Die Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige. Befunde zur Bedeutung der Familie für die Gesellschaft aus „ökonomischer“ Perspektive

---

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophisch-Pädagogischen Fakultät

der

Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt

---

vorgelegt von

Nikola Jentzsch
Pullach im Isartal

2004

Referent: Prof. Dr. André Habisch

Korreferent: Prof. Dr. Hans-Ludwig Schmidt

Tag der letzten mündlichen Prüfung: 13.12.2004
(gemäß §15 Abs. 1)

Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige.

Befunde zur Bedeutung der Familie für die Gesellschaft aus „ökonomischer“ Perspektive

INHALT

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS V

1 EINFÜHRUNG 1

1.1 Ausgangssituation 1

1.1.1 Die Familie im Wandel 2

1.1.2 Die Versorgung alter Menschen 9

1.1.3 Die „moderne Gesellschaft“ 12

1.2 Problemstellung und Aufbau der Arbeit 14

1.2.1 Problemstellung der Arbeit 15

1.2.2 Aufbau der Arbeit 16

1.3 Der Untersuchungsansatz – Soziale Phänomene aus dem Blickwinkel der Ökonomik 18

1.4 Die Verankerung der vorliegenden Arbeit im Fachgebiet Sozialethik und Gesellschaftspolitik 32

1.5 Abgrenzung zu anderen Arbeiten 40

1.6 Die Datengrundlage 44

1.6.1 Die Verwendung fremder Daten 45

1.6.2 Die Gewinnung eigener Daten 45

1.6.2.1 Die Datengrundlage für die eigene Untersuchung 46

1.6.2.2 Die Befragungsinstrumente der eigenen Untersuchung 48

2 DIE FUNKTIONALITÄT DER INSTITUTION „FAMILIE“ IN DER GESELLSCHAFT IM WANDEL DER ZEIT 51

2.1 Kategorien familialer Tätigkeiten 51

2.2 Familiale Leistungen als Ausdruck der Funktionalität familialer Tätigkeiten für die Gesellschaft 54

3 FAMILIALE BETREUUNGS- UND PFLEGELEISTUNGEN IN DER „MODERNEN GESELLSCHAFT“ – DER ERTRAG EINER GELUNGENEN INTERAKTION ? 59

3.1 Betreuung und Pflege im Privathaushalt 61

3.1.1 „Nutzen“ familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft 61

3.1.2 „Kosten“ familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft 64

3.2 Betreuung und Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen 68

3.2.1 „Nutzen“ familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft 68

3.2.2 „Kosten“ familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft 83

3.3 Ergebnisse der gesellschaftlichen „Kosten-/ Nutzen-Bilanz“ – Familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen als Beitrag zum Wohlstand der „modernen Gesellschaft“ 86

4 ANREIZSTRUKTUREN FÜR DIE BETREUUNG UND PFLEGE ALTER MENSCHEN DURCH ANGEHÖRIGE – DIE PERSPEKTIVE DER INDIVIDUELLEN VORTEILS -/NACHTEILS - KALKULATION 93

4.1 Der betroffene Personenkreis 94

4.1.1 Typisierung des Hilfe- und Pflegeleistenden (Haupthelfer) und seines sozialen Umfeldes 94

4.1.1.1 Hilfe- und Pflegeleistende (Haupthelfer) im Privathaushalt 96

4.1.1.2 Hilfe- und Pflegeleistende (Haupthelfer) in der Altenpflegeeinrichtung 107

4.1.2 Typisierung des Betreuungs- und Pflegebedürftigen 117

4.1.2.1 Pflegebedürftige in Privathaushalten 117

4.1.2.2 Pflegebedürftige in Altenpflegeeinrichtungen 121

4.2 Interaktionsabhängige(r) „Kosten“ und „Nutzen“ des Pflegeleistenden 127

4.3 Interaktionsunabhängige(r) „Kosten“ und „Nutzen“ des Pflegeleistenden 131

4.3.1 Familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt 132

4.3.1.1 Interaktionsunabhängiger „Nutzen“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt 132

4.3.1.2 Interaktionsunabhängige „Kosten“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt 136

4.3.2 Familiale Betreuung und Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen 153
4.3.2.1 Interaktionsunabhängiger „Nutzen“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen 154
4.3.2.2 Interaktionsunabhängige „Kosten“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen 157
4.3.3 Bewertung der bisher vorgestellten Anreizstrukturen 164

4.4 Die Relevanz familialer Generationenbeziehungen für die Ausprägung der interaktionsunabhängigen „Kosten“ bzw. des „Nutzens“ für den Pflegeleistenden 170
4.4.1 Ökonomische Rekonstruktion familialer Generationenbeziehungen 172
4.4.2 Faktoren für das Zustandekommen eines familialen Solidaritätsvertrages 176
4.4.3 Formen des familialen Solidaritätsvertrages: Das Geben und Nehmen in Generationenbeziehungen 178
4.4.3.1 Intergenerationale Beziehungen: Eltern-Kind-Beziehungen 179
4.4.3.2 Intragenerationale Beziehungen: Partner- und Geschwisterbeziehungen 181
4.4.4 Die Bedeutung des familialen Solidaritätsvertrages für die Betreuung und Pflege alter Menschen 182

5 DIE ERTRAGSRELEVANTE ROLLE DES STAATES IN DER „MODERNEN GESELLSCHAFT“ 195

5.1 Soziale Dilemmata als Signale für ordnungspolitischen Handlungsbedarf 196

5.2 Das Staatssystem in der „modernen Gesellschaft“ 198

5.3 Das Staatsverständnis in der „modernen Gesellschaft“ 199

6 RAHMENBEDINGUNGEN UND DEREN GESTALTUNGS-MÖGLICHKEITEN FÜR DIE INTEGRATION VON ANGEHÖRIGEN IN DIE BETREUUNG UND PFLEGE ALTER MENSCHEN 203

6.1 Konsensfähigkeit und Anreizkompatibilität als Kriterien für die Beurteilung und Gestaltung von Rahmenbedingungen 203

6.2 Der Status quo staatlich gesetzter Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Kosten-/Nutzen-Bilanz bereits pflegender Angehöriger“ 207

6.2.1 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen, die die interaktions-unabhängigen Anreizstrukturen beeinflussen 208
6.2.1.1 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die primäre „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ der pflegenden Angehörigen im Privathaushalt 209
6.2.1.2 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die primäre Kosten-Nutzen-Bilanz von pflegenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen 223
6.2.1.3 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die erweiterte Kosten-/Nutzen-Bilanz: Die Stabilität familialer Generationenbeziehungen vor dem Hintergrund der modernen Gesellschaft 227
6.2.2 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen, die die interaktionsabhängigen Anreizstrukturen beeinflussen 238

6.3 Der Status quo staatlich gesetzter Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Kosten-/Nutzen-Bilanz potenziell pflegender Angehöriger 240

6.4 Auftretende Anreizprobleme unter den bestehenden Rahmenbedingungen 243

6.5 Vorschläge für die Verbesserung staatlich gesetzter Rahmenbedingungen 248
6.5.1 Vorschläge, die die primäre Kosten-/Nutzen-Bilanz betreffen 248
6.5.2 Vorschläge, die die erweiterte Kosten-/Nutzen-Bilanz betreffen 254
6.5.3 Vorschläge, die den interaktionsabhängigen Nutzenbestandteil betreffen 255

7 ZUSAMMENFASSUNG 258

LITERATURVERZEICHNIS 259

ANHANG I VIII

ANHANG II XV

ANHANG III XXI

ABBILDUNGS- UND TABELLENVERZEICHNIS

Abbildung 1: Aufschlüsselung der Ausgangssituation 2
Abbildung 2: Prognostizierte Beitragsentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung 11
Abbildung 3: Die Struktur des Gefangenendilemmas 25
Abbildung 4: Syllogismus für soziale Phänomene 26
Tabelle 1: Übersicht zu den an der Studie teilnehmenden Altenpflegeeinrichtungen 47
Abbildung 5: Kategorien familialen Handelns bzw. familialer Tätigkeiten 53
Tabelle 2: Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenen Hilfen 63
Tabelle 3: Aufteilung der Pflegestufen auf die Heimbewohner über alle Heime 69
Tabelle 4: Kumulierte Besuchshäufigkeiten 72
Tabelle 5: Bewohnerbetreuung insgesamt 73
Tabelle 6: Beteiligung der Angehörigen an der allgemeinen Bewohnerversorgung . 75
Tabelle 7: Angehöriger hat Zimmer aufgeräumt oder geschmückt 75
Tabelle 8: Angehöriger hat die Wäsche des Heimbewohners in Ordnung gebracht. 75
Tabelle 9: Angehöriger hat Besorgungen erledigt 75
Tabelle 10: Angehöriger hat Verwaltungsarbeiten übernommen 76
Tabelle 11: Beteiligung der Angehörigen an der medizinischen Versorgung der Heimbewohner 77
Tabelle 12: Beteiligung Angehöriger an der grundpflegerischen Aufgaben insgesamt 78
Tabelle 13: Angehöriger hat Hilfestellung beim Essen gegeben 79
Tabelle 14: Angehöriger hat den Heimbewohner frisiert bzw. rasiert 79
Tabelle 15: Angehörigen hat den Heimbewohner zur Toilette geführt 79
Tabelle 16: Angehöriger hat den Heimbewohner an- bzw. ausgekleidet 79
Tabelle 17: Angehöriger hat den Heimbewohner gewaschen 80
Tabelle 18: Angehöriger hat Gedächtnistraining oder Mobilisation durchgeführt 80
Tabelle 19: Bildungsabschluss der Bevölkerung 100
Tabelle 20: Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson 102
Tabelle 21: Unterstützungsleistungen für die Hauptpflegeperson 106
Tabelle 22: Geschlecht der pflegenden Angehörigen 109
Tabelle 23: Alter der pflegenden Angehörigen - gruppiert 109

Tabelle 24: Familienstand des pflegenden Angehörigen 110
Tabelle 25: Kinderzahl des pflegenden Angehörigen unter 7 Jahren 110
Tabelle 26: Kinderzahl des pflegenden Angehörigen zwischen 7 und 18 Jahren... 111
Tabelle 27: Verwandtschaftsverhältnis des pflegenden Angehörigen zum Heimbewohner 111
Tabelle 28: Höchster Bildungsabschluss des pflegenden Angehörigen 112
Tabelle 29: Bildungsabschluss Bevölkerung über 40 Jahre im Jahr 2000..... 113
Tabelle 30: Berufstätigkeit der Angehörigen..... 113
Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Geschlecht und Berufstätigkeit der Angehörigen 114
Tabelle 32: Zusammenhang von Geschlecht und Quantität der Berufstätigkeit der Angehörigen 115
Tabelle 33: Pflegevorerfahrung des pflegenden Angehörigen..... 115
Tabelle 34: Zusammenhang von Pflegevorerfahrung und Geschlecht der Angehörigen 116
Tabelle 35: Geschlecht des Heimbewohners 121
Tabelle 36: Alter der Heimbewohner – gruppiert 122
Tabelle 37: Verteilung Pflegestufen der Heimbewohner..... 124
Tabelle 38: Häufigkeit demenzieller Erkrankungen der Heimbewohner 125
Tabelle 39: Verweildauer der Heimbewohner in der Altenpflegeeinrichtung..... 126
Abbildung 6: Gesamtübersicht Individuelle Vorteils-/Nachteils-Kalkulation der Leistungserbringer..... 128
Abbildung 7: Gefangenendilemma „betreuende und pflegende Angehörige“ 129
Tabelle 40: Übersicht zu den Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzl. Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegeleistenden im Privathaushalt..... 134
Abbildung 8: Belastung von pflegenden Angehörigen 137
Tabelle 41: Höhe der privaten finanziellen Aufwendungen pro Monat..... 143
Tabelle 42: Private finanzielle Aufwendungen nach Pflegestufen 144
Abbildung 9: Körperliche Belastungen pflegender Angehöriger 145
Tabelle 43: Empfundene Belastungsstärke der pflegenden Angehörigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit..... 152
Tabelle 44: Fahrtkosten 158
Tabelle 45: Übernachtungskosten 158

Tabelle 46: Verpflegungskosten 159
Tabelle 47: Höhe der angefallenen Kosten..... 159
Tabelle 48: Keine Kosten..... 159
Tabelle 49: Angehöriger wäre seiner Berufstätigkeit nachgegangen..... 160
Tabelle 50: Angehöriger wäre ehrenamtlicher Tätigkeit nachgegangen..... 161
Tabelle 51: Belastung von Angehörigen im Heim (Mehrfachnennungen möglich) . 162
Tabelle 52: Gefühl des Angehörigen beim letzten Besuch 163
Tabelle 53: Bewertung des Besuchs durch Angehörige 163
Tabelle 54: Bereitschaft Angehöriger zur Mithilfe im Altenpflegeheim..... 168
Abbildung 10: Ausdifferenzierung des interaktionsabhängigen Kosten-/Nutzen-Schemas 171
Tabelle 55: Sechs Elemente der intergenerationalen Solidarität 177
Tabelle 56: Kontakthäufigkeit zwischen Angehörigem und Heimbewohner 183
Tabelle 57: Emotionale Nähe bzw. Distanz zwischen Angehörigen und Heimbewohner 184
Tabelle 58: Gemeinsamkeit der Interessen zwischen Angehörigem und Heimbewohner 185
Tabelle 59: Leistungserbringung des Heimbewohners für den Angehörigen..... 186
Tabelle 60: Reziprozität bzw. Ausgewogenheit des Austausches von Solidarleistungen..... 187
Tabelle 61: Gemeinsamer Haushalt von Angehörigem und Heimbewohner 188
Tabelle 62: Gegenseitige Verantwortung und Pflicht zur Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder [Quelle: Generationenstudie 2001, S. 69]..... 189
Tabelle 63: Verpflichtungsgefühl aufgrund transgenerationaler Rollenvorstellungen 190
Abbildung 11: Die Bedeutung des familialen Solidaritätsvertrages für die Erbringung von Solidarleistungen 191
Abbildung 12: Veränderung von Rahmenbedingungen als Lösung sozialer Dilemmata 197
Abbildung 13: Eine eindimensionale Problemwahrnehmung am Beispiel der Wirtschaftspolitik..... 200
Abbildung 14: Externe und interne Bewertungskriterien..... 204
Abbildung 15: Entscheidungsproblem eines bereits pflegeleistenden Angehörigen211

Abbildung 16:Generationenbeziehungen unter den Bedingungen der “modernen Gesellschaft” 228
Abbildung 17: Auflösung der Dilemmasituation durch die Gewährung von Pflegegeld 239
Abbildung 18: Beeinflussung der Pflegeübernahme durch Rahmenbedingungen.. 243
Tabelle 64: Belastungswirkung von Sozialabgaben für unterschiedliche Haushaltstypen..... 246
Abbildung 19: Musterablauf eines Case Managements 249
Tabelle 65: Bisherige Nutzenmatrix für Altenpflegeeinrichtungen 252
Tabelle 66: Gefangenendilemma “Altenpflegeheime“..... 253

Abkürzungsverzeichnis

Bmfsfj	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen, Jugend
BmGusS	Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit
BzfgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DZA	Deutsches Zentrum für Altersfragen

1 EINFÜHRUNG

1.1 Ausgangssituation

Mit der Problematik der Versorgung alter Menschen, genauer, mit deren Betreuung und Pflege, wird man nahezu täglich in der Presse konfrontiert. Auch die pessimistische Einschätzung bezüglich des Fortbestandes der Familie ist keine überraschende Aussage mehr. Die Begründung dieser sozialen Probleme bzw. Phänomene wird vorrangig in einer Veränderung der Lebensweisen der Individuen in der heutigen Gesellschaft gesucht. Diese Feststellung hat sicher einen wahren Kern, die Zusammenhänge bzw. Wechselwirkungen zwischen den doch sehr unterschiedlichen Schlagworten, wie z.B. „neue Familienformen“ oder „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, sind jedoch damit nicht ausreichend geklärt. Deshalb ist es notwendig, die zahlreichen, mit den Themenkomplexen verbundenen Schlagworte „Versorgung alter Menschen“, „Familie im Wandel“ und „moderne Gesellschaft“ eingehender zu analysieren und in einem zweiten Schritt diese Themenkomplexe in ein Beziehungsschema einzuordnen.

Anliegen dieser Einführung ist es, eine Arbeitsbasis bzw. ein Orientierungsschema zu schaffen, das die anschließende wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Problemstellung der vorliegenden Arbeit erleichtert.

Bezugspunkt für die folgenden Ausführungen ist Abbildung 1. Sie gibt einen komprimierten Überblick über häufig angeführte soziale Phänomene, die den drei angegebenen Themenkomplexen unterzuordnen sind, und hebt zudem hervor, wo die Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige - als Thematik der vorliegenden Arbeit – einzuordnen ist.

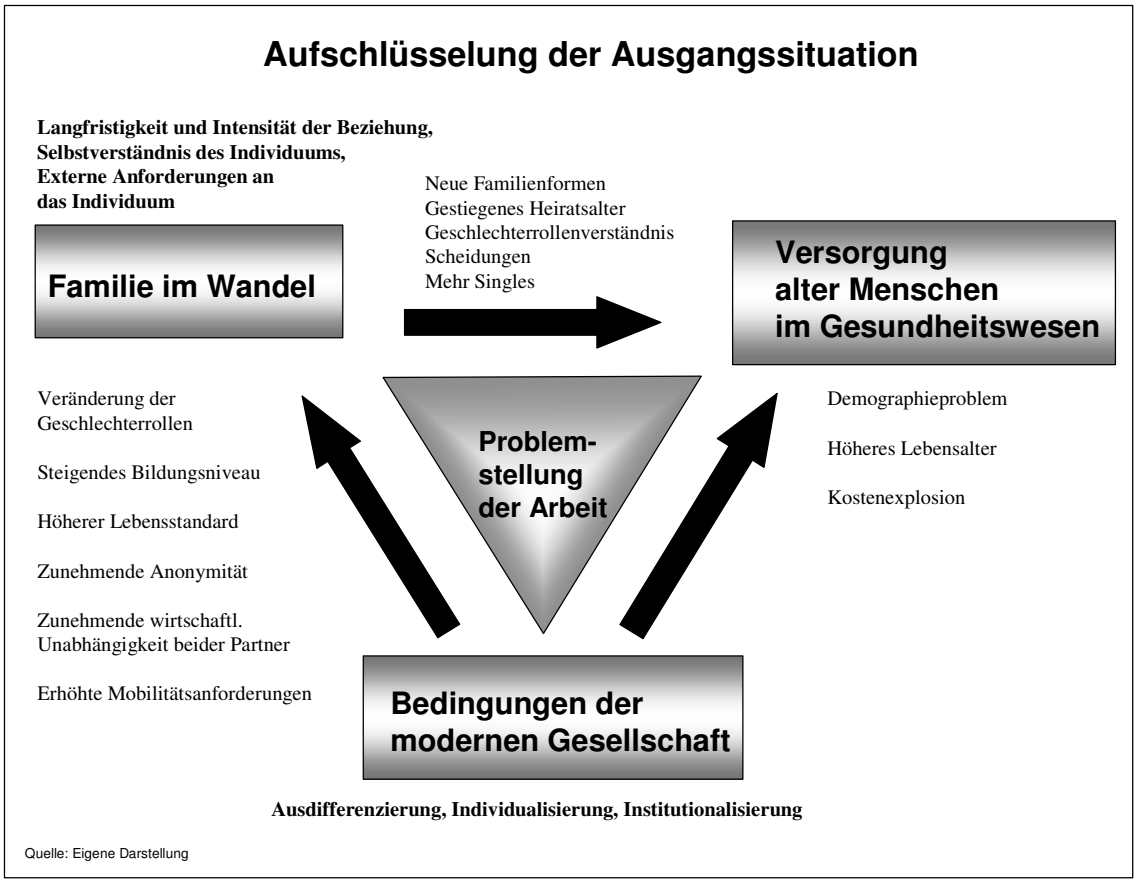


Abbildung 1: Aufschlüsselung der Ausgangssituation

1.1.1 Die Familie im Wandel

Mit den Schlagwörtern „Zerfall der Familie“, „Niedergang der Ehe“, „Pluralisierung der Gesellschaft und der Lebensformen“ versuchen Autoren immer wieder die Situation bzw. den Wandel der Familie nicht nur in der Bundesrepublik Deutschland, sondern auch europaweit zu beschreiben. Ein ständig steigendes Heiratsalter, stetiger Geburtenrückgang oder das Verharren der Geburtenzahlen auf niedrigem Niveau, hohe Scheidungszahlen und die ansteigende Zahl von Singles - besonders in Städten - haben den Eindruck entstehen lassen, dass die Institution „Familie“ eine überholte Lebensform darstellt, die kaum noch wichtige Funktionen für die in ihr lebenden Individuen übernimmt. Versucht man jedoch diese Aussagen mit wissenschaftlichen Studien bzw. statistischen Daten zu untermauern, ergibt sich ein wesentlich differenzierteres Bild. Im Vergleich zu dem traditionellen Bild der (Kern-) Familie, das mit der Eheschließung zweier heterosexueller Partner beginnt und mit der Geburt mehrerer Kinder erst vollständig war, ist heutzutage eindeutig eine

Ausweitung der Lebensformen festzustellen. Wie stark dieser Wandel der Lebensformen jedoch ist und welche Erscheinungsformen er aufweist, soll anhand eines Überblicks über die wesentlichen statistischen Eckdaten veranschaulicht werden.

Aufgabenstellung dieses Kapitelabschnitts ist es somit, der Frage nachzugehen, welchem Wandel die Familie nun wirklich unterworfen ist. Im Vordergrund stehen dabei die aktuelle Situation der Familie sowie deren mögliche Veränderungen.

- **Einpersonenhaushalte**[1]

In den vergangenen Jahrzehnten ist die Anzahl sowie der Anteil der Einpersonenhaushalte in Deutschland stark gestiegen. Wenn man die Zahlen mit dem Jahr 1972 vergleicht, kann man sogar von einem Zuwachs von 89% sprechen. So war etwa jeder dritte Haushalt in Deutschland (36,1%) im Jahr 2000 ein Einpersonenhaushalt. Das entspricht einer Zahl von 13,8 Mio. Haushalten. Die Mehrheit der Einpersonenhaushalte sind Frauenhaushalte (57,9%), während Männerhaushalte nur zu 42,1% vertreten sind. Zudem variiert der Anteil Alleinlebender stark nach Alter in Verbindung mit dem Geschlecht. Insbesondere ältere Frauen leben aufgrund von Verwitwungen häufig in Einpersonenhaushalten. Davon betroffen sind insbesondere hochaltrige Frauen ab dem 75. Lebensjahr. Neben dieser Gruppe der hochaltrigen Frauen hat in den vergangenen Jahrzehnten der Anteil Alleinlebender am stärksten bei Frauen unter 30 und bei Männern im jungen Erwachsenenalter (Mitte 20 bis Mitte 30) zugenommen. Als Hauptfaktoren für diese Zunahme von Einpersonenhaushalten kann die Alterung der Bevölkerung in Verbindung mit der höheren Lebenserwartung der Frauen, die zeitliche Entkopplung zwischen dem Auszug aus dem Elternhaus und dem Zusammenziehen mit einen festen Partner, die gesunkene Stabilität der Paarbeziehungen, der Anstieg partnerlos Bleibender, die Zuwanderung von Personen ohne Partner sowie die Zunahme an Paaren mit getrennten Haushalten angeführt werden.

[1] Alle folgenden Daten wurden dem Bericht des Bmfsfj, „Familie im Spiegel der Statistik“, 2003, entnommen.

- **Paarhaushalte ohne Kinder**

Oft ist in den Medien die Rede von Paarhaushalten ohne Kinder. Festzustellen ist jedoch, dass der überwiegende Teil der Paarhaushalte ohne Kinder von älteren Erwachsenen gebildet wird und diese sich in der Familienphase nach dem Auszug der Kinder aus dem elterlichen Haushalt befinden. Eine ansteigende Zahl von Paarhaushalten ohne Kinder lässt damit nicht automatisch den Schluss auf einen Anstieg kinderloser Lebensformen zu.

- **Nichteheliche Lebensgemeinschaften**

Nichteheliche Lebensgemeinschaften haben in den letzten Jahrzehnten stark zugenommen. Im Vergleich zu 1972 (früheres Bundesgebiet) hat sich die Zahl nichtehelicher Lebensformen fast verzwölffacht und stieg damit im Jahr 2000 auf 2,12 Mio. unverheiratete, in einem Haushalt zusammenlebende Paare. Das Zusammenleben ohne Trauschein ist vor allem bei jungen, überwiegend kinderlosen Paaren weit verbreitet. In allen Altersgruppen ist der Anteil nicht verheirateter, in einem Haushalt zusammenwohnender Paare in Ostdeutschland höher als in Westdeutschland. In Ostdeutschland sind insbesondere häufiger Kinder in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft vorhanden. Die nichteheliche Lebensgemeinschaft ist jedoch nicht nur eine typische Lebensform in der Anfangsphase der Paarbildung und Familienentwicklung; sie gewinnt zusehends auch als Lebensform nach dem Scheitern einer Ehe an Bedeutung.

- **Familienformen**

Neben den kinderlosen Lebensformen und den nichtehelichen Lebensgemeinschaften gibt es auch die Familienform, die man früher als Stieffamilie bezeichnet hat. Zu diesem Begriff, der eigentlich kein neues Phänomen in der Familienentwicklung beschreibt, kamen in der neueren Zeit zahlreiche weitere Begriffe, die teilweise neue Aspekte dieser Familienform beleuchten. „Patchwork-Familie“, „Nachfolgefamilie“, „Zweitfamilie“ und „Fortsetzungsfamilie“ sind einiger dieser Wort-Neuschöpfungen. Die Vielfältigkeit ihrer Entstehungsbedingungen spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Erscheinungsformen wider. Familien mit einem leiblichen und einem Stiefelternteil und Kindern, Familien in denen beide Elternteile sowohl leibliche als auch Stiefeltern sind sowie Familien mit und ohne gemeinsame Kinder, bilden zahlreiche Konstellationen. Diese Vielfältigkeit der

Familienformen, tritt jedoch relativ selten auf. So ist nur gut jede zweite eheliche Stieffamilie eine komplexe Stieffamilie in dem Sinne, dass neben den Stiefkindern auch gemeinsame leibliche Kinder vorhanden sind. Insgesamt gab es 1999 in Deutschland etwa 850.000 Stiefkinder, d.h. Kinder, die mit einem leiblichen und einem Stiefelternteil zusammenleben. Das sind 5,5 % aller Kinder unter 18 Jahren. Bezogen auf den Anteil der Kinder, die in Ehen leben, machen Stiefkinder jedoch lediglich 4% aus.

- **Eheschließungen**

Die Heiratsentwicklung ist seit Mitte der 70er Jahre gekennzeichnet durch die nachlassende Anzahl an Eheschließungen, den starken (Wieder-)Anstieg des Heiratsalters, die Zunahme der ledig Bleibenden (vor allem bei westdeutschen Männern), den wachsenden Anteil Geschiedener unter den Eheschliessenden sowie die Zunahme ausländischer und binationaler Paare. Auffallend war der starke Rückgang der Eheschließungen nach 1989 in Ostdeutschland, verbunden mit einem sprunghaften Anstieg des Heiratsalters und der bereits zu DDR-Zeiten gestiegenen Zahl ostdeutscher Brautpaare mit vorehelich geborenen Kindern.

Betrachtet man die Erstheiratshäufigkeit genauer, fällt auf, dass Männer im Jahr 1970 in Westdeutschland ca. 25 Jahre und Frauen ca. 24 Jahre alt waren, sie dagegen im Jahr 2000 bereits durchschnittlich 31 Jahre (Männer) bzw. 30 Jahre (Frauen) beträgt. Für eine Begründung dieser Verhaltenweise werden unterschiedliche Faktoren angeführt. Längeren Ausbildungszeiten, nichteheliche Lebensgemeinschaften vor der Eheschließung und dem immer spätere Beginn der Elternschaft wird die größte Bedeutung zugesprochen.

Neben der Erstheiratshäufigkeit verändern sich auch die Eheschließungen überhaupt. So ist unter einer Eheschließung nicht mehr nur die Ehe zwischen zwei Ledigen zu verstehen. Denn durch die wachsende Zahl Geschiedener nimmt der Anteil der Folgeehen unter den Brautpaaren zu, obwohl die Wiederheiratshäufigkeit nach der Scheidung oder Verwitwung generell gesunken ist. Zur Zeit heiraten 61 % der Frauen und 55 % der Männer nach Scheidung nochmals.

Es wird jedoch nicht nur später oder ein zweites Mal geheiratet, auch der Anteil derer, die gar nicht heiraten, steigt. Im früheren Bundesgebiet werden schätzungsweise 30% der 1960 geborenen Männer und 20% der Frauen dieses Geburtsjahrgangs nicht heiraten. In den neuen Ländern werden es rund 18 % der Männer und 10 % der Frauen sein. So lässt die generationenspezifische Betrachtung des Erstheiratsumfangs den Schluss zu, dass die Heiratshäufigkeit der jüngeren Generation, speziell im Vergleich zu den in den 30er Jahren Geborenen, stark rückläufig ist. Sehr deutlich wird dies gerade bei westdeutschen Frauen mit hohem Ausbildungsniveau. Sie bleiben wesentlich häufiger ledig, als ihre Geschlechtsgenossinnen mit geringerem Bildungsstand.

- **Ehescheidungen**

Die Scheidungsraten haben seit Mitte der 60er Jahre erheblich zugenommen. So ist, gemessen an den ehedauerspezifischen Scheidungsraten des Jahres 2000, damit zu rechnen, dass 37% der Ehen geschieden werden. Im Gegensatz zu der oft zu findenden These, dass Ehen nach sehr kurzer Zeit beendet werden, haben die im Jahr 2000 geschiedenen Ehen im Durchschnitt 12,9 Jahre bestanden. Innerhalb von 15 Jahren nach der Eheschließung werden jedoch ca. 25% aller Ehen geschieden. Gewichtiger wird diese Zahl noch dadurch, dass knapp die Hälfte der im Jahr 2000 geschiedenen Ehen zu diesem Zeitpunkt minderjährige Kinder hat. So ist davon auszugehen, dass rund ein Fünftel der in den 90er Jahren geborenen Kinder von Ehepartnern im Laufe der ersten zwei Lebensjahrzehnte mit einer Scheidung der Eltern konfrontiert wird. Trotz dieses Anstieges der Scheidungsraten ist die Zahl der Verwitwungen für das Jahr 2000 mit 2% der bestehenden Ehen immer noch doppelt so hoch wie der Prozentsatz der Ehescheidungen.

- **Geburten**

Abgesehen von kürzeren Unterbrechungen (zwischen 1975 und 1980 in der ehemaligen DDR) und vom „Echoeffekt“ des westdeutschen Geburtenbooms Ende der 50er bis Anfang der 60er Jahre in Form des Hineinwachsens dieser geburtenstarken Jahrgänge in das Familiengründungsalter, sinken die Geburtenzahlen in Deutschland seit Mitte der 60er Jahre. Die ersten Jahre nach der Wiedervereinigung brachten sogar ein dramatisches Absinken der Geburtenziffern. Dieser plötzliche Rückgang konnte durch den nachfolgenden leichten Anstieg nicht

ausgeglichen werden. Der Trend eines langfristigen Geburtenrückgangs zeigt sich auch in dem Rückgang der endgültigen Kinderzahl der Frauen (und Männer) in der Kohortenabfolge, d.h. der sinkenden Kohortenfertilität. Hinter diesem Rückgang (im Jahr 1930 geborene Frauen bekamen ca. 2,2 Kinder, im Jahr 1965 geborene Frauen bekamen nur ca. 1,5 Kinder) verbergen sich unterschiedliche generative Verhaltensmuster. Einerseits steigt der Anteil kinderlos Bleibender, andererseits gründen diejenigen, die sich für eine eigene Familie entscheiden, diese in einem immer höheren Alter. So waren im Jahr 2000 westdeutsche Frauen durchschnittlich bei der Geburt ihres ersten Kindes 29 Jahre alt. Stellt man eine vergleichende Analyse an, zeigt sich, dass Deutsche häufiger als Ausländer, Ledige und Geschiedene häufiger als Verheiratete und höher Gebildete häufiger als Personen mit niedrigem Bildungsniveau kinderlos bleiben.

Des weiteren beeinflussen auch der Wertewandel, die Veränderung der Geschlechterrollen und damit das veränderte Selbstverständnis des Einzelnen die Ausgestaltung der Lebens- bzw. Familienformen. Herkömmliche Rollenaufteilungen werden in Frage gestellt, und mit steigendem Bildungsniveau wollen gerade Frauen zunehmend familiale Aufgaben mit einer Erwerbstätigkeit vereinbaren und sind daher oft nicht mehr bereit, einzig die Rolle der Hausfrau und Mutter zu übernehmen. Dies führt zu einer Zunahme der wirtschaftlichen Unabhängigkeit beider Partner, die jedoch wiederum bei Beziehungsproblemen eine Scheidung als Lösungsalternative attraktiver erscheinen lässt. Auch berufsbedingte Mobilitätsanforderungen, die gerade bei der Berufstätigkeit beider Partner eine enorme Herausforderung darstellen können, führen häufig – wenn auch teilweise nur temporär - zu neuen familialen Lebensformen. Begriffe wie "Shuttles“, „Expatriates“ oder „Live-Apart-together“ stehen für unterschiedliche Arten von Fernbeziehungen innerhalb der Partnerschaft oder Familie.

Die bisher geschilderten Veränderungen stehen tendenziell eher dem traditionellen Bild der Familie entgegen. Um jedoch ein komplettes Bild der heutigen Situation der Familie zu erhalten, ist es notwendig, auch auf Veränderungen zu achten, die ursprünglich typische Eigenschaften einer traditionellen Familie sogar in verstärkter Ausprägung aufweisen. Eine derartige Veränderung ist die Dauer der gemeinsam, d.h. in einem Haushalt, verbrachten Lebenszeit. Da Menschen heutzutage eine

längere Lebenserwartung haben und einerseits die Ausbildungszeit für Kinder, andererseits der Freizeitanteil der Menschen stark angewachsen ist, verbringen Familienmitglieder mehr Zeit miteinander als jemals zuvor. Aber nicht nur die gemeinsam verbrachte Zeit zwischen Eltern und Kindern ist im Steigen begriffen, auch die Länge der gemeinsamen Lebensphasen mehrerer Generationen ist angestiegen. Damit steigt auch die Anzahl der Mehrgenerationenfamilien.

Neben einseitiger Berichterstattung führt auch der in der Statistik verwendete Haushaltsbegriff dazu, dass die Bedeutung bestimmter familialer Entwicklungen häufig überschätzt wird. So kann aus einem Anstieg an Single-Haushalten nicht gefolgert werden, dass diese Individuen nicht mehr in ein familiales Netzwerk (z.B. in das ihrer Herkunftsfamilien) eingebunden sind. Auch die Wiederverheiratungsquoten und der Wunsch der meisten Jugendlichen, in Zukunft eine eigene Familie zu gründen, liefern einen Anhaltspunkt dafür, dass die beschriebenen Veränderungen kein eindeutiger Hinweis darauf sind, dass die „Institution Familie“ für Menschen bedeutungs- bzw. nutzlos geworden ist.

FAZIT: Zusammenfassend kann damit festgestellt werden, dass die Situation der Familie zwar in vielen Punkten von dem althergebrachten Bild der (Kern-)Familie abweicht, dieses Ergebnis aber in keiner Weise den Schluss zulässt, dass die Familie heute dem Untergang geweiht ist oder gar für ihre Mitglieder oder die Gesellschaft bedeutungslos zu werden droht. Wichtig scheint vielmehr zu sein, den Begriff „Familie“ problemadäquat zu definieren und damit der Familie mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen gerecht zu werden. Daher verzichtet diese Arbeit auch auf die häufig anzutreffende Definition der Familie als Kernfamilie in Form einer Vater-Mutter-Kind-Gemeinschaft. So ist Familie im Sinne dieser Arbeit nicht nur da, wo Erwachsene mit Kindern im gleichen Haushalt leben[2], da durch diese Definition

[2] Siehe dazu auch Bertram (2002 a, S.40): „Diese Konzeption von Familie als Haushaltsgemeinschaft, wie die amtliche Statistik es nahe legt, ist aber weder theoretisch noch empirisch aus der Perspektive der Subjekte gerechtfertigt. Diese statistische Setzung, die schon historisch falsch ist, weil auch in der Geschichte die Personen, die in einem Haushalt lebten, nicht notwendigerweise gleichzeitig auch Familienmitglieder waren, ist auch theoretisch höchst anzweifelbar, weil in einer Gesellschaft, in der Menschen zunehmend länger gemeinsam miteinander altern, Sozialbeziehungen nicht mehr allein durch das Wohnen im gemeinsamen Haus definiert werden können, sondern über die tatsächlichen Aktivitäten, die Menschen miteinander ausüben.“

alle familiären Beziehungen von selbständigen, erwachsenen Kindern zu ihren (alten) Eltern automatisch ausgeblendet werden.

Der Begriff Familie steht in dieser Arbeit für alle auf Verwandtschaft oder langfristiger Partnerschaft beruhenden Beziehungen, die zwischen einer oder verschiedenen Generationen vorhanden und durch einen familialen Solidaritätsvertrag[3] miteinander verbunden sind.

1.1.2 Die Versorgung alter Menschen

Nach der überblicksartigen Beschreibung der Situation der Familie in der heutigen Bundesrepublik Deutschland soll der zweite Themenkomplex aus dem Schaubild - die Versorgung alter Menschen – näher beleuchtet werden. Da die Versorgung[4] alter Menschen jedoch von vielen Umfeldfaktoren abhängig ist, gilt es zuerst, diese ins Blickfeld zu rücken.

- **Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung**

Immensen Einfluss hat die Lebenserwartung auf die Thematik der Versorgung alter Menschen in einer Gesellschaft. Betrachtet man empirische Daten, ist eindeutig ein Anstieg der Lebenserwartung in der Bundesrepublik Deutschland zu verzeichnen. Während im Zeitraum von 1900 bis 1910 geborene Jungen nur eine Lebenserwartung von 45 und Mädchen von 48 Jahren hatten, betrug die Lebenserwartung nach der Sterbetafel von 1995/97 bei weiblichen Neugeborenen bereits 80 Jahre beziehungsweise bei männlichen Neugeborenen 74 Jahre[5]. Glaubt man den Zahlen des Deutschen Zentrums für Altersfragen ergibt sich für Frauen nach der Sterbetafel 1999/2001 bereits eine Lebenserwartung von 81,07 Jahren und

---

[3] Näheres zum Begriff „Solidaritätsvertrag“ in Kapitelabschnitt 4.4.

[4] Die Versorgung alter Menschen beinhaltet deren Betreuung und Pflege.
Darunter sind sowohl alle Tätigkeiten zu verstehen, die zur Alltagsbewältigung eines alten Menschen notwendig sind und nicht mehr von ihm selbst ausgeführt werden können (z.B. Zubereiten von Mahlzeiten, Erledigung von Behördengängen, Körperpflege, medizinische Versorgung) als auch alle Tätigkeiten, die dem alten Menschen ein lebenswertes Leben ermöglichen (z.B. Beschäftigungstherapie).

[5] Daten entnommen aus: Bmfsfj (2001), Band 201, S. 28f.

für Männer von 75,11 Jahren[6]. Dieser Anstieg der Lebenserwartung erfolgte einerseits durch das Abfallen der Kindersterblichkeit im letzten Jahrhundert, andererseits verringerte sich aber auch die Sterblichkeit in höheren Altersgruppen. So ist davon auszugehen, dass die Lebenserwartung bis zum Jahr 2050 nochmals um weitere 4 Jahre steigt.

- **Zahl der über 60jährigen und Hochbetagten steigt**

Mit dem Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung vergrößerte sich auch zunehmend der Anteil der Bevölkerung über 60 Jahre. Vergleicht man Zahlen aus einem Zeitraum von nahezu 100 Jahren wird dies besonders deutlich. So betrug im Jahr 1900 der Anteil der über 60 Jahre alten Menschen an der damaligen Gesamtbevölkerung 7,8% im Jahre 1960 bereits 17,8 % und in der heutigen Zeit liegt der Anteil über 60jähriger bei 22,5%. Nach Hochrechnungen – trotz Einbezug eines Zuwanderungssaldos von 100.000 Menschen, werden im Jahr 2050 37,4% der Menschen bereits älter als 60 Jahre sein. Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht stellt die Hochaltrigkeit der Menschen allein jedoch für eine Gesellschaft kein Problem dar. Von Interesse ist der Anstieg alter bzw. hochaltriger Menschen aber deshalb, weil mit der Hochaltrigkeit die Wahrscheinlichkeit für demenzielle Erkrankungen und Multimorbidität überproportional wächst.

- **Demographisches Problem**

Nicht nur die steigende Lebenserwartung führt jedoch zu einem Anstieg des Anteils der über 60jährigen in der deutschen Bevölkerung. Ganz entscheidend trägt auch eine niedrige Geburtenrate zur Strukturveränderung der Bevölkerung bei. Wie in nahezu ganz Europa, so ist auch in Deutschland eine sehr niedrige Geburtenrate mit im Durchschnitt 1,3 Kindern pro Frau zu finden. Diese niedrige Geburtenrate führt zu einem Sinken der Bevölkerungszahl von heute 82 Millionen auf 69,9 Millionen im Jahr 2050. So ist festzustellen: „Wenn diese Vorausberechnungen zutreffen, dann wird sich der Altersaufbau zwischen 1950 und 2050 bei einer nahezu identischen Bevölkerungszahl umgekehrt haben“.[7]

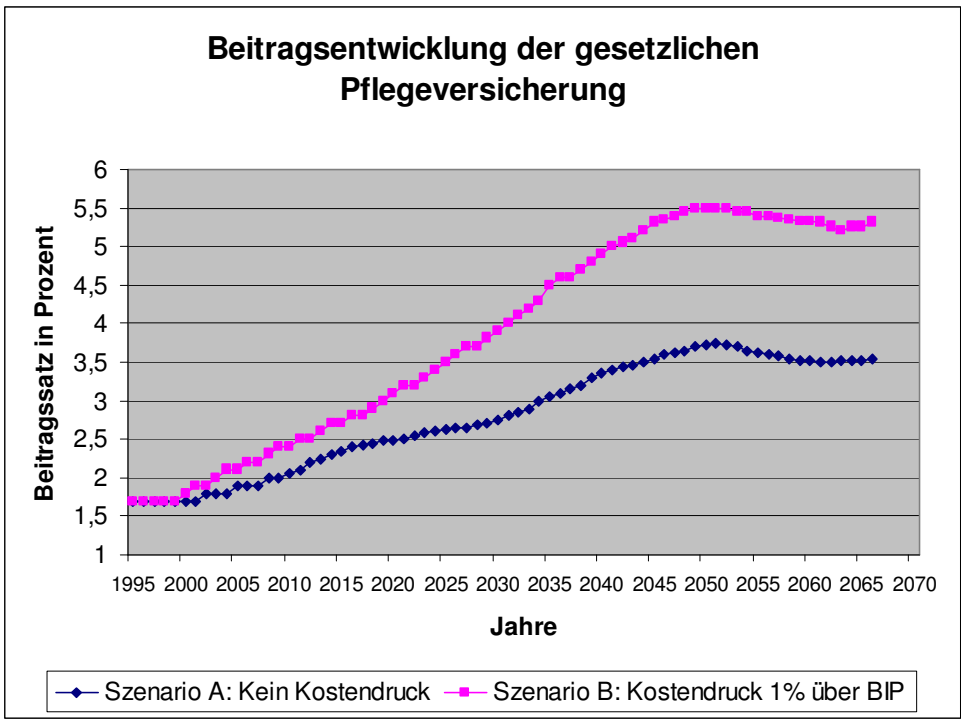
---

[6] Daten entnommen aus: www.gerostat.de

[7] Bmfsfj (2001), Band 201, S. 29.

Aus den vorhergesagten Entwicklungen lässt sich ablesen, dass in den kommenden Jahren und Jahrzehnten entweder die finanzielle Belastung der erwerbsfähigen Menschengruppe erheblich ansteigen und auf absehbare Zeit untragbar werden wird oder dass das heutige soziale Sicherungssystem durch Reformen grundlegenden Veränderungen ausgesetzt sein wird. Die Leistungen aus Renten-, Kranken- sowie Pflegeversicherung werden dramatisch abnehmen.

Folgendes Schaubild zeigt die Dringlichkeit des Problems:



Eigene Darstellung nach Daten von Fetzer 2001, S.25.

Abbildung 2: Prognostizierte Beitragsentwicklung der gesetzlichen Pflegeversicherung

Wie aus der Graphik zu entnehmen, scheint das vordringliche Problem der Versorgung alter Menschen darin zu liegen, dass das momentane staatliche Sicherungssystem seine Funktion in Zukunft nicht oder nur sehr unzureichend erfüllen können wird. So wird auch in der aktuellen politischen Diskussion deutlich, dass eine Fortschreibung der bisherigen Form staatlicher Versicherungssysteme für die Versorgung alter Menschen in dieser Form nicht möglich, kurz gesagt, einfach nicht finanzierbar ist .

Weiterhin wird diese Problematik durch eine verkürzte Lebensarbeitszeit (damit Einzahlungszeit in soziale Sicherungssysteme) sowie eine fortschreitende Technisierung der medizinischen Versorgung an Dynamik gewinnen. Dazu verschärft das Fehlen von Humanressourcen für die Versorgung alter und pflegebedürftiger Menschen weiter die Situation. Eine steigende Erwerbstätigkeit von Frauen einerseits und eine Abnahme der zur Verfügung stehenden Kinder (insbesondere Töchter) durch demographische Veränderungen andererseits, lassen vorausahnen, dass die Versorgung alter Menschen durch den „verborgenen Sozialstaat“ in Form familialer Leistungen, insbesondere von weiblichen Mitgliedern, zumindest teilweise gefährdet ist.

Auf den Punkt gebracht: Die Thematik der Versorgung alter Menschen wird an Brisanz zunehmen und daher neue Lösungsansätze fordern.

1.1.3 Die „moderne Gesellschaft“

Bei den bisherigen Ausführungen wurden zwar die wichtigsten Problempunkte und Veränderungen hinsichtlich der Familie und der Versorgung alter Menschen genannt, ungeklärt blieb jedoch in weiten Teilen, was als Ausgangspunkt bzw. als „Beweger“ für diese Veränderungen angesehen werden kann. Anders gefragt, auf was ist die veränderte Situation der Familie und der Versorgung alter Menschen letztendlich zurückzuführen? Abbildung 1 gibt zur Beantwortung dieser Frage einen ersten Hinweis. Die Merkmale der heutigen, „modernen Gesellschaft“ scheinen einen entscheidenden Einfluss, sowohl auf einen Wandel der Familie, als auch auf die Versorgung alter Menschen zu haben. Nur: Was sind die Charakteristika einer „modernen Gesellschaft“ bzw. welche strukturellen Zusammenhänge machen moderne gegenüber vormodernen Gesellschaften aus? In der vorliegenden Arbeit wird auf beide Fragen eingegangen werden. Die wichtigsten Phänomene „moderner Gesellschaften“ werden gleich anschließend in folgendem Abschnitt behandelt. Weil jedoch diese Erklärung anhand einzelner Merkmale den Nachteil hat, zugrundeliegende strukturelle Zusammenhänge nicht zu beleuchten, gilt es, darüber hinaus auch diese Zusammenhänge sichtbar zu machen. Dies soll, weil um einiges komplexer, in Kapitelabschnitt 1.3 in Angriff genommen werden.

Die Hauptmerkmale der „modernen Gesellschaft sind heute für deren Bürger meist schon derart selbstverständlich geworden, dass sie gar nicht mehr als eine Besonderheit ihrer eigenen Gesellschaft wahrgenommen werden. Einerseits betreffen diese Charakteristika das Staatssystem. So ist die Demokratie fester Bestandteil einer „modernen Gesellschaft“. Warum die Demokratie nicht nur eine „Erfolgsstory“ der Geschichte ist, sondern theoretisch als Bestandteil einer „modernen Gesellschaft“ gerechtfertig werden kann, wird in Kapitel 5 eingehend beleuchtet. Als weiteres markantes Merkmal der „modernen Gesellschaft“ ist das Wirtschaftssystem anzuführen. So ist die Marktwirtschaft, wenn auch in unterschiedlichen Ausprägungen, aus „modernen Gesellschaften“ nicht mehr wegzudenken. Auch die Entstehung von Organisationen und hier speziell von Unternehmen empfindet niemand mehr als Besonderheit. Trotz jahrhundertlangen Handels entstanden Unternehmen erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Der wesentliche Unterschied zum herkömmlichen Handel war es, dass Organisationen sich nicht mehr durch Individuen bzw. Personen, sondern durch Positionen mit bestimmten Aufgabenzuschreibungen definierten. Im Zuge einer zunehmenden Spezialisierung etablierten sich jedoch nicht nur Unternehmen, sondern es entwickelte sich auch eine immer stärkere Arbeitsteilung innerhalb der gesamten Gesellschaft. Diese sogenannte funktionale Ausdifferenzierung der Gesellschaft in zahlreiche Subsysteme wie z.B. Wirtschaft, Wissenschaft und Recht, ist somit wohl das bedeutendste Kennzeichen einer „modernen Gesellschaft“. Damit gingen jedoch zweifelsohne Probleme für den Einzelnen als auch die Gesellschaft insgesamt einher. Auf diese Probleme im Einzelnen einzugehen, würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, jedoch soll an dieser Stelle kurz auf das, von der soziologischen Theorie der Gesellschaft[8] in den Vordergrund gerückte Problem der „Systemlogik“ eingegangen werden. Durch die funktionale Ausdifferenzierung in einzelne Subsysteme erreichten diese einen hohen Grad der Autonomie. Dies führte jedoch nicht nur zu einer außergewöhnlichen Leistungsfähigkeit dieser Teilsysteme, sondern auch zu einer, dem jeweiligen Teilsystem immanenten Logik[9]. Mit anderen Worten – und dies wird noch wichtig für die in dieser Arbeit verwendete Theorie sein: Um in einem Teilsystem Veränderungen bewirken zu können, muss auf dessen

[8] Als bedeutendster Vertreter dieser Theorie ist Niklas Luhmann zu nennen.

