldempfänger aus, also derjenigen, die durch Angehörige versorgt werden. Aber auch hier ist von einem Anstieg von nahezu 40 % auszugehen.

Schaubild 4

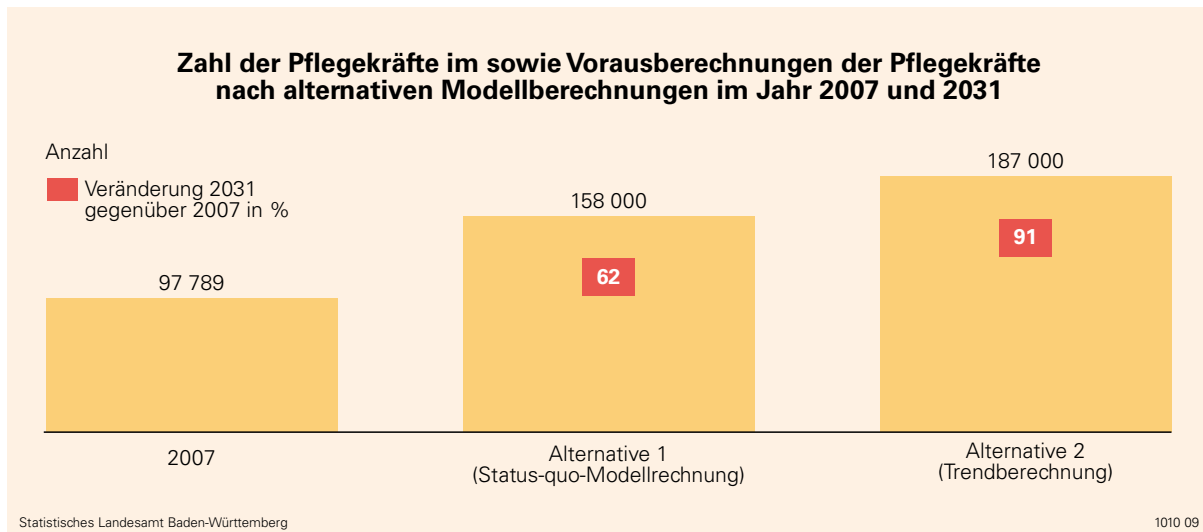


Zu beachten ist hierbei, dass kaum vorausberechnet werden kann, wie sich der derzeitige Trend von der Pflege zu Hause hin zur professionellen Pflege in stationären Einrichtungen zukünftig entwickelt.

Aus diesen Modellrechnungen können Rückschlüsse auf den wahrscheinlichen künftigen Bedarf an Pflegekräften gezogen werden. Der zusätzliche Bedarf an Pflegekräften könnte, je nach Berechnungsgrundlage, bis zum Jahr 2031 zwischen 60 000 und 89 000 Personen betragen und damit um 62 % bzw. 91 % gegenüber heute ansteigen.¹¹⁾ Es ist davon auszugehen, dass der Anteil der Menschen, die zu Hause von ihren Angehörigen gepflegt werden, durch die sich ändernden gesellschaftlichen Bedingungen weiter ab- und die professionelle Pflege stärker zunimmt. Diese sich in den vergangenen Jahren abzeichnende Entwicklung wurde in die Berechnung der Trendvariante einbezogen. Das führt dazu, dass nach dieser Variante der zukünftige Bedarf an Pflegekräften deutlich höher ausfällt als nach der Status-quo-Modellrechnung.

9) Burger, F., Weber, M., 2009b. – 10) Bei der Trendberechnung wird unterstellt, dass sich der seit der ersten Erhebung 1999 feststellbare Trend eines leichten Rückgangs der Pflegewahrscheinlichkeit und einer stärkeren Inanspruchnahme professioneller Pflege weiter fortsetzt. S.a. Burger, F., Weber, M., 2009b, S. 13. – 11) Die Modellrechnung geht davon aus, dass sich das Zahlenverhältnis von Pflegepersonen und Pflegebedürftigen nicht wesentlich ändert; Burger, F., Weber, M., 2009b

Schaubild 5



2. Pflege in der Familie – ein Zukunftsmodell?

Obwohl die Bedeutung der stationären Pflege in den letzten Jahren zugenommen hat und damit zu rechnen ist, dass sich dieser Trend auch zukünftig fortsetzt, ist die Familie der zentrale Ort für die Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Ein Blick auf die aktuellen Daten der Pflegestatistik unterstreicht die hohe Bedeutung der Familie und anderer privater Netzwerke für die Pflege.

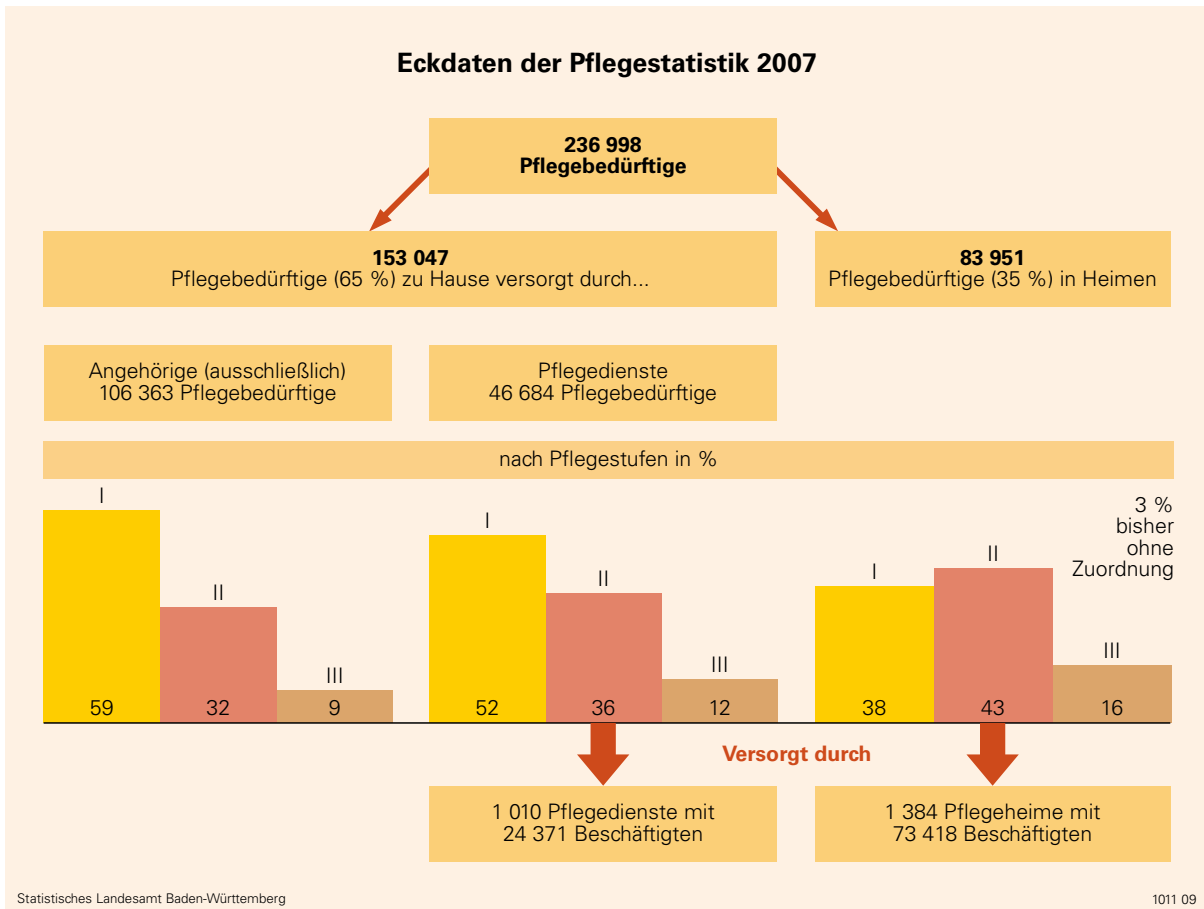
Pflege in Baden-Württemberg im Spiegel der Statistik

Ende 2007 waren in Deutschland 2,25 Millionen Menschen pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes, in Baden-Württemberg waren es rund 237 000 Menschen - gut 2 % der Bevölkerung - und damit 11 500 mehr Menschen als zum Zeitpunkt der letzten Erhebung (2005).

Im Verhältnis zur jeweiligen Bevölkerung sind ältere Menschen im Südwesten insgesamt seltener pflegebedürftig als in anderen Bundesländern. So ist in Baden-Württemberg beispielsweise etwa ein Drittel (32 %) der 85- bis 90-Jährigen pflegebedürftig, wohingegen in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern jeweils etwa die Hälfte der Menschen dieser Altersklasse auf Pflege angewiesen ist. Bundesweit liegt die Pflegequote in dieser Altersklasse bei 37 %.¹²⁾

12) Statistisches Bundesamt 2009, Die Pflegequote drückt den Anteil der Pflegebedürftigen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe aus.

Schaubild 6



In Baden-Württemberg waren Ende 2007 etwa 35 % der Pflegebedürftigen in Heimen untergebracht (knapp 84 000 Personen), knapp 65 % wurden zu Hause versorgt (rund 153 000 Personen). Von den zu Hause Gepflegten wurden etwa

Zwei Drittel der Pflegebedürftigen werden zu Hause gepflegt, ein Drittel in stationären Einrichtungen

70 % ausschließlich durch Angehörige betreut¹³⁾, rund 30 % wurden durch ambulante Dienste versorgt. Damit werden Pflegebedürftige in Baden-Württemberg seltener zu Hause betreut als in den meisten anderen Bundesländern. Den höchsten Anteil an

Pflegebedürftigen, die in den eigenen vier Wänden versorgt werden, weisen Brandenburg und Hessen auf (je 75 %), im Bundesdurchschnitt werden gut 68 % der Pflegebedürftigen zu Hause betreut.

Pflegebedürftige Männer werden häufiger zu Hause und öfter ausschließlich durch Angehörige versorgt als Frauen. Diese sind im Fall einer Pflegebedürftigkeit eher auf ambulante Pflegedienste oder eine stationäre Versorgung angewiesen. Im Bundesgebiet wurden 2007 knapp 65 % der Frauen und gut 76 % der Männer zu Hause gepflegt.

13) Darunter werden Personen erfasst, die ausschließlich Pflegegeld nach § 37 SGB XI erhalten. EmpfängerInnen von Kombinationsleistungen sind dagegen bei den ambulanten Diensten enthalten.

Betrachtet man ausschließlich die Hochbetagten, so treten die geschlechtsspezifischen Unterschiede noch deutlicher hervor: Während bundesweit rund 43 % der Frauen im Alter von 80 Jahren und mehr zu Hause betreut wurden, waren dies 72 % der Männer.¹⁴⁾

Regionale Unterschiede in der Versorgung pflegebedürftiger Menschen

Innerhalb Baden-Württembergs zeigen sich deutliche Unterschiede im Hinblick auf die Versorgung in ländlichen und eher städtisch geprägten Regionen. Während in den Landkreisen knapp 46 % der Pflegebedürftigen zu Hause ohne professionelle Unterstützung versorgt werden, sind dies in den Stadtkreisen 41 %. Demgegenüber waren in den Landkreisen lediglich 35 % der pflegebedürftigen Menschen in Pflegeheimen untergebracht, in den Stadtkreisen betrifft dies 40 %.¹⁵⁾ Doch nicht nur in der Versorgung unterscheiden sich ländliche und eher städtisch geprägte Regionen – Ergebnisse einer aktuellen Studie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten zeigen, dass auch Belastungen unterschiedlich wahrgenommen werden. Pflegende, die in Kleinstädten und Dörfern leben, fühlen sich stärker belastet als pflegende Angehörige in Großstädten. Dies spiegelt möglicherweise die bessere Infrastruktur in Großstädten wider und verweist auf die hohe Bedeutung gut ausgebauter und passgenauer Entlastungsangebote für pflegende Angehörige.¹⁶⁾

Wie organisieren Familien die häusliche Pflege?

Wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird, stellt dies Familien vor besondere Herausforderungen. Ein Pflegefall kann plötzlich eintreten, häufig ist nicht abzusehen, wie lange und in welcher Intensität die Pflege notwendig ist. Darüber hinaus geht die Pflege eines Angehörigen oft mit großen Belastungen einher, insbesondere wenn das pflegebedürftige Familienmitglied an einer Demenzerkrankung leidet. Am häufigsten werden hierbei ständiges Angebundensein, Einschränkungen in anderen Lebensbereichen, eigene gesundheitliche Belastungen, negative Auswirkungen auf das übrige Familienleben, unausweichliche Konfrontation mit dem Alter und finanzielle Belastungen genannt.¹⁷⁾

Werden Angehörige zu Hause gepflegt, dann greifen Familien häufig auf einen Mix aus privat erbrachten und ergänzenden professionellen Leistungen zurück. Etwa zwei Drittel der Familien, die in Deutschland zu Hause pflegen, übernehmen die Pflege selbst (64 %), teilweise unterstützt durch selbst finanzierte hauswirtschaftliche Hilfen.¹⁸⁾

14) Roloff, J., 2009. – 15) Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.), 2009. – 16) Längsschnittstudie zur Belastung pflegender Angehöriger von demenziell Erkrankten (LEANDER); Im Rahmen dieses Projekts wurde die Belastung von mehr als 800 pflegenden Angehörigen in Deutschland untersucht, http://www.uni-siegen.de/fb2/zank/daten/leander_phase_ii_langbericht.pdf. – 17) Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2009. – 18) Darunter sind 55% rein private Arrangements und 9% Haushalte, in denen private Pflege geleistet wird und zusätzlich selbst finanzierte Hilfen (z.B. Haushaltshilfe, „Essen auf Rädern“...) in Anspruch genommen werden.

In 28 % der Fälle wird privat und professionell erbrachte Pflege kombiniert, etwa 8 % der zu Hause Betreuten werden ausschließlich professionell versorgt.¹⁹⁾ Etwa ein Drittel der privaten Hauptpflegepersonen sind Töchter oder Schwiegertöchter (32 %), etwas weniger als ein weiteres Drittel stellen (Ehe-)Partner (28 %). In 10 % der Fälle sind Söhne die Hauptpflegepersonen.²⁰⁾ Auch hier zeigen sich also erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede.

In der Regel sind es Menschen in der „dritten“ Lebensphase, die sich um pflegebedürftige Angehörige kümmern: Über die Hälfte der Hauptpflegepersonen (60 %)

Fast zwei Drittel der pflegenden Berufstätigen haben auch noch eigene Kinder zu versorgen

sind 55 Jahre alt oder älter. Dies bedeutet andererseits aber auch, dass knapp 40 % der Hauptpflegepersonen unter 55 Jahre alt sind und sich damit in einer Lebensphase befinden, in der sie häufig zugleich für Kinder und ältere Menschen Verantwortung tragen und

noch im Berufsleben stehen. Befragungen von Beschäftigten zeigen, dass bereits 2003 nahezu zwei Drittel der pflegenden Berufstätigen gleichzeitig eigene Kinder im Haushalt zu versorgen hatten.²¹⁾ Wegen der Alterung der Gesellschaft und dem steigenden Hilfebedarf sowie der immer späteren Geburt von Kindern ist zu vermuten, dass es zukünftig noch mehr Familien geben wird, die gleichzeitig für Kinder und pflegebedürftige ältere Angehörige Sorge tragen.²²⁾

Neben privat erbrachten Pflegeleistungen und der Inanspruchnahme professioneller Hilfe greifen Familien in den letzten Jahren verstärkt auf die Unterstützung durch zumeist osteuropäische Migrantinnen zurück. Darüber, in welchem Umfang dies der Fall ist, gibt es allerdings wenig belastbare Daten. Schätzungen gehen von ca. 70 000 bis 100 000 Personen in Deutschland aus, die ohne Arbeitserlaubnis in Privathaushalten Pflegeleistungen erbringen.²³⁾

Männer engagieren sich zunehmend in der Kinderbetreuung – und in der Pflege?

Frauen leisten nach wie vor den größten Teil der Pflege zu Hause – etwa drei Viertel der Hauptpflegepersonen sind weiblich. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass zunehmend auch Männer in der Betreuung Pflegebedürftiger engagiert sind. So ist zwischen 1991 und 2002 der Anteil der Männer an den Hauptpflegepersonen von 17 % auf 27 % gestiegen.²⁴⁾

Betrachtet man nicht nur den Anteil von Männern an den Hauptpflegepersonen, sondern das gesamte Netzwerk der an der Pflege Beteiligten, so fällt der Anteil der in die Pflege eingebundenen Männer höher aus.

19) Schneekloth U., Wahl, H.W., 2005; Die Daten basieren auf einer bundesweiten Infratest Repräsentativerhebung zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten aus dem Jahr 2002 (MuG III). – 20) Schneekloth U., Wahl, H.W., 2005, Pflegebedürftige sind hier Leistungsbezieher der sozialen und der privaten Pflegeversicherung. 21) Klenner, C., Pfahl, S., 2008. – 22) Dienel, C., 2005. – 23) Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg.), 2009. – 24) Schneekloth U., Wahl, H.W., 2005.

Nach Ergebnissen des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) lag ihr Anteil an allen Personen, die Zeit für die Versorgung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen verwenden, 2003 bei 37 %.²⁵⁾ Insgesamt beteiligten sich im Jahr 2003 rund 5 % aller erwachsenen Männer und knapp 8 % aller Frauen in Deutschland an der Versorgung Pflegebedürftiger. Im Durchschnitt haben pflegende Männer an einem Wochentag 2,5 Stunden in die Versorgung und Betreuung investiert, bei den Frauen waren es 3 Stunden. Daran wird deutlich, dass auch Männer ein hohes Maß an persönlichem Engagement bei der Betreuung von Pflegebedürftigen aufbringen.