[9] Die Systemtheorie nennt diese Logiken „Code“. Ein Beispiel für einen „Code“ des Systems Wirtschaft kann sein: Geld – kein Geld bzw. Gewinn – kein Gewinn.

Systemlogik eingegangen werden. Geschieht dies nicht, werden jegliche Anstrengungen ungehört bleiben.

Als letztes, aber nicht weniger entscheidendes Charakteristikum sei hier die Individualisierung angesprochen. Jeder Einzelne war in vormodernen Gesellschaften weitgehend alternativlos in einen vorgegebenen sozialen Kontext, nämlich der Familie, der Klasse oder der Arbeitswelt, integriert. Novum der „modernen Gesellschaft“ ist dagegen die Herauslösung des Einzelnen aus den vorgegebenen (Wert-)Bindungen und damit die Eröffnung eines neuen Handlungsspielraumes. Dies bedeutet einerseits, dass Bindungen bzw. zwischenmenschliche Beziehungen heute in großem Umfang einer Wahlmöglichkeit unterliegen, anderseits aber auch, dass der Einzelne in seinen selbst bestimmten Lebensbereichen unterschiedliche Rollen in einem weit aufgespannten Netzwerk zu erfüllen hat (z.B. Vater, Ehemann, Arbeitskollege, Sportkamerad). Eine zunehmende Individualisierung ist also nicht gleichzusetzen mit einer Entsozialisierung bzw. Beziehungslosigkeit des Einzelnen und damit einhergehend mit einem Zerfall der Familie an sich. Im Gegenteil, die Individualisierung in der „modernen Gesellschaft“ ist meist gepaart mit der Schaffung eines selbstbestimmten Netzwerkes an engen („strong ties“) und loseren („weak ties“) Bindungen.[10] Individualisierung führt somit nicht nur zu einem erweiterten Handlungsspielraum für den Einzelnen, sondern ebenso zu einer zunehmenden gegenseitigen Verknüpfung und damit auch Abhängigkeit. Folglich ist festzustellen, dass Bindungen der Individuen in einer „modernen Gesellschaft“ gegenüber vormodernen Gesellschaften somit meist nicht nur zahlreicher und verzweigter, sondern auch die Ausprägungen dieser Bindungen differenzierter sind.

1.2 Problemstellung und Aufbau der Arbeit

Der Abschnitt 1.1 zielte darauf ab, dem Leser die Ausgangssituation näher zu bringen und damit das Spektrum aufzuspannen, in dem sich diese Arbeit bewegt. Nun wird auf die Problemstellung, die dieser Arbeit zugrunde liegt, näher eingegangen.

[10] Unter engen Bindungen sind z.B. Bindungen zwischen Familienmitgliedern, unter losen Bindungen z.B. Geschäftsbeziehungen zu sehen.

1.2.1 Problemstellung der Arbeit

Im Mittelpunkt der Problemstellung dieser Arbeit steht folgende Leitfrage:
Wie kann die Versorgung alter Menschen durch Familienangehörige[11] unter den Bedingungen der „modernen Gesellschaft“ erhalten und gefördert werden?

Als erstes fällt ins Auge, dass diese Problemstellung scheinbar normativ vorbelastet ist, indem sie nämlich voraussetzt, dass die Versorgung alter Menschen durch Familienangehörige positiv zu bewerten ist, also einen gesellschaftlichen Wert darstellt, den es zu erhalten gilt. Diesem Argument müsste man sofort zustimmen, würde diese Arbeit die vorgelagerten Fragen unbearbeitet lassen. Das ist jedoch nicht der Fall. Vielmehr beinhaltet die Thematik mehrere Dimensionen, denen diese Arbeit versucht, gerecht zu werden. So gilt es einerseits, die Bedeutung und das Potenzial der Familie für die „moderne Gesellschaft“ aufzuzeigen. Andererseits ist es - um nicht bei einer rein deskriptiven Arbeit stehen zu bleiben – unabdingbar, die Chancen und Bedrohungen für familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen alter Menschen zu analysieren, um daraus im Anschluss Gestaltungsempfehlungen für eine Stabilisierung dieser Leistungen ableiten zu können. Daher ist es nicht erforderlich, sich den Zusammenhang zwischen Familie, „moderner Gesellschaft“ und Betreuung und Pflege alter Menschen durch Familienangehörige immer wieder vor Augen zu führen.

Um einer Antwort auf diese komplexe Problemstellung näher zu kommen, ist es notwendig diese in einzelne Arbeitschritte zu unterteilen. Der nächste Abschnitt zeigt, wie diese Unterteilung vorgenommen wurde und veranschaulicht dem Leser das weitere Vorgehen.

[11] Diese Arbeit behandelt nicht die Problematik der Versorgung alter Menschen ohne Angehörige. Die Autorin ist sich dennoch bewusst, dass gerade auch die zukünftige Versorgung dieser Gruppe alter Menschen eine große Herausforderung für die Gesellschaft darstellen wird.

1.2.2 Aufbau der Arbeit

Der Aufbau der vorliegenden Arbeit folgt einem Schema, das für wissenschaftliche Bearbeitungen gesellschaftlicher bzw. sozialer Phänomene und damit auch der familialen Betreuung und Pflege alter Menschen grundlegend ist.
Dazu wird in folgenden drei Schritten vorgegangen:

1. Schritt: Reduktion der Komplexität
2. Schritt: Wissenschaftliche Bearbeitung nach der angewandten Theorie
3. Schritt: Einbettung der theoretischen Ergebnisse in die Komplexität der Empirie, um adäquate Gestaltungsempfehlungen geben zu können.

Kapitel 1 der vorliegenden Arbeit versucht eine Einführung in die und eine Hinführung zur Themenstellung, die gleichzeitig eine Reduktion der Komplexität (1. Schritt) mit einschließt. Kapitel 2 – 5 steht für eine Bearbeitung der Thematik unter dem noch vorzustellenden „ökonomischen“ Blickwinkel (2. Schritt). Kapitel 6 macht darauf aufbauend den Versuch, die gewonnen theoretischen Ergebnisse aus den vorausgehenden Kapitel wieder in Empirie einzubetten, um anschließend Gestaltungsempfehlungen für eine anreizkonformere familiale Betreuung und Pflege alter Menschen zu geben.

Im Detail wurde die vorliegende Arbeit wie folgt untergliedert:
Folgender *Abschnitt 1.3* möchte dem Leser die „ökonomische“ Herangehensweise der Autorin an die Problemstellung näher bringen. Daran anknüpfend wird in *Kapitelabschnitt 1.4* gefragt, wie sich die vorliegende Arbeit mit ihrem „ökonomischen“ Blickwinkel im Fachgebiet Sozialethik und Gesellschaftspolitik platzieren lässt. Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu themen- bzw. methodenverwandten Arbeiten auftreten und darauf basierend zu welcher Forschungslücke diese Arbeit einen Beitrag leisten will, zeichnet kurz *Abschnitt 1.5* nach. *Abschnitt 1.6* beinhaltet schließlich Informationen zu denen in dieser Arbeit verwendeten empirischen Daten. Deren Hauptaufgabe ist es, eine neue bzw. erweiterte Grundlage für Analysemöglichkeiten des Themenfeldes „Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige“ zu schaffen.

Nach den einleitenden Ausführungen - bevor anhand der konkreten Thematik in die Analysephase der Problemstellung eingestiegen wird - beginnt das *Kapitel 2* mit einer Klärung des Verhältnisses der Institution „Familie“ gegenüber der „modernen Gesellschaft“. Anliegen dieses Kapitels ist es, die Frage nach der Funktionalität der Institution Familie für die „moderne Gesellschaft“ zu beantworten.

Darauf aufbauend ist es erstens Ziel des *Kapitels 3,* nach den bisher erbrachten Leistungen von Familienangehörigen im Bereich Betreuung und Pflege alter Menschen zu fragen und im Weiteren die Bedeutung dieser familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen für die „moderne Gesellschaft“ zu verdeutlichen. Intension dabei ist es, die Problemstellung noch einmal zuzuspitzen und zu zeigen, „was für die Gesellschaft auf dem Spiel steht“, d.h., welche Folgen es hätte, wenn Familienangehörige ihre bisher erbrachten Leistungen einschränken würden oder diese Leistungen ganz durch professionelle Dienste erbracht werden müssten. Die Ergebnisse dieses Kapitels zeigen somit, inwieweit eine Betreuung und Pflege alter Menschen durch Familienangehörige vorteilhaft für die Gesellschaft ist.

Nachdem in dem vorausgehenden Kapitel die der Arbeit zugrunde liegende Thematik der familialen Betreuung und Pflege aus gesellschaftlicher Sicht geschildert wurde, wird in *Kapitel 4* die individuelle Ebene (der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen) untersucht. Anliegen dieses Kapitels ist es, zu klären, unter welchen Bedingungen Angehörige bereit sind, sich in der Betreuung und Pflege alter Menschen zu engagieren und welche Anreizstrukturen den zu beobachtenden Handlungen zugrunde liegen. Für eine bessere Bearbeitung ist das Kapitel in vier Segmente unterteilt. Zunächst wird der betroffene Personenkreis detaillierter aufgeschlüsselt. So werden typische Charakteristika pflegebedürftiger als auch pflegeleistender Angehöriger benannt. Daran anschließend werden die Anreizstrukturen für Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen sowohl im Privathaushalt als auch in Altenpflegeheimen näher beleuchtet. Nach einer Zwischenbilanz der bisher gewonnenen Erkenntnisse werden die bisher ausgeblendeten Anreizstrukturen innerhalb der Generationenbeziehungen in den Mittelpunkt gerückt.

Kapitel 5 hat wiederum, ähnlich wie bereits Kapitel 2, die Funktion, den theoretischen Hintergrund für den Fortgang der Arbeit zu schaffen. Im Zentrum steht die Frage nach der Rolle des Staates in einer „modernen Gesellschaft“ und darauf aufbauend die Frage nach der Verpflichtung des Staates, adäquate Rahmenbedingungen für familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen zu gestalten. Zur Abklärung dieser Frage ist es grundlegend, das im Hinblick auf eine „moderne Gesellschaft“ relevante Staatssystem als auch das Staatsverständnis zu diskutieren.

Kapitel 6 bietet für die aus dem Status quo herausgefilterten Probleme mögliche Lösungsvorschläge an. Im Sinne der angewandten ökonomischen Theorie gilt es hier, die theoretischen Ergebnisse wieder in die empirischen Bedingungen einzubetten und damit normativistische Kurzschluss-Vorschläge zu vermeiden. Grundlegend dafür ist es, die bisherigen Rahmenbedingungen für familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen auf Anreizkompatibilität hin zu durchleuchten und darüber hinaus zu zeigen, welche Rahmenbedingungen implementiert werden müssten, damit Familienangehörige stärker in die Betreuungs- und Pflegeleistungen integriert werden können.

Kapitel 7 fasst die gewonnenen Einsichten kurz zusammen.

1.3 Der Untersuchungsansatz – Soziale Phänomene aus dem Blickwinkel der Ökonomik

Seit Menschengedenken betreuen und pflegen Menschen ihre alten Angehörigen innerhalb der Familie. Die Familie mit ihren ureigenen „Leistungen“ besaß daher immer schon einen Eigenwert an sich. In der heutigen Gesellschaft scheint dieses Pflegeengagement nun - wenn auch schleichend, aber dennoch stetig - weniger zu werden. Damit einhergehend treten erstmals Stimmen in die Öffentlichkeit, die die Institution „Familie“ bzw. deren „Leistungen“ unter einem ökonomischen Blickwinkel und damit unter Nützlichkeitserwägungen analysieren. Dieser vorrangig wissenschaftliche Vorstoß bleibt nicht ohne Widerspruch. Fragestellungen wie „Was kostet Familien die Erziehung von Kindern bzw. die Betreuung alter Menschen?“ werden als geschmacklos und als Eingriff in die private Lebenssphäre der Familie

empfunden, da die Familie doch gerade der Ort ist bzw. sein sollte, der jenseits von ökonomischen Kosten- und Nutzenerwägungen ein Rückzugsgebiet für den Einzelnen bereit hält.

Kann es also trotz dieses berechtigten Widerstandes gegen eine Instrumentalisierung der Familie und ihrer Leistungen sinnvoll sein, Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen von Angehörigen unter einem „ökonomischen“ Blickwinkel zu untersuchen?

Wie zu erwarten fallen die Antworten hierzu sehr unterschiedlich aus. Eine Art, Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen für alte Menschen zu analysieren und daran anschließend zu fragen, wie diese Leistungen in der heutigen Gesellschaft stabilisiert oder sogar gefördert werden können, ist es, durch individualethische Appelle jeden einzelnen Angehörigen daran zu erinnern, dass er sich in der Betreuung bzw. Pflege alter Familienmitglieder vermehrt engagieren soll. Diese Herangehensweise basiert auf der Annahme eines zunehmenden Individualismus in „unserer modernen Gesellschaft“ im Sinne eines steigenden Egoismus auf Kosten anderer. Damit einhergehend wird ein „Werteverfall“ proklamiert, der scheinbar eine rückschrittliche Entwicklung nach sich zieht, die es aufzuhalten gilt. Als Bestätigung dieser These wird häufig angeführt, dass es noch vor etwas mehr als 100 Jahren selbstverständlich für erwachsene Kinder war, sich ihrer alt gewordenen Eltern anzunehmen. Bei dieser Art der Situationsanalyse wird jedoch das verkannt, was bereits das vierte Gebot der Bibel „Du sollst Vater und Mutter ehren, auf dass Du lange lebest im Land, das Gott der Herr Dir geben wird“ andeutet, nämlich, dass das scheinbar selbstlose Verhalten der Kinder (die Pflege der Eltern) mit einem eigenen Vorteil (eigenes langes Leben) eng verknüpft war.

Diese Einsicht also, dass menschliches Verhalten und damit auch gesellschaftliche Phänomene wie die Pflege alter Menschen von Anreizen bzw. Bedingungen abhängig ist, berücksichtigt jedoch jene individualethische Herangehensweise gerade nicht. Dieses Erklärungsdefizit will nun der hier gewählte „ökonomische“ Blickwinkel beheben. Er will nicht erklären, warum sich ein bestimmtes Individuum in einer bestimmten Situation in einer bestimmten Weise verhält. Er will und kann auch keine Ratschläge für das Verhalten eines Einzelnen geben. Vielmehr ist es Ziel

dieses „ökonomischen“ Ansatzes die Determinanten für ein bestimmtes Massenverhalten soweit möglich zu entschlüsseln und darauf aufbauend Vorschläge für die politische Steuerung über Rahmenbedingungen zu erarbeiten.

Aus diesem Grund wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass jeder Durchschnitts-Akteur (also auch jedes Familienmitglied), nach einem ganz bestimmten Grundsatz handelt: Jede Person versucht in ihrem Leben ihre eigenen Ziele zu realisieren und trifft ihre Entscheidungen nach dem Prinzip der individuellen Vorteils-/ Nachteilskalkulation. Gearbeitet wird – um den wissenschaftlichen Terminus zu verwenden - mit der Figur des „homo oeconomicus“. Hierunter versteht man ein in der Ökonomik für bestimmte Fragestellungen verwendetes Modell menschlichen Verhaltens[12] – präziser und unmissverständlich gesagt –, menschlichen Verhaltens unter bestimmten Restriktionen. Es basiert auf der Annahme, dass alle Menschen auf Anreizbedingungen, die einer bestimmten Situation eigen sind, systematisch rational und eigeninteressiert reagieren, d.h.:
Menschen maximieren ihren Nutzen unter Restriktionen[13].

Diese Aussage mag für Nicht-Ökonomen auf den ersten Blick irritierend sein, da die Alltagserfahrung viele Beispiele (scheinbar) altruistischen Verhaltens bereit hält, das offensichtlich in keiner Weise durch kalkulierende Nutzenmaximierung erklärt werden kann. Betrachtet man jedoch die beiden Begriffe des „Nutzens“ und der „Maximierung“ genauer, so verliert die oben gemachte Annahme das Meiste von ihrer vermuteten Härte. Denn der Nutzenbegriff der modernen Ökonomik beinhaltet nicht nur den monetären Nutzen, also den Nutzen, der in Geldeinheiten ausgedrückt werden kann. Vielmehr ist der Nutzenbegriff insofern völlig offen, als er alle Dinge umfasst, die ein Individuum als für sich vorteilhaft bewertet. Als Beispiele für möglichen Nutzen können eine saubere Umwelt, die eigene Gesundheit, der Besuch eines Freundes oder auch das Wohl anderer Menschen angeführt werden. Auch das Wort „maximieren“ verliert im ökonomischen Zusammenhang etwas von seiner

[12] Ökonomik ist so gesehen keine Verhaltenstheorie, sondern eine Situationstheorie. Siehe dazu: Homann/Suchanek (2000), S. 421.

[13] Der Begriff „Restriktionen“ beinhaltet alle Einschränkungen, die den unbegrenzten Wünschen eines Individuums Grenzen setzen. Zur Unterteilung nach Restriktionsarten siehe Homann/Suchanek (2000), S. 31 f.

extremen Zuspitzung. Gemeint ist, dass Menschen, vorhandene Knappheitsbedingungen einkalkulierend, versuchen, das „Beste“ für sich aus der Situation herauszuholen. Dazu sind weder mathematische Modellrechnungen noch endlose Entscheidungsprozesse notwendig. Mit anderen Worten: Es geht darum, dass der Akteur die ihm zur Verfügung stehenden Mittel, die nie unbegrenzt sind (relative Knappheit), in Bezug auf seine verschiedenen Ziele alternativ einsetzt. Und dies tut er nicht wahllos, sondern auf der Basis von rationalem Verhalten. Bezogen auf die hier zu analysierende Thematik der familialen Betreuung und Pflege bedeutet dies, dass Angehörige, wenn auch häufig unterbewusst abwägen, welche Vor- bzw. Nachteile ein Pflegengagement ihnen einbringt und in welchen Ausmaß sie ihre Kräfte einer Betreuung bzw. Pflege widmen wollen.
Das Modell des „homo oeconomicus“ basiert damit im Wesentlichen auf folgenden Annahmen[14]:

A Intentionalität bzw. Autonomie:
Diese grundlegende Bestimmung besagt, dass der Mensch zu freien Entscheidungen befähigt ist. Gemeint ist damit, dass er sich bestimmte Ziele setzen und diese Ziele methodisch verfolgen kann. Diese vorausgesetzte Freiheit ist jedoch nie absolut, d.h. Menschen können nur frei innerhalb bestimmter Restriktionen der Wirklichkeit entscheiden. Solche Restriktionen können Ressourcenknappheit, Interessenkonflikte mit anderen Menschen oder Informationsdefizite sein.

B Nicht-Bereitschaft zur „Ausbeutung“:
Hier wird angenommen, dass Menschen nicht auf Dauer bereit sind, gegen ihre eigenen Wünsche und Interessen zu handeln. Zwar ist es durchaus denkbar, dass Menschen auf einen kurzfristigen, eigenen Vorteil zu Gunsten einer langfristigen Besserstellung verzichten - ökonomisch gesprochen heißt das, sie investieren in ihre Zukunft, z.B. durch Einschränkung der Autofahrten zur Erhaltung der Umwelt. Menschen werden jedoch nicht bereit sein, sich dauerhaft „ausbeuten“ zu lassen, d.h. auf ihren Vorteil zu verzichten, während andere Interaktionspartner dies nicht tun. An obigem Beispiel veranschaulicht bedeutet dies, dass Menschen nur dauerhaft ihre Autofahrten einschränken werden - und damit Nachteile hinnehmen -, wenn andere Menschen dies auch tun.

C Reflexions- und Lernfähigkeit:
Hiermit ist gemeint, dass sich der Mensch ein bestimmtes Bild über die Funktionsweise der Welt macht, d.h. welche Mittel für die Erreichung welcher Zwecke einsetzbar sind. Dieses Bild korrigiert der Mensch jedoch ständig aufgrund seiner Erfahrungen, d.h. er lernt aus seinen und anderer Menschen Fehler.

Auch für das Modell des „homo oeconomicus“ wie für alle anderen wissenschaftlichen Modelle gilt, dass sie ein reduziertes Bild der Wirklichkeit[15] - und damit natürlich auch ein stark reduziertes Bild des ganzen Menschen wiedergeben. Es handelt sich dabei um eine Reduktion, die auf die jeweilige Problemstellung zugespitzt ist und für diese Problemstellung nicht relevante empirische Gegebenheiten ausblendet. Der „homo oeconomicus“ ist somit nicht ein Menschenbild im ganzheitlichen anthropologischen, philosophischen oder theologischen Sinne. Richtig ist aber, dass die hier verwendete Theorie der Interaktionsökonomik ganz bestimmte Annahmen über das grundsätzliche Verhalten bzw. über grundsätzliche Fähigkeiten der Menschen trifft.

Das Instrumentarium eines „homo oeconomicus“ reicht jedoch bei weitem nicht für eine problemadäquate Situationsanalyse der vorliegenden Arbeit aus. Es scheint offensichtlich, dass gerade in einer „modernen Gesellschaft“ mit ihren vielfältigen zwischenmenschlichen Beziehungen ein Akteur nicht im luftleeren Raum agiert und damit seine Handlungen bzw. Entscheidungen nicht losgelöst von seinem Umfeld betrachtet werden können. Das Hauptproblem „moderner Gesellschaften“ besteht somit nicht mehr in der effizienten Mittelverwendung unter Knappheitsbedingungen, gleich einer z.B. diktatorischen Gesellschaft, in der die Interessen der unterschiedlichsten Akteure unterdrückt und damit ausgeblendet werden und die Entscheidung über die Mittelverwendung von einer zentralen Instanz ausgeht. Das Problem „moderner Gesellschaften“ ist vielmehr in den gemeinsamen und konfligierenden Interessen von Akteuren über die Verwendung knapper Güter zu sehen. Das Knappheitsproblem wird also zu einem sozialen Problem, und dies

[14] Siehe dazu auch Suchanek (2001), S. 148.

[15] Mit einigen weiteren Kritikpunkten an diesem Modell hat sich auch Homann/ Suchanek (2000), S. 414 ff auseinandergesetzt.

beinhaltet immer die Möglichkeit des Konflikts oder der Kooperation unterschiedlicher Akteure.

Diese Erkenntnis findet jedoch häufig keinen Eingang in die theoretische Betrachtungsweise sozialer Phänomene, wie z.B. der Pflegeübernahme oder Pflegetätigkeit durch Angehörige. Anliegen der hier verwendeten Theorie (= Interaktionstheorie) ist es jedoch gerade, dieser Erkenntnis gerecht zu werden, indem Interaktionen zwischen Akteuren in das Blickfeld gerückt und damit entstehende Kooperations- bzw. Konfliktpotenziale offen gelegt werden. Ausgangsbasis der Interaktionstheorie[16] ist die Annahme, dass Handlungen einzelner Akteure innerhalb einer Interaktion immer unter bestimmten (Rahmen)-Bedingungen (auch Spielregeln oder Institutionen genannt) ablaufen. Es wird damit angenommen, dass Rahmenbedingungen die Entscheidungen von Menschen (Akteuren) beeinflussen und damit das Interaktionsergebnis mit bestimmen. Auf die in dieser Arbeit zu analysierende Problematik angewendet, bedeutet das: Das Ausmaß der Integration Familienangehöriger in die Betreuung und Pflege alter Menschen (Soziales Phänomen) ist Folge vorausgegangener Interaktionen. Und

---

[16] „Die Bezeichnung >>interaktionstheoretische Ökonomik<< bzw. >>Interaktionsökonomik<< ist gemeint als Sammelbezeichnung für eine Ökonomik, wie sie sich nach einigen bedeutsamen Weiterentwicklungen in der ökonomischen Theoriebildung der letzten Jahrzehnte abzeichnet“ (siehe Gerecke (1998, S. 133). Zu den verwandten Denkrichtungen können die Institutionenökonomik, die Konstitutionenökonomik und der Rational-Choice-Ansatz gezählt werden. Zentrales Anliegen der Institutionenökonomik ist die Ausweitung der Analyse auf diejenigen Institutionen, die Interaktionen strukturieren. Sie dient als Analyseinstrument für die in der Realität vorhandene Vielfalt von institutionellen Arrangements und daraus abgeleitet für den Erkenntnisgewinn über Reformmöglichkeiten dieser Arrangements. Im Vergleich dazu beleuchtet die Konstitutionenökonomik die Interaktionen von Akteuren und die evtl. vorhandenen Interaktionsprobleme bei der Realisierung von Kooperationsgewinnen. Untersucht werden zudem die Auswirkungen unterschiedlicher Arrangements, die Restriktionen für die Akteure setzen. Die Aufgabe der Konstitutionenökonomik besteht damit darin, institutionelle Verbesserungsvorschläge zu unterbreiten, die im Status quo noch nicht realisierte Tauschgewinne aufzeigen. Die Konstitutionenökonomik trägt weiterhin eine normative Perspektive in die Ökonomik, indem sie als Kriterium für Reformvorschläge (gerade auf Verfassungsebene) die Konsensfähigkeit dieser Vorschläge zur Bedingung macht. Der Rational-Choice-Ansatz ist insofern Bestandteil der Interaktionsökonomik als dass das Erklärungsschema „Akteure maximieren ihren Nutzen unter Restriktionen“ übernommen wird.

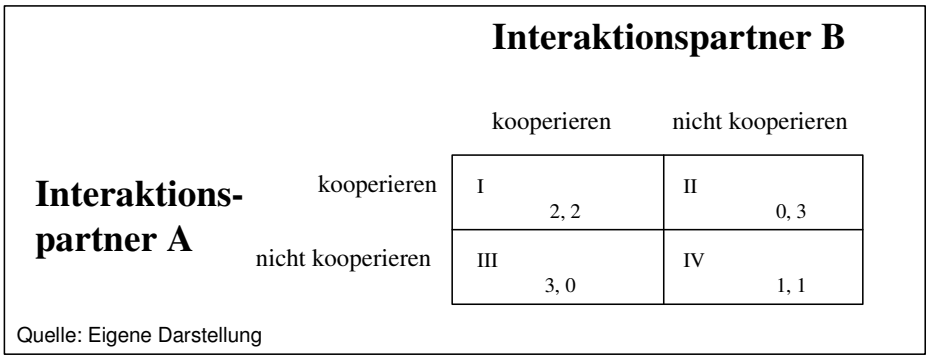
dieses Interaktionsergebnis wird wieder zu Rahmenbedingung für zukünftige Interaktionen. Kurz gefasst:

Interaktionsbedingungen (t1)⇨ Interaktion (t1) ⇨ Interaktionsfolgen (t1) = Interaktionsbedingungen (t2)⇨ .....

Diese Erkenntnis, dass Interaktionen für die soziale Welt von entscheidender Bedeutung sind, ist jedoch nicht gerade neu. Den Neuigkeitsgehalt der „ökonomischen Theorie der Gesellschaft“ in Form der Interaktionstheorie macht jedoch die Feststellung aus, dass Dilemmastrukturen fruchtbar für die Gesellschaft gemacht werden können. Was hat man sich aber nun unter einer „Dilemmastruktur“ vorzustellen und wie können diese fruchtbar gemacht werden?

Greift man auf die vorher gemachte Aussage zurück, dass Interaktionen unter Rahmenbedingungen stattfinden, ist es vorstellbar, dass Rahmenbedingungen Interaktionen derart negativ beeinflussen können, dass sie eine potenzielle Kooperation zwischen den beteiligten Akteuren verhindern. Beispiele für derartige negative Einflüsse auf Interaktionen können wechselseitige Abhängigkeiten der Interaktionspartner mit der Folge der Ausbeutbarkeit der (Vor-)Leistung eines Akteurs, Informationsdefizite über das Verhalten des anderen Partners oder Verteilungsprobleme hinsichtlich des Kooperationsgewinnes sein. Diese Probleme führen in der Regel dazu, dass Interaktionen, die vielleicht für beide Partner an sich vorteilhaft wären, gar nicht erst zustande kommen, da die Interessenkonflikte überwiegen und für den einzelnen Interaktionspartner die Folgen der Interaktion nicht abschätzbar sind. Chancen auf Vorteile aus der Interaktion, d.h. gegenseitige Kooperationsgewinne, bleiben also ungenutzt. Für diese Situation bzw. Konstellation von Rahmenbedingungen hat die Ökonomik einen eigenen Begriff: Die Dilemmastruktur.

Den paradigmatischen Fall einer Dilemmastruktur stellt das sogenannte „Gefangenendilemma“ dar, ein Modell der Spieltheorie, das hier grafisch veranschaulicht wird:



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 3: Die Struktur des Gefangenendilemmas

Die Abbildung zeigt zwei Akteure A und B, die sich in einer Interaktionssituation befinden. Jeder Partner kann zwischen zwei Handlungsmöglichkeiten (Strategien) wählen. Er kann entweder kooperieren oder nicht kooperieren (= defektieren). Das Ergebnis der Entscheidungen der Akteure ist jeweils in den Quadranten I-IV abzulesen. Vor dem Komma steht der sich aus den Rahmenbedingungen ergebende Nutzen für den Akteur A, hinter dem Komma steht der sich aus den Rahmenbedingungen ergebende Nutzen für B. Je höher die angegebene Zahl, desto höher ist der Nutzen des jeweiligen Partners aus seiner Handlungsmöglichkeit. Charakteristikum einer Dilemmastruktur ist es nun, dass die individuell jeweils günstigste Strategie im „nicht kooperieren" besteht und damit die beiden Interaktionspartner vor dem Hintergrund der Annahme des „homo oeconomicus" zwangsweise im Quadranten IV enden werden, obwohl Quadrant I für beide Partner eigentlich einen höheren Nutzengewinn bereithalten würde.

Grundlegend für das Ergebnis, dass Akteure innerhalb einer Dilemmastruktur im Quadranten IV landen werden ist, dass

1. die Interaktionspartner aufgrund von Informations- und Anreizproblemen nicht die Möglichkeit zu einer verbindlichen Absprache ihrer Strategie bzw. ihres Spielzuges haben, dass
2. derjenige Interaktionspartner, der nicht kooperiert (= defektiert), während der andere Partner kooperiert, immer den höchsten Nutzen[17] hat und dass

[17] Dieses Argument spielt für die Thematik der familialen Pflege alter Menschen eine herausragende Rolle. So zeigte Olson (1991), dass ein gemeinsames Interesse vieler Akteure, z.B. an einem niedrigen Satz der Pflegeversicherung, nicht zwangsweise zu dessen Realisierung führen muss.

3. als Resultat aus 2. jeder Partner fürchten muss, vom anderen Partner aufgrund einer eigenen Kooperation „ausgebeutet“ zu werden und deshalb antizipativ selbst defektiert, um eine Ausbeutung zu vermeiden. Die Erwartung über das Verhalten des Partners spielt also eine entscheidende Rolle.

Vor diesem Hintergrund rekonstruiert die Interaktionstheorie ein soziales Phänomen bzw. Problem als „nicht intendierte Folge intensionaler Handlungen“ der einzelnen Akteure innerhalb der Gesellschaft. Mit anderen Worten: Soziale Probleme treten nicht auf, weil sich Menschen bewusst gegen eine sozial wünschenswerte Verhaltenweise entscheiden, sondern weil Rahmenbedingungen ihnen langfristig keine andere Wahl lassen, d.h. „Nicht die Gesinnungen der Akteure, sondern die Bedingungen der Situation sind das Problem.“[18]

Bei dem Konstrukt der Dilemmastrukturen geht es um eine Heuristik, also um ein Beobachtungsschema, das Ökonomen anwenden, um gesellschaftliche Phänomene zu analysieren. Folgende Abbildung setzt diese Aussage noch einmal grafisch um:

(1) Situative Handlungsbedingungen	explanans 1
(2) Schema: Dilemmastruktur	explanans 2
(3) Zu erklärendes soziales Phänomen	explanandum

Quelle: In Anlehnung an Homann/ Suchanek (2000), S. 407.

Abbildung 4: Syllogismus für soziale Phänomene

Die Institutionenökonomik führt einem zudem vor Augen, dass eine Unterscheidung zwischen zwei Ebenen zu treffen ist. Zum einen gibt es die Ebene der Handlungen (Spielzüge) und zum anderen – und dies ist die entscheidende Erkenntnis – die Ebene der Handlungsbedingungen bzw. Rahmenbedingungen (Spielregeln). Nur so

---

Vielmehr tritt häufig das Phänomen auf, dass der Einzelne seinen Beitrag (Pflegeübernahme) sehr belastend empfindet, während der individuelle Nutzen kaum wahrnehmbar ist oder sogar teilweise anderen zugute kommt. Dies hat zur Folge, dass die Individuen auf ihren Beitrag verzichten und nur den Nutzen aus den Beiträgen der anderen abschöpfen wollen.

[18] Suchanek (2001), S. 44.

wird deutlich, dass die Überwindung eines sozialen Problems (Phänomens) nicht dadurch möglich ist, dass man auf der Ebene der Spielzüge an das einzelne Individuum appelliert, es sollte sich doch solidarisch verhalten und kooperieren, ungeachtet seines eigenen Vor- bzw. Nachteils. Dies hätte nur zur Folge, sollte der Appell bei einigen Akteuren auf fruchtbaren Boden fallen, dass diese sich einer fortwährenden Benachteiligung ausgesetzt sehen und damit über kurz oder lang aufgerieben werden würden. Ziel der hier verwendeten Herangehensweise ist es daher, anstatt direkten Einfluss auf die Präferenzen und damit Spielzüge der Akteure nehmen zu wollen, die (Rahmen-)Bedingungen und damit die mit ihnen verbundenen Anreize für die Akteure zu gestalten. Durch diese Herangehensweise vermeidet die Ökonomik normativistische Fehlschlüsse. In Worten von Homann/ Suchanek: „Die soziale Kontrolle hat in der Moderne daher nicht die ökonomische Anreizlogik auszuhebeln, wie viele Moralisten meinen, sondern sich ihrer zu bedienen, indem sich gesellschaftlich erwünschte Resultate *im Windschatten individueller Anreize bzw. in Form von Anreizen* durchsetzen: als nicht-intendierte Resultate eigeninteressierter Handlungen – unter geeigneten Regeln.“[19]

Für die Erläuterungen in den vorausgehenden Abschnitten wurden, ohne weitere Erklärung, die Begriffe „Rahmenbedingungen“, „Regeln“, „Anreize“ bzw. „Institutionen“ gebraucht.[20] Für die vorliegende Arbeit ist es jedoch essentiell, in den hinter diesen Begriffen liegenden Gedankengang tiefer einzusteigen. Dies soll nun geschehen.

Bereits gezeigt wurde, dass soziale Phänomene auf Interaktionen beruhen und diese Interaktionen je nach den zugrunde liegenden Bedingungen Kooperationsgewinne generieren können oder eben nicht, d.h. zu einem gesamtgesellschaftlich wünschenswerten oder unerwünschten Resultat führen. Dieser Problematik hat sich die Institutionenökonomik als Bestandteil der Interaktionsökonomik angenommen.

---

[19] Homann /Suchanek (2000), S. 461.

[20] Die Begriffe “Rahmenbedingung“, „Spielregel“ oder „Institution“ werden in dieser Arbeit als Synonym verwendet. Inhaltlich beschreiben alle Begriffe Regeln bzw. Regelsysteme, wie z.B. Gesetze, Unternehmensleitbilder, Sitten und Gebräuche - ökonomisch ausgedrückt, informelle und formelle Regeln. Der Begriff „Anreize“ wird dann genutzt, wenn ausgedrückt werden soll, dass Bedingungen aus Sicht eines Betroffenen untersucht werden (siehe Kapitel 4).

Deren Aufgabe ist es, zu beantworten, wie gescheiterten Interaktionen zugrunde liegende Dilemmastrukturen überwunden werden können und so wechselseitige Kooperationsgewinne mit einem gesellschaftlich wünschenswerten Ergebnis zustande kommen. Klar scheint, dass die den Handlungen der Interaktionspartner zugrunde liegenden Mechanismen, d.h. die Rahmenbedingungen bzw. Institutionen, verändert werden müssen. In den Worten der Spieltheorie: Die Veränderung der Spielregeln (Bedingungen) lässt andere Spielzüge (Handlungen) vorteilhaft werden.

Ungeklärt ist bisher jedoch, wie Bedingungen bzw. Institutionen beschaffen sein müssen, damit eine Dilemmastruktur überwunden werden kann. Zwar wird die Antwort in jedem konkreten Fall unterschiedlich lauten, bestimmte Voraussetzungen müssen jedoch alle Rahmenbedingungen erfüllen, um wirksam zu sein.

A Informations- und Anreizfunktion von Institutionen

Institutionen müssen sowohl eine Informations- als auch eine Anreizfunktion erfüllen. Sinn der Informationsfunktion einer Rahmenbedingung ist es, all jene Kosten zu reduzieren, die bei der Gewinnung aller - für eine erfolgreiche Interaktion - notwendigen Informationen entstehen. Beispiele hierfür sind Erkenntnisse über mögliche Kooperationsgewinne oder über die Eignung des Interaktionspartners. Auch Institutionen, die z.B. durch ein Qualitätssiegel für Altenpflegeheime die Informationskosten der Akteure reduzieren, tragen zur Überwindung einer Dilemmastruktur bei.

Oft hat jedoch die zweite Funktion - die Anreizfunktion einer Rahmenbedingung – noch eine stärkere Bedeutung. Hierbei geht es darum, die in Dilemmastrukturen auftretenden Interessenkonflikte der Akteure durch geeignete Institutionen in die gesellschaftlich gewünschte Richtung zu lenken. Konkret heißt dies: Die Anreize beider Interaktionspartner müssen so gesetzt werden, dass es für jeden Partner unrentabel ist, die Kooperationsleistung des anderen Partners auszubeuten, d.h. zu defektieren. Mit anderen Worten: Die individuell vorteilhafte Handlungsmöglichkeit (Strategie) jedes Akteurs muss zu einer Kooperation führen und damit das sozial erwünschte Ergebnis zur Folge haben. Nur soweit dies zutrifft und auch für die Akteure im voraus ersichtlich wird, wird es zu einer Kooperation kommen.

B Durchsetzbarkeit von Institutionen

Wie gerade angedeutet, reicht es nicht, über die Gestaltung von Rahmenbedingungen das Defektieren einfach zu verbieten, denn es kann für die Interaktionspartner immer noch rentabler sein, diese Regel zu übertreten. Der Nutzen aus der Defektion könnte also die aus der Regelübertretung entstehenden Kosten übersteigen. Diese Tatsache würde reichen, eine potenziell vorteilhafte Kooperation nicht zustande kommen zu lassen. Daraus kann man folgern, dass Institutionen selbstdurchsetzend bzw. anreizkonform sein müssen. Anders gesagt, jede Institution muss den Interaktionspartnern einen hinreichenden Anreiz, d.h. eine Aussicht auf einen individuellen Vorteil für deren Befolgung bieten.

C Stabilität bzw. Berechenbarkeit von Institutionen

Als weitere Voraussetzung für eine erfolgreiche Gestaltung von Institutionen sei hier die Stabilität und damit die Berechenbarkeit von Regeln angeführt. Alle Institutionen dienen dazu, bestimmte Erwartungen der Interaktionspartner bezüglich der zukünftigen Interaktionen und damit auch bezüglich des Verhaltens der anderen Interaktionspartner hervorzurufen. Nur solange wie sich diese Erwartungen als richtig herausstellen, also eine Erwartungssicherheit gegeben ist, werden Interaktionspartner bereit sein, in eine Kooperation zu investieren. Gerade dies gilt es auch bei der Gestaltung von Institutionen in einer „modernen Gesellschaft“, die teilweise sehr dynamischen Veränderungen ausgesetzt ist, zu beachten.[21]

D Vermeidung nicht-intendierter Folgen

Einsehbar ist, dass jede Veränderung der Rahmenbedingungen und deren anschließende Implementation auch immer wieder unbeabsichtigte, d.h. nicht-intendierte Folgen[22] mit sich bringen kann. „Das heißt [jedoch] für eine Ökonomik, die

---

[21] Siehe dazu auch: Habisch (2003), S. 20ff.

[22] Eine mögliche Folge ist der sogenannte Verdrängungseffekt. So wird und wurde häufig angeführt, dass die Einführung des staatlichen Sozialversicherungssystems einen Abbau der bisher familiär getragenen Gesundheits- und Altersversorgung verursachte. Auch Kaufmann weist auf diesen Effekt hin mit den Worten: “ ... in dem Maße, als die soziale Alterssicherung ausgebaut wurde, entfiel der ökonomische Nutzen der Kinder auch im Hinblick auf die Altersversorgung der Eltern." (Siehe Kaufmann (1997 b), S. 14). Diese Verdrängung eines Faktors (z.B. familiale Hilfe) durch einen anderen Faktor (z.B. Sozialversicherung) wird in der Ökonomik auch als „crowding-out-Effekt“ bezeichnet. Diese Substitutionshypothese bzw. deren alleiniges Auftreten ist jedoch gerade bei

darauf abzielt, Gestaltungswissen über Institutionen bereitzustellen, dass die systematische Analyse der Anreizwirkungen institutioneller Arrangements zu ihrer hervorragenden Aufgabe wird. Nur so kann herausgefunden werden, welches der denkbaren Resultate von Interaktionen sich bei einem bestimmten institutionellen Arrangement vermutlich einstellen wird. Das kreative Potenzial der Akteure für Verhaltensanpassungen an die jeweiligen Bedingungen muss systematisch abgeschätzt werden, wenn nicht intendierte Resultate vermieden werden sollen. Nur durch eine genaue Analyse der vermuteten Eigenschaften der vorgeschlagenen institutionellen Reformvorschläge unter Anreizgesichtspunkten kann sichergestellt werden, dass die angestrebten Kooperationsgewinne sich auch tatsächlich einstellen."[23]

Die Menschen der „modernen Gesellschaft" müssen sich also, so ein Fazit aus obigem Abschnitt, selbst Regeln geben, um Erwartungsunsicherheiten zu überwinden, dadurch Interaktionen zu ermöglichen und ihre Handlungen zu koordinieren. „Die Institutionsökonomik befasst sich somit mit der Frage, welche Rahmenbedingungen (Regelsysteme) geeignet sind, erwünschte Interaktionen zu ermöglichen und unerwünschte zu unterbinden und natürlich mit der spiegelbildlichen Frage, welche Regelsysteme dazu weniger geeignet sind."[24] Diese „... gezielte Gestaltung der Spielregeln[25] gesellschaftlichen Zusammenlebens im Hinblick auf die

---

familialen Pflegeleistungen stark umstritten, da Beobachtungen darauf schließen lassen, dass die Unterstützungshypothese (staatliche Leistungen fördern familiale Leistungserbringung) und die Spezialisierungshypothese (staatliche Leistungen erfüllen andere Aufgaben als familiale Leistungen) wesentlich häufiger der Wirklichkeit gerecht werden. Bestätigung erfährt diese Meinung durch die neuen Befunde der OASIS-Studie: …" This finding may be an example of the complementarity hypothesis at work, and more specifically of the family specialisation type. When some needs are met (and substituted) by service provision, families direct their efforts towards other needs and concerns that are less well covered by formal services." […] „All the analysis undertaken in this chapter, although based on indirect evidence, add up to the complementarity hypothesis receiving greater support than the substitution hypothesis. This is not to say that some substitution effects are not observed.

[23] Gerecke (1998); S. 223-224.

[24] Homann/ Suchanek (2000), S. 25.

[25] Unter Spielregeln sind hier nicht nur Regeln im Sinne von Gesetzen zu verstehen, sondern auch institutionelle Arrangements wie Organisationen bzw. Unternehmen. Bezogen auf den Kontext dieser

Erreichung menschlicher Zwecke“[26] wird auch als funktionale Institutionalisierung bezeichnet. Ganz im Gegensatz zur Vergangenheit also, in der Dilemmastrukturen ausschließlich schwerwiegende Probleme für Interaktionen darstellten, weil sie eigentlich mögliche Kooperationsvorteile verhinderten, stellt die „ökonomische Theorie“ heraus, dass ein Management von Dilemmastrukturen möglich und zudem auch sinnvoll ist.

FAZIT: Für eine problemadäquate Erklärung eines sozialen Phänomens muss in drei Schritten vorgegangen werden. So gilt es erstens, die situativen Handlungsbedingungen (Institutionen), denen Individuen bei Interaktionsentscheidungen unterworfen sind, zu analysieren. Gleichzeitig muss hierbei die der Interaktion zugrunde liegende Struktur (z.B. eine Dilemmastruktur) ihre Beachtung finden. Dieser erste Schritt kann auch als Status-quo-Analyse bezeichnet werden. In einem zweiten Schritt sollte nach der hier verwendeten Herangehensweise herausgearbeitet werden, an welchen Rahmenbedingungen die sozialen Probleme vorrangig festzumachen sind. Für die anschließende Gestaltung dieser sozialen Phänomene ist ein problemspezifisches Management[27] von Dilemmastrukturen grundlegend. So gilt es Vorschläge im Sinne einer Politikberatung zu machen, mit denen der angestrebte Soll-Zustand erreicht werden kann. Die Figur des „homo oeconomicus“ kann hier als Testinstrument für die Funktionsfähigkeit und Stabilität formeller und informeller Rahmenbedingungen angesehen werden. Denn nur wenn Bedingungen anreizkonform gesetzt werden, kann eine ursprünglich zugrunde liegende Dilemmastruktur überwunden werden. Präziser gesagt, wenn es gelingt, Anreizbedingungen so zu strukturieren, dass die Defektion eines Interaktionspartners unrentabel wird - die primäre, individuelle „Gewinnstrategie“ also eine Kooperation ist - können Kooperationsgewinne erschlossen werden. Die Annahme der Rationalität der Interaktionspartner und die Figur des „homo

---

Arbeit können darunter das Heimgesetz, die Pflegeversicherung sowie Altenpflegeheime verstanden werden.

[26] Suchanek (2001), S. 16.

[27] Mit dem Begriff “Management” soll darauf hingewiesen werden, dass ein sozial erwünschtes Ergebnis nicht immer durch die Überwindung einer Dilemmastruktur herbeizuführen ist, sondern es ebenso denkbar ist, dass das gesamtgesellschaftlich vorteilhafte Ergebnis nur durch die Implementation einer Dilemmastruktur erreicht werden kann. Auf diesen Punkt wird noch einmal näher in Kapitelabschnitt 6.5.1 eingegangen werden.

oeconomicus“ sind somit als problemspezifische Modellierungen zu Zwecken der Theoriebildung aufzufassen, d.h. der homo oeconomicus ist „ein unverzichtbares analytisches Instrument zur Erforschung der Bedingungen für Investitionen in die gesellschaftliche Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil.“[28]

Ganz im Gegensatz zu der herkömmlichen Vorstellung also, in der „Ökonomik“ mit der Wissenschaft von der Wirtschaft gleichgesetzt wird, sie damit vom Gegenstandsbereich her definiert wird, befasst sich die in dieser Arbeit verwendete Form der Ökonomik „...mit der Erklärung und Gestaltung der Bedingungen und Folgen von Interaktionen auf der Basis von individuellen Vorteils-/Nachteilskalkulationen.“[29] Dieser Wandel der Sichtweise von einer Fokussierung auf den Bereich der Wirtschaft hin zu einer Wissenschaft, die sich vom zu bearbeitenden Problem her definiert, eröffnet der Ökonomik den Zugang zu völlig neuen, bisher ausgeblendeten Anwendungsbereichen. Ziel dieser Form der Ökonomik, wie auch dieser Arbeit, ist es somit, Probleme und Chancen der Realisierung von Kooperationsgewinnen einer Gesellschaft zu analysieren. Ökonomik so verstanden ist also immer Erklärung zwecks Gestaltung. Bezogen auf die Thematik dieser Arbeit könnte dies heißen: Wenn Menschen das Ziel einer finanzierbaren und humanen Betreuung und Pflege alter Menschen erreichen möchten, d.h. in einer bestimmten sozialen Ordnung leben wollen, dann sollten sie Rahmenbedingungen schaffen, die dieses Ziel unterstützen, z.B. Angehörige (stärker) in die Betreuung und Pflege alter Menschen integrieren. Die vorliegende Arbeit lässt sich damit treffend als interaktionstheoretische Neuinterpretation eines empirischen sozialen Phänomens charakterisieren.