Wie stark Männer in Betreuungsaufgaben eingebunden sind, ist auch abhängig vom Alter und der konkreten Pflegekonstellation. Insbesondere im mittleren Erwachsenenalter sind Frauen deutlich häufiger in die Pflege und Betreuung eingebunden, da es hier in erster Linie um die Pflege von Eltern und Schwiegereltern geht. In der Altersgruppe der 40 bis 54-Jährigen erbrachten 2002 etwa 8 % der Männer und 16 % der Frauen Betreuungsleistungen.²⁶⁾ Bei den über 70-Jährigen sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede nicht mehr so groß, weil es hier vorrangig um die Pflege der Partnerin oder des Partners geht. Von den 70- bis 85-Jährigen übernehmen 7 % der Männer und 10 % der Frauen Betreuungsaufgaben.

Diese Daten lassen zwar Rückschlüsse auf den Umfang der Beteiligung von Männern an Betreuungs- und Versorgungsaufgaben zu, aber nicht auf die Art der geleisteten Unterstützung, da bei der Befragung Betreuungs-, Hilfe- und Pfl egetätigkeiten zusammengefasst wurden.²⁷⁾ Aus anderen Befragungen ist aber bekannt, dass es nicht nur im Hinblick auf die Häufigkeit und Intensität der pflegerischen Tätigkeit, sondern auch in Bezug auf das Tätigkeitsspektrum geschlechtsspezifische Unterschiede gibt. Frauen sind stärker in die personenbezogene Pflege eingebunden, Männer stärker in das Pflegemanagement und die Organisation der Pflege.²⁸⁾

Familien mit Migrationshintergrund und häusliche Pflege

Inzwischen sind auch immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten auf Pflege angewiesen. Familiäre und generative Beziehungen in Migrantenfamilien gleichen sich immer mehr an die hiesigen Verhältnisse an, so dass die Annahme, der Betreuungs- und Pflegebedarf von Migrantinnen und Migranten würde familiär aufgefangen, zu kurz greift.

Der Zugang zu Informationen und ambulanten Hilfen gestaltet sich für pflegebedürftige Migranten und deren Angehörige aufgrund von Sprachbarrieren häufig schwierig.²⁹⁾ Es ist davon auszugehen, dass sich Kommunikationsprobleme auch bei der Beantragung von Leistungen zur Pflege und bei der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst auswirken.³⁰⁾

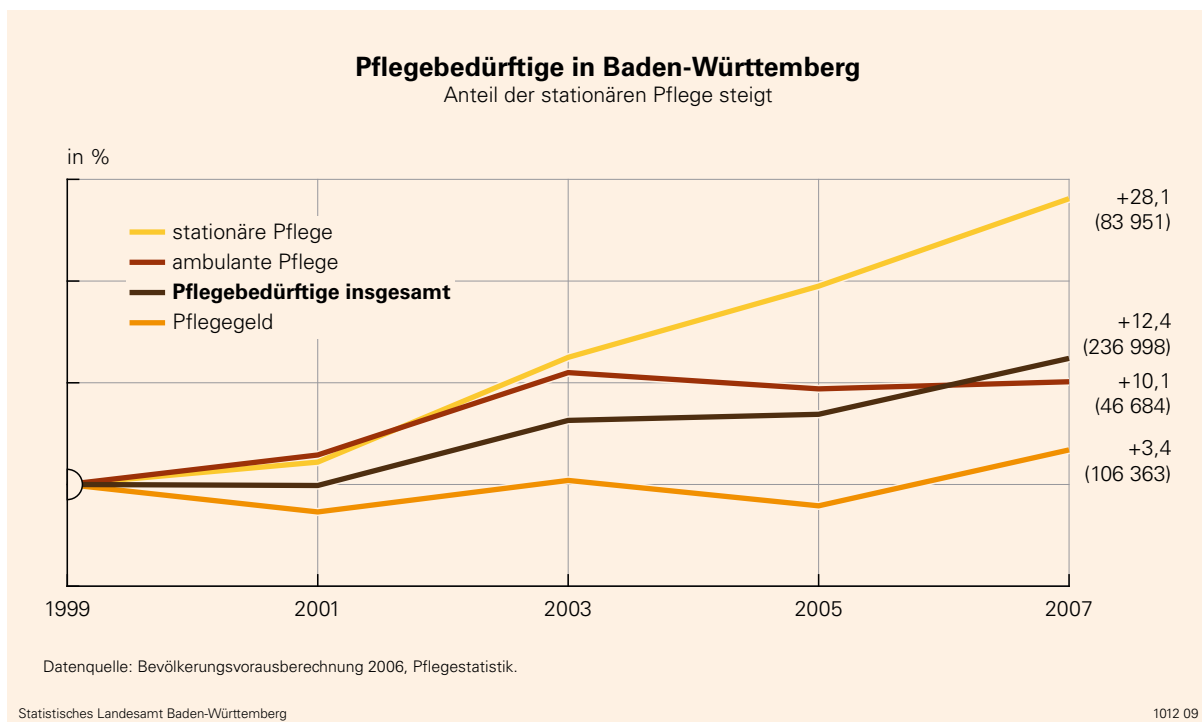
25) Schupp, J., Künemund, H., 2004, Datenbasis SOEP; Erfasst wurden Personen, die Zeit für die Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Personen aufbringen. – 26) Deutsches Zentrum für Altersfragen, Datenbasis Alterssurvey; Erfasst wurden Personen, die andere aufgrund ihres Gesundheitszustandes pflegen, betreuen bzw. mit Hilfeleistungen unterstützen. Die Daten beziehen sich auf die zweite Erhebungswelle. Aktuellere Daten liegen bislang nicht vor, da die Ergebnisse der dritten Welle (Befragung 2008) erst ab Ende 2010 verfügbar sind. – 27) Dies gilt in vergleichbarer Weise für die Daten des SOEP und auch für international vergleichende Studien wie die SHARE-Studie (Health, Ageing and Retirement in Europe), siehe hierzu auch Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.), 2008, S. 15 ff. – 28) Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), 2006. 29) Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migranten (IKoM) (Hrsg.), 2007. – 30) BMFSFJ (Hrsg.): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland, 2005.

Darüber hinaus bestehen kulturell bedingte Unterschiede im Umgang mit Krankheit, Alter und Pflegebedürftigkeit. Für eine bedarfsgerechte Versorgung von pflegebedürftigen Migrantinnen und Migranten sind daher zunehmend sprachliche und kulturgerechte Kompetenzen der Pflegekräfte ambulanter Dienste erforderlich. Bisher sind die Dienste und stationären Angebote nach Einschätzung von Experten allerdings noch nicht ausreichend auf die Bedarfslagen einer kulturell heterogenen Gesellschaft eingestellt.³¹⁾ Die Notwendigkeit einer kultursensiblen Ausgestaltung der Altenhilfe rückt jedoch zunehmend ins öffentliche Bewusstsein. Konkrete Ansatzpunkte hierzu sind die Qualifizierung und Weiterbildung des Pflegepersonals zu Fragen der Migration, der Lebenssituationen und Altersbilder sowie die vermehrte Einstellung von muttersprachlichen Pflegekräften. Darüber hinaus ist es nach Einschätzungen von Verbänden der privaten und freigemeinnützigen Träger ambulanter Dienste wichtig, interkulturelle Aspekte stärker als bisher als Querschnittsthema in der Berufsausbildung der Altenpflege zu berücksichtigen.³²⁾

Pflege durch Angehörige ist heute die Regel – und morgen?

Die Daten zur demografischen Entwicklung weisen darauf hin, dass sich die Pflege-landschaft in den nächsten Jahren nachhaltig verändern wird. Bereits in den vergangenen Jahren ist einiges in Bewegung gekommen: Die Anzahl der Pflegebedürftigen in Baden-Württemberg war 2007 in allen Versorgungsformen höher als noch 2 Jahre zuvor. Der größte Zuwachs ergab sich bei der stationären Pflege (+ 7,2 %). Betrachtet man die Entwicklung seit 1999, so zeigt sich, dass die stationäre Pflege mit einem Plus von gut 28 % in der Vergangenheit insgesamt die stärksten Zuwächse zu verzeichnen hatte.

Schaubild 7



31) Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.), 2008. – 32) S.a. Landtagsdrucksache 14/2428 zur Situation von Menschen mit Migrationshintergrund in der Pflege (29.02.2008), http://www.landtag-bw.de/wp14/drucksachen/2000/14_2428_d.pdf

Die Verschiebung hin zur stationären Versorgung zeigt sich bundesweit, und zwar in allen drei Pflegestufen.³³⁾ Dies lässt vermuten, dass sich der in den letzten Jahren zu beobachtende Trend zur stationären Versorgung auch weiterhin fortsetzt.³⁴⁾

Zu dieser Einschätzung kommt auch die Trendstudie „Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020“ der LIGA der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. Auch wenn nie zuvor so viele alte Menschen von ihren Angehörigen gepflegt wurden wie heute, dürfte sich die Schere zwischen zunehmendem Pflegebedarf und abnehmendem Pflegepotenzial also weiter öffnen.

Die vorhandenen Ressourcen für die häusliche Pflege verringern sich durch demografisch bedingte Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung, durch

Professionelle Pflege gewinnt immer mehr an Bedeutung - stärkste Zuwächse in der stationären Versorgung

die zunehmende Anzahl von allein lebenden älteren Menschen, die auch politisch gewollte steigende Frauenerwerbstätigkeit und durch eine Abnahme der sozialen Milieus, die eine starke Präferenz für die häusliche Pflege haben.³⁵⁾

Untersuchungen zu milieuspezifischen Präferenzen im Hinblick auf eine stationäre oder häusliche Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger belegen, dass die Bereitschaft, einen pflegebedürftigen Angehörigen selbst zu versorgen, auch vom sozialen Status abhängt. Die höchste Bereitschaft zur häuslichen Pflege besteht in statusniedrigen Milieus, die in der Vergangenheit am stärksten an Bedeutung verloren haben. Menschen mit höheren Bildungsabschlüssen, die über mehr Ressourcen wie Einkommen, kulturelles Kapital und berufliche Möglichkeiten verfügen, zeigen eher eine Präferenz für die stationäre Versorgung oder eine häusliche Versorgung, unterstützt durch professionelle Hilfe. Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die Kosten für eine professionelle Pflege in statushöheren Milieus weniger zu Buche schlagen und andererseits in diesen Milieus Opportunitätskosten relativ hoch sind – die Entscheidung, selber zu pflegen, ist in diesem Fall häufig mit hohen sozialökonomischen Kosten wie dem Verzicht auf berufliche Weiterbildungsmöglichkeiten oder Einkommen verbunden.³⁶⁾

Entwicklungstendenzen im ambulanten und im stationären Bereich

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist davon auszugehen, dass die Nachfrage nach professioneller Pflege und hauswirtschaftlichen Dienstleistungen weiter steigen wird. Dies bedeutet, dass eine der größten zukünftigen Herausforderungen darin besteht, das Versorgungs- und Personalangebot an die demografische Entwicklung anzupassen.

Bereits heute zeichnet sich ab, dass ein Versorgungssystem, das sich auf die beiden von einander deutlich abgegrenzten Grundpfeiler „stationär“ oder „ambulant“ stützt, nicht mehr zeitgemäß ist.

33) Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.), 2007. – 34) Burger, F., Weber, M., 2009a. – 35) Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.), 2008. – 36) Blinkert, B., Klie, T., 2008

Angehörige in der eigenen Wohnung ausschließlich selbst zu pflegen, ist für viele Familien weder zeitlich noch räumlich leistbar, die Versorgung in einem Pflegeheim von vielen nicht gewünscht.³⁷⁾ Ein

Größere Durchlässigkeit zwischen ambulanter und stationärer Pflege

Weg wäre, die Grenzen zwischen stationärer und ambulanter Versorgung in Zukunft durchlässiger zu gestalten und Angebote besser zu verzahnen. Für den Ausbau und die Weiterentwicklung

bestehender Strukturen im stationären Bereich ist es zudem wichtig zu sehen, dass der Trend zu einer kleinteiligen wohnort- und lebensweltnahen Versorgung geht.

Nicht nur das Versorgungssystem wird sich ausdifferenzieren, um individuell passgenaue Lösungen für unterschiedliche Pflege- und Betreuungssituationen anzubieten, sondern auch Ausbildung und Aufgabenspektrum der in der Pflege, Versorgung und Betreuung professionell Tätigen. Im Hinblick auf die zu erwartende starke Zunahme des Pflegebedarfs und die Tatsache, dass Pflege in der Familie diesen Zuwachs voraussichtlich nicht alleine auffangen kann, ist es notwendig, zusätzliche Personengruppen für Aufgaben in der Pflege zu gewinnen. So können beispielsweise für Hol- und Bringdienste oder zum Vorbereiten von Mahlzeiten nach entsprechender Qualifizierung auch Personen eingesetzt werden, die Interesse an dem Aufgabenfeld haben, denen aber die Zugangsvoraussetzungen zur Fachkraftausbildung fehlen oder denen diese Ausbildung zu lange dauert. Dies bedeutet, dass möglichst passgenaue Ausbildungsangebote entwickelt werden müssen, die auf unterschiedlichen Bildungsstufen ein Tätigwerden in der Versorgung und Pflege ermöglichen und in höhere Verantwortungsebenen durchlässig sind.

Auch die Ausrichtung der Versorgungsangebote auf die besonderen Bedürfnisse Demenzerkrankter wird zukünftig eine noch größere Rolle spielen als bisher. Bereits heute sind Demenzerkrankungen mit Abstand der häufigste Grund dafür, dass sich Angehörige und Pflegebedürftige für eine stationäre Versorgung entscheiden. Aufgrund der demografischen Entwicklung ist in den kommenden Jahren mit einem erheblichen Anstieg demenzieller Erkrankungen zu rechnen. Mit Blick hierauf gilt es, die Pflegeinfrastruktur anzupassen. Pflegeeinrichtungen stehen vor der Aufgabe, bedarfsgerechte Bau-, Betriebs- und Betreuungskonzepte zu entwickeln und eine ausreichende Anzahl abgestufter und auf unterschiedliche Betreuungsbedürfnisse abgestimmte Angebote bereitzuhalten. Dazu gehören beispielsweise auch milieutherapeutische Wohngruppen oder neue Versorgungsformen wie Hausgemeinschaften. Eine hohe Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der Personalentwicklung zu. Für die Betreuung von Demenzerkrankten muss eine ausreichende Anzahl qualifizierter Pflegefachkräfte und Hauswirtschaftsfachkräfte zur Verfügung stehen. Um den absehbaren zusätzlichen Bedarf an diesen Fachkräften zu decken, wird es auch nötig sein, dass diese Berufsfelder durch attraktive und familienfreundliche Arbeitsbedingungen eine deutliche gesellschaftliche Aufwertung erfahren.

37) Dörner, K., 2008. – 38) Schneekloth, U., 2005.

Neben den Leistungen von Familien und professionellen Diensten spielt das bürgerschaftliche Engagement als drittes Standbein für die zukünftige Pflege eine wichtige Rolle. Bereits 2002 wurden 9% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten nicht von eigenen Angehörigen, sondern von Nachbarn, Freunden oder Bekannten gepflegt.³⁸⁾ Darüber, in welchem Umfang sich bürgerschaftliches Engagement als

Bürgerschaftliches Engagement als drittes Standbein für die zukünftige Pflege

dritter Sektor in der Pflege integrieren lässt, gehen die Einschätzungen auseinander. Optimistische Einschätzungen gehen von einer „neuen sozialen Bürgerhilfebewegung“ aus, skeptischere Stimmen weisen eher auf die Grenzen bürgerschaftlichen Engagements hin, wenn es um dauerhafte Pflegetätigkeit geht.³⁹⁾ Bundesweite Untersuchungen belegen, dass die Bereitschaft zu ehrenamtlichem Engagement in Deutschland bei älteren Menschen zunimmt (Freiwilligensurvey 2005, Fünfter Altenbericht 2006). Insbesondere Menschen zwischen 60 und 69 Jahren sind immer häufiger bereit, sich freiwillig für andere zu engagieren.⁴⁰⁾

Unterstützung familialer Pflege – Ansätze und aktuelle Entwicklungen

Zukünftig wird häusliche Pflege nur im erforderlichen Ausmaß zu leisten sein, wenn Familien breite Unterstützung erfahren. Wichtige Stichworte in diesem Zusammenhang sind Solidarität, Vernetzung, Beratung und individuelle Hilfe.⁴¹⁾ Familien sind immer weniger in der Lage, die pflegerische Versorgung von Angehörigen alleine zu übernehmen und sind daher zunehmend auf stabile Pflegenetzwerke angewiesen. Dazu gehört ein flächendeckendes Angebot ambulanter Pflegedienstleistungen ebenso wie eine ausreichende Anzahl teilstationärer Angebote (Einrichtungen der Kurzzeit- und Tages- sowie Nachtpflege), durch die Familien phasenweise entlastet werden. Ein weiterer wichtiger Baustein eines Pflegenetzwerkes sind hausnahe Dienstleistungen. Pflegenden Angehörigen, die in vielen Fällen auch noch erwerbstätig sind, stoßen bei der Unterstützung älterer Menschen heute schneller an ihre Grenzen als früher. Dadurch zeigt sich ein steigender Bedarf im Hinblick auf die hauswirtschaftliche Versorgung älterer Menschen (Hilfe im Haushalt, Einkaufsdienste, Hol- und Bringservice, Hilfen beim Schriftverkehr etc.).⁴²⁾

Neben einem gut ausgebauten Angebot an bezahlbaren hausnahen Dienstleistungen spielt die Unterstützung pflegender Angehöriger durch ehrenamtlich

Familien sind auch bei der Pflege – ähnlich wie bei der Kinderbetreuung – auf stabile Unterstützungsnetzwerke angewiesen

Engagierte eine immer größere Rolle. Niedrigschwellige Unterstützungs- und Selbsthilfegruppen schaffen Freiräume und bieten Hilfestellungen in einer Lebensphase, die oft als sehr belastend empfunden wird.

Nicht zuletzt sind auch Arbeitgeber gefordert: Die Entwicklung und Etablierung von Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf auf betrieblicher Ebene ist eine der großen zukünftigen Herausforderungen und wird in der Diskussion um die Familienfreundlichkeit von Unternehmen eine immer größere Rolle spielen.