1.4 Die Verankerung der vorliegenden Arbeit im Fachgebiet Sozialethik und Gesellschaftspolitik

Die Verankerung einer Arbeit in ihrem jeweiligen Fachgebiet kann auf zwei Arten geschehen. Zum einen – und das ist oft das näher Liegende – kann gefragt werden, inwieweit das Thema der Arbeit für das jeweilige Fachgebiet spezifisch ist. Dies auf

[28] Suchanek (2001), S. 147.

[29] Homann/Suchanek (2000), S. 395.

die vorliegende Arbeit übertragen, bedeutet zu fragen: Inwiefern steht das Zusammenspiel von Familie und Betreuung bzw. Pflege alter Menschen im Zusammenhang mit dem Fachgebiet Sozialethik und Gesellschaftspolitik ? Oder anders formuliert: Inwiefern ist die Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige ein sozialethisches bzw. gesellschaftspolitisches Thema ?

Die Antwort bezüglich der gesellschaftspolitischen Verankerung des Themas der vorliegenden Arbeit kann ganz kurz und prägnant gehalten werden. So ist ein Thema dann gesellschaftspolitisch relevant, wenn es ein soziales Phänomen zum Gegenstand seiner Betrachtung und Analyse hat. Wie bereits weiter oben geklärt, trifft dies auf das Thema „Zusammenspiel von Familie und Betreuung bzw. Pflege alter Menschen“ zu.

Auch für eine sozialethische Relevanz dieser Thematik gibt es ausreichend Hinweise. So untersucht die Sozialethik sittliche Normen und Prinzipien menschlichen Zusammenlebens im institutionellen und nicht institutionellen Bereich.[30] Da auch die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen als ein Bestandteil menschlichen Zusammenlebens angesehen werden kann, zeigt, dass zumindest die Thematik der vorliegenden Arbeit mit Themen der Sozialethik verwandt sein muss. Weiterhin ist festzustellen, dass familiale Betreuung und Pflege in Altenpflegeeinrichtungen bzw. die dazugehörige Gesetzgebung einen Teil des „institutionellen Bereichs“ des menschlichen Zusammenlebens widerspiegelt, die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt dem „nicht institutionalisierten Bereich“ zuzuordnen ist. Fragen, inwieweit der Status quo der familialen Betreuung und Pflege im institutionellen bzw. nicht institutionellen Bereich den sittlichen Normen oder Prinzipien einer Gesellschaft entspricht oder wie das Idealbild der Betreuung und Pflege alter Menschen beschaffen sein müsste, werden somit auch zum Diskussionsgegenstand der Sozialethik.

Die zweite Art der Verankerung bezieht sich auf die Frage, in welchem Zusammenhang der gewählte Untersuchungsansatz „Interaktionsökonomik“ mit dem Fachgebiet „Sozialethik“ bzw. „Gesellschaftspolitik“ steht. Diese Art der Verankerung, die häufig nicht in anderen Arbeiten zu finden ist, fügt der bisherigen, rein

thematischen Verankerung, noch einen weiteren Aspekt hinzu. Offen blieb bis hierher, warum gerade diese ökonomische Theorie für die Bearbeitung der Problemstellung in dieser Arbeit ausgesucht wurde. Dieser Kapitelabschnitt dient daher dazu, die in den Augen der Autorin wichtigsten Begründungen für die Wahl der Methodik näher auszuführen.

Einleuchtend ist, dass die verwendete Theorie themenadäquat sein muss. Wie bereits erwähnt, ist die Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige als ein soziales Phänomen zu bezeichnen, das gesellschaftspolitische Relevanz besitzt. Daher muss für die verwendete Theorie zum einen gelten, dass sie sich für die Analyse gesellschaftspolitischer Fragestellungen als erkenntnisleitend erweist. Des weiteren geht mit einer gesellschaftspolitischen Fragestellung auch immer eine sozialethische Betrachtungsweise einher, da bei gesellschaftspolitischen Reformvorschlägen gefragt werden muss, was gesellschaftlich erwünscht bzw. legitim ist und was nicht. Notwendig ist somit, dass die verwendete Theorie auch diesem sozialethischen Aspekt gerecht wird. Nicht zuletzt sind die Bedingungen, die mit der gesellschaftspolitischen Analyse einhergehen, durch die verwendete Theorie abzubilden. In vorliegendem Fall sind dies die Bedingungen der „modernen Gesellschaft“.

1. Das Verhältnis der Interaktionsökonomik zur Gesellschaftspolitik

Die Interaktionsökonomik als die in dieser Arbeit verwendeten Theorie, spiegelt ein ganz bestimmtes Verständnis von Gesellschaftspolitik wieder, nämlich das der Gesellschaftsordnungspolitik. Eine systematisch analysierende Gesellschaftsordnungspolitik geht insofern über die klassische Sozialpolitik hinaus, als sie berücksichtigt, dass der Bürger als Adressat politischen Handelns nicht bezugsloses Individuum ist, sondern in vielfachen Interaktionsbeziehungen zu seinen Mitmenschen steht. Grundlage staatlicher Gestaltungen von Rahmenbedingungen muss somit immer auch die Beachtung dieser vielfältigen Interaktionen sein. So ist das hier verwendete theoretische Schema der Interaktionsökonomik, das Gefangenendilemma, heuristisches Instrumentarium für die Analyse sozialer Phänomene. Untersucht wird, warum Menschen sich so verhalten wie sie es im Status quo tun, und zwar vor dem Hintergrund der vorhandenen

[30] Höffe (1997), S. 275.

Rahmenbedingungen. Die Interaktionsökonomik hebt daher auf die Rahmenbedingungen, Gesetze und Regeln ab und nicht auf Einstellungen oder Eigenschaften der Individuen. Damit macht sie den Weg für ordnungspolitische Reformvorschläge frei. Gesellschaftspolitische Beratung hat somit zur Aufgabe, unter Zuhilfenahme der Interaktionsöknomik Vorschläge für die Veränderung von Rahmenbedingungen zu erarbeiten und zwar so, dass gesellschaftlich erwünschte Interaktionen zustande kommen und unerwünschte vermieden werden.

2. Das Verhältnis der Interaktionsökonomik zur Sozialethik

Bevor man auf das Verhältnis der Ökonomik zur Sozialethik oder vice versa eingehen kann, ist es von elementarer Bedeutung, sich bewusst zu machen, was unter den beiden Begriffen zu verstehen ist. Denn der Begriff der Sozialethik und vielleicht um einiges mehr noch der Begriff der Ökonomik werden in den unterschiedlichen Kontexten immer wieder mit unterschiedlichen Inhalten belegt. Vorausgeschickt werden muss eine Begriffstrennung zwischen „Ökonomie“ und „Ökonomik“. Ökonomie bezeichnet das wirtschaftliche Tun, dem gegenüber beschreibt die Ökonomik das systematische Nachdenken über dieses Tun.[31] Des weiteren gilt es, die oft noch verankerte Vorstellung zu revidieren, dass die Teilwissenschaft Ökonomik bereichsbeschränkt ist und sich daher ausschließlich mit volks- bzw. betriebwirtschaftlichem Handeln beschäftigt. Um die Arbeitsdefinition der vorliegenden Arbeit aus Kapitel 1.3 noch einmal aufzugreifen, muss Ökonomik vielmehr als die Teilwissenschaft gesehen werden, die sich mit den Möglichkeiten und Problemen der gesellschaftlichen Zusammenarbeit zum gegenseitigen Vorteil befasst. Im Vordergrund steht somit die Betrachtung des menschlichen Miteinanders - ökonomisch ausgedrückt, der zwischenmenschlichen Interaktion bzw. Kooperation mit dem Ziel der Besserstellung aller. In diesem Sinne sind dann auch die Begriffe „Ökonomik“ sowie „Interaktionsökonomik“ gleichzusetzen, d.h. „insofern Institutionen die Voraussetzung für die gesellschaftliche Zusammenarbeit zum wechselseitigen Vorteil sind, kommt ihnen moralische Qualität zu.“[32] Wie man in den folgenden Abschnitten sehen wird, trägt nicht zuletzt dieses Verständnis von Ökonomik zu dem noch zu beschreibenden Verhältnis von Ökonomik bzw. Interaktionsökonomik und Sozialethik bei.

---

[31] Siehe dazu: Schmitz (1999), S. 71.

[32] Suchanek (2001), S. 51.

Auch der Begriff der Sozialethik wird je nach Forschungsinteresse aus unterschiedlicher Perspektive beleuchtet. Die gemeinsame Basis ist jedoch immer die Beantwortung der Frage „Was soll ich tun?“, wobei der Einzelne eingebettet ist in den sozialen Kontext, d.h. in die soziale Ordnung der Gesellschaft.[33] Folgende, exemplarisch ausgewählte Definitionen des Begriffs „Sozialethik“ sollen dieses gemeinsame Verständnis veranschaulichen:

Sozialethik hat zum Thema „das Gelingen menschlicher Gesellschaft und die Sicherung ihrer Kooperationsverträge als Voraussetzung der Entwicklung individueller personaler Freiheit.“ (Habisch 1999, S. 48)

„Sozialethik behandelt die gesellschaftlichen Lebensordnungen.“
(Schmitz 1999, S. 71)

Im weiteren Sinn untersucht Sozialethik „die sittlichen Normen und Prinzipien menschlichen Zusammenlebens im institutionalisierten und nicht institutionalisierten Bereich.“ (Höffe 1997, S. 275)

„Von der Sozialethik werden Hinweise erwartet, welche Lösungsfähigkeiten als wünschenswert und menschendienlich zu betrachten sind.„ (Schmitz 1999, S. 93)

„Sozialethik ist moralisches Urteilen, welches sich auf die sozialen Gebilde bezieht, d.h. ob diese gerecht bzw. menschenwürdig sind.“ (Anzenbacher 1992, S. 263)

Vergleicht man die vorliegenden Definitionen des Begriffs „Ökonomik“ sowie des Begriffs „Sozialethik“, fällt eine große Ähnlichkeit ins Auge. Beiden geht es um eine Verbesserung des gesellschaftlichen Zusammenlebens zum Zwecke einer Besserstellung jedes Einzelnen. Und beide Ansätze tun dies unter Beachtung der Interaktionsprobleme der Individuen in einer „modernen Gesellschaft“.

Inwieweit sich die beiden Teilwissenschaften jedoch in ihrem Aufgabengebiet unterscheiden und inwieweit sie aufeinander angewiesen sind, also in welchem Verhältnis die Ökonomik zur Sozialethik steht, soll der folgende Absatz klären.

---

[33] Siehe dazu auch: Suchanek (2001), S. 29.

Die Hauptthese zum Verhältnis von Ökonomik und Sozialethik lautet, dass beide Teilwissenschaften auf einander angewiesen sind, wenn sie eine der „modernen Gesellschaft“ adäquate Lösung für soziale Phänomene finden wollen. Es gilt somit einen fruchtbaren Dialog zwischen diesen beiden Teilwissenschaften entstehen zu lassen, der beide befähigt, einerseits ihre, in der jeweiligen Teildisziplin inhärenten Methoden unabhängig von einander zu nutzen, andererseits eine gemeinsame Diskussionsbasis zu finden. Voraussetzungen hierfür ist zum einen die rückhaltlose, gegenseitige Anerkennung der beiden Teildisziplinen und deren Berechtigung der je systemeigenen Betrachtungsweise der Realität. So kann der Dialog zwischen Ethik und Ökonomik nicht im Paradigma einer >Domestizierung< gedacht werden; vielmehr muss ein Gespräch zwischen gleichberechtigten Partnern stattfinden.[34]

Dieser Dialog darf auch nicht bedeuten, dass Kompromisse zwischen einem Idealbild der Sozialethik und der machbaren Realität der Ökonomik geschlossen werden. Es geht also nicht um die Frage von mehr oder weniger Moral. Vielmehr sind die Normen der Sozialethik und die ökonomischen Funktionsanalysen auf zwei unterschiedlichen Ebenen angesiedelt. So geht es in einem Dialog nicht um die Relativierung moralischer Leitbilder, sondern um eine bestmögliche Umsetzung der Leitbilder unter den Bedingungen der Realität.

Worin besteht aber nun die Aufeinander-Angewiesenheit der beiden Teildisziplinen Ökonomik und Sozialethik konkret? Was kann die Ökonomik der Sozialethik - oder umgekehrt - bieten?

A Angewiesenheit der Sozialethik auf die Ökonomik

Wie bereits in den angeführten Definitionen von Sozialethik zu sehen, beschäftigt sich die Sozialethik mit dem Gelingen der menschlichen Gesellschaft und entwirft für diese Normen und Werte. Ziel der Sozialethik ist es, diese Normen in die Gesellschaft hineinzutragen und dort umzusetzen, wobei klar sein muss, dass das entworfene Idealbild einer menschenwürdigen, lebenswerten Gesellschaft in der Realität nie ganz umsetzbar sein wird. Genau an diesem Punkt aber setzt die Ökonomik an. Indem die Teilwissenschaft Ökonomik die Bedingungen und Restriktionen der modernen Gesellschaft genau analysiert und auf diese aufmerksam

[34] Siehe dazu: Habisch (1999), S. 52.

macht, wirkt sie einerseits aufklärend für die Gesellschaft, andererseits als Korrektiv für sozialethische Umgestaltungsvorschläge der Gesellschaft. Anders ausgedrückt: Die Ökonomik übernimmt den Part der Restriktionsanalyse. Dieser Part gewinnt gerade unter den Bedingungen einer „modernen Gesellschaft“ mit ihren vielfältigen Verflechtungen stark an Bedeutung. Denn nur wenn die Anreizstrukturen der Individuen bei der Implementation eines sozialethisch geprägten Idealbildes mit einbezogen werden, wird vermieden, dass gutgemeinte Vorschläge zu kontraproduktiven Ergebnissen führen, d.h., dass intendierte Handlungen nicht intendierte Folgen hervorrufen. So muss – um die Thematik der vorliegenden Arbeit aufzugreifen - eine direkte Beschwerdemöglichkeit für Menschen mit Angehörigen in Heimen an eine übergeordnete Kontrollbehörde nicht unbedingt zu einer Verbesserung der Betreuungs- bzw. Pflegequalität in Heimen führen, sondern kann z.B. in gegenseitigem Misstrauen zwischen Heimpersonal und Angehörigen und in einer verminderten Offenheit bzw. eingeschränkten direkten Kommunikation bezüglich einer Verbesserung der Betreuungs- und Pflegequalität resultieren.

Damit kann gesagt werden, dass Normen und Werte der Sozialethik nur dann in der Gesellschaft zum Tragen kommen können, wenn mit Hilfe der Ökonomik die Anreizbedingungen beachtet werden und so ein „nirvana-approach“ in Form eines unrealistischen Umgestaltungsvorschlages vermieden wird. In den Worten von Habisch[35] formuliert: „Wenn die Sozialethik zu heutigen Problemen adäquat Stellung nehmen will, so ist sie auf den Dialog mit der Teilwissenschaft [Ökonomik] angewiesen.“

B Angewiesenheit der Ökonomik auf die Sozialethik

So wie die Sozialethik auf die Ökonomik angewiesen ist, um erfolgreich zum Gelingen einer besseren Gesellschaft beitragen zu können, so ist auch die Ökonomik in einer bestimmten Form von der Sozialethik abhängig. Diese Abhängigkeit fasst Schmitz (1999) mit den Worten zusammen: „... kein Ordnungssystem kann die Zielsetzungen aus sich heraus produzieren, sie müssen von außen kommen.“[36] Dies bedeutet, dass die Ökonomik, auch wenn sie das Instrumentarium bereit hält, die Anreizstrukturen einer Gesellschaft zu analysieren, nicht selbst die Normen bzw. das

[35] Habisch (1999), S. 52.

[36] Schmitz (1999), S. 78.

Idealbild, das es in der Gesellschaft umzusetzen gilt, generiert. So bleibt die Ökonomik bezüglich sozialethischer Normen bei ihrer Analyse blind. Für den Ökonomen als Ökonomen sind moralische Institutionen in den Worten von N. Luhmann nur systemfremdes Rauschen[37], d.h. die Ökonomik unterscheidet nicht zwischen einem Kauf von Drogen und einem Kauf von Gemüse. Die Sozialethik[38] hat daher die Aufgabe, der Teilwissenschaft Ökonomik Leitbilder aufzuzeigen, die es gilt, in der Gesellschaft umzusetzen. Anders ausgedrückt: die Sozialethik hat für die Ökonomik eine heuristische Funktion – sie gibt der Ökonomik eine Suchrichtung vor. Darüber hinaus kann der, von der Sozialethik zu leistenden Rückübersetzung ökonomischer Kategorien und Begrifflichkeiten (und entsprechend funktionierender Institutionen) in die Begrifflichkeit der Ethik insofern politische Bedeutung zukommen, als moralisch denkende Menschen – und hier verfügen die kirchlichen Gemeinschaften zweifelsohne über ein gesellschaftlich relevantes Potenzial – sich in ihnen wiederfinden. So eröffnet sich die Möglichkeit „...Moralisierungsblockaden zu vermeiden...“[39] und offen für einen gesellschaftlichen Diskurs zu bleiben.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Begriffe wie Sozialökonomik bzw. ökonomische Ethik mit ihren dahinter liegenden Fachgebieten die oben beschriebenen Gemeinsamkeiten zwischen der Interaktionsökonomik und der Sozialethik aufgegriffen haben und versuchen, durch die Symbiose der beiden Fachgebiete, die Vorteile für ihre gemeinsame Aufgabenstellung zu nutzen. So können Sozialethik und Ökonomik als zwei Seiten einer Medaille angesehen werden, die sich innerhalb der ökonomischen Ethik mit „... den (empirischen) Bedingungen der Möglichkeit, wie Moral und Eigeninteresse im Falle ihres Konflikts miteinander kompatibel bzw. füreinander fruchtbar gemacht werden können, befassen.“[40]

FAZIT: Gezeigt werden konnte, dass die vorliegende Arbeit, obwohl sie von „ökonomischer“ Herangehensweise geprägt ist, sowohl im Fachgebiet „Sozialethik“ als auch im Gebiet „Gesellschaftspolitik“ ihre Verankerung findet. Möglich wurde

---

[37] Siehe dazu: Habisch (1999), S. 58.

[38] Die Sozialethik als Bestandteil der Normenethik muss dafür jedoch auch wieder auf die Fundamentalethik zurückgreifen. Siehe dazu: Anzenbacher (1998), S. 14.

[39] Siehe dazu: Schramm (1997), S. 137.

[40] Suchanek (2001), S. 30.

diese Vereinbarkeit der ursprünglich sehr unterschiedlichen Disziplinen nur dadurch, dass sich im Laufe der Zeit das jeweilige wissenschaftliche Verständnis der Einzeldisziplinen - durch die Probleme der Realität herausgefordert - erweiterte und sogar annäherte.

1.5 Abgrenzung zu anderen Arbeiten

Eine Abgrenzung zu anderen Arbeiten vorzunehmen ist im Fall der vorliegenden Arbeit nicht ganz einfach. Das liegt daran – wie vorausgehender Abschnitt 1.4 bereits zeigte -, dass diese Arbeit zum einen mehrere Wissenschaftsdisziplinen (Ökonomik, Politikwissenschaft, Soziologie) und Teildisziplinen (Sozialethik, Gesundheitsökonomik) zu verbinden sucht. Darüber hinaus ist es gleichzeitig Anliegen dieser Arbeit, theoretische Inhalte auf die Praxis zu übertragen, so dass diese Arbeit eine ständige Verzahnung aus theoretischen und empirischen Elementen bildet.

Aufgrund dieser Gegebenheiten ist es notwendig, die Abgrenzung zu anderen Arbeiten in zwei Sinnabschnitte zu unterteilen. Einmal, und das ist das Naheliegendere, können Arbeiten angeführt werden, die sich mit der Thematik der Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige beschäftigt haben. Zu diesen Arbeiten zählen vor allem umfangreiche empirische Studien, die von Forschungseinrichtungen, insbesondere im Auftrag der Regierung der Bundesrepublik Deutschland, erstellt wurden. Weiterhin haben sich Dissertationen immer wieder dieses Themas angenommen.

A Abgrenzung zu thematisch verwandten Arbeiten

Zu den umfangreichen empirischen Studien, die den Aspekt „Betreuung und Pflege im Privathaushalt“ behandeln, zählen der ENDBERICHT BMFSFJ (1996) zum Thema „Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“, der SCHLUSSBERICHT im Auftrag des BMFSFJ (1995) zur „Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann“, der BERICHT BMFSFJ (2001) zur „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege“, sowie der BERICHT von JANI-LE BRIS (1993) über die „Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der europäischen

Gemeinschaft“. Nicht nur, dass Daten aus allen Ländern der europäischen Union (außer Luxemburg) zu dieser Thematik gesammelt wurden, die Studie bietet auch Informationen zu der demographischen Entwicklung der Bevölkerungen der EU-Länder, dem Wandel der Familienstruktur und der Charakterisierung der Helfenden. Schlussendlich behandelt sie politische Aspekte und gibt Empfehlungen für eine Politik zugunsten der pflegenden Angehörigen. Ein theoretischer Hintergrund in Form eines wissenschaftlichen Denkwerkzeuges ist jedoch hier, wie bei allen anderen noch zu nennenden Arbeiten nicht erkennbar. Auch das Anliegen des ENDBERICHTS des BMFSFJ (1996) ist es, eine bessere und vor allem aktuellere Datengrundlage zu generieren, die als Grundlage für politische Entscheidungen in der Politik für ältere und pflegebedürftige oder behinderte Menschen und deren Familien dienen kann. Hauptbestandteil dieser Untersuchung ist die Erhebung des Umfangs und der Struktur des Hilfe- bzw. Pflegebedarfs in privaten Haushalten in der Bundesrepublik Deutschland. Der SCHLUSSBERICHT (1995) zur Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann hat im Gegensatz zu dem ENDBERICHT (1996) und der vorliegenden Arbeit einen viel engeren Fokus. Im Mittelpunkt dieser detaillierten Untersuchung steht die Ehepartnerpflege im Alter. Mit Hilfe empirischer Untersuchungen versucht die Studie einen Überblick über die soziale Lage, das Belastungsempfinden der Pflegeleistenden, den Gesundheitszustand der Ehepartner und über den Pflegeprozess mit seinen Komponenten zu geben. Der Fokus des BERICHTS des BMFSFJ aus 2001 war wiederum ein Anderer. Anliegen hier war zum Einen die quantitative und qualitative Beschreibung der erwerbstätigen Hilfe- bzw. Pflegeleistenden in der Bundesrepublik, zum Anderen die Gewinnung von Erkenntnissen über den beruflichen, familiären und pflegerischen Alltag, mit dem Ziel, die erlebten Belastungen sowie berufliche Konflikte in diesem Zusammenhang zu eruieren. Basierend auf diesen Erkenntnissen werden Möglichkeiten für die bessere Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit aufgezeigt. Auch GUNZELMANN (1991) beschäftigt sich mit der Versorgung alter Menschen durch die Familie. Hier stehen jedoch demenziell erkrankte Menschen im Vordergrund, des weiteren wird der Schwerpunkt auf die Erstellung eines psychosozialen Beratungskonzeptes für Angehörige demenziell Erkrankter gelegt. Andere Arbeiten wiederum, wie z.B. die Arbeit von SCHULERI-HARTJE/ BRÜHL/ MITTAG (1990), herausgegeben vom Deutschen Institut für Urbanistik, analysieren unter dem Thema „Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen durch die Familie“

vor allem die Rahmenbedingungen bzw. das Angebot der Altenhilfe in bestimmten Regionen mit Hinblick auf die Situation der Pflegebedürftigen und deren Familien und leiten daraus Verbesserungsvorschläge für das Altenhilfeangebot in diesen Regionen ab. Auch PEINELT-JORDAN (2000) greift in seiner Arbeit „Auswirkungen von Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung auf die Angehörigenpflege“ die Thematik der Bedeutung von Rahmenbedingungen auf, wobei hier jedoch die mikroökonomische Perspektive eine zentrale Rolle spielt.

Darüber hinaus gibt es Arbeiten, die einen Beitrag zum Verhältnis pflegender Angehöriger und der Institution „Altenpflegeeinrichtung“ geleistet haben bzw. die Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen in Altenpflegeheimen untersuchen. Hier ist insbesondere die Arbeit von KÜHNERT (1991) „Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim“ und die Studie „Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen“, herausgegeben vom KURATORIUM DEUTSCHE ALTERSHILFE (2000) und die Arbeit von URLAUB (1995) „Angehörigenarbeit in Heimen“, zu nennen. KÜHNERT’s Anliegen ist es, vor allem das Verhältnis bzw. die Beziehung zwischen Angehörigen und dem Pflegepersonal in Heimen sowie mögliche Konfliktpotenziale zu beleuchten, um dann in einem weiteren Schritt Konzepte für die Arbeit mit Angehörigen alter Menschen zu entwickeln. Die Thesen dieser Arbeit werden wieder durch eine empirische Befragung überprüft. Anders als bei KÜHNERT ist die Studie des KURATORIUMS DEUTSCHE ALTERSHILFE im Rahmen des Forschungsverbundes „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“ breiter angelegt. So ist es Ziel dieser Studie, einen Überblick darüber zu geben, welche Bedeutung Angehörige für Bewohner von Altenhilfeeinrichtungen haben. Weiterhin wird gefragt, wie stationäre Einrichtungen mit den Unterstützungsleistungen dieser Angehörigen umgehen, um schließlich Hinweise zu geben, wie eine erfolgreiche Angehörigenarbeit gestaltet werden sollte. URLAUB untersucht in seiner Studie ebenfalls das Aussehen der Angehörigenarbeit in Heimen vor dem Hintergrund der Vorbelastungen pflegender Angehöriger. “Die Studie hatte somit das Ziel, über den Kontakt zu Heimen einen Überblick zu erstellen, wie die Heime als Institution und wie

die verschiedenen Dienste mit Angehörigen arbeiten. Insoweit handelt es sich um eine Bestandsaufnahme über die institutionell-methodischen Erfahrungen."[41]

Neben den genannten Monographien gibt es weiterhin zahlreiche Aufsätze, „Papers" und Zeitungsartikel, die sich mit der Thematik der Betreuung und Pflege alter Menschen durch die Familie auseinandersetzen und auch in der vorliegenden Arbeit Verwendung finden. Die Fokussierung dieser Schriften ist aufgrund der Interdisziplinarität dieses Themas sehr unterschiedlich, auch beleuchten kleinere Arbeiten im Gegensatz zur vorliegenden Arbeit meistens nur Teilaspekte dieser Thematik, gehen dafür jedoch stärker in die Tiefe.

Keine der Arbeiten aber, also weder die der Autorin bekannten Monographien noch die zahlreichen wissenschaftlichen Aufsätze, verknüpfen bisher eine interaktionsökonomisch fundierte, gesellschaftspolitische Herangehensweise mit der Thematik der Betreuung bzw. Pflege alter Menschen durch Angehörige. Mit anderen Worten: Hier kann die Forschungslücke ausgemacht werden, die die vorliegende Arbeit zu schließen versucht. Da sich der Neuigkeitsgehalt dieser Dissertation damit aus der fruchtbaren Verknüpfung eines „ökonomischen" Untersuchungsansatzes mit der Thematik familialer Betreuung bzw. Pflege alter Menschen herleitet, ist es sinnvoll, jenseits von inhaltlich verwandten Arbeiten an dieser Stelle auch theorie- bzw. methodisch verwandte Arbeiten aufzuführen.

B Abgrenzung zu methodisch bzw. theorieverwandten Arbeiten

Die Überschrift „Abgrenzung zu methodisch bzw. theorieverwandten Arbeiten" kann missverständlich sein, da sie unter Umständen suggeriert, dass an dieser Stelle Arbeiten genannt werden, die in der gleichen Weise die Interaktionsökonomik als zugrunde liegende Methode bzw. Heuristik verwenden, deren Thematik sich aber lediglich inhaltlich von dieser Arbeit unterscheidet. Dies trifft jedoch nicht ganz den Kern. Vielmehr behandeln die im Folgenden aufgeführten Werke ausschließlich den in der vorliegenden Arbeit verwendeten Untersuchungsansatz und bilden so die Basis für die theoretische Fundierung.

[41] Urlaub (1995), S. 12.

HOMANN/ BLOME-DREES (1992) geben in ihren Buch „Wirtschafts- und Unternehmensethik“ eine Einführung in die Wirtschaftsethik als Ordnungsethik und erläutern dort die Bedeutung der Rahmenordnung sowie das Verhältnis von Ethik zu Ökonomik. Ein wesentlich umfassenderes Bild über den in dieser Arbeit verwendeten Ansatz gewinnt man in HOMANN/ SUCHANEK (2000) „Ökonomik – Eine Einführung“. Neben einer detaillierten Einführung in die Theorie menschlicher Interaktion und in die Realisierung von Kooperationsgewinnen, gibt die Arbeit auch tieferen Einblick in die Methodologie der Ökonomik und greift aktuelle Diskussionen und Kritikpunkte auf. So wird auf das scheinbare „Menschenbild“ der Ökonomik, dem „homo oeconomicus“, sowie auf das Verhältnis der Ökonomik zur „modernen Gesellschaft“ Bezug genommen. Ein weiteres Werk, das die vorliegende Arbeit geprägt hat, ist das Buch von SUCHANEK (2001) „Ökonomische Ethik“. Zum einen werden hier noch einmal die Charakteristika der „modernen Gesellschaft“ aufgegriffen, die grundlegend für die verwendete Theorie in der vorliegenden Arbeit sind. Zweitens wird ausführlich auf die Konzeption der „ökonomischen Ethik“ und damit auf die Bedeutung von Dilemmastrukturen und die Möglichkeit der Überwindung dieser Strukturen eingegangen. Auch die Rolle bzw. Aufgabe des Staates in den Strukturen der „modernen Gesellschaft“ wird näher beleuchtet. RENNER (2002) gibt dazu einen umfassenden Überblick in den Ordoliberalismus sowie in das Verständnis von moderner Politikberatung. Im Gegensatz zum Werk von HOMANN/ SUCHANEK (2000), dass sich die Thematik, von der Ökonomik als Wissenschaftsdisziplin her kommend, erarbeitet, versucht das Buch von SUCHANEK (2001) ausgehend von dem scheinbaren Spannungsverhältnis „Eigeninteresse und Moral“, eine Ethik für die „moderne Gesellschaft“ zu entwerfen.

1.6 Die Datengrundlage

Nachdem in den letzten Kapiteln der Versuch gemacht wurde, dem Leser den theoretischen Hintergrund der vorliegenden Arbeit näher zu bringen, möchte dieser Kapitelabschnitt abschließend noch eine Übersicht über die in dieser Arbeit verwendeten empirischen Daten geben. Anliegen ist es einerseits, durch die Erhebung eigener empirischer Daten, die Grundlage für neue Analysemöglichkeiten des Themenfeldes „Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige“ zu

schaffen. Andererseits gilt es, bereits vorhandene empirische Daten so mit der dieser Arbeit eigenen theoretischen Herangehensweise zu verknüpfen, dass neue Erkenntnisse gewonnen werden können. Aus diesem Grund erfolgt die Darstellung der empirischen Daten nicht in einem gesonderten empirischen Teil der Arbeit, sondern gleichlaufend mit der theoretischen Argumentation in der Arbeit.

1.6.1 Die Verwendung fremder Daten

Für eine genaue Analyse des Status quo der Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt sowie in Altenpflegeeinrichtungen war es notwendig, Daten aus unterschiedlichen Quellen zu generieren. Die überwiegende Anzahl der Daten wurde fremden Untersuchungen entnommen. So setzt sich die Datengrundlage für die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt aus Studien zur Wirkung der Pflegeversicherung (*Schriftenreihe BmfG Band 127*), Pflegestatistiken des Statistischen Bundesamtes (*Kurzbericht 1999*) und Untersuchungen zum Pflegeengagement Angehöriger im Privathaushalt (*Attias-Donfut, Claudine* 1993) zusammen. Daten, die den Zusammenhang von familialer und staatlicher Hilfe bzw. Pflege sowie die intergenerationalen Solidaritätsbeziehungen beleuchten, wurden mehrheitlich der *OASIS-Studie (2002)* entnommen.

Die Datengrundlage für die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen in stationären Altenpflegeeinrichtungen besteht aus Daten zum Pflegeengagement von Angehörigen in Altenpflegeinrichtungen (*Kuratorium Deutsche Altershilfe 2000/ Schriftenreihe Bmfsfj Band 147.2)*, aus Daten zum Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern (*Kühnert, Sabine 1990*) und aus Daten zur Wirkung der Pflegeversicherung (*BmfG Band 127)* sowie aus selbst erhobenen Daten.

1.6.2 Die Gewinnung eigener Daten

Seit Einführung der Pflegeversicherung in Deutschland hat die zur Verfügung stehende Datenmenge und –qualität im Bereich „Pflege in Privathaushalten“ stark

zugenommen. Allgemein wenig zugängliche Daten[42] im deutschsprachigen Bereich gibt es jedoch auf dem Gebiet der „Pflege von Heimbewohnern durch Angehörige“. Um hier realitätsnahe Aussagen treffen zu können, war es notwendig, aktuelle empirische Daten zu diesem Bereich zu gewinnen. Zielsetzung dieser Arbeit war es daher auch, mit einer Pilotstudie Aufschluss über den Status quo der Integration von Angehörigen in die stationäre Betreuung und Pflege von alten Menschen zu geben.
Im Mittelpunkt dieser Pilotstudie stand die Frage nach der Integration von Familienangehörigen von stationär untergebrachten Angehörigen in Betreuung und Pflege in Altenpflegeeinrichtungen. Die vielfältigen Detailfragen der Untersuchung können fünf Themenkomplexen zugeordnet werden. Grundsätzlich geht es um die:

1. Analyse der bereits von Familienangehörigen in Altenpflegeeinrichtungen erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen,
2. Ermittlung der Gründe bzw. Motive für die familiar erbrachten bzw. nicht erbrachten Betreuungs- und Pflegeleistungen,
3. Untersuchung der Rahmenbedingungen für die Integration von Familienangehörigen in die stationäre Betreuung und Pflege in Altenpflegeheimen,
4. Analyse der Zielgruppen (pflegende Angehörige und pflegebedürftige Heimbewohner),
5. Erfassung des Status quo der Angehörigenarbeit in Altenpflegeheimen.

1.6.2.1 Die Datengrundlage für die eigene Untersuchung

Die notwendigen empirischen Erhebungen wurden im Laufe des Jahres 2002 und 2003 durchgeführt. Dazu wurden im Raum „Bistum Eichstätt“ alle 19 Altenpflegeheime der Caritas und ihr angeschlossene Heime um Teilnahme an der Studie gebeten. 13 Altenpflegeheime konnten schließlich für eine Teilnahme gewonnen werden. Die Gesamtbettenzahl dieser Heime beläuft sich auf rund 1200. Folgende Abbildung gibt einen kurzen Überblick über die teilnehmenden Heime, Stand 2002/ 2003:

[42] Als eine der wenigen exemplarischen Datenquellen können hier die Studien von Kühnert (1990) und die Studie von Urlaub (1995) angesehen werden.

Altenpflegeheim	**Adresse**	**Bettenzahl/ versandte Fragebögen**
Caritas-Altenheim St. Franziskus	Klostergasse 3 92334 Berching	87 Betten/ 87 Fragebögen
Caritas-Altenheim Bruder Balthasar Werner	Lohmühlenweg 3 92345 Dietfurt	51 Betten/ 51 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Magdalena	Kraftsbucher Str. 4 91171 Greding	87 Betten/ 87 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Stilla	Donauschwabenstr. 7 91560 Heilsbronn	63 Betten/ 63 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Marien	Vogteiplatz 6 91567 Herrieden	42 Betten/ 42 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Johannes	Ringstr. 55 92318 Neumarkt	91 Betten/ 91 Fragebögen
Altenheim Caritas-Pirckheimer	Von-Soden-Str. 27 90475 Nürnberg-Altenfurt	89 Betten/ 89 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Albertus-Magnus	Albertus-Magnus-Str. 25 90547 Stein	92 Betten/ 92 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Walburg	Augsburger Str. 9a 91781 Weißenburg	59 Betten/ 59 Fragebögen
Seniorenzentrum St. Josef	Mäbenberger Str. 7 91183 Abenberg	83 Betten Altenheim/ 83 Fragebögen
Alten- und Pflegeheim St. Elisabeth	Insinger Str. 1 90449 Nürnberg	323 Betten/ 250 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Elisabeth	Ingolstädter Str. 19 85080 Gaimersheim	60 Betten/ 60 Fragebögen
Caritas-Altenheim St. Anna	Kreuzbergstr. 4 92364 Deining	59 Betten/ 59 Fragebögen

Tabelle 1: Übersicht zu den an der Studie teilnehmenden Altenpflegeeinrichtungen

Die Tabelle zeigt die an der Studie beteiligten Altenpflegeheime mit der jeweils dazugehörigen Anzahl der Pflegebetten. Die relativ kleine Zahl der befragten Heime und die enge Fokussierung auf mehrheitlich Caritas-Heime hat zur Folge, dass die gewonnenen Ergebnisse sowohl der quantitativen als auch qualitativen Befragung keinen statistisch repräsentativen, wohl aber einen illustrativen und trendangebenden Charakter haben. Bei der Definition der Stichprobe wurde trotzdem eine möglichst gute Entsprechung der wesentlichen Strukturmerkmale der Grundgesamtheit wie Anzahl der Pflegebettenmenge, Heim-Philosophie und Lage der

Altenpflegeinrichtung nicht außer Acht gelassen. So decken die Heime das gesamte Spektrum von einer sehr ländlichen Umgebung bis hin zum großstädtischen Raum ab.

1.6.2.2 Die Befragungsinstrumente der eigenen Untersuchung

Um der Breite der Fragenpalette gerecht zu werden, wurde die Pilotstudie in zwei Schritte unterteilt.

A Die qualitative Untersuchung

In einem ersten Schritt (August bis Oktober 2002) wurden alle 13 Heim- und Pflegedienstleitungen mit Hilfe eines semi-strukturierten Interviewleitfadens[43] befragt. Diese Befragung diente dazu, einerseits die Sichtweise der Heim- und Pflegedienstleitungen zur Thematik „Integration von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Altenpflegeheimen“ herauszufiltern, andererseits sollten mit den Interviews sensible Brennpunkte dieses Themas im Vorfeld der Angehörigenbefragung analysiert werden. Aus Kapazitätsgründen wurden ausschließlich Interviews mit den jeweiligen Heim- und Pflegedienstleitern/innen durchgeführt. Dabei wurde bewusst in Kauf genommen, dass die durchgeführten Interviews nicht den vollständigen Heim- bzw. Pflegeapparat widerspiegeln, der für eine gelungene Integration von Familienangehörigen in Betreuung und Pflege von Bedeutung ist. Für ein detaillierteres Bild müsste das jeweilige Pflegepersonal gesondert befragt werden.

Der Leitfaden ist von der Autorin eigens für diese Arbeit entworfen worden. Einige Anregungen und Ideen wurden dem Fragebogen von Urlaub (1995) entnommen. Nach telefonischer Terminabsprache wurden die 13 Interviews in den Räumen des jeweiligen Altenpflegeheims durchgeführt und auf Tonband aufgezeichnet, wofür die Erlaubnis aller Beteiligten vorlag. Eine Störung des Gesprächs durch ankommende Telefonate oder Fragen des Personals bzw. Angehöriger kam in dem meisten Fällen vor. Interviewerin war stets die Autorin. Die Dauer der Interviews betrug je nach

[43] Siehe dazu Anhang II – Interviewleitfaden.

Auskunftsbereitschaft und Wissensstand der Heim- bzw. Pflegedienstleiter/innen zwischen 30 und 90 Minuten.

Die Auswertung der Interviews fand anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse[44] statt. In einem ersten Schritt wurden die Interviews von der Kassette transkribiert. Daran anschließend wurde jedes Interview einer Paraphrasierung (sprachliche Bereinigung) unterzogen. Weiterhin wurden die Texte generalisiert und damit auf ein höheres Abstraktionsniveau gehoben. Abschließend folgte eine Reduktion der Texte, um schließlich die zentralen Aussagen und Begründungen fallspezifisch herausarbeiten zu können.

B Die quantitative Untersuchung

Erste Ergebnisse der Experten-Interviews gaben bereits Hinweise auf spezielle Problemfelder im Bereich der Integration von Angehörigen in betreuende und pflegenahe Aufgaben in Altenpflegeheimen. Diese Erkenntnisse dienten als Hintergrund für den Fragebogen, der in einem zweiten Schritt an jeweils einen Angehörigen pro Heimbewohner verschickt wurde. Eine Ausnahme bildet hier das Altenpflegeheim St. Elisabeth (Nürnberg-Röthenbach)[45], aufgrund dessen Größe die Anzahl der zu befragenden Angehörigen auf 250 begrenzt wurde. Das Kriterium für diese Begrenzung war das Vorhandensein eines Angehörigen. Heimbewohner, die durch einen gesetzlich bestellten Betreuer versorgt wurden, wurden herausgefiltert.

Der Versand der Fragebögen erfolgte aus organisatorischen Gründen in zwei Chargen. Der erste Teil der Versendung erfolgte im Dezember 2002, der zweite Teil im Januar 2003. Ziel der quantitativen Untersuchung war es, nicht nur genauere Daten über die Integration von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Altenpflegeheimen und über die potenzielle Pflegebereitschaft von Angehörigen zu gewinnen, sondern auch die Sichtweise Angehöriger zu dieser Thematik zu analysieren. Der Fragebogen[46] wurde von der Autorin eigens für dieses Projekt erstellt. Die Fragen waren standardisiert bzw. geschlossen; Platz für Anmerkungen und Kritik seitens der Angehörigen bot die letzte Seite des Fragebogens. Die

[44] Methode entnommen aus: Mayring (2000), S. 42 ff.

[45] siehe obige Heimauflistung.

[46] Siehe dazu: Anhang III - Fragebogen für Pilotstudie 2002/2003.

Versendung der bereits versandfertigen Fragebögen an die Angehörigen wurde aus Datenschutzgründen von den beteiligten Heimen übernommen. Die Rücksendung erfolgte direkt an das Zentralinstitut für Ehe und Familie in der Gesellschaft (ZFG) der Kath. Universität Eichstätt-Ingolstadt. Davon ausgenommen ist das Altenpflegeheim in Heilsbronn, das aus hausinternen Gründen die ausgefüllten Fragebögen erst bei sich sammelte und dann gesammelt an das ZFG schickte. Von 1115 Fragebögen erhielt die Autorin 455 Fragebögen ausgefüllt von den Angehörigen zurück. Die Rücklaufquote der Befragung insgesamt beträgt 40,8%. Die Rücklaufquote über alle Heime der 1. Charge ist 40,44%, die über alle Heime der 2. Charge beträgt 41,62%. Die Rücklaufquoten der einzelnen Heime schwanken zwischen den Extremwerten von 19,54% bis 54,91%.

2 DIE FUNKTIONALITÄT DER INSTITUTION „FAMILIE“ IN DER GESELLSCHAFT IM WANDEL DER ZEIT

„The major changes that have led to the partial isolation of older people in the Western society today were rooted not so much in changes in family structure or residential arrangements, as has generally been argued, but rather in the transformation and redefinition of family functions and values.“

(Hareven, Tamara, K., 2001)

Im Einleitungskapitel wurden überblicksartig aktuelle Daten zu der Situation bzw. Struktur der Familie in der Bundesrepublik Deutschland aufgezeigt. Auch wurde eine Begriffsklärung für den Terminus „Familie“ vorgenommen und damit eine Arbeitsdefinition von Familie entwickelt. Bisher nahezu unberücksichtigt blieb jedoch, inwiefern der Begriff „Familie“ nicht nur eine, wie auch immer geartete Lebensgemeinschaft von Individuen beschreibt, sondern sich auch durch die Übernahme bestimmter Tätigkeiten definiert. Anders ausgedrückt: Es gilt zu klären, welche Tätigkeiten als familiale Tätigkeiten bezeichnet werden können (2.1) und welche Bedeutung bzw. Funktion diesen familialen Tätigkeiten im gesellschaftlichen Kontext zukommt (2.2).

2.1 Kategorien familialer Tätigkeiten

Viele Jahrhunderte lang war die „Institution“ Familie weitestgehend autonom. Sie war zwar den Gesetzen des Staates unterworfen, versorgte ihre Mitglieder jedoch als eigene Lebensgemeinschaft selbst. So waren beispielsweise Bildung, Versorgung im Krankheitsfall oder Alter sowie die Nahrungsbeschaffung und Verpflegung Aufgabe der Familie. Die Familie war damit nicht nur Daseinsgrundlage, sondern bot ihren Mitgliedern eine unerlässliche Absicherung gegen jegliche normalen Lebensrisiken. Mit dem Einzug der Industrialisierung und der damit einhergehenden Mobilität der einzelnen Familienmitglieder nahm jedoch nicht nur deren Selbstständigkeit zu, auch das traditionelle Rollenverständnis und die Hierarchie bzw. Über- und Unterordnung einzelner Familienmitglieder und die hiermit verbundene Aufgabenübernahme wurden zunehmend in Frage gestellt. Schuld war jedoch nicht etwa der postulierte Einzug eines Anspruchdenkens in die Familie, als ob Familien auf einmal nicht mehr

bereit gewesen wären, bedingungslos auch für die Gesellschaft vorteilhafte Leistungen zu erbringen. Vielmehr änderten sich die Bedingungen in der Gesellschaft und damit auch für die Familie – die Gesellschaft wandelte sich zu einer „modernen Gesellschaft". Nun war es möglich und auch notwendig, Bindungen und Beziehungen jenseits der Familie aufzubauen und zu erhalten. Diese sogenannten „weak ties"[47] wurden geradezu Kennzeichen der „modernen Gesellschaft". Im Zuge der Industrialisierung entstanden so mehr oder weniger lose Beziehungsnetzwerke, die dem Individuum ganz neue Optionen für die Gestaltung seines Lebens eröffneten, d.h. daseinsgestaltende und daseinssichernde Bedeutung besaßen. Demgegenüber ließen scheinbar die „strong ties", also die engen Bindungen zwischen den Familienmitgliedern nach. Einhergehend mit dieser Entwicklung der zunehmenden Individualisierung des einzelnen Familienmitglieds und der Entflechtung von Familie und Wirtschaft, schien auch die Familie neben ihrer tradierten und fest vorgegebenen Familienstruktur in Form einer Großfamilie viele ihrer ursprünglichen Funktionen eingebüsst bzw. an staatliche Institutionen abgegeben zu haben. So übernahm nicht nur der Staat die Bildung der Kinder (Schulpflicht seit 1802 in Bayern), sondern auch die Versicherung gegen Krankheit (Krankenversicherung seit 1883 durch Bismarck) und Alter (Alters- und Invaliditätssicherung seit 1889 durch Bismarck und die Pflegeversicherung seit 1995). Anscheinend verlor die Familie damit immer mehr ihre Wichtigkeit - und das nicht nur für den Einzelnen. Dass diese Vermutung jedoch nicht der Realität entspricht, zeigt Lüscher (1990) in folgender Abbildung zu den Kategorien familialer Tätigkeiten. Vorausgeschickt werden muss dazu - und das scheint intuitiv einleuchtend zu sein -, dass Familien auch heute noch vorrangig, wenn nicht ausschließlich, um ihrer selbst willen handeln und nicht, weil ihre Tätigkeit vielleicht gesellschaftlich wünschenswerte Auswirkungen hat. Um dieser Erkenntnis gerecht zu werden, hat Lüscher mit seiner Konzeptualisierung familialen Handelns den Versuch gewagt, das Geschehen in Familien als Ganzes zu sehen und zugleich einige Differenzierungen vorzunehmen. Die dabei entstandene Systematik sieht wie folgt aus:

[47] Siehe dazu: Granovetter (1973).

Kategorien familialen Handelns bzw. familialer Tätigkeiten

Institutionaler Bereich	Wirtschaft	Politik, Recht	Kultur (Religion)
Gesellschaftliches Grundproblem	Deckung des materiellen Existenzbedarfs und Befriedigung sekundärer Bedürfnisse	Gestaltung des Zusammenlebens in Anbetracht der Verschiedenheit der Geschlechter, der Generationen und menschlicher Gruppen aller Art	Individuelle und kollektive Sinngebung menschlicher Existenz
Hauptkategorie (n) familialer Aktivitäten	A, Haushalten B, Wohnen	Gestaltung sozialer Beziehungen: A, innerhalb der Familie B, zur sozialen Umwelt C, Fürsorge kranker, behinderter, alter Angehöriger	A, Erziehung der Kinder B, Pflege von Kultur und Religion
Hauptaufgaben	A1, Materielle Existenzsicherung, Erzielung von Einkommen A2, Produktion von Gütern und Dienstleistungen A3, Konsumption B1, Beschaffung von Wohnraum B2, Unterhaltung, Gestaltung der Wohnung B3, Einordnung in Wohnumwelt	A1, Eltern-Kind-Beziehungen A2, Beziehungen der Partner A3, Beziehungen zu Verwandten B1, Kontakte zu Freunden, Bekannten B2, Kontakte zu Nachbarn B3, Verkehr mit Personen des Gesundheitswesens und der Schule B4, Verkehr mit Behörden	A1, Vermittlung von Kenntnissen, Normen und Werten A2, Begleitung während der Schulzeit und Ausbildung B1, Förderung spezieller Fähigkeiten (aller Familienangehörigen) B2, Kompensation spezieller Schwächen B3, Vermittlung von Kultur und Religion

Quelle: Lüscher (1990), S, 26.