38) Schneekloth, U., 2005. – 39) Dörner, K., 2008, Blinkert, B., Klie, T., 2008. – 40) Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.), 2008, S. 69. – 41) Dolata, S., 2008. – 42) BMFSFJ (Hrsg.), 2008b.

Gesetzliche Rahmenbedingungen

Das zum 1. Juli 2008 in Kraft getretene Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) umfasst eine Vielzahl von Maßnahmen, die zu einer finanziellen und organisatorischen Entlastung von Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen beitragen. Darunter fällt der Anspruch auf eine umfassende und individualisierte Pflegeberatung. Nach dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz sind von den Pflege- und Krankenkassen Pflegestützpunkte zur wohnortnahen Beratung, Versorgung und Betreuung der Versicherten einzurichten, sofern die oberste Landesbehörde dies bestimmt. Eine weitere entscheidende Neuerung ist die stärkere Unterstützung bürgerschaftlichen Engagements im Umfeld der Pflege.

Auch für berufstätige pflegende Angehörige soll es Entlastungen geben. Dazu gehört der Anspruch auf „Pflegezeit“ – eine bis zu sechsmonatige unbezahlte Freistellung von der Erwerbsarbeit für Pflegeaufgaben sowie die Möglichkeit, sich sofort bis zu zehn Tage unbezahlt beurlauben zu lassen, wenn in der Familie ein Pflegefall eintritt.

Stand der Einrichtung von Pflegestützpunkten

Pflegestützpunkte bündeln die Beratung zu pflegerischen, medizinischen und sozialen Leistungen und vernetzen diese unter einem Dach. Da die Bestimmung über die Einrichtung der Pflegestützpunkte den obersten Landesbehörden obliegt, sind die Zielsetzungen und Entwicklungen in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. So hat beispielsweise in Rheinland-Pfalz ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten die Arbeit aufgenommen, wohingegen in Sachsen keine Pflegestützpunkte vorgesehen sind.⁴³⁾

In Baden-Württemberg wurde am 15. Dezember 2008 eine Kooperationsvereinbarung über die Einrichtung und den Betrieb von Pflegestützpunkten abgeschlossen, an der die Landesverbände der Pflege- und Krankenkassen sowie die kommunalen Landesverbände beteiligt sind. Schrittweise sollen insgesamt 50 Pflegestützpunkte errichtet werden, wobei vorhandene kommunale Beratungs- und Betreuungsangebote vorrangig berücksichtigt werden.⁴⁴⁾ Standards für die Arbeit der Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg sowie Verfahrensmodalitäten für die Anerkennung als Pflegestützpunkt wurden von dem im September 2009 gegründeten Verein „Landesarbeitsgemeinschaft Pflegestützpunkte“ festgelegt.

Bürgerschaftliches Engagement im Umfeld von Pflege

Mit dem Inkrafttreten des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes am 1. Juli 2008 wurden auch neue Fördermöglichkeiten zum Aufbau und zur Unterstützung von bürgerschaftlichem Engagement und Selbsthilfe im Umfeld von Pflege geschaffen. Für Baden-Württemberg stehen zum Auf- und Ausbau der Förderstrukturen für demenzkranke Menschen sowie zur Förderung von Ehrenamt und Selbsthilfe insgesamt bis zu rund 6,4 Mio. Euro jährlich zur Verfügung. Diese Mittel werden von den

43) Deutscher Bundestag (Hrsg.), 2009. – 44) Luft, C., Schmeiduch, P., 2009.

Pflegekassen, dem Land, den Kommunen und der Arbeitsverwaltung aufgebracht. Das Land stellt 2009 zusätzlich 125 000 Euro aus Haushaltsmitteln bereit, die von den Kommunen in gleicher Höhe aufgestockt werden müssen. Zusammen mit dem Zuschuss der Pflegekassen in Höhe von 250 000 Euro stehen somit weitere 500 000 Euro zur Verfügung. Damit können 1 000 Initiativen im Land mit jeweils 5 000 Euro unterstützt werden, wobei sich das Land zunächst auf die Förderung von Seniorennetzwerken und Pflegebegleiter-Initiativen beschränkt. Die Fördermaßnahmen werden durch die landesweite Beratungs- und Vermittlungsagentur „Pflege engagiert“ unterstützt.⁴⁵⁾

Seniorennetzwerke sind Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements, die in vielfältiger Art und Weise mit dem örtlichen Gemeinwesen zusammenwirken. Sie erbringen unter pflegfachlicher Anleitung niedrigschwellige Dienstleistungen für Pflegebedürftige und deren Angehörige.

Good practice: „Betreutes Wohnen zu Hause“ in der Gemeinde Lenningen

Die Selbständigkeit älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung so lange wie möglich zu fördern und zu erhalten, ist das Ziel des Angebots „Betreutes Wohnen zu Hause“. Das Projekt wird vom Lenninger NETZ e.V. getragen, zu dem sich 2005 die Gemeinde Lenningen, verschiedene Kirchengemeinden und Krankenpflegevereine sowie soziale Dienstleister zusammengeschlossen haben. Beim „Betreuten Wohnen zu Hause“ steht ein dichtes Netz von professionellen Dienstleistungen und ehrenamtlich Mitarbeitenden zur Verfügung. Eine eingerichtete Koordinierungsstelle übernimmt die Vermittlung aller benötigten Dienstleistungen (u.a. Pflegedienste, Besuchsdienste, hauswirtschaftliche Hilfen) sowie die Beratung von Pflegebedürftigen und Angehörigen beispielsweise im Hinblick auf die Beantragung der Pflegestufe oder die bedürfnisgerechte Anpassung der Wohnung. Darüber hinaus ergänzen derzeit etwa 20 ehrenamtliche gut ausgebildete Betreuerinnen und Betreuer die Unterstützungsleistungen der professionellen Pflegedienste.⁴⁶⁾

Bereits im Rahmen des Modellprojektes „Seniorennetzwerke in gemeinwesenorientierten Gruppen in Baden-Württemberg“ (2006-2008) wurden Erfahrungen mit Seniorennetzwerken gewonnen, an die nun angeknüpft werden kann. Ziel des Projektes war es, in Kirchengemeinden und gemeinwesenorientierten Gruppen Pflegenetzwerke zu organisieren und förderliche Faktoren einer gelingenden Netzwerkarbeit zu identifizieren.⁴⁷⁾

Pflegebegleiter-Initiativen sind örtliche Initiativen des bürgerschaftlichen Engagements, die pflegende Angehörige unterstützen, um ihnen Freiräume zur Erholung und Orientierung in schwierigen Alltagssituationen zu verschaffen. Diese Unterstützung bezieht sich weniger auf die direkte pflegerische Tätigkeit oder auf die

45) Dabei handelt es sich um ein Modellvorhaben des Landesseniorenrates Baden-Württemberg e.V. (LSR) in Zusammenarbeit mit dem Paritätischen Bildungswerk Landesverband Baden-Württemberg e.V., gefördert durch das Ministerium für Arbeit und Soziales und die Pflegekassen. Weitere Informationen unter: <http://www.pflege-engagiert.de>. – 46) Weitere Informationen unter: <http://www.familienfreundliche-kommune.de/FFKom/Praxisbeispiele/detail.asp?116079.1.xml>. – 47) Evaluationsbericht unter: http://www.sozialministerium-bw.de/fm7/1442/08-08-25_Abschlussbericht_Seniorennetzwerke_ges_neu.pdf.

Betreuung von Pflegebedürftigen als auf die psychische Unterstützung und die Stärkung von Kompetenzen pflegender Angehöriger. Somit unterscheiden sich Pflegebegleiter-Initiativen sowohl von herkömmlichen „Besuchsdiensten“ als auch von Freiwilligeninitiativen, die sich der Betreuung von Demenzerkrankten im häuslichen Bereich widmen. Der Ausbau von Pflegebegleiter-Initiativen in Baden-Württemberg stützt sich auf Erfahrungen, die im Rahmen des Bundesmodellprojekts „Freiwillige begleiten pflegende Angehörige“ (2004-2008) gewonnen werden konnten. In Baden-Württemberg startet im Herbst 2009 eine weitere Qualifizierung für Projekt-Initiatorinnen und –Initiatoren an 10 Standorten durch das Paritätische Bildungswerk Stuttgart.⁴⁸⁾

Über diese Fördermaßnahmen hinaus existieren vielfältige Initiativen bürgerschaftlichen Engagements, die auch in das Umfeld von Pflege hineinwirken oder direkt dort angesiedelt sind. Bürgerschaftliches Engagement im stationären Bereich zu fördern, ist das Ziel des BELA III-Netzwerks (Bürgerschaftliches Engagement für mehr Lebensqualität im Alter) in Baden-Württemberg. Dieses Netzwerk ist ein freiwilliger Zusammenschluss von Einrichtungen der stationären Altenhilfe in Baden-Württemberg, dem derzeit fast 100 Mitglieder (über 40 Träger) angehören.⁴⁹⁾ Ein weiteres Beispiel ist das Projekt „Langlebigkeit verpflichtet“, durch das im Rahmen des Landesnetzwerks Bürgerschaftliches Engagement das vielfältige Engagement älterer Menschen unterstützt werden soll. Durch Qualifizierungsmaßnahmen für Seniorenräte und Interessierte sollen diese zur Förderung bürgerschaftlichen Engagements befähigt werden.⁵⁰⁾