Abbildung 5: Kategorien familialen Handelns bzw. familialer Tätigkeiten

Die von Lüscher bezeichneten familialen Tätigkeiten bzw. familialen Aktivitäten wie z.B. das Haushalten, die Gestaltung sozialer Beziehungen oder die Erziehung der Kinder, werden in der Grafik unter dem Punkt „Hauptaufgaben“ nochmals weiter aufgeschlüsselt. Unsichtbar in der Grafik ist, dass diese empirischen Handlungsfelder gleichzeitig eingebettet sind in einen zeitlichen Ablauf, also in einen Lebenszyklus der Familie. So lassen sich familiale Aktivitäten auch unter dem Blickwinkel von vier Phasen im Lebenszyklus einer Familie sehen. Die erste Phase (Konstituierung) ist auf die Gründung einer eigenen Familie gerichtet; hier wird beispielsweise der finanzielle Grundstock erarbeitet und angespart. In der zweiten Phase gilt es, das Geschaffene zu erhalten und zu festigen (Konsolidierung), im Fallbeispiel also materielle Existenzsicherung zu betreiben. Die Tatsache, dass auch jede Familie und damit Lebensgemeinschaft irgendwann beendet wird, spätestens durch den Tod von Familienmitgliedern, findet ihre Berücksichtigung in der dritten Phase, der Dissolution. Eine Besonderheit der Gemeinschaft „Familie“ ist es aber, dass diese dritte Phase letztendlich nicht die Aktivitäten der Familienmitglieder determiniert. Vielmehr gibt es eine vierte Phase (Transzendenz), die den Fortgang der Familie in

der Abfolge der Generationen über den Tod des einzelnen Mitglieds hinaus beschreibt.

Neben dieser zeitlichen Aufteilung familialer Aktivitäten sind familiale Tätigkeiten auch in einen gesellschaftlichen Kontext eingebettet. Diese Beziehung zu ihren Umwelten (Wirtschaft, Politik, Recht, Kultur und Religion) und damit zur Gesellschaft insgesamt, wie in Abbildung 5 sichtbar, sind für die folgenden Kapitel dieser Arbeit besonders relevant. Daher soll im weiteren Verlauf die Konzeptualisierung Lüschers noch einmal zugespitzt werden und so die Tätigkeiten der Familie im Hinblick auf die gesellschaftliche Bedeutung, d.h. auf deren Funktionalität und Tragweite untersucht werden.

2.2 Familiale Leistungen als Ausdruck der Funktionalität familialer Tätigkeiten für die Gesellschaft

Bisher wurde ausschließlich der Begriff „familiale Tätigkeiten“ verwendet. Dies hat seine Ursache darin, dass bis dato die familialen Tätigkeiten aus der Perspektive der Familie selbst gesehen wurden. In diesem Kapitelabschnitt wird mit der Einführung der Begriffs “familiale Leistung/en” jedoch ein Schritt gemacht, der voraussetzt[48], dass familiale Tätigkeiten über die bereits gezeigte Bedeutung für die Familienmitglieder hinaus eine Funktion haben. Wie bereits angedeutet, geht es um die Bedeutung dieser Leistungen für die Gesellschaft insgesamt. In den Worten von Kaufmann: Leistungen werden dadurch zu Funktionen, indem sie auf die Umwelt Wirkungen ausüben, d.h. externe Effekte hervorrufen[49].

Mit Hilfe folgender drei Autoren soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten, auch heute noch von Familien ausgeübten Leistungen gegeben werden.

[48] Die Überprüfung dieser Voraussetzung, d.h. der Relevanz familialer Leistungen für die Gesellschaft, erfolgt in Kapitel 3.

[49] Siehe dazu: Kaufmann (1995), S. 34f.

Max Wingen[50], einer der Väter der Familienpolitik, fasst die Leistungen der Familie für „moderne Gesellschaften“ wie folgt zusammen:

- Reproduktionsfunktion (Nachwuchssicherung)
- Sozialisationsfunktion (Auf- und Erziehen der Kinder)
- Hauswirtschaftliche Funktion
  (Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse)
- Regenerationsfunktion
  (Basis zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit)
- Ausgleichsfunktion (Ausgleich gegenüber gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Organisationsformen, z.B. Erwerbsarbeit.)
- Solidaritätssicherungsfunktion[51] (Wirkungen zur Stärkung der Solidarität zwischen den Generationen, d.h. Hilfeleistungen)

Auch Franz-Xaver Kaufmann[52] beschreibt die Leistungen der Familie in ähnlicher Weise:

- Nachwuchssicherung (Reproduktion)
- Humanvermögen[53] (=Sozialisation)
- Regenerationsfunktion
- Hauswirtschaftliche Funktion (naturale Sorgeleistungen, Baraufwendungen)
- Stabilisierung der Solidarität zwischen den Generationen

Interessant an der folgenden Aufzählung von Heinz Lampert[54] ist, dass er zu den bereits genannten Funktionen als weitere Funktion die Wirkung familialer Leistungen hinzufügt - nämlich die Entlastung des staatlichen Sozialsystems und damit erst dessen Finanzierbarkeit. Folgende Funktionen werden im Einzelnen genannt:

---

[50] Wingen (1997), S. 39ff.

[51] Die Solidaritätsfunktion bezeichnet Hermans (2000), S. 104, auch als Versorgungsleistung.

[52] Kaufmann (1990), S. 54ff.

[53] Kaufmann unterscheidet, wie auch viele andere Autoren zwischen den Begriffen “Humanvermögen” und “Humankapital”. Unter Humanvermögen versteht er nicht nur jene Qualifikationen und Kompetenzen, die unmittelbar das Arbeitsvermögen bestimmen (Humankapital), sondern all diejenigen, welche in irgendeiner Form als nützlich gelten, beispielsweise Gesundheitsgrad, politische Partizipationsbereitschaft, kulturelle Bildung etc. Siehe dazu Kaufmann (1990), S. 65.

[54] Lampert (2000), S. 57ff.

- Reproduktionsfunktion
- Sozialisationsfunktion

(Bildung von Humanvermögen und Sozialkapital[55])

- Solidaritätsfunktion
- Regenerationsfunktion

(für das einzelne Familienmitglied innerhalb der Familie)

- Entlastung des Sozialsystems und der öffentlichen Haushalte

Aus der oben dargestellten Übersicht der verschiedenen Autoren zu den Funktionen der Familie für die heutige Gesellschaft, wird deutlich: Im Gegensatz zu einer oft vermuteten Funktionslosigkeit spielt die Familie, sowohl für jedes Familienmitglied als auch für die „moderne Gesellschaft" insgesamt – trotz staatlicher Bildungs- und Sozialsysteme – anscheinend immer noch eine unerlässliche Rolle. Mehr noch, ganz gegenteilig zu langläufigen Meinungen, muss gesagt werden, dass familiale Leistungen mit dem Wandel der Agrar- bzw. Selbstversorger-Gesellschaft hin zu einer modernen, hochgradig arbeitsteiligen Gesellschaft aus gesellschaftlicher Perspektive zunehmend an Bedeutung gewannen und noch gewinnen, weil eine arbeitsteilige Gesellschaft wesentlich stärker auf die Erbringung der Leistungen aller ihrer Mitglieder angewiesen ist, als eine Gesellschaft, in der die Mitglieder in kleinen Gruppen mehr oder weniger unabhängig von den übrigen Gruppen der Gesellschaft leben. Denn kommt in dieser traditionellen Gesellschaft eine Gruppe ihren Verpflichtungen nicht nach, d.h. vernachlässigt sie beispielweise die Ausbildung ihrer Kinder, hat das hauptsächlich Folgen für diese Gruppe und zwar nahezu ausschließlich für sie und kaum für die anderen Gruppen dieser Gesellschaft. Vernachlässigen jedoch Familien die Ausbildung ihrer Kinder in einer hochgradig arbeitsteiligen Gesellschaft, betrifft das die Gesellschaft als Ganzes, da hier Humankapital zum Nutzen aller nicht zur Verfügung steht.

[55] Die Definition von Sozialkapital ist wesentlich weniger eindeutig als die von Humankapital bzw. Humanvermögen. Haug (1997) gibt über die unterschiedlichen Definitionen von Sozialkapital einen umfassenden Überblick. Neben den zahlreichen nicht zu vernachlässigenden Unterschieden ist den meisten Definitionen von Sozialkapital jedoch gemeinsam, dass es „als instrumentell einsetzbare, individuelle, aber nicht unabhängig von anderen Personen verfügbare Ressource aufgefaßt wird." (Haug, 1997, S. 11).

Die bisherige Beantwortung der Frage nach der Bedeutung familialer Leistungen galt ihrer Gesamtheit und damit auch der Vielfalt ihrer Funktionen für das einzelne Familienmitglied sowie für die Gesellschaft insgesamt. In der vorliegenden Arbeit soll jedoch nur auf eine der angesprochenen Funktionen fokussiert werden. Gemeint ist die Solidaritäts(sicherungs)-funktion, die definiert werden kann als familiale Leistung, die die Hilfe in Krankheit, Notsituationen und im Alter beinhaltet und aus einer intergenerativen Solidarität[56] sowie aus gegenseitiger Zuwendung der Familienmitglieder erwächst. Dem einzelnen Familienmitglied bietet die Solidaritätsfunktion somit eine Versicherung gegen allgemeine Lebensrisiken.

Abstrahiert man nun von den direkten Auswirkungen familialer Leistungen auf das einzelne Familienmitglied und nimmt eine gesellschaftliche Perspektive ein, um der Frage näher zu kommen, welche Vorteile die Solidaritätsfunktion für die Gesellschaft als Ganzes generiert, wird eines ganz deutlich: Alle familialen Einzelleistungen, die man unter dem Begriff „Solidaritätsfunktion“ subsumieren kann - mögen sie auch auf den ersten Blick noch so unterschiedlich sein - sind in einem Punkt essentielle Grundlage für die „moderne Gesellschaft“. Sie sind Basis für Innovationen und damit der Entwicklungsfähigkeit bzw. des Weiterbestehens einer Gesellschaft. Denn nur in dem Maße, in dem Menschen bereit sind, Risiken auf sich zu nehmen und damit in ihre eigene und die Zukunft der Gesellschaft zu investieren, kann eine Gesellschaft bestehen und sich weiter entwickeln. Und Menschen werden nur dann bereit sein, zu investieren, wenn sie zum Einen bei einem Misserfolg nicht automatisch ihre Existenzgrundlage verlieren und zum Anderen gegen allgemeine Lebensrisiken (Krankheit, Pflegebedürftigkeit) abgesichert sind. Die Voraussetzung für das Gedeihen einer Gesellschaft ist somit die Absicherung ihrer Individuen gegen Risiken des alltäglichen Lebens, mit anderen Worten: eine soziale Sicherung.

Wie ein Blick auf die unterschiedlichen staatlichen Systeme zeigt, kann diese soziale Sicherung in sehr unterschiedlicher Weise erfolgen. So kann sie, wie aus bereits Gesagtem zu entnehmen, über eine gegenseitige (informelle) Versicherung innerhalb der Familie erfolgen. Auch ist es denkbar, das sich die Individuen über ein staatliches Pflichtsicherungssystem (Kranken-, Pflege- oder Rentenversicherung) versichern. Des weiteren besteht die Möglichkeit, dass Menschen sich gegenseitig auf

[56] Zur Thematik „(intergenerative) Solidarität“: Siehe Kapitel 4.4ff.

freiwilliger, aber formeller Basis in Form einer Privatversicherung absichern. Auch Kombinationsmöglichkeiten sind denkbar und werden gerade in „modernen Gesellschaften“ immer stärker praktiziert.[57]

Ziel des anschließenden Kapitels ist es nun, den gesamtgesellschaftlichen Vor- bzw. Nachteil der familialen Solidaritätssicherungsfunktion in Form von familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen - die lange in den Augen der Gesellschaft wie selbstverständlich von Familien erbracht wurden und daher ebenso lange unreflektiert blieben - zu analysieren. Am Beispiel der Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige soll so dargelegt werden, welchen Nutzen die soziale Sicherung innerhalb der Familie gegenüber rein staatlichen bzw. privatwirtschaftlichen Versicherungssystemen für die Gesellschaft generiert.

[57] Kennzeichen der „modernen Gesellschaft“ ist damit nicht die Zunahme außerfamilialer Netzwerke und die Abnahme familialer Beziehungen, sondern ein gegenseitiges Steigerungsverhältnis von familialen und außerfamilialen Beziehungen. Dieses Steigerungsverhältnis weiterdenkend kann man sogar schließen, dass die Ausdifferenzierung in „modernen Gesellschaften“ auch nicht vor den ursprünglich rein familialen Aufgaben halt gemacht hat. So hat der Staat in der „modernen Gesellschaft“ all die Aufgaben übernommen, die er durchschnittlich besser und effizienter als die Familie durchführen kann. Aufgaben aber, die der Staat aus Kompetenz- oder Kostengründen nicht übernehmen kann, blieben stets Aufgabe der Familie, und deren Erfüllung ist häufig in „modernen Gesellschaften“ wichtiger denn je. Dort, wo aber entweder die „Aufgabenteilung“ nicht trennscharf vollzogen wurde und der Staat nur teilweise ursprünglich familiale Leistungen übernahm, oder der Staat Aufgaben übernahm, deren Ausführung er mit der Zeit zunehmend weniger finanzieren kann, kommt es zu einem Ausbleiben wichtiger gesellschaftlicher Leistungen. So auch Hareven (2001), S. 154: „This transfer of social welfare functions from family to public institutions over the past century and a half has not been fully consummated, however. On the one hand, family members increasingly assume that the public sector has a major responsibility for care of the aged; on the other hand state and the federal governments assume that family is responsible for some of these areas. This confusion in the assignment of responsibilities often means that old people are caught between the family and the public sector without receiving needed assistence from either.”

3 FAMILIALE BETREUUNGS- UND PFLEGELEISTUNGEN IN DER „MODERNEN GESELLSCHAFT“ – DER ERTRAG EINER GELUNGENEN INTERAKTION ?

„...;offensichtlich aber gibt es im Hinblick auf die Aufgabe der umfassenden alltäglichen Sorge für unterstützungs- und pflegebedürftig gewordene alte Menschen kaum eine gesellschaftliche Alternative – weder vom erforderlichen Ausmaß noch von einer vergleichbaren Qualität her und trotz der Tatsache, dass es in einer familialen Pflegebeziehung viele Schwierigkeiten geben kann,...“

(5. Familienbericht des Bundesministeriums für Familie und Senioren)

Das vorausgehende Kapitel hat versucht, dem Leser zu veranschaulichen, welche Funktionen auch heute noch die Familie in der „modernen Gesellschaft“ besitzt. Weiterhin sollte deutlich geworden sein, dass die Erfüllung dieser Funktionen nicht nur Auswirkungen auf die einzelnen Familienmitglieder hat, sondern auch ganz wesentlicher Bestandteil für das Funktionieren und Prosperieren einer „modernen Gesellschaft“ ist.

Die folgenden Ausführungen dienen nun dazu, diesen Gedanken anhand der Solidaritätsfunktion - bezogen auf die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen - näher zu analysieren. Die Perspektive, unter der dies getan wird, ist eine gesellschaftliche, d.h. es geht einerseits um die Frage, was die Familie durch die Betreuung und Pflege alter Menschen für das Gesundheitswesen und damit auch für die Gesellschaft insgesamt leistet[58], andererseits soll beleuchtet werden, welche

[58] Bisher wurde noch nicht explizit darauf eingegangen, was man unter “gesellschaftlichem Nutzen” bzw. “gesellschaftlichen Kosten” in dieser Arbeit zu verstehen hat. Dies soll hier kurz nachgeholt werden. Was hier als gesellschaftlich vorteilhafte bzw. nachteilige Leistung und damit “gesellschaftliche(r) Nutzen bzw. Kosten” bezeichnet wird, ist nicht mit der wohlfahrtsökonomischen Vorstellung der Förderung eines “Gemeinwohls” zu verwechseln. Vielmehr sind Leistungen für die Gesellschaft vorteilhaft, wenn prinzipiell alle Beteiligten und Betroffenen einer Leistungserbringung zustimmen können, weil sie niemanden prinzipiell schlechter, aber möglichst viele besser stellt. Zur Beurteilung der gesellschaftlichen Vorteilhaftigkeit bzw. Nachteiligkeit wird also immer der individuelle Nutzen der Beteiligten und Betroffenen herangezogen. Einen gemeinsamen Nutzen im Sinne eines Gemeinwohls gibt es in dieser Betrachtungsweise nicht. Die Einschränkung “prinzipiell” resultiert aus der Setzung eines „Rawls’schen Schleiers”, d.h. der Annahme, dass alle Beteiligten bzw. Betroffenen nicht über ihre momentane oder zukünftige Ressourcenausstattung informiert sind und daher im Sinne

Aufwendungen bzw. Kosten der Gesellschaft durch die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen entstehen. Bewusst wird zur Beantwortung dieser Fragen wieder eine ökonomische Sichtweise eingenommen, was nicht heißt, dass hier ökonometrische Verfahren im Sinne einer strengen Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Effektivitätsanalyse durchgeführt werden sollen. Vielmehr geht es darum, im Sinne der Interaktionstheorie den Ertrag einer gelungenen Interaktion für die Gesellschaft[59] zu analysieren. Um bereits Gesagtes noch einmal ins Gedächtnis zu rufen: Es geht um das Sichtbarmachen der Vorteile bzw. Nachteile, die der Gesellschaft aus der Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige entstehen und damit um die Beantwortung der Frage, welche Leistungen womöglich in Zukunft gefährdet sind und damit für die Gesellschaft „auf dem Spiel stehen".

Für eine eingängigere Beantwortung dieser Frage ist das folgende Kapitel in mehrere Abschnitte unterteilt. In den ersten beiden Abschnitten steht die Unterfütterung der Kosten- bzw. Nutzenannahme für die Gesellschaft durch familiale Betreuung bzw. Pflege mit Zahlenmaterial im Vordergrund. Im dritten Abschnitt wird das Zahlenmaterial aus den ersten beiden Abschnitten einerseits zu Ergebnissen zusammengefasst und darüber hinaus wird die Bedeutung der gewonnenen Ergebnisse nochmals theoretisch beleuchtet.

---

von verallgemeinerungsfähigen Interessen entscheiden und nicht ausschließlich aufgrund ihrer (momentanen) Betroffenheit. Zur Problematik dieser Annahme für die konkrete Politikberatung siehe: Renner (2002), S. 319 sowie Kapitel 5.

[59] Ökonomisch ausgedrückt: es geht um das Sichtbarmachen der „positiven externen Effekte".

3.1 Betreuung und Pflege im Privathaushalt

3.1.1 „Nutzen" familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft

Derzeit gibt es in der Bundesrepublik Deutschland ca. 3,2 Mio.[60] Menschen (1999 waren es noch ca. 2,02 Mio.), die hilfe- und pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind. [61] Diese Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit ist sehr unterschiedlich verteilt. So benötigen regelmäßige (mehr als einmal wöchentlich) und intensive Pflege ca. 1,1 Millionen Menschen. Diese werden deshalb auch als pflegebedürftig bezeichnet. Weitere 2,1 Mio. Menschen benötigen Hilfe bei der Haushaltsführung und sozialkommunikative Hilfen; sie werden oft als Hilfebedürftige bezeichnet. Nahezu drei Viertel (72%, d.h. 1,44 Mio.[62] bzw. 2,3 Mio.[63]) dieser Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen werden in der Bundesrepublik Deutschland zu Hause versorgt. In den weitaus meisten Fällen erhalten die Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen die Unterstützung von Familienangehörigen. So wurden 1,03 Millionen pflegebedürftige Menschen in Deutschland allein durch Angehörige versorgt. Dass diese Zahlen der amtlichen Statistik jedoch nicht die ganze Realität widerspiegeln, wird auf den zweiten Blick klar. So erfasst die Statistik zum einen nur hilfe- bzw. pflegeleistende Angehörige, die einen Antrag auf finanzielle Hilfe stellen. Darüber hinaus gibt die Zahl der 1,03 Millionen von Angehörigen gepflegten Menschen nur den Anteil der Angehörigen wieder, die Empfänger von Pflegegeld sind. Leistungen von pflegenden Angehörigen, die Kombinationsleistungen erhalten, sind in dieser Zahl nicht enthalten, sondern werden in der amtlichen Statistik unter den 415.289 von ambulanten Pflegediensten gepflegten Menschen subsummiert. Einen Hinweis hierauf gibt auch die Tatsache, dass ambulante Pflegedienste in sehr unterschiedlichem Maße in Anspruch genommen werden und daher bei den ca.

---

[60] Daten entnommen aus: Schriftenreihe Bmfsfj (2001), Band 106.1, Seite 21ff. Siehe zur Problematik der exakten Anzahl pflegebedürftiger alter Menschen auch: Erster Altenbericht der Bundesregierung, Kapitel 11.5.

[61] Aufgrund der eindeutigen Pflegewahrscheinlichkeit (Menschen bis zu 70 Jahren bis max. 2,7% und Menschen ab 70 Jahren und älter bis zu 65%) werden hier die Zahlen, die alle Pflegebedürftigen betreffen, stellvertretend für alte pflegebedürftige Menschen genommen.

[62] Folgende Daten entnommen aus: Statistisches Bundesamt, 2. Kurzbericht, Pflegestatistik 1999.

[63] Daten entnommen aus: Schriftenreihe Bmfsfj (2001), Band 106.1, S. 22.

400.000 pflegebedürftigen Menschen, die laut amtlicher Statistik allein von ambulanten Pflegediensten betreut werden, etliche pflegende Angehörige gleichzeitig auch ihren Beitrag leisten. Auch Daten aus einer französischen Untersuchung von Attias-Donfut[64] zeigen die unterschiedliche Bedeutung von professionellen Pflegediensten und ehrenamtlichen Hilfe-/Pflegeleistenden (Familie und Nachbarn) bezüglich deren Inanspruchnahme von abhängigen alten Personen. So beträgt die durchschnittliche Stundenzahl ehrenamtlicher Betreuung je nach Schweregrad der Pflegebedürftigkeit[65] der alten Personen zwischen 50 und mehr als 100 Stunden monatlich. Bei professionellen Pflegediensten liegt die durchschnittliche Stundenzahl zwischen 30 und 111 Stunden. Kalkuliert man die wesentlich schwächere Verbreitung von professionellen Pflegediensten ein, umfasst die Hilfe und Pflege durch Angehörige oder Nachbarn ein mindestens[66] dreimal so hohes Stundenvolumen im Vergleich zu den professionellen Diensten. Obwohl es sich in dieser Studie nicht um exakte Berechnungen handelt, ist doch ganz klar die dominante Bedeutung hilfe- und pflegeleistender Angehöriger für alte Menschen zu erkennen. Ein noch viel eindrücklicheres und nach Meinung der Autorin zutreffenderes Bild für Deutschland, ergeben die Zahlen des Pflegeintervallmodells Infratest 1992. Folgende Abbildung zeigt den Umfang der von der Hauptpflegeperson erbrachten Leistungen:

[64] ebd.

[65] In der Bundesrepublik Deutschland waren 1999 von den ca. 1,4 Mio. zu Hause versorgten Menschen 52% in Pflegestufe I, 37% in Pflegestufe II und 11% in Pflegestufe III eingruppiert.

[66] Da diese Berechungen auf den Angaben der Beteiligten bestehen, ist anzunehmen, dass gerade der Zeitaufwand der pflegeleistenden Ehepartner unterschätzt wird, da viele Tätigkeiten von ihnen für selbstverständlich gehalten werden.

Umfang der familialen Hilfe- bzw. Pflegeleistungen				
In%	fast täglich	2 bis 4 mal wöchentlich	1 mal wöchentlich oder seltener	nie
Körperpflege	83	5	4	8
Unterstützung beim Essen	61	2	5	30
Medizinische Behandlungspflege	40	5	13	41
Haushaltsführung	85	7	2	6
Persönliche Betreuung	90	3	3	4
Begleitung bei außerhäuslichen Kontakten	28	7	38	26
Quelle: Bmfsfj, Band 111.2, S. 137, Daten aus: Pflegeintervallmodell Infratest 1992				

Tabelle 2: Pflegebedürftige in Privathaushalten mit Hauptpflegeperson nach Art und Umfang der erhaltenen Hilfen

Auch die Infratest-Repräsentativerhebung[67] von 1998 bestätigt dieses große Ausmaß an familialen Leistungen. So liegt der Zeitaufwand der Hauptpflegeperson für die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen wesentlich höher als beispielsweise in der Studie von Attias-Donfut. Durchschnittlich werden von den Pflegeleistenden 45,5 Stunden pro Woche aufgebracht. Jedoch streut die Menge an Stunden je nach Pflegestufe, individuellem Pflegebedarf und Anzahl der Nebenpflegepersonen erheblich. Während bei der Betreuung von pflegebedürftigen Angehörigen, die in die Pflegestufe III eingruppiert wurden, ein Zeitaufwand von 60,6 Stunden pro Woche festgestellt wurde, beläuft sich der Pflegeaufwand für Angehörige des Pflegeempfängers mit Pflegestufe I „nur“ auf 37,9 Stunden wöchentlich.

Diese Hilfe- bzw. Pflegeleistungen durch Angehörige können jedoch auch regional ganz unterschiedliche Ausmaße annehmen. So variiert die Betreuung durch Angehörige allein in jedem Bundesland Deutschlands; z.B. werden 56% der pflegebedürftigen Menschen in Thüringen von Angehörigen betreut, während es in Hamburg nur 40,4% sind. Die französische Studie von Attias-Donfut[68] zeigt weiterhin, dass abhängige Personen häufiger im Privathaushalt versorgt werden, wenn sie ganz im Haushalt der Familie untergebracht sind oder wenn sie einen Ehepartner

[67] Daten entnommen aus: Schriftenreihe BmGusS (2000), Band 127, S. 55.

[68] Attias-Donfut (1993), S. 360ff.

haben. Dieses Phänomen ist damit zu erklären, dass in den wenigsten Fällen beide Ehepartner gleichzeitig hilfe- bzw. pflegebedürftig werden, was wiederum auf die Geschlechtsunterschiede in Bezug auf Krankheit und Tod zurückzuführen ist.

FAZIT: In gewissem Sinne sagt bereits das aufgeführte Stundenengagement pflegender Angehöriger etwas über die Höhe des für die Gesellschaft geleisteten Nutzens aus. Wesentlich anschaulicher wird die Darstellung des volkswirtschaftlichen Wertes aber unter Zuhilfenahme von Daten des statistischen Bundesamtes. Hier wurde der zeitliche Gesamtumfang (Jahresvolumen) für die unbezahlte Pflege und Betreuung von Personen[69] mit sieben Milliarden Stunden für das Jahr 1999 geschätzt. Bewertet man diese Stundenanzahl mit dem Durchschnittsbruttolohn für eine qualifizierte Hauswirtschafterin ergibt sich ein volkswirtschaftlicher Wert von 162 Mrd. DM (entspricht ca. 81 Mrd. €); im Fall der Bewertung dieser Stunden mit dem Durchschnittsbruttolohn für alle Beschäftigten steigt der volkswirtschaftliche Wert sogar auf 238 Mrd. DM (ca. 119 Mrd. €).[70] Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass familiale Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen einen enormen gesellschaftlichen Nutzen generieren.

3.1.2 „Kosten" familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft

Um eine ausgewogene „Bilanz" der Betreuung und Pflege durch Angehörige zu erhalten, bedarf es auch einer Analyse der „Kosten" bzw. Nachteile, die der Gesellschaft aus familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen entstehen können. Diese „Kosten" können der Gesellschaft einerseits direkt monetär durch Transferzahlungen, andererseits durch negative externe Effekte aus der familialen Betreuung und Pflege alter Menschen entstehen. Im Folgenden sollen diese zwei Möglichkeiten für gesellschaftliche Kosten erläutert werden.

---

[69] Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass die angeführten Zahlen nicht ausschließlich die Pflege und Betreuung durch Familienangehörige widerspiegeln, sondern auch Leistungen Bekannter, Freude oder Ehrenamtlicher mit einbeziehen.

[70] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1999), „Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik", Tabelle 57.

„Kosten“, die der Gesellschaft auf direktem Wege monetär entstehen, sind Zahlungen, die das staatliche soziale Sicherungssystem an die Betroffenen, also Pflegebedürftigen, für die Pflege im Privathaushalt leistet. Hierzu gehören nach dem Leistungskatalog der Pflegeversicherung ganz unterschiedliche Leistungen. Einerseits bemisst sich die Höhe der Leistungen nach der Schwere der Pflegebedürftigkeit des Pflegeempfängers, also dessen Pflegestufe. Andererseits wird zwischen der Pflegesachleistung und dem Pflegegeld differenziert. Die Höhe der Pflegesachleistung kann je nach Pflegestufe zwischen 384 € und 1918 € variieren. Das Pflegegeld beträgt dagegen für die Betreuung und Pflege im Privathaushalt zwischen 205 € und 665 € monatlich. Weiterhin wird für bis zu vier Wochen im Kalenderjahr eine Pflegevertretung bezahlt. Je nachdem, ob die Pflegevertretung ein naher Angehöriger ist oder eine fremde Person, variieren die Beträge je nach Pflegestufe zwischen 205 € und 665 € für Angehörige und betragen sie 1.432 € für sonstige Personen. Zusätzliche Aufwendungen, wie Fahrtkosten oder Verdienstausfall, können jedoch auch von nahen Angehörigen bis zu einem Betrag von 1.432 € geltend gemacht werden. Die Sachleistung und das Pflegegeld stehen dem Pflegebedürftigen grundsätzlich alternativ zur Verfügung. Wird die Sachleistung jedoch nicht in voller Höhe in Anspruch genommen, kann gleichzeitig ein entsprechend gemindertes Pflegegeld beansprucht werden.[71]

Über die direkten monetären Kosten hinaus, können der Gesellschaft auch Kosten aus negativen externen Effekten entstehen. Diese Kosten können sich entweder erst im späteren Verlauf oder nur sehr indirekt als eine monetäre Kostensteigerung für die Gesellschaft auswirken, verlieren deshalb jedoch nichts von ihrer Bedeutsamkeit für die Gesellschaft. Negative externe Effekte können als nicht intendierte Folgen intentionaler Handlungen beschrieben werden. Ausgeklammert sind somit negative Folgen aus den familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen, die bewusst herbeigeführt wurden. In dem für diese Arbeit relevanten Fall sind negative Folgen gemeint, die entweder dem Pflegeleistenden selber oder dem Pflegeempfänger aus den Betreuungs- und Pflegeleistungen durch Angehörige entstehen.

Die Auswirkungen familialer Betreuung und Pflege im Privathaushalt auf den Pflegeempfänger können sehr zahlreich und unterschiedlich sein. So treten auch

[71] Siehe dazu: BmGusS, Pflegeversicherung, S. 27ff.

negative Erscheinungen auf, die als Folge einer nicht adäquaten Betreuung und Pflege angesehen werden können. Mangelnde Kenntnisse und damit mangelnde Pflegequalität können zu abnehmender Mobilität, zunehmender Morbidität oder einer Zunahme von psychischen Störungen beim Pflegeempfänger führen. Auch die aus einer Überforderung der Pflegeleistenden entstehende „Gewalt“ in der Pflege rückt zunehmend in das Blickfeld einer kritischen Betrachtung der Betreuung und Pflege im Privathaushalt durch Angehörige. Es kann jedoch nicht nur mangelnde Pflegequalität zu negativen Auswirkungen beim Pflegeempfänger führen: Auch die oft entstehende Isolation vom sozialen Umfeld durch eine Einzelpflege im Privathaushalt führt hin und wieder zu Degenerationserscheinungen beim Pflegeempfänger. Einleuchtend ist, dass all diese Erscheinungen schlussendlich zu einer erhöhten Pflegebedürftigkeit des Pflegeempfängers führen und so letztendlich eine Kostensteigerung für die Gesellschaft nach sich ziehen werden.

Mehr noch als die negativen Folgen der Betreuung und Pflege im Privathaushalt für den Pflegeempfänger, werden die negativen Folgen für die Pflegeleistenden in der einschlägigen Literatur[72] diskutiert. Die Beeinträchtigungen, die der Pflegeleistende durch die Pflege im Privathaushalt erleidet, sind wiederum je nach Situation und psychischer bzw., physischer Belastbarkeit des Pflegeleistenden sehr unterschiedlich. Drei Schwerpunkte sollen hier jedoch kurz angesprochen werden.

Erstens ist die bei berufstätigen Pflegeleistenden oft angesprochene Belastung aus der mangelnden Vereinbarkeit von Beruf und Pflegetätigkeit zu nennen. Konzentrationsmängel mit erhöhter Fehlerhäufigkeit am Arbeitsplatz, unvorhersehbares Fehlen am Arbeitsplatz, unvorhersehbare Unterbrechungen der Arbeit und eine geringere Belastbarkeit des Arbeitnehmers führen generell zu geringeren Leistungen der Pflegeleistenden am Arbeitsplatz. Diese geringeren Leistungen führen wiederum, gesamtgesellschaftlich gesehen, zu einer niedrigeren Produktivität des Pflegeleistenden und damit zu einer niedrigeren Produktivität des Unternehmens. Auch die sogenannten Opportunitätskosten, also Kosten, die einem Pflegeleistenden dadurch entstehen, dass er anstelle der Zeit, die er für die Betreuung und Pflege aufbringt, einer Erwerbstätigkeit nachgehen und damit ein Erwerbseinkommen und Rentenansprüche erzielen könnte, müssen ins Kalkül

gezogen werden. Diese Kosten sind umso höher, je größer die Wahrscheinlichkeit ist, ein hohes Markteinkommen zu erzielen. Neben den Nachteilen für den pflegeleistenden Angehörigen selbst, zieht dies auch „Kosten“ für die Gesellschaft nach sich. Denn für die Gesellschaft gehen damit Humankapital, also Produktivität und Know how, sowie Beiträge für die sozialen Sicherungssysteme verloren.

Zweitens ist die vermehrte Anfälligkeit für Krankheiten aufgrund der kontinuierlichen körperlichen Belastung (z.B. Heben eines schweren, pflegebedürftigen Angehörigen) seitens des Pflegeleistenden zu nennen. Viele Pflegeleistenden werden nach längerer Zeit der Betreuung und Pflege selbst zu Pflegeempfängern mit vielseitigen körperlichen Gebrechen, die auf Überanstrengung oder mangelnde Fachkenntnis bei der Pflege zurückzuführen sind. Auch dies bedeutet eine Erhöhung der „gesellschaftlichen Kosten“.

Drittens sei an dieser Stelle noch kurz die psychische Belastung der Pflegeleistenden angesprochen; denn nicht nur körperliche Anstrengungen können zu eigener Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeit führen. Der Verlust sozialer Kontakte, d.h. die Isolation aufgrund der Abhängigkeit des Pflegeempfängers vom Pflegeleistenden sowie Konflikte in der Ehe oder eigenen Familie durch die ständige und oft jahrelange Pflege eines alten Menschen, belasten Pflegeleistende oft schwer. Auch die Konfrontation mit der immer problematischer werdenden, gesundheitlichen Situation des Pflegeempfängers und die Nicht-Planbarkeit der eigenen Zukunft führen oft zu Depressionen und psychischen Störungen des Pflegeleistenden.

FAZIT: So kann resümiert werden, dass die zahlreichen negativen externen Effekte, die entweder den Pflegeempfänger oder den Pflegeleistenden betreffen, häufig zu einer vermehrten Anfälligkeit für psychische und physische Krankheiten und damit einhergehend zu einer (verstärkten) Pflegebedürftigkeit führen. Diese entstehende Betreuungs- bzw. Pflegebedürftigkeit zieht jedoch immer zusätzliche Kosten für die Gesellschaft nach sich, deren Höhe bzw. Ausmaß sehr schwer zu antizipieren ist.

---

[72] Siehe dazu auch Kapitel 4.3.1.2.

3.2 Betreuung und Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen

3.2.1 „Nutzen" familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft

Bundesweit gibt es zur Zeit ca. 8.900 Pflegeheime, von denen ca. 8.100 vollstationäre Dauerpflege anbieten. Dies entspricht ca. 645.000 Pflegeplätzen[73], die zu 63% in freigemeinnütziger Trägerschaft, zu 26% in privater und zu 11% in öffentlicher Hand sind. 1999 wurden ca. 573.000[74] Menschen in Pflegeheimen versorgt. Diese Angaben schwanken teilweise jedoch erheblich: So wird in der Schriftenreihe des Bmfsfj bereits für 1994 eine Gesamtzahl von stationär untergebrachten, pflegebedürftigen alten Menschen von 660.000[75] genannt. Diese ca. 600.000 Pflegebedürftigen verteilen sich auch unterschiedlich auf die einzelnen Bundesländer. So wurden 36% der pflegebedürftigen Menschen stationär in Schleswig-Holstein versorgt, wogegen es in Thüringen und Brandenburg nur 24% waren. Von den 1999 bundesweit 573.000 pflegebedürftigen, in Heimen lebenden Menschen, sind ca. 31% in Pflegestufe I, 45% in Pflegestufe II und 24% in Pflegestufe III eingruppiert[76]. Die Daten aus der von der Autorin durchgeführten Studie lassen ein noch etwas differenzierteres Bild entstehen. So liegt hier der Durchschnitt der in Pflegestufe I (inklusive Rüstige) eingruppierten Pflegebedürftigen

---

[73] Laut Süddeutsche Zeitung (SZ)-Artikel vom 17.02.2003, S. 43 leben immer mehr Menschen in Pflegeheimen. So wurden allein in Bayern laut Statist. Landesamt im Jahr 2001 rund 90.000 Menschen in Heimen betreut; das sind 7400 mehr als noch 1999.

[74] Folgende Daten entnommen aus: Statistisches Bundesamt, 2. und 3. Kurzbericht, Pflegestatistik 1999.

[75] Schriftenreihe des Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 19.

[76] Zu dieser Eingruppierung in Pflegestufen lassen sich zwei folgende gegenläufige Trends feststellen:

1. Durch das zunehmende Eintrittsalter der Pflegebedürftigen in Heime und gleichzeitig das ständig steigende Lebensalter erhöht sich auch die Multimorbidität und damit die Zunahme der in Pflegestufe III einzugruppierenden Pflegebedürftigen.
2. Aus finanziellen Gründen wird es jedoch immer schwieriger für Pflegebedürftige die Pflegestufe III zu erhalten, da die Pflegekassen so versuchen die Steigerung der Beiträge zu verlangsamen.

Daraus folgend wird klar, dass die Einteilung pflegebedürftiger Menschen in Pflegestufen nicht zwangsläufig deren Pflegebedürftigkeit und den daraus abzuleitenden (finanziellen) Pflegeaufwand widerspiegelt.

zwischen 30% und 40% der gesamten Heimbewohner. Auch das Mittel der Pflegestufe II über alle Altenhilfeeinrichtungen liegt mit ca. 32% in diesem Bereich. Interessant sind die immensen Schwankungen des Anteils der Pflegestufe III in den unterschiedlichen Altenpflegeeinrichtungen. Hier variierten die Zahlen zwischen 6,7% und 56%[77]. Die Angaben aus den Interviews der Pilotstudie werden im Großen und Ganzen durch die Angehörigenbefragung bestätigt. Zusätzlich deutlich wird, dass die sehr unterschiedlichen Werte für die Pflegestufe III auf statistischen Ausreißern beruhen. Der Durchschnitt liegt , wie in der unten stehenden Tabelle ersichtlich, bei knapp 33%.

Pflegestufe des Heimbewohners

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	115	25,3	29,3	29,3
	2	148	32,6	37,8	67,1
	3	129	28,4	32,9	100,0
	Gesamt	392	86,3	100,0	
Unbeantwortet		62	13,7		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 3: Aufteilung der Pflegestufen auf die Heimbewohner über alle Heime[78]

Diese Zahlen zeigen eindringlich, welche gesellschaftliche Aufgabe es bereits heute und erst recht in Zukunft, im Hinblick auf die demographische Entwicklung, zu meistern gilt. Bevor jedoch die zentrale Frage nach der Beteiligung Angehöriger an der Betreuung und Pflege angehöriger Heimbewohner in Altenpflegeeinrichtungen und damit der „gesellschaftliche Nutzen“ analysiert werden soll, muss vorerst noch ein Blick auf die bestehenden familiären Kontakte von Heimbewohnern geworfen werden. Entgegen der oft anzutreffenden Meinung, dass Heimbewohner keine

[77] Diese Schwankungen können einerseits auf die geringe Anzahl der befragten Heime, andererseits auf die Belegungspolitik der jeweiligen Altenpflegeeinrichtung zurückgeführt werden. So legen einige Altenpflegeeinrichtungen aus ideellen Gründen sehr stark Wert auf eine ausgewogene Aufteilung der Pflegestufen innerhalb ihrer Einrichtung. Dies erreichen sie, indem sie frei werdende Plätze hauptsächlich durch Menschen mit niedriger Pflegestufe belegen und so ein Gegengewicht zu dem stattfindenden Alterungsprozess und damit dem automatischen Ansteigen der Pflegestufen bilden. Andere Altenpflegeeinrichtungen belegen aus finanziellen Gründen frei werdende Plätze vorwiegend mit Pflegebedürftigen der Pflegestufe III.

[78] Für alle Tabellen ohne gesonderte Quellenangabe entstammen die Daten aus der eigenen Pilotstudie 2002/2003.

Verwandten mehr oder nur sehr entfernte Verwandte haben – da sie vor Heimeintritt meistens in Ein-Personen-Haushalten gewohnt haben –, ist festzustellen, dass zwischen 60%[79] und 78,5 %[80] engere Verwandte, also Kinder, Schwiegertöchter bzw. –Söhne, Enkelkinder, Geschwister oder (Ehe-) Partner außerhalb des Heimes haben. Dass diese doch relativ hohe Zahl an familiären Kontakten je nach Region sehr unterschiedlich sein kann, also gerade in Großstädten tendenziell rückläufig ist, soll hier nicht bestritten werden. Faktum bleibt jedoch, dass prinzipiell engere Verwandte für die Betreuung und Pflege zur Verfügung stehen würden.

Für die Erschließung des gesellschaftlichen Wertes der Beteiligung Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen muss in mehreren Schritten vorgegangen werden. In einem ersten Schritt ist zu fragen, an welchen Aufgaben in Altenpflegeeinrichtungen sich Angehörige beteiligen bzw. diese übernehmen können. Darauf aufbauend kann analysiert werden, inwiefern sich Angehörige in Altenpflegeeinrichtungen überhaupt an der Betreuung und Pflege beteiligen, um schließlich festzustellen, welchen „Nutzen“ diese Beteiligung für die Gesellschaft generiert. Mit der ersten Frage nach den Tätigkeiten innerhalb des Betreuungs- bzw. Pflegebereichs in Altenpflegeeinrichtungen hat sich vor allem Dobrof[81] beschäftigt. Er hatte bereits in den 70er Jahren die verschiedenen Aufgaben in Altenpflegeeinrichtungen in zwei Klassen unterschieden. Mit „non technical tasks“ werden die Aufgaben zusammengefasst, die „vereinzelt auftreten, unvorhersehbar sind und der Erfüllung spezifischer Bedürfnisse des einzelnen [Heimbewohners] dienen, also Aufgaben, für die die Ausbildung von Experten zu aufwendig ist [und damit vorrangig von Angehörigen übernommen werden können].“[82] Als typisch hierfür sind die Bewohnerbetreuung und einzelne Aufgaben der Bewohnerversorgung zu nennen. Die zweite Klasse der Aufgaben kann als „technical tasks“ bezeichnet werden. Hierunter versteht man die medizinische Betreuung, also die Behandlungspflege und Tätigkeiten der Grundpflege. „technical tasks“ sind somit Aufgaben, die zum einen immer wiederkehren und darüber hinaus ein hohes Maß an finanziellen,

[79] Vgl. Schriftenreihe Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 71.

[80] Daten aus eigener Pilotstudie. Zur genauen Aufschlüsselung siehe Tabelle 27: Verwandtschaftsverhältnis des pflegenden Angehörigen zum Heimbewohner.

[81] Vgl. Dobrof (1976).

[82] Kühnert (1991), S. 29.

menschlichen und technischen Ressourcen erfordern und so erst Spezialisierung, z.B. innerhalb einer Altenpflegeeinrichtung, effizient werden lassen.
Vor diesem theoretischen Hintergrund kann in folgendem Abschnitt untersucht werden, inwieweit Angehörige bereit sind, sich an Aufgaben der Betreuung und Pflege angehöriger Heimbewohner zu beteiligen oder diese sogar ganz zu übernehmen.

- **Bewohnerbetreuung**

Unter dem Begriff „Bewohnerbetreuung" sind Aufgaben zu verstehen, die die psychosoziale Betreuung der Heimbewohner umfassen. Hierunter fällt die regelmäßige Kontaktpflege zum Heimbewohner, die Freizeitgestaltung bzw. Beschäftigungstherapie für den Bewohner, wie z.B. Spaziergänge, Vorlesen, nach Hause holen des Bewohners oder die Begleitung zu Veranstaltungen. Im angloamerikanischen Sprachraum werden diese Maßnahmen auch treffend unter „life enrichment", also unter „lebensbereichernden Maßnahmen" gefasst. Diese oft etwas in den Hintergrund gedrängte Art der Bewohnerbetreuung gewinnt gerade heutzutage mit der Zunahme demenzieller Erkrankungen[83] wieder stärker an Bedeutung.

Die wesentliche Voraussetzung für die Erfüllung aller Aufgaben der Bewohnerbetreuung durch Angehörige, ist die Besuchshäufigkeit. Dieser Indikator für die Kontakthäufigkeit wird glücklicherweise in Studien relativ häufig erhoben, weshalb dazu zahlreiches Datenmaterial zu finden ist. So besucht laut der Infratest-Heimerhebung von 1994 ein Großteil (35,6%) der Angehörigen den angehörigen Heimbewohner ein- bzw. mehrmals wöchentlich, 22,5% ein- bzw. mehrmals monatlich und 25,8% seltener. Eine wesentlich größere Besuchshäufigkeit stellt Kühnert (1991) in ihrer Studie fest. Dort besucht die Mehrheit aller Angehörigen (91,7%) ihre angehörigen Heimbewohner mindestens einmal pro Woche. Daten aus der selbst durchgeführten Studie zeigen zwar keine derart hohe Besuchshäufigkeit wie bei Kühnert, übertreffen aber doch die Umfrage der Infratest-Heimerhebung.

[83] Laut Infratest Heimerhebung benötigten bereits 1994 über 61% der Heimbewohner Hilfen aufgrund ihrer demenziellen Erkrankung.

Kumulierte Besuchshäufigkeit

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig/Beantwortet	täglich bis einmal wöchentlich	346	76,2	78,5	78,5
	ein- bzw. mehrmals im Monat	80	17,6	18,1	96,6
	ein paar Mal im Jahr u. seltener	15	3,3	3,4	100,0
	Gesamt	441	97,1	100,0	
Unbeantwortet		13	2,9		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 4: Kumulierte Besuchshäufigkeiten

Die Besuchshäufigkeit ist aber nicht nur Voraussetzung für die Übernahme von Aufgaben in der Bewohnerbetreuung durch Angehörige, vielmehr kann sie auch als Frühindikator für alle anderen potenziell zu übernehmenden Aufgaben, wie z.B. der Bewohnerversorgung durch Angehörige dienen. Denn nur häufig anwesende Angehörige können auch in einer zuverlässigen Weise die relativ regelmäßig anfallenden Aufgaben der Bewohnerversorgung übernehmen.

In der eigenen Pilotstudie 2002/2003 wurden Daten zur Bewohnerbetreuung durch Angehörige erhoben. Gefragt wurde nach drei Tätigkeiten:

1. Haben sich die Angehörigen mit dem Heimbewohner (HB) unterhalten?
2. Haben die Angehörigen Gesellschaftsspiele gemacht oder etwas vorgelesen?
3. Haben sie mit dem Heimbewohner einen Spaziergang oder ähnliches unternommen haben?

Die entsprechenden Antworthäufigkeiten zeigt folgende Aufstellung:

Tatsächliche Bewohnerbetreuung (Daten: Eigene Pilotstudie)

Name	Anzahl	in % der Antworten	in % der Fälle
Mit HB unterhalten	403	65,3	95,7
Gesellschaftsspiele gemacht bzw. vorgelesen	27	4,4	6,4
Spazieren gegangen /gefahren	187	30,3	44,4
Antworten insgesamt	617	100,0	146,6

33 fehlende Fälle; 421 gültige Fälle

Wie aus der Aufstellung ersichtlich, dient der Besuch eines Heimbewohners durch einen Angehörigen vorrangig (95,7%/ *89%*[84]) dazu, sich gegenseitig auszutauschen. Mit einigem Abstand (44,4%/ *41,3%*) folgt das gemeinsame Spazieren gehen bzw. fahren. Meistens handelt es sich hier um kurze Ausflüge im Bereich der Altenpflegeeinrichtung. Auffällig ist, dass nur eine Minderheit (6,4%/ *6%)* der Angehörigen sich während des Besuches mit „lebensbereichenderen Tätigkeiten" (Beschäftigungstherapie) beschäftigen. Dies hat seine Gründe einerseits darin, dass Angehörige wissen, dass Altenpflegeeinrichtungen Aktivitäten in diesem Bereich anbieten und sie daher davon ausgehen, dass dies nicht in ihre Zuständigkeit fällt, andererseits glauben die meisten Angehörigen zu wenig Hintergrundwissen zu besitzen, um eine für den Heimbewohner passende Aktivität anbieten bzw. durchführen zu können.

Abstrahiert man von den einzelnen Bestandteilen der Bewohnerbetreuung und betrachtet die Beteiligung der Angehörigen an der Bewohnerbetreuung insgesamt, zeichnet die Pilotstudie ein sehr positives Bild. So geben mehr als 92% der Angehörigen an, sich an betreuenden Tätigkeiten zu beteiligen.

Tatsächliche Bewohnerbetreuung insgesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Beteiligung	32	7,0	7,1	7,1
	Beteiligung	421	92,7	92,9	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Fehlend/ Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 5: Bewohnerbetreuung insgesamt

- **Bewohnerversorgung**

Neben den Aufgaben der Bewohnerbetreuung gibt es zahlreiche Aufgaben, die in den Bereich der Bewohnerversorgung fallen. Innerhalb dieses Bereiches sind die Aufgaben wiederum so vielfältig, dass es sinnvoll ist, zwischen der allgemeinen

[84] Die kursiv geschriebenen Zahlen geben die Prozente bezogen auf die Gesamtzahl der Befragten an.

Bewohnerversorgung, der medizinischen Versorgung und der Grundpflege zu unterscheiden.

- **Allgemeine Bewohnerversorgung**

Unter der Bezeichnung „allgemeine Bewohnerversorgung“ sind Aufgaben zu verstehen, die das tägliche Leben des Heimbewohners mehrheitlich im hauswirtschaftlichen Bereich sichern sollen. Wäschewaschen der Bewohner, Ausbesserung von Kleidung, Einkäufe für den individuellen Bedarf, die Zimmergestaltung, Behördengänge und die Versorgung mit ausreichend Kleidung und Geld gehören hierzu. Diese hauswirtschaftlichen Hilfen gehören normalerweise zum Routineangebot von Altenpflegeeinrichtungen, da die große Mehrheit (76%-89%)[85] der Bewohner – abhängig von der Art der Tätigkeit - hier Hilfe benötigt.

Leider ist das Datenmaterial hinsichtlich der Bewohnerversorgung durch Angehörige bisher nicht sehr umfangreich. Darüber hinaus werden die unterschiedlichen Aufgaben innerhalb empirischer Studien einmal der Bewohnerbetreuung und ein anderes Mal der allgemeinen Bewohnerversorgung zugeschrieben. Daher ist es kaum möglich, aussagekräftiges Datenmaterial zu finden, das direkt vergleichbar ist.
Eine Untersuchung des Kuratoriums der Deutschen Altershilfe (2000)[86] kann jedoch über die Beteiligung der Angehörigen an der allgemeinen Bewohnerversorgung erste Hinweise liefern. So erhielten ca. 1% aller Bewohner, die täglich mit ihren Angehörigen Kontakt haben, Hilfen bei der Zimmersäuberung, weiterhin erhielten lediglich 2,5% Hilfe beim Wäsche in Ordnung halten, 4% Hilfestellungen bei Behördengängen, und für 7,2% wurden Besorgungen von Angehörigen erledigt.

In der eigenen Pilotstudie 2002/2003 wurde im Gegensatz zur Untersuchung des Kuratoriums DA das Ergebnis über alle befragten Angehörigen - unabhängig von der Besuchshäufigkeit - errechnet. Dies führte jedoch kaum zu nennenswerten Unterschieden in der Beteiligungshöhe. Folgende Aufstellung zeigt die errechnete Beteiligung an der allgemeinen Bewohnerversorgung durch Angehörige insgesamt.

---

[85] Vgl. dazu: Schriftenreihe Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 143.

[86] Vgl. dazu: Kuratorium Deutsche Altershilfe (2000), S. 77.

Allgemeine Bewohnerversorgung insgesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Beteiligung	421	92,7	92,9	92,9
	Beteiligung	32	7,0	7,1	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 6: Beteiligung der Angehörigen an der allgemeinen Bewohnerversorgung

Über das Gesamtergebnis zur allgemeinen Bewohnerversorgung hinaus, wurde analysiert, aus welchen Einzeltätigkeiten sich dieses Gesamtergebnis zusammensetzt. Dazu wurde nach vier Tätigkeiten gefragt, die Bestandteil der allgemeinen Bewohnerversorgung sind. Folgende Tabellen geben einen Einblick in die Resultate:

Zimmer aufgeräumt, geschmückt etc.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	446	98,2	98,5	98,5
	ja	7	1,5	1,5	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 7: Angehöriger hat Zimmer aufgeräumt oder geschmückt

Wäsche gewaschen, genäht etc.

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	445	98,0	98,2	98,2
	ja	8	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 8: Angehöriger hat die Wäsche des Heimbewohners in Ordnung gebracht

Besorgungen erledigt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	441	97,1	97,4	97,4
	ja	12	2,6	2,6	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 9: Angehöriger hat Besorgungen erledigt

Verwaltungsarbeiten erledigt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	448	98,7	98,9	98,9
	ja	5	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 10: Angehöriger hat Verwaltungsarbeiten übernommen

Mit 2,6% aller Angehörigen hat die Erledigung von Besorgungen für den Heimbewohner – verglichen mit allen anderen Tätigkeiten – noch das größte Gewicht. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass sich Angehörige nur zu einem sehr geringen Teil in der allgemeinen Bewohnerversorgung engagieren. Es ist davon auszugehen, dass dieses recht eindeutige Ergebnis jedoch durch die Art der Fragestellung innerhalb der Studie dahingehend beeinflusst wurde, dass explizit nur nach der Zimmersäuberung gefragt wurde, die übrigen Tätigkeiten aber unter dem Punkt „Sonstiges“ gesondert von den Befragten aufgeführt werden mussten. Anzunehmen ist, dass dies nicht immer, obwohl eigentlich erforderlich, getan wurde. Auch unter Einbezug dieses Sachverhaltes gibt es jedoch keinen Zweifel, dass das Ergebnis in seiner Eindeutigkeit Bestand haben dürfte.

- **Medizinische Versorgung**

Der sicher eindeutigste „technical task“ ist die medizinische Versorgung der Heimbewohner. Die medizinische Betreuung umfasst sowohl die Behandlungspflege, also z.B. die Verabreichung von Medikamenten, das Wechseln von Verbänden sowie das Führen von Fachgesprächen mit dem zuständigen Arzt oder Krankenhaus. Diese medizinische Behandlungspflege erhält in Altenpflegeeinrichtungen durchschnittlich jeder zweite Bewohner fast täglich. Wie die Annahme hinter der Bezeichnung „technical task“ schon vermuten lässt, ist hier die geringste Beteiligung Angehöriger zu erwarten. So gibt die Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe an, dass lediglich 1,2%[87] aller Bewohner, die täglich Kontakt zu ihren Angehörigen haben, Hilfen bei der medizinischen Behandlungspflege durch einen Verwandten erhalten und bestätigt somit, dass Angehörige auf diesem Gebiet kaum beteiligt sind. Seine Gründe kann dies nicht nur in dem durch den Terminus „technical task“

[87] Vgl. dazu: Kuratorium Deutsche Altershilfe (2000), S. 75.

angesprochenen Sachverhalt haben. Vielmehr ist es sehr wahrscheinlich und wurde häufig in den von der Autorin geführten Interviews von den Heim- und Pflegedienstleitungen bestätigt, dass die Altenpflegeeinrichtung aus versicherungstechnischen und haftungsrechtlichen Gründen nicht bereit ist, gerade die sehr verantwortungsvollen Tätigkeiten der medizinischen Versorgung an Angehörige abzugeben.

medizinisch versorgt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	445	98,0	98,2	98,2
	ja	8	1,8	1,8	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 11: Beteiligung der Angehörigen an der medizinischen Versorgung der Heimbewohner

- **Grundpflege**

Neben der medizinischen Versorgung gibt es noch eine weitere Art der Versorgung der Heimbewohner, nämlich die Grundpflege. Unter Grundpflege versteht man alle Aufgaben, die die Körperpflege, die Inkontinenzversorgung und die Hilfestellung beim Essen und zu Bett gehen betreffen, sowie die Durchführung aktivierender Maßnahmen zur Mobilisierung des Bewohners (In einzelnen Studien wird auch die Sterbebegleitung unter diesen Punkt gefasst). Laut Infratest-Heimerhebung (1994) benötigen 99% der Heimbewohner in Altenpflegeheimen nahezu täglich Grundpflege.

Zur Beantwortung der Frage nach der Beteiligung Angehöriger an diesen Aufgaben gilt es wiederum Daten aus verschiedenen Studien zu extrahieren. Da die Aufteilung der einzelnen Aufgaben in den verschiedenen Untersuchungen jedoch immer wieder anders erfolgt, ist ein Eins-zu-eins-Vergleich der Ergebnisse auch hier kaum möglich. Nichtsdestoweniger ist es Ziel diesen Abschnitts, in einer Zusammenschau der Ergebnisse der verschiedenen Studien dem Leser ein relativ umfassendes Bild zur Beteiligung Angehöriger an grundpflegerischen Aufgaben zu bieten.

Ebenso wie die medizinische Versorgung durch Angehörige eher die Ausnahme als die Regel darstellt, ist auch die Beteiligung der Angehörigen an grundpflegerischen Tätigkeiten in Altenpflegeeinrichtungen sehr begrenzt. Aus der Untersuchung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe lässt sich entnehmen, dass von allen Bewohnern, die täglich Kontakt mit ihren Angehörigen haben, nur jeweils 0,6% Hilfe beim Kämmen/Rasieren, beim Waschen, beim Toilettengang, bei der nächtlichen Betreuung und bei der Zubereitung der Mahlzeit erhalten. Ca. 1,2% erhalten dagegen Hilfe beim An-/Ausziehen und sogar 8,9% Hilfe beim Essen. Bei den Maßnahmen der aktivierenden Pflege schaut die Mithilfe Angehöriger schon etwas besser aus. Die geringste Hilfe erhalten Heimbewohner bei Sitzübungen und bei Übungen, das Bett zu verlassen (1,2%). Intensiver beteiligen sich Angehörige schon am Orientierungs- bzw. Gedächtnistraining mit 2,4%. Bewegungsübungen (4,2%) und vor allem Gehübungen (6,6%) sind die Maßnahmen, bei denen Angehörige sich am stärksten engagieren. Laut dieser Studie beschränkt sich somit die Beteiligung Angehöriger an der Grundpflege auf die Essenshilfe und Maßnahmen zur Mobilisierung der angehörigen Heimbewohner.

Ob die eigene Pilotstudie zu ähnlichen Ergebnissen führte, soll nun untersucht werden. Betrachtet man die Zahlen zu der Beteiligung Angehöriger an grundpflegerischen Tätigkeiten insgesamt, ergibt sich ein überraschend positives Bild:

Tatsächliche Grundpflege

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	keine Beteiligung	221	48,7	48,7	48,7
	Beteiligung	233	51,3	51,3	100,0
	Gesamt	454	100,0	100,0	

Tabelle 12: Beteiligung Angehöriger an der grundpflegerischen Aufgaben insgesamt

So bejahen über 51%[88] der Befragten ihre Beteiligung an grundpflegerischen Tätigkeiten. Bei einer detaillierteren Betrachtung fällt erstens die hohe Beteiligung Angehöriger bei der Hilfestellung „Essen eingeben“ auf.

[88] Interessant bei der Zusammensetzung des Männer- bzw. Frauenanteils ist, dass sich Frauen in wesentlich höherem Maße bereit erklärten, Tätigkeiten der Grundpflege zu übernehmen. Siehe dazu Anhang I, „Zusammenhang: Grundpflege – Geschlecht“.

Dem HB essen eingegeben /beim Essen geholfen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	305	67,3	67,3	67,3
	ja	148	32,7	32,7	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 13: Angehöriger hat Hilfestellung beim Essen gegeben

Auch die Frage nach Tätigkeiten, die die Körperpflege des angehörigen Heimbewohners betreffen, wurden – im Gegensatz zu vielen anderen Studien – relativ häufig positiv beantwortet.

HB frisiert bzw. rasiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	370	81,7	81,7	81,7
	ja	83	18,3	18,3	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 14: Angehöriger hat den Heimbewohner frisiert bzw. rasiert

zur Toilette geführt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	395	87,2	87,2	87,2
	ja	58	12,8	12,8	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 15: Angehörigen hat den Heimbewohner zur Toilette geführt

HB an-/ausgekleidet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	418	92,3	92,3	92,3
	ja	35	7,7	7,7	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 16: Angehöriger hat den Heimbewohner an- bzw. ausgekleidet

Mit großem Abstand hierzu wurde die Frage nach dem Waschen des Heimbewohners beantwortet. Dies ist deshalb nicht verwunderlich, da das Waschen eines pflegebedürftigen Heimbewohners in den meisten Fällen nicht in dessen Zimmer durchgeführt werden kann, sondern in eigenen, dafür zur Verfügung

stehenden Räumlichkeiten. Zudem benötigt der Pflegeleistende bestimmte Kenntnisse bezüglich technischer Hilfsmittel für diese Art der Körperpflege und ist meist zeitlich an sogenannte „Waschpläne“ gebunden.

HB gewaschen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	447	98,7	98,7	98,7
	ja	6	1,3	1,3	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 17: Angehöriger hat den Heimbewohner gewaschen

Im Gegensatz zu der verhältnismäßig hohen Beteiligung Angehöriger an der Körperpflege insgesamt verwundert es etwas, dass Angehörige es anscheinend weniger als ihre Aufgabe sehen, den Heimbewohner geistig und körperlich fit zu halten. So bejahten nur gute 9% der befragten Angehörigen die Frage nach einem durchgeführten Gedächtnistraining bzw. einer Mobilisierungsübung.

Gedächtnistraining bzw. Gymnastik gemacht

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	412	90,9	90,9	90,9
	ja	41	9,1	9,1	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 18: Angehöriger hat Gedächtnistraining oder Mobilisation durchgeführt

Das bisher aufgezeigte Engagement von Angehörigen im Rahmen der Betreuung und Pflege alter Menschen in Altenpflegeheimen hinterlässt einen sehr zwiespältigen Eindruck. Einerseits übernehmen Angehörige Aufgaben, wie z.B. „Essen eingeben“ zu einem relativ hohen Prozentsatz. Bei vielen anderen Tätigkeiten sind sie jedoch kaum oder gar nicht anzutreffen.[89]

[89]Siehe dazu auch: Bowers (28/1988), S. 363: „Family members attributed responsibility for the performance of most tasks to the nursing home staff but held themselves responsible for monitoring and evaluating the effectiveness and quality of caring tasks (technical and non technical).This included teaching the staff how to deliver high quality care, picking up where the staff failed (filling gaps), and providing direct care to their relatives.”

Vor diesem Hintergrund soll nun wieder der gesellschaftliche Nutzen familialer Pflege betrachtet werden. Damit aufgrund des Engagements der Angehörigen ein Nutzen für die Gesellschaft entsteht, muss folgende Annahme zutreffen: Es kann nur dann von einem gesellschaftlichen Wert aus dem Engagement der Angehörigen gesprochen werden, wenn die Gesellschaft eine bestimmte Qualität an Betreuung und Pflege alter Menschen für sich als verpflichtend ansieht. Anders ausgedrückt, Bestandteile der Betreuung und Pflege (z.B. Zuwendung, persönliche Ansprache etc), müssen – im Fall der Nicht-Erbringung durch Angehörige – von anderen professionellen, und damit zu bezahlenden, Pflegepersonen erbracht werden. Ein Verzicht auf die Erbringung bestimmter Leistungen, wie es heute oftmals an der Tagesordnung ist, stellt für diese Gesellschaft keine Alternative dar. Setzt man diese Einstellung in einer Gesellschaft voraus, kann man vor dem Hintergrund der folgenden Aufstellung den Nutzen der Integration Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen abschätzen.

Dazu wurde in der Pilotstudie eine „Vergleichsfrage“ gestellt, die analysieren sollte, welche Vorteile dem Heimbewohner durch die Integration von Angehörigen zuteil wird. Folgende Übersicht zeigt die Ergebnisse:

Zustand des Heimbewohners ohne familiale Pflegeengagement – laut Aussage des Angehörigen

Name	Anzahl	in % der Antworten	in % der Fälle
HB wäre mehr im Bett	33	2,5	7,7
HB wäre depressiver	179	13,4	42,0
HB wäre mehr im Rohlstuhl	14	1,0	3,3
HB wäre einsamer - weniger Kontakt zur Außenwelt	280	21,0	65,7
HB wäre weniger kontaktfreudig	58	4,3	13,6
HB wäre seelisch unausgeglichener bzw. unzufriedener	167	12,5	39,2
HB hätte weniger Lebensfreude	219	16,4	51,4
HB hätte weniger Kontakt zu den anderen Heimbewohnern	26	1,9	6,1
HB hätte weniger körperliche Bewegung	77	5,8	18,1
HB hätte weniger Ansprache und geistige Anregung	230	17,2	54,0
Nichts von alledem	51	3,8	12,0
Antworten insgesamt	1334	100,0	313,1

28 fehlende Fälle; 426 gültige Fälle

Diesen Aussagen der Angehörigen kann entnommen werden, dass sie den Nutzen ihres Engagements vorrangig in der psychosozialen Stabilisierung (weniger depressiv, mehr Lebensfreude, kontaktfreudiger) und in der Erhaltung der geistigen Vitalität des Heimbewohners sehen (mehr geistige Anregung). Diese Einschätzung wurde zudem mehrheitlich von den befragten Heim- und Pflegedienstleitungen bestätigt. Aussagen wie „...nach Besuchen sind die Heimbewohner wieder ganz aufgemuntert und zufrieden, die Psyche der Heimbewohner wird dadurch viel stabiler“[90]oder „Die Angehörigen sind eine Hilfe für die Mitarbeiter des Heims durch die Zufriedenheit der Bewohner. Keine Nahrungsverweigerung, keine Aggressivität“[91] bzw. „Die Bewohner wären nicht so deprimiert und isoliert, wenn sie öfters besucht würden, [...] gerade die dementen Bewohner, bei denen die emotionale Komponente eine große Rolle spielt“[92], bezeugen dies eindrücklich.

Von großem Vorteil für die Abschätzung des gesellschaftlichen Nutzens wären weiterhin Daten zum Zeitengagement von Familienangehörigen, bezogen auf die unterschiedlichen Betreuungs- und Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Diesbezügliche Studien sind der Autorin nicht bekannt. Einen Anhaltspunkt könnte jedoch der durchschnittlich geleistete Pflege- und Betreuungsaufwand in Altenpflegeeinrichtungen durch professionelle Kräfte geben. Insgesamt beträgt der wöchentlich geleistete Pflegeaufwand für die Pflegestufen I-III 16 Stunden pro Heimbewohner. Selbst der Pflegeaufwand separiert für die Pflegestufe III beträgt nicht mehr als 22 Stunden[93] in der Woche.[94] Der größte Teil der verwendeten Zeit geht zu Gunsten der Grundpflege. Des weiteren wird die Zeit noch für Tätigkeiten der Behandlungspflege und für psychosoziale Hilfen verwendet.

---

[90] Experteninterview A vom 27.08.2002.

[91] Experteninterview B vom 23.08.2002.

[92] Experteninterview K vom 15.10.2002.

[93] Berechnungen beruhen auf Daten aus: Schriftenreihe BmGusS, Band 127, S. 145 und S. 148.

[94] Auffällig ist, dass dieser Zeitaufwand sehr weit unter dem Zeitaufwand der Pflege im Privathaushalt liegt (Zeitaufwand Pflegestufe III ca. 60 Stunden/Woche). Dies liegt wohl einerseits an den professionell und damit effizienter durchgeführten Tätigkeiten, andererseits ist immer wieder zu betonen, dass die Betreuung in der Altenpflegeeinrichtung keine Einzelbetreuung (wie im Privathaushalt) darstellt.

Betrachtet man nun die in den vorausgegangenen Abschnitten aufgezeigten relativ geringen Beteiligungen von Angehörigen in den Bereichen Grundpflege bzw. Behandlungspflege, wird schnell klar, dass - trotz erhöhtem Zeitbedarf zur Ausführung dieser Aufgaben von Nicht-Professionellen - das Zeitengagement von Angehörigen in diesen Bereichen durchschnittlich auf sehr geringem Niveau anzusiedeln sein wird.

FAZIT: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass, obwohl die Beteiligung der Angehörigen an der Betreuung und Pflege alter Menschen in Altenpflegeinrichtungen in vielen Fällen zu wünschen übrig lässt, sie jedoch dort, wo sie stattfindet, einen bedeutsamen gesellschaftlichen Nutzen dadurch generiert, dass sie wesentlich zur psychosozialen Stabilisierung des Heimbewohners beiträgt. Dazu ist nicht nur die Durchführung bestimmter pflegenaher Aufgaben von Bedeutung, sondern auch die Bereitschaft der Angehörigen, Informationen zur individuellen Pflegeplanung an das Heimpersonal weiterzugeben. Darüber hinaus tragen Angehörige, indem sie als konstanter, vertrauter Bezugspunkt bei Heimeintritt und über die Zeit hinweg für den Heimbewohner und das Personal zur Verfügung zu stehen, zu einem Mehrwert der Pflegequalität und damit zu gesellschaftlichem Nutzen bei.

3.2.2 „Kosten“ familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft

Ebenso wie „Kosten“, die bei der Betreuung und Pflege im Privathaushalt entstehen, können auch Betreuungs- und Pflegeleistungen von Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen „Kosten“ für die Gesellschaft verursachen. Der Begriff „Kosten“ ist hier wiederum nicht nur rein monetär zu verstehen, vielmehr fallen hierunter alle gesellschaftlich relevanten Kosten, die einerseits direkt durch die Integration von Angehörigen in die Betreuung und Pflege alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen zu Tage treten, andererseits aber auch durch die Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit bzw. Familie und Pflege der Heimbewohner oder durch die psychische und physische Belastung des Pflegeleistenden auftreten.

Durch die Unterbringung eines angehörigen alten Menschen in einer stationären Einrichtung ist die Hauptlast einer alleinigen Verantwortung für die Betreuung und Pflege des Heimbewohners von den Schultern des Angehörigen genommen. Der Angehörige gewinnt daher ein Maß an Unabhängigkeit, das es ihm ermöglicht, sein bisheriges, eigenes Leben größtenteils weiter wie gewohnt fortzuführen. Hierunter fallen auch eine weitgehend ungestörte Erwerbstätigkeit sowie das Dasein-Können für die „eigene“ Familie. Dabei ist aber nicht außer Acht zu lassen, dass, trotz der objektiv geringer erscheinenden psychischen Belastung, viele Angehörige, die ihre Verwandten in einer stationären Altenpflegeeinrichtung untergebracht haben, über psychische Belastungen klagen, die ihnen aus einem schlechten Gewissen entstehen, sich nicht genügend um den angehörigen alten Menschen zu kümmern. Insgesamt kann aber gesagt werden, dass die psychischen Belastungen bzw. die Opportunitätskosten, die einem Angehörigen aus der Einschränkung oder gar Aufgabe der Erwerbsarbeit entstehen, bei einer stationären Unterbringung des angehörigen alten Menschen wesentlich seltener bzw. in viel kleinerem Ausmaß zum Tragen kommen.

Das gleiche Ergebnis gilt für Belastungen, die dem Angehörigen aus einer physischen Überlastung entstehen können. Da, wie bereits unter Punkt 3.2.1 gezeigt, Angehörige sich einerseits in nur sehr geringem Maße an pflegerischen Tätigkeiten in stationären Altenpflegeeinrichtungen beteiligen, andererseits jederzeit die Möglichkeit haben, die notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen vollständig an die stationäre Einrichtung abzugeben, ist eine körperliche Überlastung seitens des Angehörigen nahezu ausgeschlossen.

Neben den bereits aufgeführten „Kosten“ gibt es noch „Kosten“, die durch die Einführung und Aufrechterhaltung von Angeboten für Angehörige seitens der Altenpflegeeinrichtung entstehen und das Ziel haben, Angehörige besser in den Heimalltag zu integrieren - mit anderen Worten: „Kosten der Angehörigenarbeit“. Die Höhe dieser „Kosten“ sollte nicht unterschätzt werden. Viele Altenpflegeeinrichtungen wenden einen erheblichen Teil an Arbeitszeit im organisatorisch, strategischen als auch pflegerischen Bereich auf, um Angebote für Angehörige bereitzustellen. Gesprächskreise, Fachvorträge, Feste sowie das persönliche Gespräch verlangen zusätzlichen Einsatz an Arbeitszeit und finanziellen Mitteln. Fraglich ist nur, welche

gesellschaftliche Bedeutung diese Kostenart hat. Ist es nicht so, dass diese „Kosten“ lediglich „Kosten“ einer privaten oder öffentlichen Altenpflegeeinrichtung sind und daher für die Gesellschaft insgesamt keine Rolle spielen? Klar ist, dass sich Kosten aus der Angehörigenarbeit auf den Heimbeitrag, der für einen Heimplatz gezahlt werden muss, niederschlagen, diesen also erhöhen. Darüber hinaus ist gesetzlich festgelegt, dass dieser Heimbeitrag von der pflegebedürftigen Person zu entrichten ist – aber nicht nur von dieser allein. Und das ist der wesentliche Argumentationspunkt. Denn Heimkosten setzen sich zum Einen aus dem privat zu entrichtenden Anteil der Pflegeperson und zum Anderen aus einem festgeschriebenen Beitrag der Pflegekasse zusammen. Daher kann argumentiert werden, dass eine Kostenerhöhung durch Angehörigenarbeit und damit eine Heimkostenerhöhung dann gesellschaftlich relevant wird, wenn sich diese Kostenerhöhung auf den von der Pflegekasse zu zahlenden Beitrag und nicht auf den privaten Anteil[95] auswirkt. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein höherer Beitrag der Pflegekassen zu der Heimunterbringung pflegebedürftiger Personen mit großer Wahrscheinlichkeit eine Erhöhung der Pflegeversicherungsbeiträge insgesamt nach sich ziehen würde.

FAZIT: Das bisher Gesagte zusammenfassend, kann gefolgert werden, dass - im Gegensatz zu einer familialen Betreuung und Pflege im Privathaushalt - der Gesellschaft einerseits aufgrund einer viel geringeren psychischen bzw. physischen Belastung Angehöriger mit pflegebedürftigen Verwandten in stationären Altenpflegeeinrichtungen, andererseits aufgrund einer Nicht-Bezahlung dieser familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen im stationären Altenpflegebereich, wesentlich geringere Kosten erwachsen. Dazu trägt auch bei, dass sich die mit der Integration Angehöriger in die stationäre Betreuung und Pflege verbundenen „Kosten“ bisher nicht auf den gesellschaftlich relevanten Pflegekassenbeitrag auswirken.

[95] Falls sich die Kostenerhöhung auf den privat zu entrichtenden Anteil auswirkt, wird dies nur für den Fall gesellschaftlich relevant, als dass durch die Heimkostenerhöhung viele pflegebedürftige Personen zu Sozialhilfeempfängern werden.

3.3 Ergebnisse der gesellschaftlichen „Kosten-/ Nutzen-Bilanz“ – Familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen als Beitrag zum Wohlstand der „modernen Gesellschaft“

„Es ist daher keine Übertreibung, wenn ich behaupte, dass unser Wirtschaftssystem von den unentgeltlichen Leistungen der Familien parasitär profitiert.“
„Die fehlende gesellschaftliche Anerkennung für die familialen Leistungen, [...], stellt einen Konstruktionsfehler unserer gesellschaftlichen Verhältnisse dar, dessen Bedeutung erst ins Bewusstsein tritt, seitdem auch die Frauen für sich die gleiche Teilnahme an den dynamischen Möglichkeiten des modernen Lebens einfordern, die sich die Männer bereits im 19. Jahrhundert erkämpft haben.“
(Franz-Xaver Kaufmann, 1997)

Wie die vorausgehenden Abschnitte bereits vermuten lassen, kann eine „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ über familiale Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen nicht im herkömmlichen, betriebswirtschaftlichen Verständnis erstellt werden. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Zuallererst fehlen in vielen Bereichen die notwendigen Daten für eine gegenseitige Aufrechnung. Darüber hinaus gibt es Bereiche, deren „Kosten“ bzw. „Nutzen“ für die Gesellschaft sich nur durch sehr komplexe Rechnungen unter Beachtung zahlreicher Einflussfaktoren oder gar nicht monetär ausdrücken lassen. Schlussendlich muss auch gesagt werden, dass eine lückenlose Aufzählung weder aller „Kosten“ noch jedes „Nutzen“ leistbar sein wird. Sinn dieses Abschnitts ist es daher, anhand einer einfachen Gegenüberstellung der gesellschaftlichen „Kosten“ bzw. ihres „Nutzen“ die Bedeutung familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen für die Gesellschaft deutlich zu machen und dieses Ergebnis noch einmal zu reflektieren.

Kehrt man gedanklich zur Interaktionstheorie zurück und greift deren Denkmodell wieder auf, kann man sagen, dass sich die vorausgehenden Abschnitte in folgender These zusammenfassen lassen: Unter der Annahme eines positiven, externen Effektes von familialen Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen stellt die Übernahme von Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen durch Angehörige eine gelungene, d.h. vorteilhafte, Interaktion aus gesellschaftlicher Sicht dar.

Um jedoch zu klären, ob diese Annahme zutrifft oder nicht, bedarf es erstens einer Betrachtung des „Kosten-/Nutzen-Verhältnisses“ der familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen und zweitens eines Vergleichs dieses „Kosten-/Nutzen-Verhältnisses“ mit dem „Kosten-/Nutzen-Verhältnis“ der relevanten Alternative[96].
Folglich müssen – um die Vorteilhaftigkeit von familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen zu klären, zwei Fragen beantwortet werden:

1. Wie sieht die gesellschaftliche „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ familialer Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen aus?
2. Gibt es eine „kostengünstigere“ Alternative, d.h. gibt es nicht-familiale Erbringer, die diese Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen zu einer gesellschaftlich vorteilhafteren „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ anbieten könnten? Noch einmal anders formuliert: Was würde es der Gesellschaft kosten, wenn Angehörige diese Leistungen nicht mehr erbringen würden?

Beginnen wir mit der Beantwortung der ersten Frage, also der Zusammenfassung bzw. Bilanzierung der Resultate der Kosten- bzw. Nutzenbetrachtungen aus den vorhergehenden Kapitelabschnitten. Auch hier wird die Unterteilung einerseits in familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt und andererseits in eine familiale Leistungserbringung in Altenpflegeeinrichtungen beibehalten.

A „Bilanzierung“ des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt:

Der Nutzen der familiar erbrachten Betreuung bzw. Pflege besteht für die Gesellschaft in der fachgerechten und humanitären Versorgung der alten, hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. In Kapitelabschnitt 3.1.1 wurde ausführlich der hohe Anteil familiar geleisteter Pflege im Privathaushalt dargelegt. Sicher besteht die Gefahr, dass pflegeleistende Angehörige durch den Mangel an Fachkenntnis, aus Überlastung oder fehlender technischer Ausstattung nicht immer die Pflegequalität von professionellem Pflegepersonal erreichen. Andererseits gibt es jedoch keinen Zweifel daran, dass familiale Pflege einen Nutzenbestandteil generiert, der

[96] Als „relevante Alternative“ wird die Handlungsmöglichkeit bezeichnet, die in der gleichen Situation den Handelnden (bzw. der Gesellschaft) offen steht. Im Gegensatz dazu stehen Wunschzustände, deren Verwirklichung (momentan) nicht realisierbar ist.

professionell erbrachter Pflege meistens fehlt. Dieser Nutzenbestandteil familialer Pflege entsteht aus der individuellen Zuwendung und der persönlichen Beziehung zum Pflegeempfänger. Gerade dieser Bestandteil ist für die meisten Menschen so bedeutsam, dass sie laut Umfragen mit großer Mehrheit die Pflege durch Angehörige im Privathaushalt vorziehen.[97] Insgesamt kann man daher sagen, dass im Durchschnitt eine zufriedenstellende, d.h. fachgerechte und insbesondere humanitäre Pflege alter Menschen von Angehörigen erbracht wird und durch diese Erfüllung ein Nutzen für die Gesellschaft generiert wird. Betrachtet man im Vergleich dazu die „Kosten", die die familiale Pflege im Privathaushalt mit sich bringt, entsteht ein zweideutiges Bild. Zum Einen erwachsen aus der mangelhaften Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, sowie von Familie und Pflege und zum Anderen aus psychischen und physischen Problemen des Pflegeleistenden relativ hohe Kosten für die Gesellschaft. Auch die bereits angeführte unsachgemäße Pflege und damit verbundene Gesundheitsschäden beim Pflegeempfänger können die Kosten weiter steigen lassen. Auf der anderen Seite jedoch „erkauft" sich die Gesellschaft diese familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen zu einem sehr günstigen Preis, d.h. die direkten monetären Kosten in Form von Sachleistungen oder Pflegegeld sind verhältnismäßig gering.

Somit kann man resümieren, dass die gesellschaftliche „Kosten-Nutzen-Bilanz" familialer Pflege positiv, also vorteilhaft für die Gesellschaft ausfällt.

B „Bilanzierung" des Kosten-/Nutzen-Verhältnisses familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen in der Altenpflegeeinrichtung:

Der Nutzen der familialen Betreuung und Pflege in Altenpflegeeinrichtungen scheint im Vergleich zum Privathaushalt relativ bescheiden auszufallen. Jedoch muss beachtet werden, dass für eine Nutzengenerierung nicht nur zählt, welche Quantität an Tätigkeiten von Angehörigen übernommen wird. Auch bereits eine geringere

[97] Die OASIS-Studie findet jedoch teilweise gegenteilige Aussagen. So bevorzugt eine Mehrheit der Befragten aus den Ländern Norwegen, Israel, England und Deutschland für den Fall ihrer Betreuungs- und Pflegebedürftigkeit die Unterbringung in einer Altenpflegeeinrichtung. Nur die Mehrheit der Befragten in Spanien präferieren das Zusammenleben mit den Kindern in einem gemeinsamen Haushalt. Bei diesem Ergebnis muss jedoch beachtet werden, dass die abgefragten Präferenzen

Beteiligung Angehöriger kann eine Qualitätssteigerung der Betreuung und Pflege der Betreuung und Pflege alter Menschen in Altenpflegeeinrichtungen mit sich bringen, die ohne Angehörige nicht leistbar gewesen wäre. Diese basiert auf einem erhöhten Zeitbudget des Personals bei der Ausführung „anderer" Pflegeleistungen sowie der sich eröffnenden Chance für dessen Fortbildung. Weiterhin steigert die Integration von Angehörigen den Anteil an humanitärer[98] Betreuung in Form einer individuellen Beschäftigung mit dem Heimbewohner wesentlich. Es kann sogar gesagt werden, dass in vielen Fällen eine humanitäre, also menschenwürdige Pflege alter Menschen in Altenhilfeeinrichtungen aus finanziellen Gründen nur durch die Beteiligung Angehöriger bzw. Ehrenamtlicher geleistet werden kann.[99] Vergleicht man die gesellschaftlich relevanten Kosten, die diese Integration der Angehörigen in die Betreuung und Pflege alter Menschen mit sich bringt, wird deutlich, dass stationäre Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen Angehöriger quasi zum Null-Tarif „erkauft" werden; nicht nur, dass mit wesentlich weniger negativen, externen Effekten hinsichtlich der psychischen und physischen Beeinträchtigung pflegender Angehöriger zu rechnen ist, auch fällt ins Gewicht, dass Leistungen in Altenhilfeeinrichtungen bisher nahezu nicht entlohnt werden.[100]

FAZIT: Für die Betreuungs- und Pflegeleistungen Angehöriger im Privathaushalt kann von einer klar vorteilhaften Bilanz für die Gesellschaft ausgegangen werden. Hinsichtlich der Vorteilhaftigkeit in Altenpflegeeinrichtungen ist das Ergebnis weniger eindeutig. Aus Gründen mangelnder Umsetzung des Integrationsgedankens von Angehörigen in die Betreuung bzw. Pflege von Heimbewohnern tritt ein positives Ergebnis vielerorts nur sehr zögerlich oder noch gar nicht zu Tage. Prinzipiell ist jedoch die Vorteilhaftigkeit einer Beteiligung Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen für die Gesellschaft festzustellen.

---

bereits von gesellschaftlich erwünschten oder möglichen Optionen eingefärbt sind. Siehe dazu OASIS-Studie, Kapitel 5, S. 145.

[98] Der Begriff „humanitär" steht hier für individuelle, persönliche Zuwendung auf Basis einer zwischenmenschlichen Beziehung.

[99] Diese Aussage wurde auch mehrmals von den Heim- und Pflegedienstleitungen in den Interviews innerhalb der Pilotstudie gemacht.

[100] Eine Ausnahme könnte man darin sehen, dass pflegende Angehörige mit einem gewissen Ausmaß an Pflegeengagement Ansprüche auf Rente erwerben können. Siehe dazu auch Kapitel 4.3.2.1.

Nachdem in den obigen Ausführungen einer Beantwortung der ersten Frage nachgegangen wurde, soll nun im weiteren Verlauf auf die zweite Frage nach der Vorteilhaftigkeit familiar erbrachter Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen hinsichtlich der relevanten Alternative eingegangen werden. Interessant und vor allem nach Kosten-/Nutzen-Gesichtspunkten zwingend, ist die Frage nach der relevanten Alternative deshalb, weil auch ein positives, d.h. gesellschaftlich vorteilhaftes Ergebnis einer „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ noch nicht die gesellschaftlich optimale Wahl, sondern nur ein positives Ergebnis ohne Rücksicht auf „bessere“ Alternativen bestätigt.

A Die relevante Alternative zu familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen in Altenpflegeeinrichtungen:

Die relevante Alternative zu familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen in Altenpflegeeinrichtungen wäre eine rein professionelle Betreuung der Heimbewohner. Eine Beteiligung Angehöriger wäre damit ausgeschlossen. Dies würde, wie bereits weiter oben im Text erwähnt, zu einer Qualitätsminderung im stationären Betreuungs- bzw. Pflegebereich zwingen oder aber durch den Mehreinsatz von professionellem Personal zu erheblichen Mehrkosten. Die vorteilhaftere Alternative aus gesellschaftlicher Perspektive ist somit – wo immer sinnvoll – die Integration von Angehörigen in die stationäre Betreuung und Pflege.

B Die relevante Alternative zu familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt:

Eine Möglichkeit der Betrachtung der gesellschaftlichen Vorteilhaftigkeit familialer Betreuung und Pflege im Privathaushalt besteht im Vergleich der häuslichen, durch Angehörige erbrachten Pflege mit den Pflegeleistungen der stationären Versorgung. Die relevante Alternative zur häuslichen familialen Pflege wäre somit die Unterbringung der Pflegebedürftigen in Altenpflegeeinrichtungen. Welche Auswirkungen diese Alternative für die Gesellschaft hätte, soll folgendes Rechenbeispiel veranschaulichen. Gegenübergestellt werden die Beträge, die die Gesellschaft (im Jahr 1999) einerseits für die Unterbringung Pflegebedürftiger (Pflegestufe I-III) im Privathaushalt zahlt, andererseits in einer stationären Altenpflegeeinrichtung zahlen würde.

Der durchschnittliche Pflegesatz für stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Deutschland liegt im Jahr 2001/ 2002 je nach Pflegestufe zwischen 45 € und 65 € (umgerechnet auf DM zwischen 90 und 130 DM) pro Tag. Dazu kommen pro Tag ca. 16 € (30 DM) für Unterkunft und Verpflegung und teilweise die Umlegung der Investitionskosten von durchschnittlich 10 € (20 DM). Dies summiert sich auf Gesamtkosten von 71 € bis 91 € (rund 140 bis 180 DM) pro Tag und Pflegebedürftigem je nach Pflegestufe. Auf den Monat umgerechnet ergibt sich daraus ein Betrag pro Pflegebedürftigem und Pflegestufe zwischen 2130 € und 2730 € (4260 DM und 5460 DM). Die Pflegekassen übernehmen davon monatlich zwischen 2000 und 2800 DM[101] je nach Pflegestufe[102], den Rest muss der Pflegebedürftige privat entrichten.

Im Gegensatz dazu stehen die Kosten, die der Pflegekasse durch die ambulante Versorgung Pflegebedürftiger entstehen. Der Beitrag (Pflegegeld) der Kasse für die Pflege durch Angehörige im Privathaushalt beläuft sich monatlich auf 400 DM bis 1.300 DM (je nach Pflegestufe) bzw. bei Gewährung einer Sachleistung auf monatlich 750 DM bis 2.800 DM (je nach Pflegestufe). Um eine möglichst realitätsnahe Aussage zu treffen, werden die Daten aus dem zweiten Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung[103] herangezogen. Darin wird für das Jahr 1999 ein Verhältnis der Empfänger von Pflegegeld und Pflegesachleistung von 81:19 angegeben. Nach wie vor hat das Pflegegeld bei der Pflege im Privathaushalt somit die größte Bedeutung unter den Leistungsarten. Bezieht man dieses Verhältnis von Pflegegeld und Sachleistung in die Aufwandsberechnung mit ein, ergibt sich ein durchschnittlicher, monatlicher Betrag für Pflegestufe I von 466,5 DM[104], für Pflegestufe II von 990 DM und für Pflegestufe III von 1.585 DM. Mit Hilfe dieser Durchschnittswerte und der dazugehörigen Anzahl an pflegebedürftigen Personen kann nun der zu vermutende monatliche, finanzielle Aufwand für die ambulante Pflege errechnet werden. Dieser liegt bei 1.000.802.000 DM[105].

---

[101] Daten gültig für das Jahr 1999. Daten aus dem Jahr 2001/2002: Zwischen 1.023 € und 1.432 € (Härtefall 1.688 €).

[102] Daten entnommen aus: BmGusS (2003), Betrag gültig für das Jahr 1999.

[103] BmGusS (2003), S. 2.

[104] Berechnung: =400 DM*0,81+750 DM*0,19; genauso für Pfst II und III.

[105] Berechnung: =466,5*668.000 Personen+990*472.000 Personen+1.585*140.000 Personen.

Für einen Vergleich mit der relevanten Alternative muss nun davon ausgegangen werden, dass alle pflegebedürftigen Personen von der ambulanten in die stationäre Pflege überwechseln. Es gilt somit in einem ersten Schritt die Anzahl der ambulant versorgten Personen mit den stationären Beträgen zu multiplizieren und in einem zweiten Schritt den Gesamtbetrag der ambulanten Pflege von diesem Gesamtbetrag der stationären Pflege zu subtrahieren. Führt man diese Berechnung durch, erhält man einen vermuteten Mehraufwand der relevanten Alternative von 1.907.198.000 DM[106] pro Monat bzw. auf das Jahr bezogen von rund 22,88 Mrd. DM.

FAZIT: Aus den vorausgehenden Überlegungen kann man schließen, dass, ökonomisch gesehen, Familien im Bereich Betreuung und Pflege alter Menschen immer noch Investitionen gigantischen Ausmaßes tätigen. Können oder wollen Angehörige diese Funktion der Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt nicht mehr erfüllen, weil die Rahmenbedingungen diese Tätigkeit entweder nicht belohnen oder gar „bestrafen“, dann ist nicht nur das staatliche, soziale Sicherungssystem in Gefahr, sondern auch die Wirtschaftskraft der Bundesrepublik Deutschland.

[106] Monatlicher finanzieller Aufwand für die stationäre Pflege: 2000 DM*668.000 Personen+ 2.500 DM *472.000 Personen+ 2.800 DM *140.000 Personen = 2.908.000.000 DM
Mehraufwand der relevanten Alternative =Monatlicher finanzieller Aufwand (stationär) 2.908.000.000 DM – Monatlicher finanzieller Aufwand (ambulant): 1.000.802.000 DM

4 ANREIZSTRUKTUREN FÜR DIE BETREUUNG UND PFLEGE ALTER MENSCHEN DURCH ANGEHÖRIGE – DIE PERSPEKTIVE DER INDIVIDUELLEN VORTEILS - /NACHTEILS - KALKULATION

„Nicht die Gesinnungen der Akteure, sondern die Bedingungen der Situation sind das Problem." (Suchanek 2001)

Nachdem in Kapitel 3 der Ertrag einer Pflegeübernahme durch Angehörige für die Gesellschaft aufgezeigt wurde, soll jetzt die individuelle „Kosten-/Nutzen-Struktur" eines betreuenden und pflegenden Angehörigen näher untersucht werden. Das vorausgehende Kapitel hat gezeigt, dass es im Interesse der Gesellschaft insgesamt liegt, die familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt bzw. in der Altenpflegeeinrichtung sowohl zu erhalten als auch zu fördern. Nur so kann eine Kostenstabilisierung im Gesundheitswesen zugunsten aller erreicht werden. Bei der Analyse blieb jedoch bisher unberücksichtigt, inwieweit die individuelle Vorteils-/Nachteils-Kalkulation[107] eines Pflegeleistenden eine Pflegeübernahme für den Einzelnen vorteilhaft erscheinen lässt. Ziel diese Kapitels ist es somit, die Anreizstrukturen von Pflegeleistenden offen zu legen und zu fragen, ob unter den gegebenen Strukturen davon ausgegangen werden kann, dass auch in Zukunft die für die Gesellschaft vorteilhafte Übernahme von Betreuungs- und Pflegeleistungen durch Angehörige erfolgen wird.

Zur Bearbeitung dieser relativ umfangreichen Aufgabenstellung ist dieses Kapitel in mehrere Abschnitte unterteilt. Kapitelabschnitt 4.1 gibt vorab einen Einblick in die Hauptmerkmale der betroffenen Personengruppen. Nur so kann geklärt werden, welcher Personenkreis betroffen ist, wenn über angehörige Pflegeleistende oder Pflegeempfänger berichtet wird. Im Anschluss daran gilt es, die Anreizstrukturen für Angehörige zu beleuchten. Kapitelabschnitt 4.2 dient dazu, näher auf den

[107] In diesem Kapitel werden die Begriffe Nutzen und Vorteil bzw. Kosten und Nachteil synonym verwendet. Sie umfassen grundsätzlich alle positiven und negativen Einflüsse, denen ein potentiell Pflegeleistender bei einer Pflegeübernahme ausgesetzt sein kann; die Begriffe sind also nicht auf monetäre Größen beschränkt. Um jedoch eine Verwechslung auszuschließen, wurden die sonst hauptsächlich monetär gebrauchten Begriffe in Anführungszeichen gesetzt.

interaktionsabhängigen Nutzen- bzw. Kostenbestandteil und dessen Besonderheiten einzugehen. Inhalt des Kapitelabschnitts 4.3 ist die Veranschaulichung des interaktionsunabhängigen „Nutzens“ bzw. dieser „Kosten“, die dem potenziell Pflegeleistenden bei einer Pflegeübernahme entstehen können. Resultierend aus den Ergebnissen, ist es Ziel des Abschnitts 4.4, die bisher ungeklärten Fragen aufzugreifen und dem Leser zu vermitteln welche Bedeutung Generationenbeziehungen für das Pflegeengagement von Angehörigen haben.

4.1 Der betroffene Personenkreis

Die Leitfrage dieses Kapitelabschnitts lautet: Von wem sprechen wir überhaupt, wenn wir von Pflegeleistenden und ihren Schutzbefohlenen, den Pflegebedürftigen sprechen? Und im Sinne der Forschungsfrage dieser Arbeit: Was ist unsere „Zielgruppe“, wenn wir familiale Betreuung und Pflege stabilisieren bzw. fördern wollen?

4.1.1 Typisierung des Hilfe- und Pflegeleistenden (Haupthelfer) und seines sozialen Umfeldes

Bevor auf die spezifischen Merkmale der Pflegeleistenden eingegangen werden soll, ist es sinnvoll, sich den Begriff des „Hilfe- bzw. Pflegeleistenden“ oder „caregiver“ noch einmal zu vergegenwärtigen. Nach einer Definition von Stone (1991) ist eine Person dann als „caregiver“ zu bezeichnen, wenn sie mindestens eine andere Person bei der Ausführung von Basisaktivitäten des täglichen Lebens - gemäß der „activity of daily living“ (ADL-Skala)[108]- oder bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten - gemäß der „instrumental activity of daily living“ (IADL- Skala) - unterstützt. Lawton und Brody (1969) haben diesen beiden Skalen grundlegende Tätigkeiten eines unabhängigen, eigenständigen Lebens zugeordnet. Zur Veranschaulichung werden diese Aktivitäten kurz wiedergegeben:

[108] Siehe dazu auch Bmfsfj (1996), Band111.2, S. 26 und 30ff.