Vereinbarkeitslösungen in Betrieben

Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gewinnt zunehmend an Bedeutung. Daten des Generations and Gender Survey (GGG) zeigen, dass über die Hälfte der befragten Frauen, die andere hilfsbedürftige Personen unterstützen, zwischen 40 und 65 Jahre alt sind. Nahezu 59 % dieser Frauen stehen noch im Berufsleben.⁵¹⁾ Darüber, wie viele Angehörige ihre Erwerbstätigkeit wegen der Pflege eines Familienmitglieds aufgeben oder einschränken, liegen wenige Erkenntnisse vor. In früheren Untersuchungen gaben zwischen 30 % und 37 % aller Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter an, dass sie mit der Übernahme der Pflegeaufgaben ihre Erwerbstätigkeit aufgeben oder einschränken mussten.⁵²⁾

48) Weitere Informationen unter: http://www.pflegebegleiter.de/content/showarticles.php?id_art=148. – 49) Der Trägergemeinschaft gehören das Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, kommunale Landesverbände, der Landesseniorenrat und die evangelische Fachhochschule Freiburg an. Weitere Informationen unter: <http://www.bela-bw.de/>. – 50) Das Qualifizierungsprojekt wird im Rahmen des Landesnetzwerkes Bürgerschaftliches Engagement mit finanzieller Unterstützung der Landesstiftung Baden-Württemberg gGmbH in Zusammenarbeit mit der Stabsstelle Bürgerengagement und Freiwilligendienste im Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg veranstaltet und gemeinsam mit dem Paritätischen Bildungswerk Baden-Württemberg durchgeführt. Weitere Informationen unter: <http://lsr-bw.de/unsere-projekte/>. – 51) Roloff, J., 2009, Der Survey wurde im Auftrag des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung (BiB) 2005 in Deutschland durchgeführt, insgesamt wurden 10 017 Frauen und Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren befragt. Zur Unterstützung Hilfebedürftiger zählen Tätigkeiten wie Essen, Aufstehen, Anziehen, Baden oder zur Toilette gehen. – 52) Kaltenborn, B., 2005, S. 116.

Viele betriebliche Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie entlasten auch pflegende Angehörige. Aus der Sicht von pflegenden Angehörigen tragen die Flexibilität von Arbeitszeit und -ort sowie kurzfristige Freistellungsmöglichkeiten entscheidend zu einer besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf bei.⁵³⁾ Darüber hinaus haben Erwerbstätige, die einen Angehörigen pflegen, aber einen ganz speziellen Beratungs- und Unterstützungsbedarf. Häufig geht es zunächst darum, Kolleginnen und Kollegen sowie Führungskräfte für die schwierige Situation pflegender Angehöriger zu sensibilisieren. Auch betriebliche Beratungs- und Informationsangebote helfen Angehörigen, die Pflege zu organisieren. Weitere wichtige Bausteine für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege sind die Unterstützung bei der Organisation von Leistungen Dritter, beispielsweise aus dem Bereich der haushaltsnahen Dienstleistungen, sowie konkrete Entlastungsangebote wie Belegplätze in Tageseinrichtungen oder Kooperationen mit externen Dienstleistungen.⁵⁴⁾

Good practice: Angebote der Bausparkasse Schwäbisch Hall AG

Die Bausparkasse Schwäbisch Hall AG hat es sich zum Ziel gesetzt, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu verbessern. Neben Work-Life-Balance-Maßnahmen, die sowohl Eltern als auch pflegende Angehörige entlasten, wie beispielsweise flexible Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle oder Telearbeit, stellt sie auch Unterstützungsangebote bereit, die speziell auf die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen zugeschnitten sind. Dazu gehört die Möglichkeit, eine Pflegepause von bis zu 24 Monaten einzulegen, die für die Dauer von bis zu einem Jahr auf die betriebliche Altersvorsorge angerechnet wird. Während der Pflegepause steht es Mitarbeitenden offen, an allen betrieblichen Bildungsmaßnahmen teilzunehmen. Darüber hinaus betreibt die Schwäbisch Hall AG seit 1997 am Standort Schwäbisch Hall ein eigenes Seniorenwohnstift mit angegliederter Pflegestation, das in erster Linie ehemaligen Beschäftigten und in zweiter Linie auch deren Angehörigen offensteht.⁵⁵⁾

In letzter Zeit ist die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt und mittlerweile ist weitgehend bekannt, durch welche Maßnahmen auf betrieblicher Ebene pflegende Angehörige wirksam unterstützt werden können.⁵⁶⁾ Dennoch hat das Thema bislang für die betriebliche Praxis noch eine geringe Relevanz. Eine explorative Studie aus Rheinland-Pfalz zur Familienpflege und Erwerbstätigkeit macht deutlich, dass Erwerbstätige mit zu pflegenden Angehörigen noch größere Probleme haben, Erwerbsarbeit und Familientätigkeit zu vereinbaren als Beschäftigte mit Kindern.⁵⁷⁾ Auch im Rahmen der an der Universität Heidelberg durchgeführten „Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters“ (ILSE) sahen nahezu 80% der befragten pflegenden Angehörigen im mittleren Erwachsenenalter die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege als nicht gegeben an.⁵⁸⁾

53) Unternehmensnetzwerk Erfolgsfaktor Familie (Hrsg.): Fakten zum Thema Beruf und Pflege, http://www.erfolgsfaktor-familie.de/data/downloads/praxisfragen/091202_Factsheet_layout.pdf. – 54) Weitere Informationen unter: <http://www.kompetenzzentrum-bw.de/FFBetr/07/ueberblick.asp>. – 55) Weitere Informationen unter: <http://www.kompetenzzentrum-bw.de/FFBetr/Praxisbeispiele/detail.asp?127076.1.xml>. – 56) Siehe hierzu auch: berufundfamilie gGmbH (Hrsg.), für die Praxis: „Eltern pflegen“, 2009, <http://www.kompetenzzentrum-bw.de/FFBetr/Infomaterial/Datenbank/20090622.3.pdf>. – 57) Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit Rheinland-Pfalz (Hrsg.), 2006. – 58) Aufgrund der geringen Fallzahlen (n=327) ist diese Befragung zwar nicht repräsentativ, verdeutlicht jedoch den Handlungsbedarf im Hinblick auf eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, BMFSFJ (Hrsg.), 2008.

3. Häusliche Pflege im europäischen Vergleich

Generationensolidarität in Europa: häusliche Pflege der Eltern

Die demografische Entwicklung und der damit zu erwartende Anstieg der Pflegebedürftigen betreffen nicht nur Deutschland, sondern nahezu alle europäischen Länder in vergleichbarem Maß.⁵⁹⁾ Daher ist der Blick über den eigenen Tellerrand lohnenswert, wenn es um die Frage geht, wie andere europäische Staaten dieser Herausforderung begegnen.

Befragungen zu Pflegepräferenzen zeigen, dass in allen Staaten der EU-27 die häusliche Pflege der stationären Versorgung vorgezogen wird. Vier Fünftel der EU-Bürger möchten im Pflegefall zu Hause versorgt werden. Wie die häusliche Pflege aber organisiert sein soll, darüber gibt es unterschiedliche Vorstellungen. Nach einer Eurobarometer-Umfrage (2007) wird in den skandinavischen Mitgliedsstaaten und den Niederlanden sowie in Belgien, Luxemburg, Irland und Zypern die häusliche Pflege durch ambulante Dienste mehrheitlich als die beste Lösung betrachtet. In den meisten ost- und südeuropäischen Staaten hingegen besteht ein starker Wunsch nach häuslicher Pflege durch Familienangehörige. In Deutschland wünscht sich etwa die Hälfte der Bevölkerung im Pflegefall eine Betreuung durch Angehörige, für 36% wäre eine professionelle häusliche Betreuung die ideale Lösung.⁶⁰⁾