1. Unter der Selbstversorgung gemäß ADL können folgende Aktivitäten zusammengefasst werden:

- Toilettenbenutzung
- Nahrungsaufnahme
- An-/ Auskleiden
- Körperpflege
- Körperliche Beweglichkeit
- Baden, Waschen

2. Unter den instrumentellen Aktivitäten (IADL) sind zu verstehen:

- Telefonieren
- Einkaufen
- Nahrungszubereitung
- Haushaltsführung
- Wäsche reinigen
- Benutzen von Verkehrsmitteln
- Selbständige Medikamenteneinnahme
- Regelung finanzieller Angelegenheiten

Menschen, die eine oder mehrere der genannten Tätigkeiten für Angehörige übernehmen, weil diese die Tätigkeiten nicht mehr selbständig durchführen können, sind als Pflegeleistende bzw. „caregiver“ zu bezeichnen. Bei eingehender Betrachtung fällt jedoch auf, dass diese Definition lediglich organisatorische oder körperliche Hilfe- und Pflegeleistungen berücksichtigt. Nicht mit einbezogen wurden jedoch Betreuungsleistungen von Angehörigen, die über instrumentelle Hilfe- bzw. Pflegeleistungen hinausgehen, wie z.B. Aktivitäten des „life enrichment“ und die psychosoziale Stabilisierung der Heimbewohner. Für eine der vorliegenden Arbeit adäquate Definition von Pflegeleistenden gilt es also, die Definition um die Komponente der Betreuungstätigkeiten zu erweitern.

4.1.1.1 Hilfe- und Pflegeleistende (Haupthelfer) im Privathaushalt

A Sozio-demographische Grundmerkmale

- **Geschlecht:**

Bei der Analyse der Geschlechterverteilung auf die Pflegeleistenden kommen alle Untersuchungen zu dem selben und bereits lange unveränderten Ergebnis: Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt ist Frauensache[109]. Braun (1983) erhebt in einer kleineren, explorativen Studie zur ausschließlichen Erbringung von Hilfeleistungen Daten, die zeigen, dass diese zu 90% von weiblichen und nur zu 10% von männlichen Helfern erbracht werden. Auch die Infratest Repräsentativerhebung von 1998 kommt zu einem ähnlich eindeutigen Ergebnis: 80% der Pflegeleistenden sind weiblich und nur 20% männlich.

Diese weibliche Vorrangstellung ist in ihrer Pauschalisierung jedoch nur teilweise richtig. So kommt es ganz wesentlich auf das Verwandtschaftsverhältnis der Pflegeleistenden zum Pflegeempfänger an. Unter den betreuenden bzw. pflegeleistenden Ehepartnern finden sich nahezu europaweit ebenso viele Männer wie Frauen. Im Gegensatz dazu ist die weibliche Dominanz unter den Nachkommen eindeutig. In allen europäischen Ländern sind die Töchter stärker als die Söhne in der Pflege vertreten und in noch viel eindeutigerem Verhältnis die Schwiegertöchter vor den Schwiegersöhnen.[110]

- **Geschlechtsspezifische Unterschiede der Pflegeübernahme**

Aus dem französischen Teil für den Bericht der europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen geht hervor, „dass jede Pflegesituation zunächst und vor allem eine Pflegebeziehung ist.“[111] Dies kann bedeuten, dass geschlechtsspezifische Unterschiede der Pflegeübernahme gerade in der Sohn/Elternteil- bzw. Tochter/Elternteil-Beziehung ihren Ursprung haben. So ist auffällig, dass bei der Pflegeübernahme von Söhnen die Pflege im Durchschnitt mit emotionalem Abstand geleistet wird. Frauen bzw. Töchter sind dagegen stark

---

[109] Einen sehr detaillierten Einblick in die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann gibt der Band 49 des Bmfsfj (1995).

[110] Siehe dazu: Jani-Le Bris (1993), S. 54.

[111] Jani-Le Bris (1993), S. 62.

emotional involviert. Daraus resultieren auch die geschlechtsabhängig unterschiedlich hohen, psychosomatischen Kosten, die der Pflegeleistende zu tragen hat. So bauen Söhne einen höheren Selbstschutz als Töchter auf und erreichen somit, dass sie mehr Zeit für eigene Freizeit, Berufstätigkeit und externe Netzwerke übrig behalten. Söhne setzen zudem früher Grenzen für ihren Pflegeeinsatz und beschränken so ihre Belastung. Abzuleiten hiervon ist, dass Söhne wesentlich weniger Schwerstpflege leisten als Töchter. Auch die Hemmschwelle, die eigenen Eltern in einem Heim unterzubringen oder bestimmte Aufgaben an professionelle Dienstleister zu übertragen liegt bei Söhnen wesentlich niedriger. Diese geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen müssen ihren Grund nicht unbedingt in biologischen Unterschieden haben, vielmehr gibt es Hinweise, dass das Rollenverhalten, das Frauen bzw. Männern zugesprochen wird, und die damit einhergehende Akzeptanz bestimmter Verhaltensweisen einen entscheidenden Einfluss auf das tatsächlich vorzufindende Verhalten von weiblichen bzw. männlichen Pflegeleistenden haben.

- **Alter:**

Zur Klärung der Frage nach der durchschnittlichen Altersspanne bei Hilfe- und Pflegeleistenden, sollen Daten mehrerer Studien angeführt werden. Problematisch ist meist eine direkte Vergleichbarkeit aufgrund der unterschiedlichen Zusammensetzung der Altersspannen. Braun (1983) kommt bei seiner Studie zu folgendem Ergebnis: Pflegeleistende unter 21 Jahren: 0%, 21-30 Jahre: 7%, 31-40 Jahre: 31%, 41-50 Jahre: 32%, 51-60 Jahre: 26%, über 60 Jahre: 4%. Braun würde somit sicher dem Ergebnis von Attias-Donfut (1993) zustimmen, dass die Mehrheit der Pflegeleistenden zwischen 45 und 65 Jahren ist. Thiede (1988) setzt seinen Fokus jedoch etwas anders, indem er bei seiner Altersverteilung der deutschen Pflegepersonen Pflegeleistende bis einschließlich 50 Jahren zusammenfasst und dafür auch die Gruppe über 65 Jahre alter Pflegeleistender weiter aufschlüsselt. Seine Verteilung sieht demnach wie folgt aus: 19% unter 50 Jahren, 32% zwischen 50 und 64 Jahren, 24% zwischen 65 und 74 Jahren, 22% zwischen 75 und 84 Jahren und 3% über 84 Jahren. Das Pflegeintervallmodell, Infratest 1992, bestätigt ebenfalls das Ergebnis von Attias-Donfut. Die Altersverteilung lautet: unter 18 Jahren: 0%, 18-29 Jahre: 2%, 30-44 Jahre: 17%, 45-64 Jahre: 49%, 65-74 Jahre: 21%, 75 Jahre und älter: 10%, keine Angabe: 1%. Diese Altersverteilung scheint

auch über die Zeit hinweg ziemlich stabil zu sein. Denn auch laut Infratest-Repräsentativerhebung 1998 sind 53% der Pflegeleistenden zwischen 40 und 64 Jahren, während lediglich 15% jünger sind und 27% zwischen 65 – 79 sowie 5% über 80 Jahre.

- **Familienstand:**

Der Familienstand ist ein weiterer - geschlechtsabhängiger - Faktor für die Bereitschaft Angehöriger zur Pflege. So ist der Anteil an unverheirateten Pflegeleistenden im Privathaushalt wesentlich höher bei den Söhnen (41%) als bei den Töchtern (25%). Für den Familienstand ebenfalls entscheidend ist eine Differenzierung zwischen pflegenden Ehepartnern und Nachkommen. Bei pflegenden Ehepartnern ist der Familienstand per definitionem vorgegeben. Bei pflegeleistenden Kindern hat das Alter einen entscheidenden Einfluss auf den Familienstand. So steigt insbesondere für (Schwieger-)Töchter nach dem 50. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit verwitwet zu sein. Daher ist die Pflegekonstellation verwitwete Mutter/ verwitwete Tochter besonders häufig in Europa zu finden.[112] Weniger differenzierte Daten liefert die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[113]. Demnach sind von den Pflegeleistenden im Privathaushalt 80% verheiratet, 8% verwitwet, 4% geschieden und 8% ledig geblieben.

- **Kinder:**

Die Erhebung der Kinderzahl von Pflegeleistenden kann Aufschluss darüber geben, inwieweit die pflegeleistenden Personen einer Mehrfachbelastung im Privathaushalt ausgesetzt sind und somit auch als „dual caregiver“ bezeichnet werden können. Aus diesem Grund wird bei Studien auch meistens nur die Kinderzahl bis einschließlich des 18. Lebensjahres erhoben, weil davon ausgegangen wird, dass danach der Aufwand einer elterlichen Betreuung stark abnimmt. Laut Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[114] haben 6% der Hauptpflegepersonen Kinder unter 6 Jahren, 10% Kinder zwischen 6 –13 Jahren, 10% Kinder zwischen 14 –17

[112] Siehe dazu: Jani-Le Bris (1993), S. 55.

[113] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 54.

[114] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 54.

Jahren und 66% Kinder über 18 Jahre. Keine Kinder haben nur 16% der Pflegeleistenden im Privathaushalt.

- **Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen**

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war es vorrangig die Familie, die die Hauptbetreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt erbrachte. So stellt Attias-Donfut (1993) fest, dass überwiegend der Ehepartner Pflegeleistungen übernimmt. Auch das Infratest Pflegeintervallmodel von 1992[115] hebt die bedeutende Stellung der Ehepartner hervor. 24% der Ehepartnerinnen und 13% der Ehepartner übernehmen die Pflege ihrer Partner. Danach folgen, falls möglich, die Kinder. Mit 72% - an erster Stelle - stehen dabei die Töchter als Hilfeleistende.[116] Auch laut Infratest-Pflegeintervallmodell 1992 beteiligen sich zu 26% die Töchter und erst dann zu 3% die Söhne. Nach den Kindern folgen die Mütter mit 14%, während der Vater hier in keinem Fall die Pflege übernommen hatte. Schwiegertochter beteiligen sich zu 9% und andere Verwandte zu 7%. Mit dem Pflegebedürftigen nicht verwandt waren 4% der Pflegeleistenden im Privathaushalt. Diesen Zahlen sehr ähnlich sind auch die Daten der Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[117]. Pflegeleistende im Privathaushalt sind zu 20% die (Ehe-)Partnerin, zu 12% der (Ehe-)Partner, zu 23% die Tochter, zu 5% der Sohn, zu 11% die Mutter und zu 2% der Vater. Eine nicht unerhebliche Stellung nimmt auch die Schwiegertochter mit 10% ein, während in keinem Fall der Schwiegersohn als Hauptpflegeperson die Pflege übernommen hatte. 10% waren sonstige entferntere Verwandte und nicht verwandt waren 7% der Pflegeleistenden.

B Sozioökonomischer Status

- **Qualifikationsniveau:**

Selten wird bisher auf das Qualifikationsniveau bzw. den Bildungsabschluss der pflegeleistenden Familienmitglieder eingegangen. Interessant an einer detaillierten Erhebung über das Qualifikationsniveau könnte sein, ob die Annahme richtig ist, dass besser ausgebildete, Pflegeleistende mit höheren Verdienstchancen (und daher

[115] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 134.

[116] Daten entnommen aus: Attias-Donfut (1993), S. 365ff.

[117] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 52.

höheren Opportunitätskosten) seltener die Pflege selbst übernehmen als weniger gut ausgebildete Menschen.

Um mögliche Unterschiede festzustellen und damit eine Bestätigung oder Ablehnung obiger Annahme herbeizuführen, müssen Daten des Bildungsniveaus der Pflegeleistenden und der Gesamtbevölkerung verglichen werden. Braun (1983) liefert dazu erste Hinweise, indem er aus seiner Studie folgendes Resultat erhält: 2% der Pflegeleistenden im Privathaushalt haben die Volks- bzw. Hauptschule ohne Abschluss absolviert und 67% die Volks- bzw. Hauptschule mit Abschluss. Die Mittlere Reife legten 15%, und das Abitur 16% ab. Für einen Vergleich fehlen der Autorin jedoch die korrespondierenden Daten der Gesamtbevölkerung aus diesem Zeitraum (um das Jahr 1983). So kommen hier einerseits Daten von pflegeleistenden Ehefrauen aus der Studie des Bmfsfj[118] (1995) - in Vertretung für die Gesamtheit aller Pflegeleistenden - zur Anwendung, sowie neuere Daten des Bildungsniveaus der Gesamtbevölkerung aus dem Jahr 2000. Die Übersicht des Bildungsabschlusses der Bevölkerung für 2000 sieht wie folgt aus:

Vergleich der Bildungsabschlüsse zwischen der Gesamtbevölkerung und pflegeleistenden Ehefrauen		
Allgemeine Schulbildung:	**Bildungsabschluss in % der Bevölkerung mit allgemeinem Schulabschluss für das Jahr 2000**	**Bildungsabschluss in % der pflegeleistenden Ehefrauen für das Jahr 1995**
Kein Abschluss	Keine Daten	3,7%
Volks-/Hauptschulabschluss	46,5%	76,8%
Realschulabschluss oder gleichwertig	18,6%	15,5%
Fachhochschul-/Hochschulreife	19,1%	4%
Mit beruflichem Bildungsabschluss:		
Kein Berufsabschluss	Keine Daten	53,4%
Berufsabschluss	Keine Daten	46,6%
Lehre	49,4%	Keine Daten
Fachschulabschluss (inkl. DDR)	8,2 %	Keine Daten
Fachhochschulabschluss	4,25%	Keine Daten
Hochschulabschluss	5,1%	Keine Daten
Promotion (ab 1999)	0,8%	Keine Daten

Tabelle 19: Bildungsabschluss der Bevölkerung[119]

[118] Daten entnommen aus Bmfsfj (1995), Band 49, S. 69.

[119] Daten errechnet aus Daten des Stat. Bundesamtes.

Leider ist eine direkte Vergleichbarkeit der Daten nicht immer gegeben. Es zeichnet sich jedoch ab, dass die pflegeleistenden Angehörigen (Ehefrauen) tendenziell ein niedrigeres Bildungsniveau aufweisen als die Gesamtbevölkerung. Dies ist wohl darin begründet, dass Frauen mehrheitlich Betreuungs- und Pflegeleistungen übernehmen und diese im Vergleich zu dem männlichen Anteil der Gesamtbevölkerung ein niedrigeres Bildungsniveau besitzen. Dieses Verhältnis von Geschlecht und Bildungsniveau wandelt sich seit einigen Jahrzehnten allerdings dramatisch. So legen an vielen Schulen bereits mehr Frauen als Männer das Abitur ab. Daher kann mit Spannung erwartet werden, wie sich das im Anstieg befindliche Bildungsniveau von Frauen auf die zukünftige Pflegebereitschaft auswirken wird.

- **Berufstätigkeit**

Interessant ist weiterhin, wie viele Pflegeleistende erwerbstätig sind und inwieweit sich Pflege und Berufstätigkeit vereinbaren lassen. 1983 stellt Braun mit Hilfe einer explorativen Studie fest, dass die Mehrheit der Hilfeleistenden mit 64% nicht erwerbstätig ist, ganztags erwerbstätig 19% und halbtags erwerbstätig lediglich 9% der Helfer sind. 8% arbeiten nur stundenweise. Einen hohen Anteil von nicht (mehr) Berufstätigen unter den Pflegeleistenden stellt auch Attias-Donfut in ihrer Studie fest: Lediglich 47% der Kinder und 31% der Schwiegerkinder unter den Haupthelfern sind berufstätig[120]. Diese Ergebnisse bestätigt auch die Infratest-Repräsentativerhebung 1998[121]. Ermittelt wurde, dass die Hauptpflegepersonen in Privathaushalten im erwerbsfähigen Alter (16-64 Jahren) zu 64% nicht berufstätig und zu 8% geringfügig beschäftigt sind. Teilzeit arbeiten 13%, und mehr als 30 Stunden bzw. Vollzeit arbeiten nur 16% der Pflegeleistenden.

Eine umfangreiche Behandlung der zweiten Frage zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege nimmt der Band 106.1 des Bmfsfj „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege“ vor. Daten aus der Infratest-Sozialforschung von 1992[122] setzen den Grad der Berufstätigkeit ins Verhältnis zum Pflegeaufwand und gewinnen so einen Einblick, inwieweit die Übernahme von Pflegetätigkeiten die Berufstätigkeit einschränkt:

---

[120] Daten entnommen aus Attias-Donfut, (1993), S. 366f.

[121] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 58.

[122] Siehe dazu: Krieglmaier (1996), S. 29.

	Hauptpflegepersonen in %, die Pflegebedürftige pflegen				
Erwerbstätigkeit zu Beginn bzw. während der Pflege	Ständiger Pflegebedarf	Täglicher Pflegebedarf	Mehrfach wöchentlicher Bedarf	Insgesamt regelmäßig	Insgesamt unregelmäßig
Nicht erwerbstätig	41	51	43	46	38
Aufgegeben	27	11	9	13	4
Eingeschränkt	12	11	8	10	4
Unverändert/ Keine Konsequenzen	20	27	40	31	54
Insgesamt	100	100	100	100	100

Tabelle 20: Zusammenhang zwischen dem Grad der Pflegebedürftigkeit und der Erwerbstätigkeit der Hauptpflegeperson[123]

Ähnliche Untersuchungen wurden auch im Pflegeintervallmodell von Infratest 1992 bezüglich der alten Bundesländer gemacht. Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig waren hier 43%, die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgeben mussten 16%, ihre Erwerbstätigkeit einschränken 12%. 18% setzten die Erwerbstätigkeit unverändert fort. Auch 1998 wurden wieder die selben Daten erhoben. Laut Infratest-Repräsentativerhebung hat die Pflegeübernahme für die Hauptpflegeperson im erwerbsfähigen Alter (16-64) folgende Konsequenzen für die eigene Erwerbstätigkeit: Zu Beginn der Pflege nicht erwerbstätig waren 39%. Die Erwerbstätigkeit wegen der Pflege aufgegeben haben 16% und 14% haben ihre Erwerbstätigkeit eingeschränkt. Die Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt haben 29% der Befragten.

Obwohl das Zusammenfallen von Pflege und Berufstätigkeit nicht das dominierende Modell in den EG-Ländern zu sein scheint, ist dennoch eine Kumulation von Pflege und Berufstätigkeit nicht selten anzutreffen. In Deutschland betrifft dies 16% der pflegeleistenden Frauen und 32% der pflegeleistenden Männer. Wie bei den meisten anderen Merkmalen ist auch die Erwerbstätigkeit in Zusammenhang mit einer Pflegeübernahme wieder geschlechtsabhängig. So werden von erwerbstätigen Frauen durchschnittlich 15 Stunden, von erwerbstätigen Männern dagegen nur 5 Stunden pro Woche für die Hilfe und Pflege alter Angehöriger aufgewandt. Die Erwerbstätigkeit ist somit ein signifikanter Frühindikator für geringere Hilfe durch Söhne, nicht aber durch Töchter [124]. Außerdem scheinen Frauen eher aufgrund der

[123] Quelle: Krieglmaier (1996), S. 29.

[124] Daten entnommen aus Schriftenreihe Bmfsfj (2001), Band 106.1, Seite 45ff.

Pflegetätigkeit zur Einschränkung ihrer beruflichen Tätigkeit oder sogar zu deren völligen Aufgabe zu neigen.[125]

C Pflegesituation

Unter der Pflegesituation ist einerseits der Umfang der Pflegetätigkeit sowie der Schweregrad der Pflegeanforderung zu verstehen. Dieser kann Aufschluss über die Beanspruchung des Pflegeleistenden geben. „Hauptpflegepersonen von Pflegebedürftigen stehen zu 79% und die wichtigsten Helfer von Hilfebedürftigen zu 53% praktisch täglich rund um die Uhr zur Verfügung. 91% der Hauptpflegepersonen von Pflege-, bzw. 51% der wichtigsten Helfer von Hilfebedürftigen fühlen sich dementsprechend eher stark oder sogar sehr stark belastet.“[126]

- **Dauer der Pflegeübernahme**

Die Dauer der Pflege ist nicht immer klar zu bemessen. Dies hat einerseits seinen Grund darin, dass eine Pflegeübernahme oft ein schleichender Prozess ist, der von den Beteiligten nicht von Anfang an als solcher wahrgenommen wird. Andererseits ist bei Befragungen zur Pflegedauer der Pflegeprozess meist noch nicht abgeschlossen, so dass eine Aussage über die endgültige Pflegedauer noch nicht gemacht werden kann. Das Bmfsfj hat in seiner Untersuchung zur Situation über 60 Jahre alter Frauen mit ihren pflegebedürftigen Ehemännern die Pflegedauer[127] erhoben. Diese verteilt sich wie folgt: Bis zu einem Jahr: 14%; 1-2 Jahre: 12,1%; 2-4 Jahre: 24,8%; 4-8 Jahre: 26,7%; 8-16 Jahre: 10,9%; über 16 Jahre: 11,5%

- **Gemeinsamer Haushalt/ Zusammenleben**

Ein weiteres Merkmal der Pflege im Privathaushalt ist die Tatsache, dass die pflegebedürftige Person und der Pflegeleistende in einem Haushalt zusammenwohnen können. Bei (Ehe-)Partnern ist das (bisher) eine selbstverständliche Gegebenheit. Anders sieht es insbesondere bei der Pflege durch Nachkommen aus. Jani-Le Bris (1993)[128] stellte bei ihrer europaweiten Untersuchung fest, dass das Zusammenleben in einem Haushalt häufiger auftritt, wenn der

[125] Siehe: Jani-Le Bris, 1993, S.58.

[126] Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 21.

[127] Siehe Bmfsfj (1995), Band 49, S. 100.

[128] Siehe dazu: Jani-Le Bris, (1993), S. 57.

Pflegeempfänger in hohem Maße seine Autonomie verloren hat. Etwas undifferenzierter analysierte die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[129], dass 73% der Pflegebedürftigen im gleichen Haushalt mit dem Pflegeleitenden wohnen und nur in 27% der Fälle die Pflege in getrennten Haushalten erfolgt. Zu einen ähnlichen Ergebnis kommt auch bereits Braun 1983[130], der angibt, dass in der Mehrzahl der untersuchten Fälle Helferin und Hilfebedürftiger unter einem Dach wohnen.

- **Pflegevorerfahrung**

Pflegevorerfahrungen der Pflegeleistenden können objektiv belastende Pflegesituationen für den Pflegeleistenden leichter handhabbar machen. Pflegevorerfahrungen dürfen jedoch nicht nur im positiven Sinn als Zugewinn für den praktischen Umgang und die Pflege von alten Menschen gesehen werden, aus der die Pflegeleistenden bei einer momentanen Pflegesituation schöpfen können. So kann ein früheres Pflegeengagement eine zusätzliche körperliche und seelische Belastung gewesen sein und sich daher als Zusatz- bzw. Vorbelastung negativ auf die momentane Pflegesituation auswirken. Das Bmfsfj[131] hat in seiner Untersuchung zur Situation über 60 Jahre alter Frauen mit pflegebedürftigen Ehemännern die Pflegevorerfahrung erhoben. Die Spannbreite der pflegerischen Vorerfahrungen ist sehr weit gefächert. Sie liegt zwischen einem Monat und 18 Jahren. Die Aufschlüsselung der durchschnittlichen Pflegevorerfahrung sieht wie folgt aus: bis 0,5 Jahre: 25,2% der Pflegeleistenden, 0,5 bis 1 Jahr: 12,9%, 1-2 Jahre: 13,7%, 2-5 Jahre: 23,7% und über 5 Jahre: 24,5%. Aus den erhobenen Daten kann somit geschlossen werden, dass nahezu die Hälfte aller Pflegeleistenden im Privathaushalt über längerfristige Erfahrungen in der Pflege verfügen.

- **Unterstützung von Nebenhelfern bzw. soziales Netzwerk des Hauptpflegeleistenden**

Neben der Pflegevorerfahrung, die entlastend auf den Pflegeleistenden wirken kann, ist eine Unterstützung des Haupthelfers durch andere Personen die Hauptentlastungsquelle. Die Unterstützung die Haupthelfer durch andere

[129] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 52.

[130] Siehe dazu: Braun (1983b), S. 211.

[131] Siehe dazu: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 103.

Familienmitglieder oder nicht verwandte Personen erfahren, kann auf sehr unterschiedliche Art erfolgen. So können Haupthelfer einerseits psychologische Unterstützung im Alltag oder in Krisen durch positives Feedback und Wertschätzung oder durch Rat und emotionelle Zuwendung erfahren. Auch eine instrumentelle Unterstützung im Alltag oder in Krisen durch Gefälligkeiten oder praktische persönliche Hilfe sind Ausdruck eines sozialen Netzwerkes des Haupthelfers. Laut Pflegeintervallmodell von Infratest von 1992 bekommen 9% der Pflegeleistenden keine Hilfe aus der Familie bzw. Bekanntschaft, den Beistand von einer Hilfsperson haben 77% und die Unterstützung von mehreren Hilfepersonen haben 14%. Die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 schlüsselt die Anzahl der Hilfspersonen noch weiter auf. Keine privaten Hilfepersonen haben 4%, 1 Hilfsperson 26%, 2 Hilfspersonen 27%, 3 Hilfspersonen 20% und 4 und mehr Hilfspersonen haben 23% der Pflegeleistenden.

Fragt man nicht nur nach der Anzahl der (Neben-)Helfer, sondern auch nach der Art der geleisteten Unterstützung ergibt sich noch ein detaillierteres Bild eines sozialen Netzwerkes der Haupthelfer. Die Schriftenreihe des Bmfsfj, Band 49, hat die Haupthelfer von Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann untersucht. Die Erhebung der erfahrenen sozialen Unterstützung erfolgte mit Hilfe des Mannheimer Interviews zur sozialen Unterstützung (MISU)[132]. Die Befragung zur psychologischen Unterstützung im Alltag, auch „soziale Integration“ genannt, ergibt, dass sich die Spannweite bei den Haupthelferinnen von 1 bis zu 25 Personen erstreckt. Der Median lag bei 7 zur Verfügung stehenden Kontaktpersonen. Bei der Dimension „positives Feedback und Wertschätzung“ verliert das bisher sehr vorteilhafte Bild der Unterstützung an Glanz. 19,2% der Haupthelferinnen konnten zu dieser Dimension keine Person angeben. Der Median der unterstützenden Personen lag hier nur bei 2 Personen. Zudem hatten über 10% der Haupthelferinnen keinen Ansprechpartner, der emotionale Unterstützung in Krisensituationen hätte geben können. Im Durchschnitt standen den pflegeleistenden Frauen lediglich 2 Personen für solche Krisensituationen zur Verfügung. Auch die Anzahl der unterstützenden Personen für instrumentelle Hilfen im Alltag und in Krisenmomenten lag in dem selben Bereich von 2 bis 3 Ansprechpartnern. Zwischen 3% und 7% der Frauen hatten dagegen keine

[132] Siehe dazu: Schriftenreihe des Bmfsfj (1995), Band 49,S. 123 ff.

Person, an die sie sich hätten wenden können, um praktische Unterstützung zu erhalten.

Betrachtet man die Unterstützung bei der Ausübung der Pflege, wird deutlich, dass familiale Hauptpflegepersonen mit der meisten Unterstützung wieder von den engsten Familienmitgliedern rechnen können.

Unterstützungsleistungen durch:								
	Kinder	Verwandte der Frau	Verwandte des Mannes	Nachbarn Freunde	Gemeinde-schwester	Sozial-station	Ambul. Hilfe	Putz- und Haushalts-hilfe
Ja	50,2%	15,9%	3,3%	33,7%	9.1%	17.2%	13%	16.8% /4.7%
Nein	49.8%	84.1%	96.7%	66.3%	90.9%	82.8%	87%	83.2% /95.3%

Tabelle 21: Unterstützungsleistungen für die Hauptpflegeperson[133]

FAZIT: „Die Hauptverantwortung im Rahmen der häuslichen Pflege trägt nach wie vor eine familiäre Hauptpflegeperson. Wie auch kaum anders zu erwarten war, sind es mit 80% in aller Regel Frauen, die diese Rolle übernehmen.“[134] Anhand des Familienstandes, der Kinderzahl, der Berufstätigkeit und des Bildungsstandes wurde überprüft, ob Anforderungen außerhalb der Pflege an den Pflegeleistenden, wie eine eigene Familie, die Erwerbstätigkeit oder die finanzielle Stellung die Bereitschaft zur Pflegeübernahme beeinflussen. Die These, dass Kinder pflegebedürftiger Personen, die gleichzeitig in mehreren Rollen ihren „Mann“ stehen müssen, weniger an einer Pflege alter Menschen beteiligt sind, kann nur insofern bestätigt werden, als die vorliegenden Daten für Pflegepersonen zur Mehrzahl keine Berufstätigkeit sowie keine Kinder im aufsichtspflichtigen Alter angeben[135]. Sind die pflegeleistenden Frauen jedoch berufstätig, sind sie überwiegend zwischen 40 und 50 Jahren, verheiratet, beruflich höher qualifiziert und arbeiten öfters Vollzeit. Meistens werden die Eltern oder Schwiegereltern gepflegt. Der durchschnittliche Pflegezeitraum für pflegebedürftige Angehörige beträgt 5,6 Jahre. Die pflegeleistenden Frauen leisten primär Unterstützung bei den instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens[136].

---

[133] Quelle: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 113.

[134] Schriftenreihe des BmGusS (2000), Band 127, S. 51.

[135] Siehe zur Überprüfung dieser These: Pearlin/ Pioli/ McLaughlin (2001), S. 247f.

[136] Daten entnommen aus Schriftenreihe Bmfsfj (2001), Band 106.1, S. 45ff.

4.1.1.2 Hilfe- und Pflegeleistende (Haupthelfer) in der Altenpflegeeinrichtung

Beobachtet man das Verhalten Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen stellt man fest, dass sie keine homogene Gruppe darstellen. Daher soll in diesem Abschnitt, bevor näher auf einzelne Merkmale betreuender und pflegender Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen eingegangen wird, der Blick auf eine Klassifizierung dieser Angehörigen sowie auf ihr allgemeintypisches Verhalten geworfen werden.[137]

Das vorrangige Kriterium dieser Einteilung von Angehörigen ist der Grad und die Form der Mitwirkung. Als die zwei Hauptgruppen sind die „delegierenden Angehörigen" sowie die „betreuenden bzw. pflegenden Angehörigen" anzuführen. Die zweite Gruppe kann wiederum in die Gruppe der „aktiv pflegenden Angehörigen", die Gruppe der „psychisch stabilisierenden Angehörigen" und in die Gruppe der „distanzierten Angehörigen" unterteilt werden.

1, Die Gruppe der delegierenden Angehörigen:
Diese Gruppe nimmt das Heim ausschließlich oder größtenteils als Serviceeinrichtung wahr. Die Angehörigen kommen unregelmäßig, und ihr Hauptanliegen ist allein die Überwachung und Bewertung der Pflegeleistungen des Heims. Häufig liegt ein gespanntes Verhältnis zum Heimbewohner als auch zum Personal der Altenpflegeeinrichtung vor. Die Verantwortung für eine gute Betreuungsqualität des Heimbewohners wird allein dem Heim übertragen. Laut Kuratorium DA zählen ¼ der Angehörigen zu dieser Gruppe.

2, Die Gruppe der aktiv pflegenden Angehörigen:
Diese Gruppe besucht den angehörigen Heimbewohner nahezu täglich oder sogar mehrmals täglich. Aktiv pflegende Angehörige sehen ihre Aufgabe in einer Mithilfe bei der Pflege und der psychosozialen Stabilisierung des Heimbewohners. Auffällig ist auch, dass sie oft die Pflegebeziehung aus dem Privathaushalt fortsetzen und damit über Pflegevorerfahrung verfügen. Trotz ihres hohen Engagements haben diese Angehörigen häufig ein schlechtes Gewissen und geben kaum Verantwortung an das Heim ab. Zeitweilige Konflikte mit dem Heimpersonal sind daher

[137] Siehe dazu: Kuratorium Deut. Altershilfe (2000), S. 80ff.

vorprogrammiert. Vielen Angehörigen dieser Gruppe wird ein „Helfersyndrom“ bescheinigt. Jeder achte Angehörige ist den aktiv Pflegenden zuzuordnen.

3, Die Gruppe der psychisch stabilisierenden Angehörigen:
Diese Gruppe kommt ebenfalls regelmäßig, sieht ihr Aufgabengebiet jedoch allein in der psychischen Betreuung des Heimbewohners. Konflikte mit dem Heimpersonal sind eher selten. Diese Gruppe Angehöriger ist aus Sicht des Heims am leichtesten in ein partnerschaftliches Miteinander zu integrieren. 1/3 der Angehörigen können zu dieser Gruppe gezählt werden.

4, Die Gruppe der distanzierten Angehörigen:
Anders als zu erwarten, kommt auch diese Gruppe relativ regelmäßig zu Besuch, wenn auch eher monatlich als wöchentlich. Ihren Betätigungsschwerpunkt sieht sie jedoch lediglich in einer hauswirtschaftlichen Zusatzversorgung, wie z.B. der Erledigung von Besorgungen und dem in Ordnung halten von Wäsche. Auch hier ist die Beziehung zum Heimbewohner öfters gespannt. 1/3 der Angehörigen fallen in diese Gruppe.

Meist sind die Übergänge zwischen den Gruppen fließend. Sinn macht diese analytische Trennung jedoch, um die Angehörigenarbeit in einer Altenpflegeeinrichtung differenzierter auf die unterschiedlichen Angehörigen abstellen zu können. Neben dieser groben Klassifizierung können pflegende Angehörige über weitere Merkmale charakterisiert werden. Diese Merkmale werden in folgendem Abschnitt untersucht.

A Sozio-demographische Merkmale:
Interessanterweise werden bis jetzt in den wenigsten Studien sozio-demographische und sozio-ökonomische Merkmale von Angehörigen erhoben, die sich an der Betreuung und Pflege der Heimbewohner beteiligen. Daher muss sich die Autorin der vorliegenden Arbeit bei einigen Merkmalen ausschließlich auf die selbst gewonnenen Daten stützen.

- **Geschlecht:**

Weniger eindeutig als bei den Pflegeleistenden im Privathaushalt ist die Geschlechterverteilung bei den Pflegeleistenden in Altenpflegeeinrichtungen. So beteiligen sich laut eigener Studie 59,4% Frauen und 40,6% Männer an betreuenden und pflegenahen Aufgaben in Heimen.

Geschlecht des Angehörigen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	179	39,4	40,6	40,6
	weiblich	262	57,7	59,4	100,0
	Gesamt	441	97,1	100,0	
Unbeantwortet		13	2,9		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 22: Geschlecht der pflegenden Angehörigen

Dieses Ergebnis bezeugt ein sehr viel höheres Pflegeengagement von Männern in Altenpflegeheimen im Vergleich zu deren Beteiligung im Privathaushalt.

- **Alter:**

Beim Altersdurchschnitt weichen die Ergebnisse für die Pflegeleistenden in Heimen nicht sehr stark von denen im Privathaushalt ab. So liegt auch hier die Mehrzahl zwischen 40 und 60 Jahren. Der errechnete Mittelwert aus den Daten der eigenen Studie von 2002/2003 beträgt 58,36, die Standardabweichung 10,08 und die Altersspannweite liegt bei 55 Jahren. So beträgt das niedrigste erhobene Alter 28 Jahre und das Maximum 83 Jahre.

Alter des Angehörigen - gruppiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	< 40	18	4,0	4,1	4,1
	40 - 60	228	50,2	52,5	56,7
	61 - 75	169	37,2	38,9	95,6
	> 75	19	4,2	4,4	100,0
	Gesamt	434	95,6	100,0	
Unbeantwortet		20	4,4		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 23: Alter der pflegenden Angehörigen - gruppiert

- **Familienstand:**

Ähnlich wie die Pflegeleistenden im Privathaushalt, leben die Personen, die Hilfestellungen für ihre alten Menschen in Altenpflegeeinrichtungen geben, nahezu alle mit einem Partner zusammen. Inwiefern sie auch verheiratet sind, wurde in der eigenen Pilotstudie nicht abgefragt, da es lediglich Ziel war, herauszufinden, ob der Hilfe- bzw. Pflegeleistende neben der Herkunftsfamilie eine „eigene Familie" hat, um die er sich kümmern muss.

Leben Sie mit einem festen Partner zusammen?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	350	77,3	80,3	80,3
	nein	86	19,0	19,7	100,0
	Gesamt	436	96,2	100,0	
Unbeantwortet		17	3,8		
Gesamt		453	100,0		

Tabelle 24: Familienstand des pflegenden Angehörigen

- **„Dual Caregivers" (Kinder unter 18 Jahren):**

Neben dem (Ehe-)Partner sind Kinder, die betreut werden müssen, ein weiterer Bestandteil einer „eigenen Familie". Bei den Pflegeleistenden im Privathaushalt wurde bereits untersucht, ob die Mehrheit der Pflegeleistenden den sogenannten „dual care-givers" zuzurechnen ist, also - zusätzlich zu den Betreuungs- und Pflegeleistungen für den alten Verwandten - Betreuungsleistungen für eigene Kinder erbringen muss. Auch an dieser Stelle soll das wieder getan werden. Die selbst erhobenen Daten zeigen, dass die große Mehrheit der pflegenden Angehörigen in Heimen keine Kinder unter 7 Jahren und kaum Kinder zwischen 7 und 18 Jahren zu versorgen hat. Eine Doppelbelastung hinsichtlich von Betreuungsleistungen ist daher für die Mehrheit auszuschließen.

Wie viele Kinder im Haushalt unter 7 Jahren?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	438	96,5	96,5	96,5
	1	11	2,4	2,4	98,9
	2	5	1,1	1,1	100,0
	Gesamt	454	100,0	100,0	

Tabelle 25: Kinderzahl des pflegenden Angehörigen unter 7 Jahren

Wie viele Kinder im Haushalt zw. 7 und 18 Jahren?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	0	394	86,8	87,2	87,2
	1	31	6,8	6,9	94,0
	2	23	5,1	5,1	99,1
	3	4	,9	,9	100,0
	Gesamt	452	99,6	100,0	
Unbeantwortet		2	,4		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 26: Kinderzahl des pflegenden Angehörigen zwischen 7 und 18 Jahren

- **Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen**

Anders als bei dem Verwandtschaftsverhältnis der Hauptpflegeperson zum Pflegebedürftigen im Privathaushalt, sind beim Verwandtschaftsverhältnis des pflegenden Angehörigen zum Heimbewohner eindeutig die Nachkommen in der Mehrzahl. So sind nach einer Studie von Rotermund[138] 33% Ehepartner, 55% Nachkommen, 10% weitere Verwandtschaft und 2% Freunde und Bekannte an der Pflege alter, chronisch kranker Personen in Krankenhäusern beteiligt. Dieses Verhältnis bestätigt auch die eigene Umfrage in Altenpflegeheimen. 60,2% der Befragten sind hier Kinder der Heimbewohner, wovon wiederum 54,5 % Töchter und 37,2% Söhne sind. Die Gruppe der (Ehe-)Partner tritt in dieser Studie sogar erst an dritter Stelle auf.[139] Dies könnte daraufhin deuten, dass der Verlust des (Ehe-)Partners bei Pflegebedürftigkeit die Unterbringung in einer Altenpflegeeinrichtung begünstigt.

Verwandtschaftsverhältnis zum Heimbewohner

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	(Ehe-)Partner	23	5,1	5,4	5,4
	Sohn/Tochter	257	56,6	60,2	65,6
	Schwiegersohn/-tochter	27	5,9	6,3	71,9
	Bruder/Schwester	18	4,0	4,2	76,1
	Enkelsohn/-tochter	10	2,2	2,3	78,5
	Sonstige	92	20,3	21,5	100,0
	Gesamt	427	94,1	100,0	
Unbeantwortet		27	5,9		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 27: Verwandtschaftsverhältnis des pflegenden Angehörigen zum Heimbewohner

[138] Rotermund (1995/1996), S. 168.

B Sozioökonomischer Status:

- **Qualifikationsniveau:**

Als Indikator für das Bildungsniveau wurde der Schulabschluss der pflegeleistenden Angehörigen in den Altenpflegeeinrichtungen der eigenen Studie 2002/2003 erfasst.

Höchster Bildungsabschluss des Angehörigen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Kein Abschluss	4	,9	,9	,9
	Volksschulabschluss	104	22,9	24,2	25,1
	Hauptschulabschluss	99	21,8	23,0	48,1
	Mittlere Reife	149	32,8	34,7	82,8
	Abitur	18	4,0	4,2	87,0
	Hochschulstudium	56	12,3	13,0	100,0
	Gesamt	430	94,7	100,0	
Unbeantwortet		24	5,3		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 28: Höchster Bildungsabschluss des pflegenden Angehörigen

Wie aus der Tabelle zu erkennen, überwiegt die Anzahl der Abschlüsse bis zur mittleren Reife (82,8%). Auffällig ist, dass dieser hohe Prozentsatz durch einen relativ hohen Anteil an Abschlüssen der mittleren Reife zustande kommt. Vergleicht man diese Daten mit den Daten für die Gesamtbevölkerung ab 40 Jahren aufwärts, zeigt sich, dass sich das Bildungsniveau teilweise stark ähnelt. Die größte Differenz besteht bei der Anzahl der Volks- bzw. Hauptschulabschlüsse. Auch der Unterschied zwischen der Summe der Oberschul- bzw. Realschulabschlüsse bei der Gesamtbevölkerung ab 40 Jahren und dem Prozentsatz an Abschlüssen der Mittleren Reife bei den Befragten der eigenen Pilotstudie ist deutlich erkennbar. Nahe beieinander liegen dagegen die Prozentwerte bei Befragten ohne Abschluss bzw. mit (Fach-) Hochschulreife.

[139] Siehe dazu: Anhang I, „ Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen“.

Bildungsabschluss in % der Gesamtbevölkerung über 40 Jahre im Jahr 2000	
Allgemeiner Schulabschluss:	
Ohne Angabe	0,95
Ohne Abschluss	2,45
Volks-/Hauptschulabschluss	60,08
Oberschule oder gleichwertig	6,67
Realschulabschluss oder gleichwertig	14,91
Fachhochschul-/Hochschulreife	14,94

Tabelle 29: Bildungsabschluss Bevölkerung über 40 Jahre im Jahr 2000[140]

Insgesamt kann aus den oben angeführten Daten geschlossen werden, dass das Bildungsniveau der befragten Angehörigen aus Altenpflegeeinrichtungen das der Gesamtbevölkerung in der vergleichbaren Altersstufe über 40 Jahre übersteigt.

- **Berufstätigkeit:**

Wie bei den Pflegeleistenden in Privathaushalten, soll auch hier auf die Berufstätigkeit der Pflegeleistenden in Altenpflegeheimen eingegangen werden. Die Daten der Studie von Attias-Donfut[141] zeigen einen relativ hohen Anteil der nicht (mehr) berufstätigen unter den Pflegeleistenden. Lediglich 47% der Kinder und 31% der Schwiegerkinder unter den Haupthelfern sind berufstätig. Daten aus der eigenen Studie 2002/2003 verstärken noch die Anzahl der nicht (mehr) Erwerbstätigen. So sind über 52% der Pflegeleistenden nicht (mehr) erwerbstätig.

Berufstätigkeit des Angehörigen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	207	45,6	47,4	47,4
	nein	230	50,7	52,6	100,0
	Gesamt	437	96,3	100,0	
Unbeantwortet		17	3,7		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 30: Berufstätigkeit der Angehörigen

Interessant an diesen Daten ist, vergleicht man sie mit den Daten der nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden im Privathaushalt (siehe Seite 100), dass ein größerer Prozentsatz der Pflegeleistenden im Privathaushalt (über 60%) im

[140] Daten errechnet aus Angaben des stat. Bundesamtes im Datenreport 2002, S. 78.

[141] Daten entnommen aus Attias-Donfut (1993), S. 366f.

Gegensatz zu Pflegeleistenden in Heimen (52,4%) nicht (mehr) erwerbstätig ist. Dieses Ergebnis folgt der intuitiven Erwartung, da anzunehmen ist, dass Pflegeleistende im Privathaushalt insbesondere eine größere zeitliche Belastung tragen als Pflegeleistende in Heimen, die die Verantwortung für die Pflege zum großen Teil auf die Altenpflegeeinrichtung übertragen haben bzw. übertragen können.

Weiterhin kann aus den vorliegenden Daten entnommen werden, inwieweit sich die Erwerbstätigkeit von pflegeleistenden Frauen und Männern unterscheidet. So ist festzustellen, dass sowohl Frauen als auch Männer in ähnlichem Ausmaß berufstätig sind. 47,5% der befragten Männer und 47,7% der Frauen waren berufstätig. Nicht (mehr) berufstätig waren 52,5% der Männer und 52,3% der Frauen. Geht man jedoch einen Schritt weiter und analysiert die Art der Quantität der Berufstätigkeit, ergibt sich ein, auch für die Gesamtbevölkerung sehr typisches Bild. In unten stehender Tabelle ist zu sehen, dass bei der Vollzeit-Erwerbstätigkeit der Männeranteil mit 60,3% den Anteil der Frauen mit 39,7% bei weitem überwiegt.

Zusammenhang zwischen Geschlecht und Berufstätigkeit der Angehörigen

		Geschlecht des Angehörigen		
		männlich	weiblich	Gesamt
Berufstätigkeit des Angehörigen ja	Anzahl	84	122	206
	% von Berufstätigkeit des Angehörigen	40,8%	59,2%	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	47,5%	47,7%	47,6%
nein	Anzahl	93	134	227
	% von Berufstätigkeit des Angehörigen	41,0%	59,0%	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	52,5%	52,3%	52,4%
Gesamt	Anzahl	177	256	433
	% von Berufstätigkeit des Angehörigen	40,9%	59,1%	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 31: Zusammenhang zwischen Geschlecht und Berufstätigkeit der Angehörigen

Noch eindeutiger ist das Ergebnis für die Teilzeit-Erwerbstätigkeit. Der Frauenanteil von 88,2% übersteigt den Männeranteil von 11,8% um ein Vielfaches.

Zusammenhang von Geschlecht und Quantität der Berufstätigkeit der Angehörigen

			Berufstätig		
			Arbeit halbtags/stunden-weise	Arbeit ganztags	Gesamt
Geschlecht des Angehörigen	männlich	Anzahl	10	73	83
		% von Geschlecht des Angehörigen	12,0%	88,0%	100,0%
		% von berufstätig	11,8%	60,3%	40,3%
	weiblich	Anzahl	75	48	123
		% von Geschlecht des Angehörigen	61,0%	39,0%	100,0%
		% von berufstätig	88,2%	39,7%	59,7%
Gesamt		Anzahl	85	121	206
		% von Geschlecht des Angehörigen	41,3%	58,7%	100,0%
		% von berufstätig	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 32: Zusammenhang von Geschlecht und Quantität der Berufstätigkeit der Angehörigen

C Pflegeengagement

- **Pflegevorerfahrung:**

In der eigenen Studie 2002/2003 wurde auch die Pflegevorerfahrung der Pflegeleistenden in Altenpflegeheimen erhoben.

Pflegevorerfahrung des Angehörigen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	173	38,2	39,1	39,1
	nein	269	59,4	60,9	100,0
	Gesamt	442	97,6	100,0	
Unbeantwortet		11	2,4		
Gesamt		453	100,0		

Tabelle 33: Pflegevorerfahrung des pflegenden Angehörigen

Wie zu erwarten, hat die Mehrheit bisher keine Erfahrung in der Pflege alter Menschen. Anzumerken ist jedoch, dass immerhin an die 40% der Pflegeleistenden bereits Erfahrung in diesem Bereich mitbringen. Es ist zu vermuten, dass dies vor allem daher rührt, dass einige der Pflegeleistenden ihre häusliche Pflegebeziehung im Heim fortführen. Weiterhin kann gezeigt werden, dass das Merkmal der Pflegevorerfahrung eindeutig abhängig vom Geschlecht ist. Unten stehende Tabelle weist einen Frauenanteil von 71% auf, während Männer nur zu 29% eine Pflegevorerfahrung aufweisen können.

Zusammenhang zwischen Pflegevorerfahrung und Geschlecht der Angehörigen

			Geschlecht des Angehörigen		
			männlich	weiblich	Gesamt
Pflegevorerfahrung des Angehörigen	ja	Anzahl	49	120	169
		% von Pflegevorerfahrung des Angehörigen	29,0%	71,0%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	27,4%	46,5%	38,7%
	nein	Anzahl	130	138	268
		% von Pflegevorerfahrung des Angehörigen	48,5%	51,5%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	72,6%	53,5%	61,3%
Gesamt		Anzahl	179	258	437
		% von Pflegevorerfahrung des Angehörigen	41,0%	59,0%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 34: Zusammenhang von Pflegevorerfahrung und Geschlecht der Angehörigen

- **Soziales Netzwerk:**

In der eigenen Pilotstudie 2002/2003 wurde als Indikator für ein soziales Netz des Hauptpflegeleistenden im Heim nach anderen Verwandten des Heimbewohners gefragt, die momentan bereits oder erst im Notfall Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeiten im Heim übernehmen (würden) und damit die Hauptpflegeperson entlasten. Dabei wurde zwischen Nebenhelfern unterschieden, die den Heimbewohner bereits zur Zeit der Befragung besuchten und Nebenhelfern, die bei Bedarf „aktiviert“ werden könnten.