Nimmt man die tatsächliche Organisation der häuslichen Pflege in den Blick, so wird deutlich, dass Familien in den EU-Mitgliedsstaaten unterschiedlich stark in die Pflege einbezogen sind und das Angebot an ambulanten Versorgungsdiensten erheblich variiert. Ergebnisse des europaweiten „Survey of Health, Ageing and Retirement“ (SHARE 2004) zeigen, dass unterstützungsbedürftige ältere Menschen in Schweden, Dänemark, den Niederlanden und der Schweiz überwiegend durch professionelle ambulante Dienste gepflegt werden. In Belgien und Frankreich sowie, etwas seltener, in Deutschland und Österreich greifen Familien häufig auf einen Pflege-Mix zurück. In diesen Staaten wird die benötigte Hilfe sowohl durch Familienangehörige und Bekannte als auch durch professionelle Dienstleister erbracht. In den südeuropäischen Staaten steht die private Pflege im Vordergrund.⁶¹⁾ Auch bei der ausschließlich zwischen den Generationen geleisteten Pflege gibt es große Unterschiede in Europa. Die Entscheidung, die Versorgung pflegebedürftiger Eltern selbst zu übernehmen, wird durch die individuelle und familiäre Situation genauso beeinflusst wie durch kulturelle, institutionelle und gesetzliche Rahmenbedingungen. So sind erwachsene Kinder in Ländern, in denen keine gesetzliche Verpflichtung zur Pflege der Eltern besteht bzw. der Zugang zu Pflegeleistungen weitgehend unabhängig von der privaten Situation ist, vergleichsweise selten in die Pflege der Eltern eingebunden (z.B. Dänemark, Schweden, Niederlande, Schweiz). Deutlich höher ist der Anteil der erwachsenen Kinder, die ihre Eltern pflegen, in Staaten, in denen wohlfahrtsstaatliche Leistungen erst dann gewährt werden, wenn die Pflege nicht durch Angehörige übernommen werden kann (z.B. Griechenland, Spanien, Italien). Darüber hinaus stehen die Unterschiede zwischen den Europäischen Ländern im Hinblick auf die Organisation der häuslichen Pflege in engem Zusammenhang mit dem staatlichen Angebot an Pflegeleistungen. Erwachsene Kinder sind dann weniger in die Pflege involviert, wenn ambulante Pflegedienstleistungen leicht zugänglich sind und deren Inanspruchnahme insgesamt hoch ist.⁶²⁾

59) BMFSFJ (Hrsg.), 2007. – 60) Dittmann, J., 2008, Datenbasis Eurobarometer 67.3 (Herbst 2007). – 61) Im Rahmen der Untersuchung wurden insgesamt 28 516 Personen im Alter von mindestens 50 Jahren sowie deren Partner im selben Haushalt befragt, und zwar in Belgien, Dänemark, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Italien, den Niederlanden, Österreich, Schweden, der Schweiz und Spanien. Haberkern, K., Szydlik, M, 2008. – 62) Haberkern, K., Szydlik, M, 2008

Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige und innovative Praxisbeispiele

Europaweit gibt es viele Projekte und Initiativen zur Unterstützung pflegender Angehöriger mit unterschiedlicher Ausrichtung. Dazu gehören Forschungsprojekte, die sich mit speziellen Aspekten der Situation pflegender Angehöriger beschäftigen, genauso wie Initiativen, die konkrete Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige bereitstellen. Das EUROFAMCARE-Konsortium hat 2006 eine umfassende Studie zur Situation pflegender Angehöriger in Europa vorgelegt und innovative Praxisbeispiele aus den Untersuchungsländern identifiziert.⁶³⁾ Dabei wurde deutlich, dass in den verschiedenen Staaten bereits vielfältige Ansätze zur Unterstützung pflegender Angehöriger entstanden sind. Diese beziehen sich sowohl auf die Information und Schulung von pflegenden Familienmitgliedern als auch auf die Entwicklung besonderer Betreuungsangebote.⁶⁴⁾

Good practice: Vereinbarkeit von Pflege und Beruf in Schweden

Bereits zwischen 1999 und 2002 wurden Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige in Schweden deutlich ausgebaut. Dazu gehören verschiedene Formen der Kurzzeit- und Tagespflege, Angehörigengruppen sowie Beratungs- und Weiterbildungsangebote. So gab es beispielsweise 1999 in 28% der Kommunen Unterstützungsgruppen für pflegende Angehörige, 2002 waren diese in 83% der Kommunen vorhanden.

Für erwerbstätige pflegende Angehörige sind bedarfsgerechte Angebote der Tagespflege sowie kurzfristige Entlastungsmöglichkeiten besonders wichtig. Tagespflegeplätze wurden 2002 in 92% der Kommunen vorgehalten (1999: 80%). Auch Angebote für eine kurzzeitige Betreuung in unterschiedlichen Formen wurden stark ausgebaut und sind heute in nahezu allen Kommunen verfügbar. In immer mehr Kommunen wird eine kurzzeitige Betreuung im eigenen Haushalt kostenlos angeboten. Im Bereich dieser kurzzeitigen Pflege „Respite care“ entstanden in den letzten Jahren innovative Angebote, die Angehörige für bestimmte Zeiträume durch eine Betreuung zu Hause oder auch in institutionellen Einrichtungen entlasten. Das Ziel ist es, pflegenden Angehörigen zukünftig innerhalb von 24 Stunden eine Notfallbetreuung oder entsprechende Anlaufstellen bereitstellen zu können. Damit pflegende Angehörige Kraft tanken können, werden solche kurzzeitigen Betreuungen auch über das Wochenende angeboten. In einigen Kommunen wurden darüber hinaus Anstrengungen unternommen, den mit der Unterstützung verbundenen bürokratischen Aufwand deutlich zu verringern.⁶⁵⁾

Im Vergleich zu einigen unserer europäischen Nachbarn zeigt sich in Deutschland insbesondere im Hinblick auf die Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die gleichzeitig einer Erwerbstätigkeit nachgehen, Nachholbedarf.⁶⁶⁾ Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege steht in anderen europäischen Ländern wie Finnland oder Schweden schon deutlich länger im Zentrum der öffentlichen Diskussion.

63) EUROFAMCARE-Konsortium (Hrsg.), 2006a. – 64) BMFSFJ (Hrsg.), 2007. – 65) EUROFAMCARE-Konsortium (Hrsg.), 2006b, weitere Informationen unter: http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/good_practice.pdf, S. 38. 66) BMFSFJ (Hrsg.), 2009.

In Finnland wurde beispielsweise bereits 2002-2005 das Projekt „Combining work and family caregiving“ durchgeführt, mit dem das Ziel verfolgt wurde, Strategien zu entwickeln, durch die erwerbstätige pflegende Angehörige unterstützt werden können.⁶⁷⁾ In Schweden, wo die Kommunen für die Bereitstellung von Angeboten zur Unterstützung pflegender Angehöriger verantwortlich sind, wurden Entlastungsangebote für Familien frühzeitig ausgebaut und so eine verbesserte Vereinbarkeit von Pflege und Beruf ermöglicht.

Um die mit der Pflege verbundenen alltäglichen Aufgaben bewältigen zu können, sind für Familien neben kurzzeitigen Entlastungsangeboten auch soziale Unterstützungsnetzwerke sehr wichtig. Solche Netzwerke zu initiieren, Aktivitäten zu bündeln und Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen, ist das Ziel der Zentren für Senioren und Freiwilligeninitiativen in Norwegen. Hier finden pflegende Angehörige konkrete Unterstützung durch ehrenamtlich Engagierte, die bestimmte Aufgaben wie beispielsweise Transport- oder Besuchsdienste übernehmen. Für viele noch wichtiger sind aber die vielfältigen sozialen Kontakte, die sich hier ergeben und der drohenden Isolation pflegender Angehöriger vorbeugen.

Good practice: Zentren für Senioren und Freiwilligeninitiativen in Norwegen

Seniorenzentren haben in Norwegen eine über 50-jährige Geschichte mit etwa 330 Zentren und insgesamt 130 000 älteren Nutzerinnen und Nutzern. Seit 1991 entstanden ergänzend dazu Zentren für Freiwilligeninitiativen. 2001 wurden bereits über 200 solcher Einrichtungen registriert, in deren Zentrum Freiwilligeninitiativen im Sozial- und im Gesundheitsbereich entstehen. Am häufigsten werden die Zentren von Älteren (60-Jährige und Ältere) genutzt: Sie sind am stärksten ehrenamtlich engagiert und gehören gleichzeitig zu denen, die von geleisteter Hilfe am meisten profitieren. Angeboten werden beispielsweise Mahlzeitenbringdienste für Ältere, Transport- und Begleitservice, Besuche oder Unterstützung bei Gartenarbeiten. Damit werden sowohl Pflegebedürftige unterstützt als auch deren Angehörige und professionelle Dienste. In den letzten Jahren zeichnete sich ein Wandel in der Ausrichtung der Zentren ab. Direkte Unterstützungsangebote rund um die Pflege sind eher in den Hintergrund getreten. Stattdessen haben sich viele Zentren zu Bürgerzentren entwickelt, die die Entstehung sozialer Netzwerke im Gemeinwesen vorantreiben. Viele Zentren bieten ein breites Repertoire an sozialer Unterstützung sowie Begegnungs- und Freizeitmöglichkeiten. Selbsthilfegruppen und Gruppen für pflegende Angehörige sind oft Teil der Zentren oder arbeiten eng mit ihnen zusammen.⁶⁸⁾

67) Weitere Informationen unter: http://www.ttl.fi/Internet/English/Information/Electronic+journals/Tyoterveiset+journal/2006-01/working_family_carers_need_support.htm. – 68) EUROFAMCARE-Konsortium (Hrsg.), 2006b, weitere Informationen unter: http://www.ukc.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/good_practice.pdf, S. 32