Soziales Netz des (Hauptpflegers) Angehörigen –Aufschlüsselung:

Name	Anzahl	in % der Antworten	in % der Fälle
Heimbewohner hat noch andere Verwandte, die ihn besuchen	320	53,2	94,7
Andere Verwandte, die vorübergehende Unterstützung leisten würden	219	36,4	64,8
Andere Verwandte, die dauerhafte Unterstützung leisten würden	63	10,5	18,6
Antworten insgesamt	602	100,0	178,1

116 fehlende Fälle; 338 gültige Fälle

94,7% der Heimbewohner haben noch andere Verwandte, die Besuche übernehmen. Bei 64,8% der Verwandten bestand laut Hauptpfleger darüber hinaus die Bereitschaft zu einer vorübergehenden Unterstützung des Haupthelfers.

FAZIT: Die Ergebnisse der obigen Aufstellungen zeigen klar, dass die Mehrheit der Angehörigen, die sich um ihre pflegebedürftigen Familienmitglieder in Altenpflegeeinrichtungen kümmert, zwar immer noch Frauen sind, im Vergleich zu der Betreuung und Pflege im Privathaushalt sich die Männer jedoch wesentlich stärker engagieren. Weiterhin sind es hauptsächlich die Nachkommen zwischen 40 und 60 Jahren, die in Heimen betreuende und pflegenahe Aufgaben übernehmen. Die Mehrheit ist außerdem nicht (mehr) berufstätig, hat keine Kinder mehr im betreuungsbedürftigen Alter, lebt jedoch mit einem festen Partner zusammen.

4.1.2 Typisierung des Betreuungs- und Pflegebedürftigen

Neben einer Typisierung der pflegenden Angehörigen ist es weiterhin von Interesse, pflegebedürftige alte Menschen nach bestimmten Charakteristika zu untersuchen und so Informationen darüber zu erhalten, auf welche „Problemgruppe“ sich pflegende Angehörige bei ihrer Pflegetätigkeit einlassen müssen.

4.1.2.1 Pflegebedürftige in Privathaushalten

A Sozio-demographische Merkmale

- **Geschlecht:**

Die Tatsache, dass die Pflegebedürftigkeit mit einem hohen Alter einhergeht[142], bestimmt auch die Aufteilung der Geschlechter bei den Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Da Frauen eine deutlich höhere Lebenserwartung als Männer haben, ist es nicht verwunderlich, dass Frauen auch zu einer größeren Anzahl bei den Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen vertreten sind. So gibt die explorative Studie von Braun (1983) bezüglich erbrachter Hilfeleistungen für die Empfänger dieser

[142] Es sollte dabei jedoch beachtet werden, dass Pflegebedürftigkeit nicht linear mit dem Alter steigt, sondern erst bei Hochaltrigkeit ab dem 75. bis 80. Lebensjahr vermehrt auftritt.

Leistungen im Privathaushalt folgende Verteilung an: weiblich 69%, männlich 31%. Auch das Infratest-Pflegeintervallmodell von 1992 stellt eine ganz ähnliche Häufigkeit fest. Weibliche Pflegebedürftige im Privathaushalt übertreffen mit einer Häufigkeit von 64% den Anteil der männlichen mit 36% nahezu um ein Doppeltes. Diesen Zahlen schließt sich auch die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 mit den gleichen Werten an.

- **Alter:**

Hochaltrigkeit ist, wie es kaum anders aufgrund der demographischen Entwicklung zu erwarten ist, zusehends das gemeinsame zentrale Merkmal der Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Obwohl die Studie von Braun (1983) ausschließlich Hilfebedürftige untersuchte, also entweder Menschen ohne Pflegestufe oder mit sehr geringer Pflegebedürftigkeit, stellte er fest, dass lediglich 44% der Hilfebedürftigen unter 65 Jahre war, 6% dagegen zwischen 66-70, 10% zwischen 71-75 und 15% zwischen 76-80 Jahren. 10% der Hilfeempfänger waren sogar zwischen 81-85 und 14% über 85 Jahre. Von einem Prozent liegen keine Daten vor. Infratest (1992)[143] erhebt für Pflegebedürftige in Privathaushalten folgende Daten: unter 65 Jahre: 27%, 65-70 Jahre: 9%, 70-75 Jahre: 7%, 75-80 Jahre: 17%, 80-85 Jahre: 19%, über 85 Jahre: 21%. Ein noch deutlicheres Ergebnis hinsichtlich der Hochaltrigkeit gibt die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998. Dort befinden sich 21% der Pflegebedürftigen unter 60 Jahren, 5% zwischen 60-64, 6% zwischen 65 –69 und 10% zwischen 70-74 Jahren. 14% der Pflegebedürftigen sind bereits zwischen 75-79, 15% zwischen 80-84 und 19% zwischen 85-89 Jahren. Die 90 Jahre überschritten haben sogar 11% der Pflegeempfänger.

- **Familienstand:**

Interessant ist auch der Familienstand von Pflegeempfängern im Privathaushalt. Es ist anzunehmen, dass im Gegensatz zu Pflegebedürftigen in Altenpflegeeinrichtungen der Anteil von verheirateten Personen im Privathaushalt noch wesentlich höher ist und die Pflegebedürftigen deshalb eine höhere Wahrscheinlichkeit haben, zu Hause gepflegt zu werden. Die Zahlen des Pflegeintervallmodells Infratest von 1992 bestätigen diese Annahme. Zu 33% sind

[143] Daten entnommen aus: Krieglmaier (1996), S. 27.

die Pflegeempfänger noch verheiratet (im Gegensatz zu ca. 7% bei den Pflegebedürftigen in Heimen), verwitwet sind bereits 43%, geschieden 5% und ledig geblieben sind 19%. Nur marginal verändert sind die Zahlen der Infratest-Repräsentativerhebung von 1998. Verheiratet sind hier 34%; verwitwet 44%, geschieden 4% und ledig 18% der Pflegebedürftigen im Privathaushalt.

- **Kinder:**

Neben dem Familienstand ist ein weiteres, wichtiges Kriterium für die Chance, im Privathaushalt betreut bzw. gepflegt zu werden, das Vorhandensein von eigenen Kindern, da diese Gruppe neben den Ehepartnern die Hauptpflegeleistenden sind. Laut Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 sind nur 20% der Pflegebedürftigen im Privathaushalt kinderlos, 80% haben dagegen Kinder. Von den Pflegebedürftigen mit Kindern haben 24% ein Kind, 26% 2 Kinder und mehr als 3 Kinder haben sogar 30% der Pflegeempfänger.

B Pflegesituation

- **Pflegestufe:**

Es ist zu vermuten, dass auch die Schwere der Pflegebedürftigkeit über den Verbleib der Pflegeempfänger im Privathaushalt entscheidet. Laut Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 sind in Pflegestufe III nur 10% der Pflegebedürftigen im Privathaushalt einzugruppieren, in Stufe II bereits 34% und in Stufe I 39%. Abgelehnt wurde der Antrag bei 7% der Antragssteller. Die Pflegestatistik von 1999 des statistischen Bundesamtes[144] bietet noch einen detaillierteren Einblick, indem sie Pflegebedürftige im Privathaushalt, die ausschließlich von Angehörigen gepflegt werden, von Pflegebedürftigen unterscheidet, die (neben der Hilfe von Angehörigen) auch Pflege von ambulanten Pflegediensten erhalten. Die Aufteilung der Pflegestufen für die ausschließliche Pflege durch Familienmitglieder sieht wie folgt aus: Stufe III: 10%, Stufe II: 36%, Stufe I: 54%. Sobald Pflegedienste in der Pflege involviert sind, liegt tendenziell eine höherer Grad der Pflegebedürftigkeit vor. So gibt das statistische Bundesamt hierfür folgende Aufteilung an: Stufe III: 14%, Stufe II: 40% und Stufe I: 46%. Für das Jahr

[144] Daten entnommen aus: Stat. Bundesamt, Kurzbericht:1999 –Deutschlandergebnisse, S. 6.

2000 geben die gesetzlichen Pflegekassen für 561.344 Versicherte folgende Aufteilung an: Pfst I: 37,6%, Pfst II: 41,8%, Pfst III: 20,6%.[145]

- **Psychische Beeinträchtigungen/ Demenzielle Erkrankungen:**

Neben einer körperlichen Erkrankung des Pflegebedürftigen spielen auch psychische und geistige Beeinträchtigungen des Pflegebedürftigen eine wesentliche Rolle bei der Belastung von betreuenden und pflegenden Familienmitgliedern im Privathaushalt. Nach den Ergebnissen der Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[146] wird für 40% der Pflegebedürftigen der Stufe I, für 47% der Stufe II und für 63% der Stufe III angegeben, dass geistige oder psychische Beeinträchtigungen vorliegen, die es erforderlich machen, den Pflegeempfänger bei den alltäglichen Verrichtungen zu beaufsichtigen oder diese selbst durchzuführen. Insgesamt werden 46% der Pflegebedürftigen in Privathaushalten als (geronto-)psychiatrisch betreuungsbedürftig beschrieben, wobei als häufigste Ursache demenzielle Erkrankungen angenommen werden können. Zu einem ähnlichen Resultat kommt auch der Endbericht „ Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten“ anhand der Daten aus Infratest 1992[147]. So stellt er bei 41% der Pflegeempfänger zwischen 65 und 79 Jahren, sowie bei 55% der über 80 Jährigen einen geistigen Abbau fest.

FAZIT: „Insgesamt betrachtet gibt es einen höheren Anteil hilfe- und pflegebedürftiger Frauen als Männer. Dieser Effekt hängt vermutlich mit der höheren Lebenserwartung der Frauen zusammen.“[148] So sind auch die meisten Pflegebedürftigen bereits über 75 Jahre. Festzuhalten bleibt außerdem, dass die große Mehrheit der Pflegebedürftigen eigene Kinder hat.

---

[145] Siehe dazu: Artikel in Sozialpolitische Umschau, vom 28.07.2001.

[146] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 48.

[147] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 105.

[148] Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 19. Zu geschlechtsspezifischen Unterschieden im Hinblick auf Krankheit bzw. Gesundheit siehe: Artikel o.V. in Landesinstitut für Schule und Weiterbildung (1998), S. 40-147.

4.1.2.2 Pflegebedürftige in Altenpflegeeinrichtungen

A Sozio-demographische Merkmale:

- **Geschlecht:**

Genauso wie die Frauen in der Betreuung und Pflege alter Menschen eine vorherrschende Stellung einnehmen, so geht auch die Geschlechterverteilung von Pflegebedürftigen eindeutig zu Lasten der Frauen. Laut Infratest-Heimerhebung 1994 sind lediglich 20,5% der Heimbewohner männlich, während die überragende Mehrheit mit 79,5% weiblich ist. Auch die Repräsentativerhebung Infratest von 1998 kommt zu keinem anderen Ergebnis. 21% der Pflegeempfänger in Altenpflegeeinrichtungen sind männlich und 79%[149] weiblich. Auch die Analyse der Geschlechterverteilung bei der eigenen Studie (2002/2003) folgt diesem Muster: Die eindeutige Mehrzahl der Heimbewohner sind Heimbewohnerinnen.

Geschlecht des Heimbewohners

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	männlich	63	13,9	14,3	14,3
	weiblich	379	83,5	85,7	100,0
	Gesamt	442	97,4	100,0	
Unbeantwortet		12	2,6		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 35: Geschlecht des Heimbewohners

- **Alter:**

Wie schon für das Alter der Pflegebedürftigen im Privathaushalt nachgewiesen, spitzt sich die Hochaltrigkeit in Altenpflegeeinrichtungen noch einmal zu. Laut Infratest (1992)[150] sind lediglich 12% jünger als 65 Jahre, 5% zwischen 65-70 und 6% zwischen 70-75 Jahren. Dagegen sind bereits 14% der Heimbewohner zwischen 75-80, 22% zwischen 80-85 Jahren und sogar 41% über 85 Jahre. Auch die Infratest-Heimerhebung von 1994[151] kommt zu diesem Ergebnis. So sind jünger als 59 Jahre nur 5,9% und zwischen 60-69 Jahre lediglich 7,2 % der Bewohner. Oft handelt es sich bei diesen Bewohnern um pflegebedürftige Menschen, die nur mangels einer geeigneten Alternative im Altenpflegeheim untergebracht wurden. 18,4% sind

[149] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 133.

[150] Daten entnommen aus: Krieglmaier (1996), S. 27.

[151] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 133.

dagegen zwischen 70 und 79 Jahren und 49,9 % zwischen 80-89 Jahren. Älter als 90 Jahre sind sogar 18,6% der Bewohner von Altenpflegeeinrichtungen. Das errechnete Durchschnittsalter beträgt somit 81 Jahre. Auch vier Jahre später hat sich das Bild nicht gedreht. So lieferte die Repräsentativerhebung Infratest von 1998[152] folgende Daten: unter 60 Jahren: 7%, 60-74 Jahre: 17%, 75–89 Jahre: 57%, 90 Jahre und älter: 19%. Das Durchschnittsalter lag wiederum bei 81 Jahren. Auch die Daten der eigenen Studie (2002/2003) zeigen den Trend zu einer Hochaltrigkeit in Altenpflegeeinrichtungen. Folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Altersverteilung:

Alter der Heimbewohner - gruppiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	< 60	4	,9	,9	,9
	60 - 80	99	21,8	22,6	23,5
	81 - 95	320	70,5	73,1	96,6
	> 95	15	3,3	3,4	100,0
	Gesamt	438	96,5	100,0	
Unbeantwortet		16	3,5		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 36: Alter der Heimbewohner – gruppiert

Der Altersmittelwert beträgt 84,78 Jahre, die Standardabweichung 7,9, die Spannweite 60 Jahre, bei einem Minimum von 41 und einem Maximum von 101 Jahren.

- **Familienstand/ Angehörige:**

Viele Hilfe- und Pflegebedürftige müssen sich für stationäre Altenpflegeeinrichtungen entscheiden, weil sie entweder überhaupt keine Angehörigen mehr haben oder diese ihre Pflege im Privathaushalt nicht (mehr) erbringen können. Betrachtet man den Familienstand der Heimbewohner, zeigt sich, dass die meisten ihren (Ehe-)Partner verloren haben, also verwitwet oder geschieden sind. Laut Krug/ Reh (1992)[153] sind demnach 60% verwitwet, 6% geschieden und 27% ledig. Nur 7% der Heimbewohner sind noch verheiratet und haben damit einen Partner. Auch die Infratest-Heimerhebung von 1994 bestätigt dieses Ergebnis. So sind 67,3% verwitwet, 7,5% geschieden und 17,9% ledig. Verheiratet sind dagegen noch 7,3% der Bewohner.

[152] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127.

[153] Daten entnommen aus Krieglmaier (1996), S. 23.

Der Familienstand gibt jedoch nur die Chance des Pflegebedürftigen wider, von seinem (Ehe-)Partner gepflegt zu werden. Unbeachtet sind dabei jedoch andere Angehörige, wie z.B. Kinder, geblieben, die die Mehrheit der Angehörigen von Heimbewohnern ausmachen. So haben laut der Repräsentativerhebung Kuratorium Deutsche Altershilfe[154] 84,1% der Bewohner Angehörige, während 15,9% der Heimbewohner keine Verwandten mehr haben.

B Pflegesituation

- **Pflegestufe:**

Die Stufen der Pflegebedürftigkeit sind auf der Basis von Funktionsdefiziten der Heimbewohner in Anlehnung an das Bundessozialhilfegesetz (§68 i.V. m. §69 BSHG) definiert. Jedoch gibt es bundesweit immer wieder Unterschiede bei der genauen Zuordnung. So fasst Krug/Reh 1992[155] die Pflegebedürftigen in Heimen in folgende Stufen: Betreuungsbedürftige: 2%, erhöht Pflegebedürftige: 24%, schwer Pflegebedürftige: 47%, Einheits- bzw. Sonderpflegesätze: 27%. Die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[156] und die Pflegestatistik des statistischen Bundesamtes von 1999 nehmen eine etwas andere Aufteilung vor und finden bei ihrer Erhebung auch weniger schwer bzw. schwerst Pflegebedürftige in Heimen. So sind in Stufe III nur 23% (bzw. 22%) der Heimbewohner zu verzeichnen, während sich in Stufe II 37% (bzw. 43%) und in Stufe I 23% (bzw. 31%) der Bewohner befinden. Rüstige Bewohner (Stufe 0) waren zu 12% und reine Wohnfälle lediglich zu 5% anzutreffen. Die Repräsentativerhebung des Kuratoriums Deutsche Altershilfe (2000, S.154) bestätigt dagegen eher wieder die Ergebnisse von Krug/Reh 1992. Leicht beeinträchtigte Heimbewohner sind mit 21,6% und erheblich beeinträchtigte mit 18,7% in Altenpflegeeinrichtungen zu finden. Die Mehrzahl ist dagegen schwer (38,6%) bzw. schwerst (21,1%) pflegebedürftig. Auch die Daten aus der eigenen Studie von 2002/2003 können den Trend zu einer Multimorbidität der Heimbewohner bestätigen:

[154] Siehe dazu: Kuratorium Dt. Altershilfe (2000), S.154.

[155] Siehe dazu auch Krieglmaier (1996), S. 20f.

[156] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 133.

Pflegestufe des Heimbewohners

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1	115	25,3	29,3	29,3
	2	148	32,6	37,8	67,1
	3	129	28,4	32,9	100,0
	Gesamt	392	86,3	100,0	
Unbeantwortet		62	13,7		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 37: Verteilung Pflegestufen der Heimbewohner

Der Median liegt bei 2.

Die Abweichungen in einigen Studien sind oft darauf zurückzuführen, dass die Daten entweder aus dem reinen Altenpflegebereich stammen oder mit Daten aus dem Altenwohnbereich gemischt sind. Bei letzterem verschiebt sich die Aufteilung der Pflegestufen zu Gunsten der weniger Pflegebedürftigen.

- **Psychische Beeinträchtigungen/ Demenzielle Erkrankungen:**

Neben den Pflegestufen, die auf den Gesundheitszustand des Heimbewohners schließen lassen, sollte man aber, um ein exaktes, der Realität in Heimen adäquates Bild zu erhalten, den Grad an psychischen bzw. geistigen Beeinträchtigungen gesondert erheben, da dieser entweder bei der Zuteilung zu der jeweiligen Pflegestufe häufig nicht oder nur ungenügend berücksichtigt wird. Laut Infratest-Heimerhebung 1994[157] zeigten Heimbewohner im Altenpflegebereich zu 58,8% psychische Veränderungen und zu 37,9% räumliche, zeitliche und die Person betreffende Orientierungsstörungen, zu 48,4% Gedächtnisstörungen und die Unfähigkeit, Alltagsprobleme zu lösen, sowie zu 34% fehlangepasstes Verhalten. So kommt auch die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 zu dem Schluss, dass 50% der Heimbewohner psychisch beeinträchtigt sind bzw. an einer demenziellen Erkrankung leiden. Auch die Daten aus der eigenen Studie von 2002/2003 bestätigen diesen Befund:

[157] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 140.

Heimbewohner leidet unter demenzieller Erkrankung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	218	48,0	52,0	52,0
	nein	201	44,3	48,0	100,0
	Gesamt	419	92,3	100,0	
Unbeantwortet		35	7,7		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 38: Häufigkeit demenzieller Erkrankungen der Heimbewohner

- **(Bisherige) Aufenthaltsdauer im Heim:**

Betrachtet man die bisherige Aufenthaltsdauer von Heimbewohnern, ergeben sich bemerkenswerte Unterschiede. So ist eine Streuung der Verweildauer zwischen ein paar Monaten und zwei Jahrzehnten nicht selten. Dies darf jedoch nicht verwundern, sobald man sich bewusst macht, dass die Erhebung dieser Daten zum einen eine zeitpunktbezogene Erhebung ist und zum anderen oft einen Querschnitt aus dem Altenpflege- sowie dem Altenwohnbereich darstellt. Laut Infratest-Heimerhebung 1994[158] liegt die Aufenthaltsdauer von Heimbewohnern für den Altenpflegebereich zu 8,5% unter 6 Monaten, zu 10,4% zwischen 6 und 12 Monaten, zu 16,6% zwischen 1-2 Jahren, zu 13,6% zwischen 2-3 Jahren, zu 21% zwischen 3-5 Jahren und zu 10,3% zwischen 5-7 Jahren. Mehr als 7 Jahre wohnen 16,5% der Heimbewohner im Heim. Der errechnete Durchschnitt liegt bei 50 Monaten, also rund 4 Jahren. Zu einem ganz ähnlichen Ergebnis kommt auch die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998: Unter 6 Monaten: 10%, 6- 12 Monate: 11%, 1-2 Jahre: 18%, 2-3 Jahre: 13%, 3- 5 Jahre: 18%, 5-7Jahre: 10%, mehr als 7 Jahre: 20%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 52 Monate, also wieder gut 4 Jahre.

Die Gruppe der in der eigenen Pilotstudie befragten Angehörigen gab für die bisherige Verweildauer der Heimbewohner folgende Daten an:

[158] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 136.

Verweildauer im Heim in Jahren - gruppiert

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	<= 2 Jahre	189	41,6	44,3	44,3
	3 bis 5 Jahre	141	31,1	33,0	77,3
	6 bis 10 Jahre	70	15,4	16,4	93,7
	11 bis 15 Jahre	22	4,8	5,2	98,8
	> 16 Jahre	5	1,1	1,2	100,0
	Gesamt	427	94,1	100,0	
Unbeantwortet		27	5,9		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 39: Verweildauer der Heimbewohner in der Altenpflegeeinrichtung

Der errechnete Mittelwert der Verweildauer in Jahren beträgt 3,98, somit wieder ca. 4 Jahre, die Spannweite der Verweildauer 24 Jahre, die Standardabweichung 3,57 Jahre.

Wie bereits angedeutet, gibt die bisherige Verweildauer aber nur begrenzt Aufschluss über die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts der Heimbewohner. Dies liegt daran, dass Personen, die nur sehr kurz in Altenpflegeeinrichtungen sind, stets in zu geringer Zahl erfasst werden. So ist es notwendig, neben der bisherigen Verweildauer auch retrospektiv die Verweildauer vom Heimeintritt bis zum Ableben eines Bewohners zu erfassen.

- **Verweildauer/ Längsschnitt (vom Eintritt bis zum Ableben):**

Die Infratest-Heimerhebung von 1994[159] gibt diese Verweildauer für pflegeorientierte Einrichtungen wie folgt an: Unter 6 Monaten: 17,6%, 6-12 Monate: 19,8%, 1-2 Jahre: 10,9%, 2-3 Jahre: 13,2%, 3-5 Jahre: 20,4 %, 5-7 Jahre: 8%, mehr als 7 Jahre: 10,1%. Der Durchschnitt beträgt hier dann nur noch 36 Monate, also 3 Jahre. Dieses Ergebnis wird auch von dem zunehmenden Trend bestätigt, dass sich die meisten pflegebedürftigen alten Menschen entscheiden, zum spät möglichsten Zeitpunkt in ein Heim zu ziehen, wenn ihre Multimorbidität bereits sehr hoch und dadurch ihre Lebenserwartung sehr gering ist. Auch die Experten-Interviews der eigenen Pilotstudie bestätigen die kürzer werdende Verweildauer.[160]

[159] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 137.

[160] So ist laut Experteninterview C, D, H und K eindeutig eine sinkende Verweildauer der Heimbewohner festzustellen. Früher war es keine Seltenheit, dass Bewohner 15 oder 20 Jahre in

FAZIT: Zu welchem Gesamtergebnis lassen sich nun die oben angeführten Daten zusammenfassen? Das Bmfsfj resümiert: „Es handelt sich also typischerweise um hochbetagte und alleinstehende Frauen, die in Alteneinrichtungen untergebracht sind.“[161] Und Attias-Donfut kommt noch pauschaler zu folgendem Schluss: „In [Institutionen] finden also, allgemein gesprochen, die [...] ältesten Personen mit den geringsten Ressourcen in Bezug auf Familie, Geld und Gesundheit Aufnahme.“[162] Dass diese Erkenntnis nicht bedeuten muss, dass die Mehrheit der Heimbewohner keine Angehörigen mehr hat oder Angehörige, die sich in keiner Weise um sie kümmern, haben jedoch die Daten der eigenen Studie gezeigt.

4.2 Interaktionsabhängige(r) „Kosten“ und „Nutzen“ des Pflegeleistenden

Nachdem wir eine Vorstellung davon gewonnen haben, „wer“ mit den Begriffen „Pflegeleistender“ bzw. „Pflegeempfänger“ gemeint ist – mit anderen Worten – wer denn die Zielgruppe ist, die man mit einer Veränderung von Anreizstrukturen erreichen will, um die familialen Betreuung bzw. Pflege zu stabilisieren bzw. zu fördern, ist es nun essentiell, sich ein Bild von den bereits vorliegenden Anreizstrukturen dieser Pflegeleistenden zu machen. Einsichtig ist, dass dieses Vorhaben zwar immer lückenhaft bleiben muss, da nie alle Anreize, nach denen Individuen handeln, erfasst werden können. Trotzdem ist es möglich, die für den durchschnittlich pflegeleistenden Angehörigen vorrangig handlungsleitenden Anreize herauszufiltern und deren Bedeutung näher zu untersuchen. Abbildung 6 soll als Hilfestellung dienen, die Komplexität dieser Anreize zu strukturieren.

---

einer Einrichtung verbrachten, während heute viele nur noch 3-4 Jahre, in manchen Fällen sogar weniger als ein halbes Jahr, in einem Altenheim untergebracht sind.

[161] Bmfsfj (1998), Band 147.2, S. 37.

[162] Attias-Donfut (1993), S. 361.

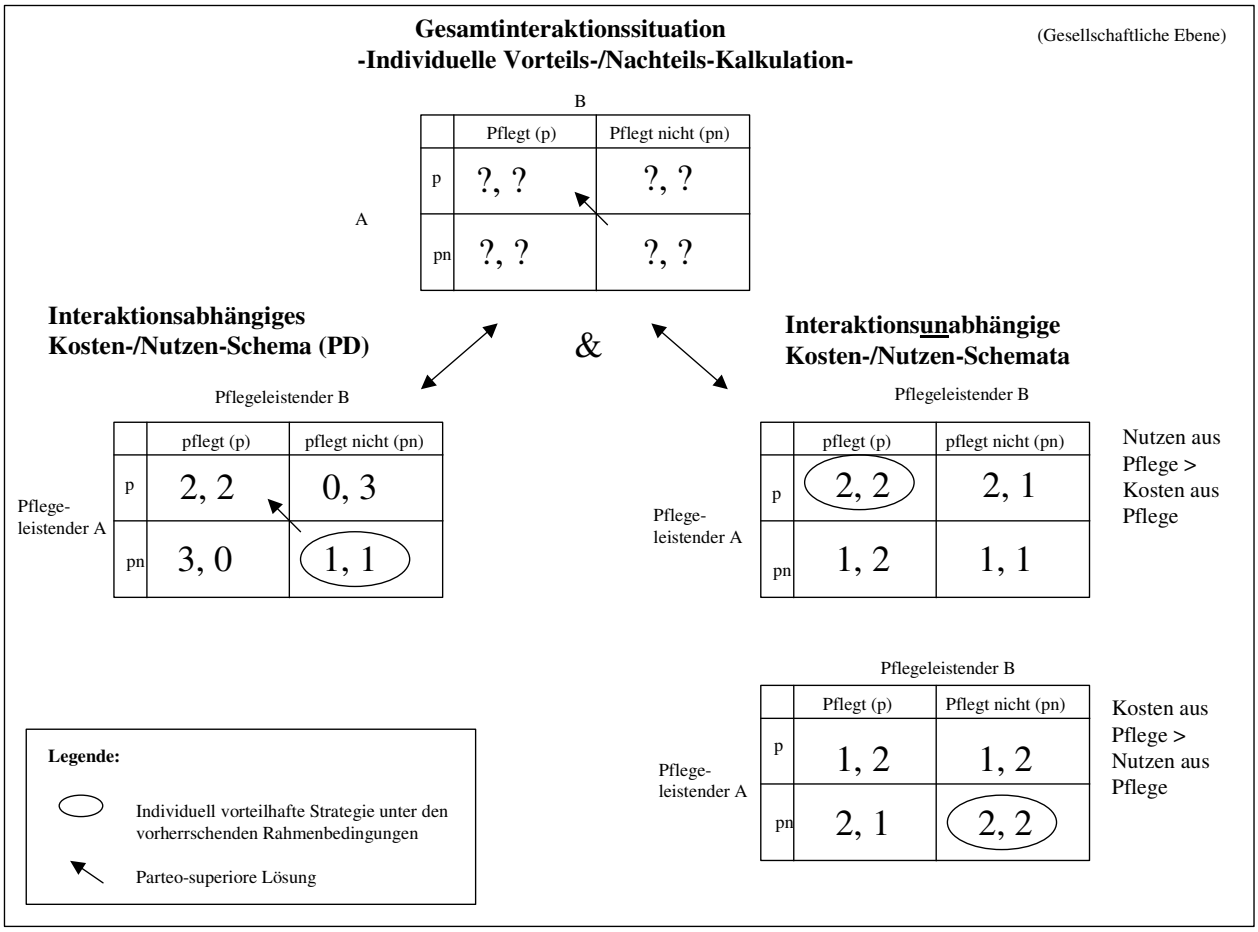


Abbildung 6: Gesamtübersicht Individuelle Vorteils-/Nachteils-Kalkulation der Leistungserbringer

Wie obiges Schaubild zeigt, kann die Gesamtsicht der individuellen Vorteils-/Nachteils-Kalkulation von Pflegeleistenden in zwei Bestandteile untergliedert werden. Zum Einen kann auf gesellschaftlicher Ebene ein sogenannter interaktionsabhängiger Bestandteil ausgemacht werden, also der Nutzenanteil, der sich bei einer Pflegeübernahme aller Pflegeleistenden aus der Kostenstabilisierung des Gesundheitswesens ergibt. Man könnte diesen Nutzenanteil auch als indirekten Nutzen der Pflegetätigkeit bezeichnen, weil er nicht direkt aus der Pflegeübernahme selbst dem Pflegeleistenden entsteht. Zum Anderen existiert ein Nutzenbestandteil, der sich unabhängig vom Verhalten aller anderen - also der Entscheidung die familiale Pflege zu übernehmen oder nicht - dem Pflegeleistenden erschließt. Dieser „Nutzen“ entsteht somit direkt aus der übernommenen Betreuung und Pflegetätigkeit.

Neben dem „Nutzen“ müssen aber immer auch die „Kosten“ für eine familiale Betreuung und Pflege betrachtet werden. Sofort einzuleuchten scheint, dass eine

Pflegeübernahme nicht nur Vorteile für den Pflegeleistenden mit sich bringen kann. Vielmehr denkt man bei der Pflege Angehöriger an die damit verbundenen körperlichen und seelischen Belastungen für den Pflegeleistenden. Sowohl diese direkten „Kosten“ als auch der entsprechende „Nutzenbestandteil“ werden in dieser Arbeit unter den Begriff „interaktionsunabhängiges Kosten-/Nutzen-Schema“ gefasst. Dies bedeutet nicht, dass der Entstehung dieser „Kosten“ bzw. dieses „Nutzens“ keine Interaktion zugrunde liegt. Die Interaktion ist nur auf familialer Ebene (zwischen Pflegeleistendem und Pflegeempfänger) angesiedelt und wird daher aus gesellschaftlicher Sicht (gesellschaftliche Ebene) ausgeblendet (siehe Abbildung 10).

In folgendem Abschnitt soll nun auf den interaktionsabhängigen „Nutzen“ bzw. die „Kosten“ eingegangen werden. Dafür soll die der Interaktionsökonomik zugrundeliegende Idee wieder aufgegriffen werden und es gilt - um das Modell des Gefangenendilemmas weiter zu veranschaulichen -, die Thematik dieser Arbeit nun in die Strukturen eines Gefangenendilemmas zu übersetzen. Die Übertragung dieser Denkweise auf das soziale Phänomen „betreuende und pflegende Angehörige“ kann wie folgt abgebildet werden:

	Pflegeleistender B	
Pflegeleistender A	betreut und pflegt	betreut und pflegt nicht
betreut und pflegt	2, 2	0, 3
betreut und pflegt nicht	3, 0	1, 1

Abbildung 7: Gefangenendilemma „betreuende und pflegende Angehörige“

Wenn Angehörige sich entschließen, im Privathaushalt alte Menschen zu pflegen oder in Altenpflegeeinrichtungen betreuende und pflegenahe Aufgaben zu übernehmen, bedeutet das immer eine Kostenentlastung des Gesundheitssystems. Bei sachgemäßer Pflege ist außerdem festzustellen, dass eine Betreuung und Pflege durch Angehörige die Pflegequalität insofern steigert, als der pflegebedürftige, alte Mensch eine *individuellere* Betreuung erhält. Diese Resultate liegen eigentlich im gemeinsamen Interesse der Interaktionspartner, also aller pflegender Angehöriger, sowie im Interesse der Gesellschaft insgesamt.

Kernproblem der Dilemmastruktur ist es nun, dass der potenziell Pflegeleistende, der gegen die Abmachung „kooperieren“ und damit die Betreuung und Pflege bei Bedarf zu übernehmen, verstößt (= defektiert) - also keine Betreuung und Pflege übernimmt -, in gleichem Maße wie der kooperierende (und damit pflegende) Angehörige von

einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen profitiert, weil eben gerade alle anderen Pflegeleistenden - außer ihm - die Betreuung und Pflege übernehmen. Dazu kommt, dass:

1. der Nutzen des Pflegeleistenden, der sein Pflegeversprechen eingehalten hat, aufgrund der durch die Pflege entstehenden Belastungen abnimmt und gleichzeitig
2. der Nutzen des pflegeverweigernden, potenziell Pflegeleistenden aufgrund der Vermeidung dieser Pflegebelastungen zunimmt.

Als Resultat wird aus dieser Interaktionssituation somit hervorgehen, dass diese „Schwachstellen" von den potenziell pflegeleistenden Angehörigen antizipiert werden und dass daher unter der Annahme des „homo oeconomicus" keiner der beiden potenziell Pflegeleistenden - solange nicht der interaktionunabhängige Nutzen überwiegt - sich in der Betreuung und Pflege alter Menschen engagieren wird. So stellt - spieltheoretisch ausgedrückt - stets das „Nicht-Kooperieren" die dominante, d.h. vorteilhafte Strategie für den einzelnen Interaktionspartner dar, d.h. jeder Interaktionspartner defektiert präventiv, um zu vermeiden, von dem Anderen ausgenutzt zu werden und dadurch einen Nachteil zu erleiden.[163] Diese Situation wird, wie bereits in Kapitel 1.3 ausführlich beschrieben, Dilemmasituation genannt. Charakteristikum der Dilemmasituation ist es, dass Entscheidungen der individuellen Vorteils-/Nachteils-Kalkulation immer zu einem für alle (gesellschaftlich) schlechteren Ergebnis führen als theoretisch erreichbar gewesen wäre. Um nun aber die gesellschaftlich erwünschte Situation (Einsparung bzw. Stagnation der Kosten im Gesundheitswesen oder eine Verbesserung der Pflegequalität) zu erreichen, gilt es, mit einer geeigneten Veränderung der Rahmenbedingungen dieses Gefangenendilemma zu überwinden. Ziel muss es sein, das individuelle „Kosten-/Nutzen-Verhältnis" hinsichtlich des interaktionsabhängigen „Nutzens" bzw. der „Kosten" so zu beeinflussen, dass die Pflegeübernahme die vorteilhafte Strategie für

[163] Dass sich dieses Ergebnis, nämlich dass sich Angehörige nicht in der Betreuung und Pflege alter Menschen engagieren, nicht mit der Beobachtung in der Empirie deckt, wird in keiner Weise von der Autorin bestritten. Vielmehr wird es auch Aufgabe dieser Arbeit sein, die augenfälligen Unterschiede zwischen dem theoretischen Ergebnis und der Realität in den folgenden Kapiteln aufzuklären, gleichzeitig jedoch die Berechtigung der hier angewandten Theorie zu untermauern.

jeden einzelnen Interaktionspartner wird und sich damit das gesellschaftlich erwünschte Ergebnis erreichen lässt.

4.3 Interaktionsunabhängige(r) „Kosten“ und „Nutzen“ des Pflegeleistenden

Abgesehen von einem Nutzen, den der potenziell Pflegeleistende bei einer gelungenen Interaktion, also dem glaubwürdigen Versprechen aller in einer Gesellschaft, im Bedarfsfalle familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt zu leisten, durch eine Kostenstabilisierung des Pflegeversicherungsbeitrages erwarten kann, können dem potenziell Pflegeleistenden auch direkt aus der Übernahme der Pflegetätigkeit - unabhängig von dem Verhalten anderer Pflegeleistender – ein „Nutzen“ bzw. „Kosten“ entstehen. Diese Art der „Kosten“ bzw. des „Nutzens“ werden in der vorliegenden Arbeit als „interaktionsunabhängig“ bezeichnet. Dies bedeutet jedoch nicht – wie bereits erwähnt - dass diesen „Kosten“ bzw. diesem „Nutzen“ keine Interaktionen zugrunde liegen. Die Interaktion findet nur nicht auf der gesellschaftlichen Ebene, sondern auf der familialen Ebene, also zwischen Pflegeempfänger und Pflegeleistendem statt.

In den folgenden Kapitelabschnitten wird der Versuch gemacht, die wichtigsten Faktoren, die die Zusammensetzung der interaktionsunabhängigen „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ Pflegeleistender im wesentlichen bestimmen, für den Leser aufzuschlüsseln. Hierbei darf jedoch nicht vergessen werden, dass im Einzelfall die Ausprägung des interaktionsunabhängigen „Nutzens“ bzw. Vorteils oder der „Kosten“ bzw. Nachteile variieren. So ergeben sie sich zum Ersten aus dem Werteverständnis des Einzelnen und damit seinen Präferenzen, zum Zweiten aus seiner psychischen und physischen

Ausstattung, drittens aus externen Stabilisierungs- bzw. Destabilisierungsfaktoren[164] und viertens aus seiner Erwartungshaltung[165].

4.3.1 Familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt

Wie bereits in Kapitel 3 praktiziert, soll auch in diesem Kapitel wieder eine Unterscheidung zwischen der familialen Betreuung und Pflege im Privathaushalt und im Altenpflegeheim getroffen werden. Ziel ist es, erstens die Einsicht zu vermitteln, dass auch Altenpflegeheime ein Ort familialer Betreuung und Pflege sind bzw. sein können. Zweitens wird durch die Differenzierung zwischen Privathaushalt und Altenpflegeeinrichtung deutlich, welche Unterschiede hinsichtlich dieser beiden Varianten familialer Pflege im Hinblick auf die interaktionsunabhängigen „Kosten“ und diesen „Nutzen“ vorliegen.

4.3.1.1 Interaktionsunabhängiger „Nutzen“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt

Einen wesentlichen Anreiz, um eine bestimmte Tätigkeit auszuführen, bietet der daraus zu erwartende Nutzen. So entscheiden sich beispielweise Menschen, anspruchvolle Berufe zu ergreifen oftmals in der Erwartung finanzieller sowie immaterieller Vorteile in Form von Prestige bzw. Ansehen. Diese Denkweise soll jetzt auf die Tätigkeit „Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt“ übertragen werden. Auffallend ist, dass es auf den ersten Blick gar nicht so eindeutig ist, wo der Vorteil bzw. der „Nutzen“ für den Ausführenden einer Betreuungs- bzw.

---

[164] Beispiele für familiäre Stabilisierungs- bzw. Schutzfaktoren sind z.B. eine Unterstützung von autonomem Verhalten, die Verfügbarkeit der Eltern sowie ein erfolgreiches Vorleben und Vermitteln von Werten und Einstellungen. Für eine Übersicht der familiärer Schutz- bzw. Risikofaktoren siehe: BzfgA (2000), Band 11, S. 19.

[165] Die Bedeutung der Erwartungshaltung für den „Kundennutzen“ stellt gerade das Dienstleistungsmanagement als Teildisziplin der Betriebswirtschaft heraus. So wird immer wieder darauf hingewiesen, dass wahrgenommene Dienstleistungsqualität seitens des Kunden von dessen Erwartung abhängt.

Pflegetätigkeit liegen soll. Auch die meisten Studien haben dazu keinerlei Daten erhoben. Dies mag zwar zum einen daran liegen, dass für viele Wissenschaften, die auf diesem Gebiet Forschung betreiben, wie z.B. die Psychologie oder die Sozialpädagogik, das drängendere Problem die Belastung, also die „Kosten" der Pflegeleistenden und nicht deren „Nutzen" ist.[166] Der Datenmangel resultiert jedoch auch daher, dass die Analyse der Vorteile durch eine Pflegeübernahme mit Problemen behaftet ist. Zum einen sind hier Probleme anzuführen, die durch die empirische Befragung entstehen. So bleiben durch den Vorrang „gesellschaftlich schicklicher" Verhaltensweisen bei Befragungen oft die wahren Gründe der Pflegeübernahme im Dunklen. Gerade bei materiellen Vorteilen tritt gesellschaftlich erwünschtes Verhalten so stark in den Vordergrund, dass z.B. eine Frage nach dem „Nutzen", durch die Pflege „privilegierter Erbe zu sein", kaum bejaht werden wird. Eine weitere Schwierigkeit ist die, dass Pflegeleistende meistens gar nicht bewusst darüber reflektieren, warum sie die Betreuung bzw. Pflege eines alten Angehörigen übernommen haben. Trotz dieser Hindernisse soll hier, wenigstens in Ansätzen, versucht werden, Licht ins Dunkel der Vorteile für Pflegeleistende zu bringen.

A Materieller Nutzen aus der Betreuung und Pflege alter Menschen

Unter einem materiellen Nutzen für den Pflegeleistenden wird hier eine direkt oder indirekt monetäre Entlohnung der Betreuungs- bzw. Pflegeübernahme verstanden. Diese finanzielle Entlohnung kann entweder durch den Pflegebedürftigen selbst, weitere Angehörige oder durch den Staat bzw. das staatlich soziale Sicherungssystem erfolgen. Als finanzielle Vorteile, die durch den Pflegebedürftigen selbst gewährt werden, sind nach Jani-LeBris[167] z.B. ein zu erwartendes Erbe als ausstehender Vorteil oder - als unmittelbarer Vorteil - reziproke Leistungen, wie z.B. Geldzuwendungen, zu verstehen. Diese finanziellen Zuwendungen können entweder aus dem Privatvermögen des Pflegeempfängers stammen, oder der Pflegeleistende erhält die von der Pflegekasse für familiale Pflege vorgesehenen Beträge. Diese

[166] „Sozialpädagogik setzt dort mit theoretischem Denken und praktischem Handeln an, wo Selbstbestimmungsversuche von Subjekten, also Bewährungssituationen Einzelner der gesellschaftlichen Gesamtpraxis, so problematisch geworden sind, dass der Einzelne sie aus eigener Kraft nicht mehr bewältigen kann,...". Siehe Schmidt (1998a), S. IX.

[167] Jani-Le Bris (1993), S. 120ff.

bewegen sich zur Zeit zwischen 205 € und 665 €[168]. Neben diesen Beträgen der Pflegekassen für familiale Pflege, die vom Pflegebedürftigen meistens direkt an die pflegeleistende Person weitergegeben werden, unterstützt auch der Staat die familiale Pflege indirekt mit finanziellen Anreizen, indem für den Pflegeleistenden Rentenansprüche aus der Pflege entstehen. Staatliches Ziel ist es, die Pflegepersonen im Privathaushalt so zu stellen, als ob sie ein Arbeitsentgelt in der Höhe zwischen 40%-80% (je nach Pflegestufe) der Bezugsgröße beziehen würden. So erhält ein Pflegeleistender (bei Pfst III und mind. 28 Std./Woche) eine Rente auf Basis von 75% des aktuellen Durchschnittsverdienstes der in der Rentenversicherung Versicherten. Wichtige Voraussetzung für eine soziale Altersabsicherung der Pflegeperson ist, dass diese neben der Pflegetätigkeit regelmäßig nicht mehr als 30 Stunden in der Woche erwerbstätig ist[169].

Folgende Übersicht zeigt die für den Pflegeleistenden zu erwartende Rente:

Pflegestufe des Pflege-bedürftigen	Wöchentlicher Pflegeaufwand von mind. .... Stunden	Beitragsabführung auf der Basis von ... Prozent der Bezugsgröße der Rentenversicherung			Monatl. Beitragshöhe in DM (1)		Die über ein Jahr ausgeübte Pflegetätigkeit ergibt eine monatl. Rente in Höhe ... von (DM) (2)	
			West	Ost	West	Ost	West	Ost
III	28	80	3.584,00	3.024,00	684,54	577,58	**38,21**	**33,47**
	21	60	2.688,00	2.268,00	513,41	433,19	**28,66**	**25,11**
	14	40	1.792,00	1.512,00	342,27	288,79	**19,10**	**16,74**
II	21	53,3	2.389,33	2.016,00	456,36	385,06	**25,47**	**22,32**
	14	35,5	1.592,89	1.344,00	304,24	256,70	**16,98**	**14,88**
I	14	26,6	1.194,67	1.008,00	228,18	192,53	**12,74**	**11,16**

(1) Der Beitragssatz zur gesetzl. Rentenversicherung beträgt seit Januar 2001 19,1 %
(2) Stand: Februar 2001

Tabelle 40: Übersicht zu den Beitragszahlungen der Pflegekassen an die gesetzl. Rentenversicherung für die Alterssicherung der Pflegeleistenden im Privathaushalt[170]

[168] Diese Beträge können jedoch nicht als adäquate Entlohnung der Betreuungs- bzw. Pflegeleistenden verstanden werden, da erstens die Höhe der Beträge dem Aufwand der Leistungen nicht gerecht wird und zweitens häufig von diesen Beträgen Besorgungen für den Pflegebedürftigen bezahlt werden.

[169] Für eine detailliertere Auflistung der Voraussetzungen für eine Versicherungspflicht und das Vorgehen zur Errechnung der Beiträge siehe auch Straub (1995), Nr.6/1995/4, S. 256-258.

[170] Quelle: Sozialpolitische Umschau, 28.07.2001, Nr. 215.

B Immaterieller Nutzen aus der Betreuung und Pflege alter Menschen

Neben den materiellen Zuwendungen seitens des pflegebedürftigen Angehörigen oder des Staates spielt der immaterielle „Nutzen“ eine ganz erhebliche Rolle für eine dauerhafte Pflegeübernahme seitens des pflegenden Angehörigen. Gewöhnlich sieht die Pflegebeziehung auf den ersten Blick sehr asymmetrisch aus, d.h. der Pflegeleistende scheint zu geben und der Pflegebedürftige zu erhalten. Bei genauerem Hinsehen kann man jedoch feststellen, dass der Pflegeleistende als „immaterielle Gratifikation“ in vielen Fällen Dankbarkeit, Freude oder Zuwendung vom Pflegebedürftigen erhält und damit eine gewisse Reziprozität der Pflegebeziehung gegeben ist. Dieser Sachverhalt wird durch die Beobachtung bestätigt, dass dort, wo diese immateriellen Gratifikationen entfallen, z.B. aufgrund einer demenziellen Krankheit des Pflegebedürftigen, der Pflegeleistende wesentlich häufiger über psychische Belastungen klagt, die aus der Pflegetätigkeit resultieren.[171] Dieses Nutzen-Element der Dankbarkeit und Anerkennung verstärkt sich noch, wenn die Betreuungs- bzw. Pflegeleistung auch von der Familie, dem weiteren sozialen Umfeld bzw. der Gesellschaft angemessen gewürdigt wird. Bekanntlich bleibt heutzutage die Gesellschaft in der Mehrzahl der Fälle diese notwendige Anerkennung schuldig und auch in den wenigsten Fällen gibt das familiale Umfeld bedingungslose Rückendeckung. Über die Anerkennung der Leistung hinaus ergibt sich für die pflegeleistende Person noch ein weiterer immaterieller „Nutzen“ durch die Verbesserung und Intensivierung der Pflegebeziehung selbst. Gerade bei der Pflege innerhalb einer Paarbeziehung lässt sich häufig ein neues Aufleben dieser Beziehung feststellen. Jedoch kann eine Pflegeübernahme nicht nur die Pflegebeziehung selbst positiv beeinflussen; es ist zudem denkbar, dass durch eine Pflegeübernahme die Lebenssituation der Pflegeperson zum Positiven hin verändert wird und damit die Pflegeperson selbst eine neue Perspektive erhält. So führen Betreuung und Pflege eines alten Menschen und die damit verbundene Übernahme von Verantwortung nicht nur zu einem Gefühl des „Gebrauchtwerdens: Es tritt darüber hinaus nicht selten eine vermehrte Selbständigkeit und damit ein neues Selbstwertgefühl der Pflegeperson ein. Der „Nutzen“ aus einer Gewissensberuhigung bzw. aus dem Gerechtwerden eines Pflichtgefühls[172] wird ergänzt durch den

[171] Siehe dazu: Braun (1983b), S. 210-215.

[172] Hierzu ist festzuhalten, dass dieses Verpflichtungsgefühl auf einem Solidaritätsvertrag zwischen den Generationen basiert. Anders formuliert: Die Gegenseitigkeit zwischen den Generationen wird als

„Nutzen“ einer inneren Befriedigung und dem Bewusstsein, mit der Pflegeübernahme eine lebenserfüllende und sinngebende Aufgabe zu haben[173].