Literatur

Blinkert, B., Klie, T.: Soziale Ungleichheit und Pflege, in: APuZ 12-13/2008, <http://www.bpb.de/files/3KYNFD.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.): Chancen erkennen und nutzen – Alternde Gesellschaften im internationalen Vergleich, 2007, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/chancen-erkennen-alternde-gesellschaft-internationaler-vergleich,property=pdf,bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.): Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE), Abschlussbericht anlässlich der Fertigstellung des dritten Messzeitpunktes, 2008a, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/abschlussbericht-laengsschnittstudie-ilse,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.): Entlastung für Familien durch familienunterstützende Dienstleistungen, Monitor Familienforschung Ausgabe 13, 2008b <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung2/Newsletter/Monitor-Familienforschung/2008-02/medien/monitor-2008-02,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

BMFSFJ (Hrsg.): Memorandum Familie leben – Impulse für eine familienbewusste Zeitpolitik, 2009, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/memorandum-familie-leben,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Burger, F., Weber, M.: Deutlicher Zuwachs an Pflegebedürftigen und Pflegeeinrichtungen, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 4/2009, 2009a, http://www.statistik-portal.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag09_04_06.pdf

Burger, F., Weber, M.: Vorausberechnung der Pflegebedürftigen und des Pflegepersonals in Baden-Württemberg, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 9/2009, 2009b, http://www.statistik.baden-wuerttemberg.de/Veroeffentl/Monatshefte/PDF/Beitrag09_09_02.pdf

Deutscher Bundestag (Hrsg.): Stand der bundesweiten Einrichtung von Pflegestützpunkten, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Heinz Lanfermann, Daniel Bahr (Münster), Dr. Konrad Schily, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der FDP – Drucksache 16/13242, 2009, <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/16/133/1613328.pdf>

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Alter und Pflege, Report Altersdaten 03/2007, http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/GeroStat_20Report_20Altersdaten/GeroStat__Report__Altersdaten__Heft__3__2007,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/GeroStat_Report_Altersdaten_Heft_3_2007.pdf

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen Thema: Familiäre Pflege, Heft 03, Mai/Juni 2007, 34. Jahrgang, http://www.dza.de/SharedDocs/Publikationen/Informationsdienst_20Altersfragen/Heft__03__2007__Mai__Juni__2007__gesamt,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/Heft_03_2007_Mai_Juni_2007_gesamt.pdf

Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Der Alterssurvey – Aktuelles auf einen Blick, Ausgewählte Ergebnisse – Tätigkeiten und Engagement in der zweiten Lebenshälfte,

http://www.dza.de/nn_12036/SharedDocs/Publikationen/AS__2002__Presse__Taatigkeiten,templateld=raw,property=publicationFile.pdf/AS_2002_Presse_Taatigkeiten.pdf

Dienel, C.: Der Bedarf an familienunterstützenden Dienstleistungen in Europa – Ein Überblick, in: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Familienunterstützende Dienstleistungen (FUD) – Wachstum, Beschäftigung, Innovation, Event Documentation 3, 2005, http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/FUD_WachstumBeschaeftigungInnoavtion.pdf

Dittmann, J.: Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege – Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa, in: Informationsdienst soziale Indikatoren (gesis), Ausgabe 40, 2008, <http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/zeitschriften/isi/isi-40.pdf>

Dörner, K.: Leben und Sterben: die neue Bürgerhilfebewegung, in: APuZ 4/2008, http://www.bpb.de/publikationen/VOR1RX,0,Leben_und_Sterben%3A_die_neue_B%FCrgerhilfebewegung.html

Dolata, S.: Soziologische Anforderungen an eine solidarischmenschenswürdige Pflege älterer Menschen in Deutschland, im Kontext familial-häuslicher Pflegearrangements, unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Potsdam
Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, 2008

Eggen, B., Knotz, C.: Wir leben länger! Aber auch länger gesund?, in: Statistisches Monatsheft Baden-Württemberg 7/2009

EUROFAMCARE consortium (Hrsg.): Examples of good and innovative practices in supporting family carers in Europe, 2006, http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/good_practice.pdf

EUROFAMCARE consortium (Hrsg.): Summary of main findings from EUROFAMCARE, 2006a, http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/summary_of_findings.pdf

Friedrich-Ebert-Stiftung (Hrsg.): Gender in der Pflege – Herausforderungen für die Politik, WISO Diskurs Expertisen und Dokumentationen zur Wirtschafts- und Sozialpolitik, 2008

Haberkern, K.; Szydlik, M.: Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich, Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie 60 (2008) I, S. 78-101

Informationsdienst der Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren Migranten (IKoM) (Hrsg.): Gesundheit älterer Migranten, IKoM-Newsletter 1/2007, <http://www.ikom-bund.de/ikom/pdf/IKoM-Newsletter%201-07.pdf>

Kaltenborn, B. u.a.: Beiträge zur Wirtschaftsforschung und Politikberatung – Familienunterstützende Dienstleistungen, Gutachten im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ), 2005, <http://familienkompetenz.info/publikationen/gutachten.htm>

Klenner, C., Pfahl, S.: Jenseits von Zeitnot und Karriereverzicht – Wege aus dem Arbeitszeitdilemma, Arbeitszeiten von Müttern, Vätern und Pflegenden, WSI Discussion Paper 158, 2008, http://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_158.pdf

Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. (Hrsg.): Gut umsorgt zu Hause im Jahr 2020 – Potenziale für die Pflege daheim, 2008

Luft, C., Schmeiduch, P.: Pflegestützpunkte in Baden-Württemberg – Kommunale Angebote vorrangig berücksichtigt, in: Gemeindetag Baden-Württemberg (Hrsg.): Die Gemeinde BWGZ 9/2009

Ministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit in Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Familienpflege und Erwerbstätigkeit – Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen, 2006, <http://www.menschen-pflegen.de/files/636ae28349187b4c226b5df9e86a75b4/667/Familienpflege.pdf>

Roloff, J.: Pflege ist weiblich – geschlechterdifferenzierte Betrachtung des Pflegebedarfs und Pflegepotenzials, in: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (Hrsg.), Bevölkerungsforschung Aktuell, 30. Jahrgang, Ausgabe 03/2009, http://www.bib-demographie.de/cln_099/nn_750528/SharedDocs/Publikationen/DE/Download/Bevoelkerungsforschung__Aktuell/bev__aktuell__0309,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/bev_aktuell_0309.pdf

Schneekloth, U.: Leben mit Hilfe und Pflege zu Hause – Möglichkeiten und Grenzen – Zentrale Ergebnisse des Forschungsprojekts MuG III im Überblick; Präsentation auf der Abschlusstagung des Forscherverbundes Berlin, 16. Juni 2005, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/selbststaendigkeit-im-alter-ergebnisse,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>

Schneekloth, U., Wahl, H. W.: Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München 2005, <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/Publikationen/mug/01-Redaktion/PDF-Anlagen/gesamtdokument,property=pdf,bereich=mug,sprache=de,rwb=true.pdf>

Schupp, H., Künemund, J.: Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland – Überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer, DIW Wochenbericht, 71. Jahrgang, Nr. 20/2004, <http://www.diw.de/sixcms/detail.php/284254#HDR0>

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Pflegestatistik 2007, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftige, 2008, https://www.ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?CSPCHD=00c000010004kov2cFr00000036hged7x9PiBN_Agv7Sbbw--&cmspath=struktur,vollanzeige.csp&ID=1023651

Statistisches Bundesamt, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Robert Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit im Alter – Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2009, http://www.rki.de/cln_100/DE/Content/GBE/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/alter__gesundheit,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/alter_gesundheit.pdf

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg (Hrsg.): Der demografische Wandel in Baden-Württemberg – Herausforderungen und Chancen, Reihe Statistische Analysen 1/2009

Vilans (Center of Expertise for Informal Care), Mezzo (National Association for Carers and Voluntary in the Netherlands), MOVISIE (Netherlands centre for social development): Informal care in Europe: the contribution of carers to long-term care, especially for older people, Factsheet, http://www.eurocarers.org/userimages/Factsheet_eurocarers.pdf

Ziegler, U.; Doblhammer, G.: Bereits 1,2 Millionen Demenzerkrankte in Deutschland – Hoffnung auf langsameren Zuwachs durch gesunden Lebensstil und medizinischen Fortschritt, in: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 5 Nr. 4, 2008, <http://www.demografische-forschung.org/archiv/defo0804.pdf>

Impressum

Der Report „Familien in Baden-Württemberg“ erscheint im Rahmen der Familienberichterstattung vierteljährlich als Online-Publikation. Er enthält aktuelle Daten und wissenschaftliche Erkenntnisse zu verschiedenen Familienthemen und kann unter www.faf0-bw.de/Familien_in_BW kostenlos abonniert werden

Herausgeber:

Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg

Hans Frisch
Schellingstr. 15
70174 Stuttgart

Tel.: 0711-123-0
Fax: 0711-123-39 99

Internet: www.sozialministerium-bw.de

Redaktion und Gestaltung:

FaFo FamilienForschung Baden-Württemberg

Erich Stutzer, Dr. Stephanie Saleth
Böblinger Straße 68
70199 Stuttgart

Tel.: 0711-641-20 33
Fax: 0711-641-24 44

Internet: www.faf0-bw.de

Technik:

Gabriele Hass, Simela Exadakilou, Florian Lenz

Titelbild:
© Alexey Klementiev – www.fotolia.de