Obwohl auf den ersten Blick contraintuitiv, zeigen doch die hier angeführten Nutzenbestandteile, dass eine Pflegeübernahme nicht nur Belastungen für Angehörige mit sich bringen muss. Dass die mit einer Pflegeübernahme verbundenen Probleme jedoch zahlreich sein können, wird folgender Abschnitt beleuchten.[174]

4.3.1.2 Interaktionsunabhängige „Kosten“[175] der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen im Privathaushalt

Leicht vorstellbar ist, dass Pflegeleistende mit sehr unterschiedlichen Problemen konfrontiert sind, wenn sie ihre Angehörigen im Privathaushalt pflegen. Die Spannweite kann sich von ganz praktischen Fragen zur Pflege oder zur Auseinandersetzung mit bestimmten Krankheiten, wie z.B. Demenz, bis hin zum Umgang mit eigenen körperlichen oder psychischen Belastungen aufgrund der Pflege erstrecken. Oft kommen mehrere Belastungsfaktoren zusammen, die sowohl aus der Pflegetätigkeit heraus entstehen können, als auch aus dem (familiären) Umfeld des Pflegeleistenden. Ob die Pflege schließlich bei dem einzelnen Pflegeleistenden zu einer Überlastung (= Stress[176]) führt, hängt neben zahlreichen anderen Faktoren, wie z.B. der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, schlussendlich

---

sehr bedeutend empfunden und damit stellt sich ein befriedigendes Gefühl durch die Pflegeübernahme ein. Siehe dazu: Enders, S. 94 und Kapitel 4.4 der vorliegenden Arbeit.

[173] Siehe dazu auch: Jani-LeBris (1993), S. 121ff, Bmfsfj (1995), Band 49, S. 351 und Schuleri-Hartje/ Mittag/ Brühl (1990), S. 123.

[174] Diese Zweiseitigkeit einer Pflegeübernahme bzw. Pflegetätigkeit, die hier in ökonomischem Sprachgebrauch als „Nutzen“ bzw. „Kosten“ Angehöriger wiedergegeben wird, könnte unter einer sozialpädagogischen Perspektive als die zwei Dimensionen „Chance“ und „Gefahr“, die eine krisenhafte Lebenssituation – hier die Pflegeübernahme – mit sich bringt, gedeutet werden. Zum Phänomen der „Krise“ siehe auch Schmidt (1998 b), S. 182-203.

[175] Die Inhalte bzgl. der Kosten bzw. Belastungen lehnen sich an an: Tschainer, (1997), Schriftenreihe Bmfsfj (2001), Band 106.1 und Schriftenreihe Bmfsfj (1995), Band 49.

[176] Zur detaillierteren Unterscheidung von Stressformen siehe: Holzer-Pruss, (2000), S. 14f.

auch von Merkmalen ab, die mit dem Pflegeleistenden selbst (z.B. psychische Verfassung) und dessen Umfeld (z.B. Unterstützung durch Nebenhelfer) zu tun haben. Folgender Abschnitt widmet sich jedoch ausschließlich der Frage, welche Belastungsfaktoren für Pflegeleistende allgemein in Privathaushalten zu beobachten sind. Mit Hilfe vorhandener Daten wird zudem versucht, die Bedeutung einzelner Belastungsfaktoren für den durchschnittlichen Pflegeleistenden zu visualisieren. Wie stark der einzelne Pflegeleistende belastet ist, wird dagegen nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit sein[177].

Folgende Abbildung soll einen ersten Einblick in die, in diesem Abschnitt anzusprechenden Belastungen bzw. „Kosten" geben.

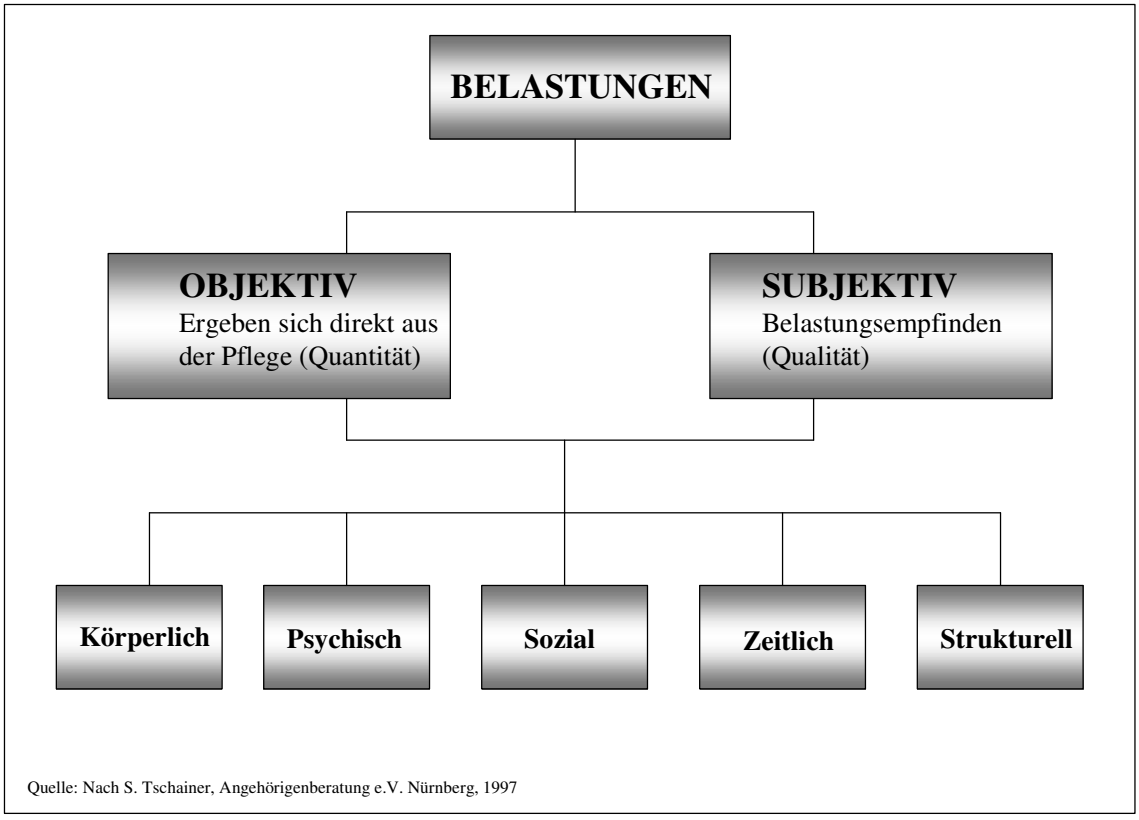


Abbildung 8: Belastung von pflegenden Angehörigen

Wie aus obiger Abbildung zu entnehmen, finden sich die zuvor angeführten drei Haupteinflussfaktoren auf die Pflegebelastung (Merkmale der Schwere der Pflege, Merkmale des Pflegeleistenden und dessen Umgebung) hier in Form der Pflegequantität, des Belastungsempfindens und einiger Umgebungsfaktoren wieder.

[177] Zur Messung des Belastungsgrads einzelner Pflegeleistender im Privathaushalt siehe: Blom/Duijnstee (1999).

Nicht so eindeutig, wie es die klare Trennung in die drei Hauptfaktoren vermuten lässt, ist dagegen die Verbindung dieser Faktoren in der Grafik. Hier wird deutlich, dass z.B. zeitliche Belastungsfaktoren sowohl ihren Ursprung in der Pflegequantität als auch im Umfeld des Pflegeleistenden, z.B. durch die eigene Berufstätigkeit, haben können.

Anhand von Abbildung 8 sollen nun die einzelnen Belastungsfaktoren genauer unter die Lupe genommen und mit Erkenntnissen aus verschiedenen wissenschaftlichen Untersuchungen angereichert werden.

A Zeitliche Belastungen

Pflege belastet an erster Stelle in zeitlicher Hinsicht, und das sowohl auf physischer Ebene, z.B. durch Schlafentzug, als auch auf psychischer Ebene, wie z.B. durch mangelnde Auszeiten bzw. Erholungsmöglichkeiten für die Pflegeperson. Viele Anforderungen an eine Pflegeperson, die über eine kürzere Zeit unter Umständen erträglich sind, werden mit der Dauer der Pflege oft erst zu einer Belastung, der der Pflegeleistende vielleicht nicht mehr gewachsen ist.

In diesem Abschnitt werden nun Belastungen erläutert, denen Pflegeleistende im Privathaushalt ausgesetzt sein können. Es können vier Bereiche von den zeitlichen Einschränkungen betroffen sein, die ökonomisch ausgedrückt als Opportunitätskosten bezeichnet werden können. Erstens findet meistens eine Reduzierung der eigenen Freizeit statt. Zweitens kommt bei vielen Pflegeleistenden ein Großteil des sozialen Lebens zum Erliegen, drittens müssen Pflegepersonen häufig Abstriche bei dem Miteinander in der eigenen Familie machen und viertens wird auch das Berufsleben nicht selten von den zeitlichen Einschränkungen der Pflege tangiert.

- **Freizeitausfall:**

  „Emotional lässt es Sie nie los. Ich kann nie weggehen, brauche immer jemanden, der auf sie aufpasst. Sie sind angekettet, Sie sind nie frei – und damit zu leben, ist schwierig.“ (Niederlande)[178]

[178] Zitat entnommen aus: Janis-Le Bris (1993), S. 97.

Dieses Zitat eines Pflegeleistenden veranschaulicht, was es bedeutet, keine Freizeit, besser gesagt, keine freie Zeit mehr für sich und seine eigenen Bedürfnisse zu haben. Laut einer Erhebung im Auftrag des Bmfsfj[179] geben 67,3% der Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann mangelnde Freizeit als Problem in der Pflege an. Zu den wichtigsten Gründen für eine fehlende Freizeitbeschäftigung, zählt – außer dem Zeitmangel in Folge der Pflege - die Angst den Pflegebedürftigen allein zu lassen, sowie der Wunsch des Pflegebedürftigen, nicht allein gelassen zu werden. Die am häufigsten zu beobachtende Reaktion der Pflegeleistenden auf dieses Problem ist Passivität bzw. die Einstellung „irgendwie zurecht zu kommen". Selten versuchen Pflegeleistende dieser Einschränkung aktiv zu begegnen und nach Entlastungsstrategien zu suchen.

- **Einschränkung des sozialen Lebens:**

Neben den fehlenden Freizeitmöglichkeiten wird durch die Betreuung und Pflege im Privathaushalt auch das soziale Leben meist stark eingeschränkt. Aktivitäten außerhalb der Wohnung sind häufig mit Schwierigkeiten für den Pflegeleistenden behaftet. Entweder muss die Pflegeperson den Pflegebedürftigen mitnehmen, was gerade bei Pflegebedürftigen im Rollstuhl nicht immer einfach ist, in einer Tagespflegeeinrichtung unterbringen, was oft von den pflegebedürftigen Angehörigen verweigert wird, oder der Pflegeleistende muss die pflegebedürftige Person alleine zu Hause lassen. Auch dies ist meistens nur in sehr beschränktem Maße (z.B. während der Mittagsruhe des Pflegebedürftigen) oder gar nicht möglich. Aber auch Aktivitäten innerhalb des Hauses sind nicht immer problemlos durchführbar. Von dem Versuch, ein Telefonat mit der Betreuung einer nicht selbständigen Person zu vereinbaren, können nicht nur Mütter mit Kleinkindern ein Lied singen. Auch dementierende alte Menschen bedürfen oft der ungeteilten Aufmerksamkeit der pflegeleistenden Person. Zu einer verstärkten sozialen Isolation des Pflegeleistenden führt aber auch die Tatsache, dass die Pflege in einem gemeinsamen Haushalt häufig die Möglichkeit, Besuche zu empfangen, beeinträchtigt. Dies beruht entweder auf dem Unverständnis des Umfeldes und damit der Akzeptanz eines Pflegehaushalts mit all seinen Eigenheiten, Störungen und

[179] Bmfsfj (1995), Band 49, S. 275.

häufigen Unterbrechungen der Einladung. Aber auch Bedenken seitens des Pflegeleistenden, sich bei Einladungen nicht revanchieren zu können, führen oft zu einer Ablehnung von Einladungen und dadurch zu einer Verarmung des sozialen Lebens des Pflegeleistenden.

- **Einschränkungen im Privatleben:**

Die große zeitliche Beanspruchung des Pflegeleistenden führt natürlich auch dazu, dass er weniger Zeit mit seinem (Ehe-)Partner bzw. mit den eigenen Kindern verbringen kann. Das Gefühl des Hin- und Hergerissenseins ist deshalb vielen Pflegeleistenden nicht fremd. Oft ist sogar eine Art „Machtkampf" zwischen den beiden Parteien „Partner und Kinder" und „Pflegebedürftiger" zu beobachten, die mit den unterschiedlichsten Mitteln versuchen, den Pflegeleistenden auf ihre Seite zu ziehen. Eine weitere Konsequenz der zeitlichen Beanspruchung des Pflegeleistenden und damit oft der Vernachlässigung der eigenen Familie ist ein sich Auseinanderleben und Fremdwerden innerhalb der eigenen Familie.

- **Einschränkungen bei der Erwerbstätigkeit:**

Während das Thema der Vereinbarkeit von Familie und Beruf in aller Munde ist, steckt das Thema der Vereinbarkeit von Pflege und Beruf noch in den Kinderschuhen. Eine erste umfangreichere Studie zu dieser Thematik veranlasste das Bmfsfj, woraus 2001 der Band „Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege" hervorging.

Für das Jahr 1992 gibt das Bmfsfj[180] für Hauptpflegepersonen die Erwerbstätigkeit wie folgt an: 77% der Hauptpflegepersonen gelten als nicht erwerbstätig, 5% sind geringfügig tätig, und 7% teilzeitbeschäftigt. Lediglich 10% der Hauptpflegeleistenden sind vollzeiterwerbstätig. Für die restlichen 1% liegen keine Angaben vor. Der Anteil der voll Erwerbstätigen ist zwar relativ zum Gesamtanteil der Pflegeleistenden gering. Denjenigen, die jedoch dieser Doppelbelastung ausgesetzt sind, können durch die zeitlichen Einschränkungen ernst zu nehmende „Kosten" entstehen. In Betracht zu ziehen sind einerseits die entstehenden Opportunitätskosten, zum anderen eine mögliche, den Arbeitsplatz betreffende Verlustangst.

[180] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 145; Pflegeintervallmodel Infratest 1992.

1, Opportunitätskosten:

Ökonomisch gesehen könnte der Pflegeleistende anstelle der Zeit, die er dem Pflegebedürftigen widmet, einer Erwerbstätigkeit nachgehen und so ein (Markt-) Einkommen erzielen. Die Höhe dieser aus dem Erwerbstätigkeitsverzicht entstehenden Kosten (=Opportunitätskosten) hängt jedoch von dem Alter und dem Bildungsabschluss des Pflegeleistenden ab. Je größer die Wahrscheinlichkeit ist, einen gut bezahlten Arbeitsplatz zu finden, desto höher sind die Opportunitätskosten und desto geringer wird die Bereitschaft zu einer Pflegeübernahme sein.[181] Eine weitere Erhöhung der Opportunitätskosten kann durch die geringere Arbeitszeit und den dadurch hervorgerufenen niedrigeren Rentenanspruch hinzukommen, der sich bis ins eigene hohe Alter auswirkt.[182]

2, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes:

Neben Opportunitätskosten, die aus einer Arbeitszeitminderung oder einem Verzicht auf Karriere entstehen, können sich zeitliche Belastungen in Form von Störungen am Arbeitsplatz, nachlassendes berufliches Leistungsvermögen sowie Fehl- und unbezahlte Urlaubszeiten für den Pflegeleistenden negativ auswirken. So beeinträchtigen diese den pflegeleistenden Angehörigen mitunter ganz erheblich und führen zu Verlustängsten bezüglich des Arbeitsplatzes.

B Soziale Belastungen

Bisher wurde vor allem auf den zeitlichen Aspekt und die damit für den Pflegeleistenden einhergehenden Probleme fokussiert. Unter einem anderen Blickwinkel wird jedoch deutlich, dass die Pflege sich auch als eine soziale Beeinträchtigung für den Pflegeleistenden darstellt. Dieser neue Blickwinkel lässt sich nicht trennscharf von dem zeitlichen Aspekt der Pflege abgrenzen, erweitert aber die Sicht auf die Problematik der Pflege für den Pflegeleistenden nochmals.

---

[181] Siehe dazu auch Sievering (1996), S. 125.

[182] Die aus der frühzeitigen Aufgabe der Erwerbstätigkeit infolge der Übernahme einer Pflegetätigkeit entfallenden Ansprüche auf Rente, wurden mit Einführung der Pflegeversicherung dadurch gemildert, als mit der Pflegetätigkeit unter bestimmten Voraussetzungen wiederum Rentenansprüche erworben werden können.

- **Soziale Belastungen durch Spannungen in der Familie:**

Die in obigem Abschnitt aufgeführte Belastung des Pflegeleistenden, sich aus zeitlichen Gründen nicht genug seiner eigenen Familie widmen zu können, bewirkt häufig auch Spannungen innerhalb der Familie. Die Beziehung zu den eigenen Kindern wird durch die Pflege eines alten Familienmitglieds manchmal in den Hintergrund gedrängt und dies kann - hauptsächlich, wenn die Kinder noch selbst betreuungsbedürftig sind -, Verhaltensauffälligkeiten seitens der Kinder, innerfamiliale Konflikte oder im Extremfall emotionale Distanzierung zwischen den Familienmitgliedern zur Folge haben. Auch Ehepartner leiden häufig unter einem Pflegeverhältnis und der damit manchmal einhergehenden Vernachlässigung der Paarbeziehung. Neben dem Gefühl der Zurücksetzung muss der Partner oft Enttäuschungen aufgrund der mangelnden Planbarkeit von zukünftigen Aktivitäten verkraften und leidet zudem häufig darunter, dass der pflegeleistende Ehepartner kräftezehrenden Belastungen durch die Pflege ausgesetzt ist.

Jedoch haben soziale Spannungen in der Familie ihren Unsprung nicht nur in der Schwierigkeit, Familie und Pflege zu vereinbaren. So sind auch Spannungen in der erweiterten Familie nicht selten. Hin und wieder sehen sich Pflegeleistende dem Vorwurf ausgesetzt, die Pflege nur übernommen zu haben, um sich das Erbe zu sichern. Aber auch von Seiten des Pflegeleistenden führen Vorwürfe gegenüber den Geschwistern, sich nicht bzw. unzureichend an der Pflege beteiligen, zu sozialen Spannungen innerhalb der Familie. Ein weiterer Grund für Spannungen ist die mangelnde Anerkennung der Pflegeleistung seitens der anderen, meist unbeteiligten Familienmitglieder. So werden häufig Unplanbarkeiten, Absagen und Zeitmangel der Unzulänglichkeit des pflegeleistenden Familienmitglieds direkt oder unterschwellig angelastet. Der Pflegeaufwand wird hingegen heruntergespielt oder einfach ignoriert. Hilfe bei der Pflege selbst oder auch beispielsweise im eigenen Haushalt wird daher seitens der anderen Familienmitglieder nur selten angeboten.

- **Soziale Belastungen durch fehlende Umweltkontakte:**

Eine nicht zu unterschätzende soziale Belastung für den Pflegeleistenden ist dessen Isolation, die mit zunehmender Pflegebedürftigkeit des alten Menschen zunimmt. Wie bereits erwähnt, führt einerseits die Notwendigkeit der mehr oder minder ständigen Anwesenheitspflicht beim Pflegebedürftigen, andererseits mangelndes Verständnis

des beruflichen und mangelnde Anerkennung seitens des sozialen Umfeldes zu rückläufigem bzw. gänzlichem Verlust sozialer Kontakte außerhalb der Familie. Dieser Verlust an Kontakten wiegt meist für den Pflegeleistenden besonders schwer, da er damit oft die letzte Möglichkeit, „sein eigenes Leben zu leben", verliert.

C Strukturelle Belastungen

- **Finanzielle Einschränkungen:**

Als strukturelle Belastungen können auch die finanziellen Belastungen angesehen werden, die mit der Pflege eines alten Menschen einhergehen. Der größte Teil der finanziellen Belastungen für die Pflege liegt zwar bei dem Pflegebedürftigen selbst. Viele finanziellen Aufwendungen werden jedoch auch vom Pflegeleistenden getragen bzw. bezuschusst. So sind für eine Pflege im Privathaushalt häufig bauliche Veränderungen, die Anschaffung von Spezialgeräten und adäquate Kleidung sowie der Erwerb von Medikamenten und spezieller Nahrung notwendig. Um eine Vorstellung von der Höhe dieser finanziellen Belastungen zu bekommen, soll hier auf zwei Erhebungen zurückgegriffen werden. Leider kann aus den Zahlen nicht immer genau geschlossen werden, ob der Pflegeleistende oder der Pflegebedürftige den finanziellen Beitrag geleistet hat. Als Richtwert können die Zahlen jedoch einen ersten Eindruck der direkt entstehenden Kosten geben. Die Erhebung von 1995 des Bmfsfj stellt fest, dass die Mehrheit der Befragten (70,3%) keine private finanzielle Belastung durch die Pflege haben, während 29,7% eine finanzielle Belastung angeben. Die Aufteilung der Höhe dieser Belastungen sieht wie folgt aus:

Höhe der privaten finanziellen Aufwendungen pro Monat in DM				
Bis 100	101-200	201-500	501-1000	1001-1600
7,8%	7,8%	8,2%	4,8%	1,1%

Tabelle 41: Höhe der privaten finanziellen Aufwendungen pro Monat[183]

Der Hauptteil dieser finanziellen Belastung wird für den Pflegebedürftigen selbst aufgewendet (Diät, Medikamente, Kleidung), jedoch gibt es auch andere Quellen für ein privates finanzielles Engagement. Hierzu zählen Aufwendungen durch pflegebezogene Arbeiten von Kindern, Verwandten und Bekannten (keine Belastung dafür geben an: 92,5%), Belastungen durch pflegebezogene Arbeiten von

[183]Daten entnommen aus: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 77ff.

Haushaltshilfen (keine Belastungen hierfür geben an: 84,7%) sowie Belastungen durch ambulante Pflegedienste (keine Belastung dafür geben an: 84,7%).

Die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998[184] zeichnet dagegen ein anderes Bild der finanziellen Aufwendungen. Hier geben 35% der Befragten an, keine Kosten selbständig tragen zu müssen, während 65% der Befragten sagen, dass bei ihnen Kosten angefallen sind. Dieses nahezu umgekehrte Verhältnis von finanziellen Belastungen kann möglicherweise damit erklärt werden, dass bei der Befragung von 1995 ausschließlich Ehefrauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann befragt wurden und anzunehmen ist, dass hier ein gemeinsames Haushaltsbudget vorliegt. Daher ist es möglich, dass viele finanzielle Aufwendungen von den Ehefrauen als zum normalen Hauhalt gehörig empfunden und daher nicht sonders aufgeführt wurden.

Die Befragten aus der Studie von 1998, denen Kosten durch die Pflege entstanden sind, geben einen Durchschnitt von 254 DM pro Monat an. Das Geld wurde hauptsächlich für die Pflege, Betreuung und Versorgung aufgewendet. Aufgeteilt nach Pflegestufen ergibt sich folgendes Bild:

Finanzielle Aufwendungen nach Pflegestufen	
Pfst I	210 DM
Pfst II	264 DM
Pfst III	384 DM

Tabelle 42: Private finanzielle Aufwendungen nach Pflegestufen

- **Unzureichende Wohnverhältnisse:**

Einen weiteren Belastungsfaktor für den Pflegeleistenden stellen unzureichende Wohnverhältnisse dar. Entweder können damit Wohnbedingungen gemeint sein, die nicht behinderten- bzw. pflegegerecht sind, oder die bei einem gemeinsamen Haushalt von Pflegebedürftigem und Pflegeleistenden den unterschiedlichen Ansprüchen an Freiheit im wahrsten Sinne des Wortes nicht genügend Raum lassen.

[184] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 79.

- **Organisatorische Belastungen:**

Die Notwendigkeit der mehr oder minder ständigen Anwesenheit seitens des Pflegeleistenden stellten häufig enorme organisatorische Anforderungen an die pflegeleistende Person. Ob diese Anforderungen zur Überforderung bzw. zur organisatorischen Belastung werden oder nicht, hängt davon ab, inwieweit die Pflege mit anderen Lebensbereichen des Pflegeleistenden (Erwerbstätigkeit, eigene Familie, Freizeit) vereinbart werden kann.

D Physische Kosten

Neben den bisher aufgeführten Einschränkungen können dem Pflegeleistenden durch seine Tätigkeit auch physische Belastungen entstehen. Unten stehende Abbildung zeigt häufig auftretende körperliche Beeinträchtigungen, die durch eine Pflege im Privathaushalt hervorgerufen werden können:

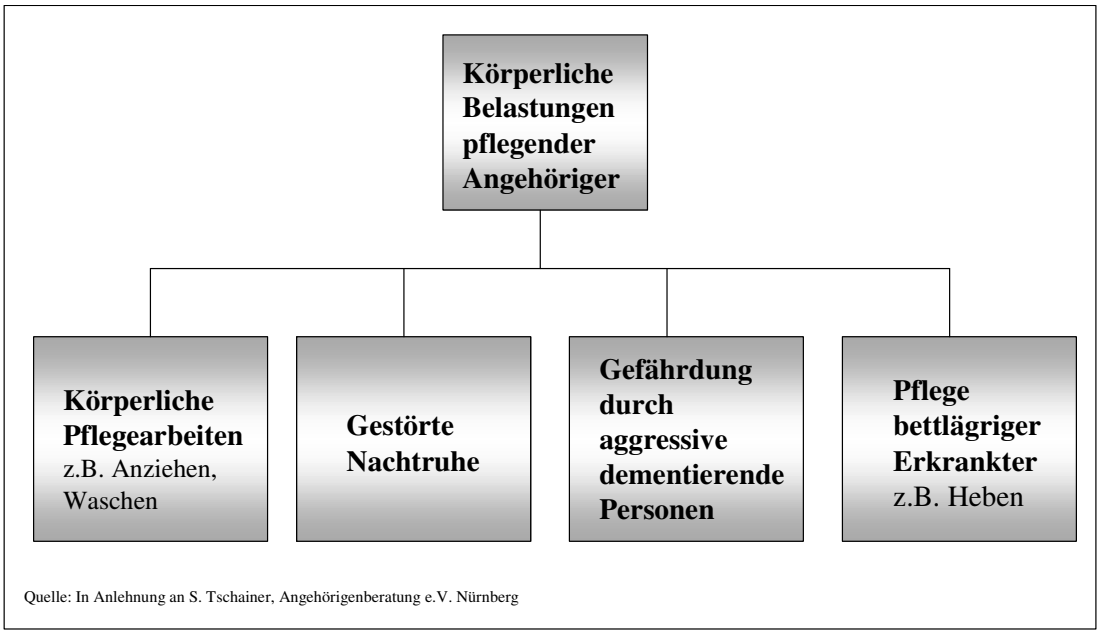


Abbildung 9: Körperliche Belastungen pflegender Angehöriger

- **Körperlich anstrengende Pflegetätigkeiten:**

Angehörige Pflegeleistende sind meist, aufgrund ihrer Nicht-Professionalität, besonders den Gefahren von körperlich anstrengenden Pflegetätigkeiten ausgesetzt. Erstens fehlt ihnen häufig das Wissen um eine, für den eigenen Körper schonende Durchführung dieser Tätigkeiten, zweitens werden sie als Hauptpflegeperson ohne größere Erholungsmöglichkeiten beansprucht. Gerade bei Pflegeleistenden, die für schwerere oder stark pflegebedürftige Personen verantwortlich sind, können

Tätigkeiten, wie Heben, Umlagern oder Aufsetzen der pflegebedürftigen Person, leicht gesundheitliche Schäden zur Folge haben.

- **Mangelnde Nachtruhe:**

Auch auftretende Störungen der Nachtruhe des Pflegeleistenden durch notwendige Pflegetätigkeiten, wie Umlagern oder Inkontinenzpflege, tragen zu einer körperlichen Gesundheitsbelastung bei.

- **Unzureichende Erholungs- und Entspannungsmöglichkeiten:**

Neben einer häufig auftretenden Störung der Nachtruhe verfügen Pflegeleistende generell über ein sehr geringes Zeitbudget für ihre eigene Entspannung und Erholung. Nicht nur ein längerer Urlaub bleibt für die meisten pflegenden Angehörigen eine Wunschvorstellung, auch kleinere Auszeiten, wie ein freies Wochenende oder nur ein freier Tag pro Woche, lassen sich oft nicht realisieren.

- **Fremdgefährdung durch verwirrt-desorientierte Personen:**

Gerade bei der stetig steigenden Anzahl dementierender Personen im Privathaushalt, ist eine latente Bedrohung der Pflegeleistenden durch Verhaltensstörungen der pflegebedürftigen Personen, wie Aggressionen, Misstrauen und forderndes Verhalten, nicht von der Hand zu weisen. Die Angehörigen können die „Bedrohung“ nicht einfach ignorieren, da bestimmte Krankheitsbilder, wie z.B. Weinkrämpfe und starke (körperliche) Unruhe beim Pflegebedürftigen meistens einer Intervention seitens des Pflegeleistenden bedürfen. Dies verlangt jedoch extremes Einfühlungs- und Anpassungsvermögen, damit die Situation zu beiderseitigem Vorteil gelindert wird und nicht noch weiter eskaliert. Hinzu kommt, dass diese unvorhersehbaren Verhaltensweisen des Pflegebedürftigen ein Gefühl der Verunsicherung, Hilflosigkeit und mangelnden Kontrollierbarkeit beim pflegenden Angehörigen hinterlassen und diesen so neben der körperlichen Gefährdung zusätzlich stark emotional belasten.[185]

[185] Siehe dazu auch: Blom/ Duijnstee (1999), S. 20.

- **Kaum Zeit für Selbstpflege:**

Bei all den aufgeführten körperlichen Belastungen muss zudem berücksichtigt werden, dass pflegende Angehörige aufgrund des bereits erwähnten Zeitmangels kaum Zeit für ausgleichendes Verhalten, wie sportliche Betätigung oder Selbstvorsorge (z.B. Arztbesuche) haben. Dieser Mangel an gesundheitsförderlichem Verhalten kann die sowieso an der Gesundheit zehrende Pflegetätigkeit noch verstärken.

Welche Auswirkungen die genannten Faktoren in der Wirklichkeit haben, gibt eine Studie des Bmfsfj[186] wieder. In dieser antworten pflegeleistende Ehefrauen auf die ihnen gestellt Frage: „Hat Ihre eigene Gesundheit durch die Pflege Ihres Mannes gelitten?“ mit „nein“ lediglich zu 23,8%, mit „kaum“ zu 13,3%, mit „mäßig“ bereits zu 37,8% und mit „stark“ immerhin zu 25,2%.

E Psychische Kosten

Neben den körperlichen Belastungen für pflegende Angehörige im Privathaushalt sind „... die mit der Pflege verbundenen seelischen Belastungen von besonderem Gewicht“[187]. Diese psychischen bzw. seelischen „Kosten“ können im Einzelfall sehr unterschiedlich beschaffen sein. Deshalb soll hier nur ein Überblick über das breite Spektrum dieser Belastungen gegeben werden. Auf psychische Probleme, die aus Einschränkungen resultieren, die in den vorhergehenden Abschnitten beschrieben wurden, wird dabei nicht mehr explizit eingegangen.

- **Keine Änderung des Gesundheitszustandes des Pflegeempfängers zum Besseren:**

Im Gegensatz zu der Betreuung oder Pflege eines Kindes, eines jungen Menschen oder eines kurzzeitig erkrankten Menschen ist die Langzeitbetreuung und Pflege alter Menschen immer von der Tatsache geprägt, dass keine endgültige Besserung des Gesundheitszustandes mehr zu erwarten ist oder noch pointierter ausgedrückt, dass der Pflegeleistende trotz seines unermüdlichen Einsatzes letztendlich ständig den „Niedergang“ des pflegebedürftigen Angehörigen vor Augen hat. Langzeitpflege bedeutet also nicht nur Kurzzeitpflege über einen längeren Zeitraum, Langzeitpflege

[186] Siehe dazu: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 226.

[187] Breloer (1987), S. 8.

bedeutet meistens, Betreuung und Pflege vor dem Hintergrund einer ständig zunehmenden Abhängigkeit des kranken alten Menschen. Diese Tatsache allein ist bereits für viele Angehörige schwer zu verkraften. Neben der Unausweichlichkeit der Situation führt die ständige Auseinandersetzung mit dem Verfall des eigenen Angehörigen beim Pflegeleistenden häufig zu Ängsten vor dem eigenen Verfall oder Tod. Auch treten Verlustängste und damit Ängste vor der entstehenden Leere nach dem Tod des pflegebedürftigen Angehörigen im eigenen Leben auf. Dazu kommen weitere psychisch belastende Probleme, wie der Zwiespalt zwischen dem Zulassen der Eigenständigkeit des alten Menschen und dessen freien Willen und der Verpflichtung, bestimmte Entscheidungen aufgrund des Krankheitsbildes - vielleicht sogar gegen den Willen des Pflegebedürftigen - selbst treffen zu müssen. Eng damit hängt auch die Belastung des Pflegeleistenden durch die oft erzwungene Rollenumkehr zusammen.

- **Rollenumkehr zwischen Pflegeleistendem und Pflegeempfänger:**

Unter der Rollenumkehr versteht man die Tatsache, dass aufgrund der Pflegesituation die ursprünglichen Rollen mit ihren Aufgaben und zugehörigen Verantwortlichkeiten umgekehrt werden. Rollenverdrehungen bei (Ehe-)Partnern scheinen weniger komplex zu sein als zwischen Nachkommen und Eltern. So handelt es sich bei (Ehe-)Partnern meistens - aus Sicht der pflegeleistenden Frauen - um eine Rollenerweiterung, während pflegeleistende Männer sich häufig noch schwer mit der Übernahme von „typisch weiblichen“ Aufgaben tun. Bei pflegeleistenden Nachkommen und hier vorrangig Töchtern, die für die Mutter sorgen, ist eine Rollenumkehr häufig zu verzeichnen. Die Tochter hat die Position der „Verantwortung-Tragenden“ und „Beschützenden“ einzunehmen, die Mutter dagegen wird zur Betreuten. Anschaulich bringt das folgende Zitat die geschilderte Situation zum Ausdruck:

„Sie erwartet nur Nahrung von mir: Ich bringe ihr Kuchen oder gebe ihr ein Stück Schokolade. Sie ist wie ein Baby ... ich weiß nicht, wie ich es Ihnen erklären soll ...“ (Griechenland)[188]

[188] Zitat entnommen aus: Jani-Le Bris (1993), S. 96.

Mit der Rollenumkehr hängen auch psychische Probleme zusammen, die aus dem „Muss“, Entscheidungen zu treffen, entstehen. Fragen wie: „Wer bin ich, dass ich dies und jenes meinen Eltern verbieten kann bzw. muss?“ tauchen auf und müssen erst emotional bewältigt werden.

- **Schuldgefühle bzw. schlechtes Gewissen gegenüber dem Hilfe- bzw. Pflegebedürftigen:**

Schuldgefühle entstehen meistens aus dem Gedanken, nicht genügend für den pflegebedürftigen Angehörigen zu tun oder eine Aufgabe, z.B. aufgrund eines eigenen Wutausbruchs oder mangelnden Fachwissens, ungenügend erfüllt zu haben. Dazu kommt das Gefühl, den Angehörigen im Stich gelassen zu haben, weil man einmal Zeit für sich selbst in Anspruch genommen hat und beispielsweise ins Kino gegangen ist. Oft wird dieses Gefühl noch verstärkt, weil der Pflegebedürftige bewusst oder unbewusst bei Abwesenheit der Hauptpflegeperson Probleme macht, die sonst nicht auftreten. Des weiteren werden Schuldgefühle durch Bedenken, die Pflegebedürftigkeit des Angehörigen in gewisser Weise mitverschuldet zu haben, ausgelöst. So führt die Erkenntnis bei pflegenden Angehörigen, z.B. nicht darauf bestanden zu haben, dass der Angehörige das Rauchen aufgibt, häufig zu einem schlechten Gewissen bei den Pflegeleistenden. Die meisten Pflegeleistenden begegnen diesen Schuldgefühlen mit Passivität[189], d.h. sie zählen darauf, dass die Schuldgefühle vorüber gehen, indem sie sich ablenken oder sie versuchen sich klar zu machen, dass sie eigentlich unschuldig sind (= kognitive Umstrukturierung)[190].

---

[189] Der Grund für die große Häufigkeit passiver Verhaltensweisen von Angehörigen muss nicht an einer, der Pflegeperson innewohnenden Trägheit liegen, sondern kann vielmehr Ausdruck für ein Abfinden mit der vorliegenden Situation sein. Dies würde das 5-Phasen-Modell von Kübler-Ross (1973) bestätigen, das die Bewältigung einer Lebenskrise (Krankheit, Sterben, etc.) in fünf Phasen einteilt. Die erste Phase wird mit Nichtwahrhaben wollen und Isolierung beschrieben, die zweite Phase mit Zorn, die Dritte mit Verhandeln, die vierte Phase mit Depression und die fünfte und letzte Phase mit Zustimmung bzw. Annahme der Situation. Dieser Prozess verläuft nicht immer linear und ohne Rückfälle in frühere Phasen. Gerade bei einer Langzeitpflege ist jedoch davon auszugehen, dass Angehörige sich oft in der fünften Phase der Akzeptanz einer (scheinbar) unabänderlichen Situation befinden und daher objektiv beobachtbares passives Verhalten an den Tag legen.

[190] Bmfsfj (1995), Band 49, S. 285.

- **Persönlichkeitsveränderungen bei dementierenden Personen:**

Gedächtnisverlust, Charakterveränderung oder eine Verstärkung „negativer" Charaktereigenschaften (z.B. Verschlossenheit, Aggressivität, Gereiztheit) zählen zu den Hauptbelastungsfaktoren für angehörige Pflegeleistende. Anschaulich verdeutlicht ein Zitat eines Pflegeleistenden aus Frankreich die psychische Belastung, die durch eine Persönlichkeitsveränderung der pflegebedürftigen Person hervorgerufen wird:

„Manchmal schreie ich auf: „Aber das habe ich Dir doch schon tausendmal gesagt!". Das zieht so an den Nerven! Es ist idiotisch, sie anzuschreien, ich weiß ja ganz genau, dass sie es nicht absichtlich tut, sondern weil sie es nicht mehr weiß. Hinterher schäme ich mich." (Frankreich)[191]

- **„Undankbarkeit" seitens des Patienten:**

Neben der Persönlichkeitsveränderung stellt für viele Angehörige auch die ausbleibende Dankbarkeit seitens des Pflegebedürftigen eine seelische Belastung dar. Diese „Undankbarkeit" wird deshalb als persönlich sehr belastend empfunden, weil sie in den Augen des Pflegeleistenden Zeugnis dafür ist, dass seine Pflegetätigkeit nicht anerkannt und sein freiwilliges Engagement als selbstverständlich oder gar unzureichend angesehen wird. Undankbarkeit wird somit als persönliche Kritik wahrgenommen und daher nur schwer verkraftet. So sagen auch 38% der Frauen, dass eine fehlende Anerkennung ihrer Arbeit seitens des Pflegebedürftigen für sie ein psychisches Problem darstellt.[192]

- **Emotionale Spannungen:**

Emotionale Spannungen können aus vielerlei Gründen auftreten. Am meisten Gewicht haben sie für den Pflegeleistenden, wenn sie innerhalb der Pflegebeziehung auftreten und von grundsätzlicher Natur sind. Davon kann man sprechen, wenn die Pflegebeziehung aufgrund einer gestörten Vorbeziehung beider Personen belastet ist oder beide Personen aufgrund ihrer unterschiedlichen Persönlichkeiten und den dazugehörigen Biographien nur schwer miteinander auskommen. Nicht zuletzt können emotionale Spannungen gerade bei der Pflege dementierender Personen auftreten, da sich hier die ursprüngliche Persönlichkeit des pflegebedürftigen

[191] Zitat entnommen aus: Jani-Le Bris (1993), S. 99-100.

[192] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 281.

Menschen mehr und mehr verändert. Neben den genannten emotionalen Spannungen innerhalb der Pflegebeziehung, können auch Spannungen innerhalb der eigenen Familie oder innerhalb des sozialen Umfeldes den Pflegeleistenden stark belasten.

- **Furcht vor negativen Konsequenzen am Arbeitsplatz:**

Bei erwerbstätigen Pflegeleistenden entsteht hin und wieder eine zusätzliche seelische Belastung durch die Furcht, aufgrund der vielen Unregelmäßigkeiten den Arbeitsplatz zu verlieren. Diese oft als existenziell empfundene Belastung kann die psychischen „Kosten“ eines Pflegeleistenden stark erhöhen.

- **Fehlende Rückzugsmöglichkeit:**

Als letzter Punkt sei eine seelische Belastungsform angeführt, deren Besonderheit darin besteht, dass sie die anderen psychischen Belastungen verstärken kann. Sobald Menschen die Chance genommen wird, allein sein zu dürfen, wird ihnen auch die letzte Möglichkeit genommen, sich von anderen Belastungen und Stresssituationen zu erholen. Insofern ist gerade bei Haupthelfern im gemeinsamen Privathaushalt, die oft rund um die Uhr beim Pflegebedürftigen Pflegetätigkeiten verrichten müssen, die fehlende Rückzugsmöglichkeit eine ernst zunehmende Belastungsform.

FAZIT: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass alle angeführten Arten von Belastungen drei verschiedenen Ebenen zugeordnet werden können. Die erste Ebene enthält Belastungen, die aus der Situation des Angehörigen selbst resultieren, die zweite Ebene gibt Belastungen aufgrund der Situation des Pflegebedürftigen wieder und in Ebene drei sind Belastungen zu finden, die aus der Beziehung zwischen Pflegeleistendem und Pflegebedürftigem hervorgehen.

Um aber letztlich einen Eindruck über die Bedeutung bzw. Stärke der sehr unterschiedlichen Belastungen bzw. „Kosten“ für den durchschnittlichen Pflegeleistenden im Privathaushalt zu gewinnen, sollen einzelne Studien angeführt werden, die Daten zu der Stärke der Hauptbelastungen oder zu der Belastung von Pflegeleistenden im Privathaushalt insgesamt erhoben haben. Die am häufigsten genannten Belastungsbereiche in der häuslichen Pflege für pflegende Ehefrauen

sind körperlich schwere Pflegeaufgaben (77%), der Verlust an frei einteilbarer Zeit (67%), eigene gesundheitliche Probleme seit Pflegebeginn (83,5%), Sorgen um die eigene Gesundheit (76,7%), eine Beunruhigung aufgrund physischer und psychischer Veränderung des Pflegebedürftigen (79,3%), emotionaler Verlust des pflegebedürftigen Partners (73,5%) sowie die Angst vor Tod oder Krankheit beider Beteiligten (72,8%).[193] Das Infratest-Pflegeintervallmodell von 1992 gibt einen Gesamtüberblick über die Belastungsstärke pflegender Angehöriger. Die folgende Tabelle macht klar, was bereits intuitiv einleuchtend ist, dass die empfundene Belastungsstärke mit der Reduzierung des zeitlichen Pflegeaufwandes zurück geht.

Belastungsstärke nach Schwere der Pflegebedürftigkeit			
Belastungsstärke Pflegebedarf	sehr stark	eher stark	eher weniger
Ständiger Pflegebedarf	78%	19%	3%
Täglicher Pflegebedarf	56%	39%	14%
Mehrfach wöchentlicher Pflegebedarf	33%	53%	14%

Tabelle 43: Empfundene Belastungsstärke der pflegenden Angehörigen nach Schwere der Pflegebedürftigkeit[194]

Die Infratest-Repräsentativerhebung von 1998 stellt im Vergleich zu 1992 allgemein eine etwas niedriger empfundene Belastung der Hauptpflegepersonen im Privathaushalt fest. Sehr stark belastet fühlten sich 40%, eher stark belastet 43%, eher weniger belastet 12% und gar nicht belastet lediglich 2% der Befragten.[195] Diese abweichenden Ergebnisse könnten einerseits auf eine andere Zusammensetzung der Befragten bzgl. der Pflegequantität bzw. -qualität zurückzuführen sein. Zudem ist es denkbar, dass im Zuge der Einführung der Pflegeversicherung die entstehenden ambulanten Pflegedienste zu einer gewissen Entlastung der pflegenden Angehörigen im Privathaushalt beigetragen haben.

Dass die empfundenen Belastungen von pflegenden Angehörigen jedoch weiterhin als schwerwiegend zu bezeichnen sind, zeigt eine 1995 durchgeführte Studie zum

[193] Daten entnommen aus: Bmfsfj (1995), Band 49, S. 287.

[194] Quelle: Bmfsfj (1996), Band 111.2, S. 142f, aus Pflegeintervallmodell 1992.

[195] Daten entnommen aus: BmGusS (2000), Band 127, S. 56.

Auftreten eines Burnout-Syndroms[196] von pflegenden Angehörigen im Privathaushalt.[197] Das Ergebnis dieser Studie war, dass bei 7% der befragten Personen ein akutes Burnout-Syndrom vorlag, bei nahezu ¼ (22%) ein hohes Burnout-Syndrom, knapp 2/5 (39%) einer mittleren Burnout-Kategorie zuzuordnen sind und nur bei 1/3 (30%) ein niedrigeres oder kein Burnout-Syndrom zu finden ist. Das Ausmaß des Burnout-Syndroms ist dabei abhängig von der zur Verfügung stehenden Zeit, der psychischen und physischen Belastbarkeit des pflegenden Angehörigen und dessen pflegerischen Kompetenzen. Weiterhin fallen die finanzielle Möglichkeit, ambulante Dienste in Anspruch zu nehmen, sowie die Zufriedenheit mit der eigenen Pflegeleistung ins Gewicht.

Diese Untersuchung erbrachte erstmals den Nachweis, dass neben professionell Pflegenden auch pflegenden Angehörige im Privathaushalt ein Burnout-Syndrom erleiden, und zwar in einem so hohen Ausmaß, dass viele Angehörige dringend einer Unterstützung bedürfen, um ihre Pflegetätigkeit fortsetzen zu können.

4.3.2 Familiale Betreuung und Pflege in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Nachdem die Vorteils-/Nachteils-Kalkulation von (potenziell) Pflegeleistenden im Privathaushalt analysiert wurde, gilt es nun, sich in die „Kosten“ bzw. den „Nutzen“ von Pflegeleistenden in Altenpflegeeinrichtungen hineinzudenken. Noch weniger als die „Kosten“ oder der „Nutzen“ der Übernahme von Pflegeleistungen im Privathaushalt, waren jedoch bisher die Vor- bzw. Nachteile eines Pflegeengagements in Heimen Gegenstand empirischer Untersuchungen. Dies zwingt die Autorin der vorliegenden Arbeit zu großen Teilen auf Ergebnisse der eigenen Pilotstudie aus 2002/2003 zurückzugreifen. Um eine Vergleichbarkeit mit den Ergebnissen im Privathaushalt herzustellen, wird in diesem Abschnitt nach der

[196] Unter einem Burnout-Syndrom versteht man einen Erschöpfungszustand in körperlicher, emotionaler als auch geistiger Hinsicht, der meist dazu führt, dass die Betroffenen ihrer (Pflege-) Tätigkeit nicht mehr nachgehen können.

[197] Siehe dazu Mattmueller (1995). Zum Burnout von pflegenden Angehörigen mit dementierenden alten Menschen siehe die Studie von Almberg (1997).

gleichen Struktur vorgegangen, auch wenn dabei manche Untersuchungsbestandteile lückenhaft bleiben müssen.

4.3.2.1 Interaktionsunabhängiger „Nutzen“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen

A Materieller Nutzen

Im Gegensatz zu einer Pflegeübernahme im Privathaushalt bietet die Pflegeversicherung keine finanziellen Leistungen für ein Pflegeengagement von Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen. Interessant ist jedoch die Regelung, durch eine Pflegeübernahme Rentenansprüche erwerben zu können. Die entsprechende gesetzliche Regelung sieht zwar vor, dass die Pflege in häuslicher Umgebung stattfinden muss. Laut Straub (1995)[198] kann als häusliche Umgebung jedoch auch das Altenwohnheim sowie das Altenheim gewertet werden. Bei einem Pflegeengagement von regelmäßig mehr als 14 Stunden wöchentlich, könnte so der angehörige Pflegeleistende auch Rentenansprüche bei einem Engagement in einer Altenpflegeeinrichtung erwerben. Da jedoch entweder das zeitliche Ausmaß dieses Engagements für die meisten Angehörigen von Heimbewohnern nicht möglich ist, sich das Engagement aufgrund der hohen Heimkosten kaum auszahlt oder die Altenpflegeeinrichtungen Angehörigen aus organisatorischen oder versicherungstechnischen Gründen nicht die Möglichkeit geben (können), sich in diesem Umfang an der Pflege zu beteiligen, bleibt die Chance, einen Rentenanspruch durch eine Pflegeübernahme in Altenpflegeeinrichtungen zu erwerben, in den meisten Fällen rein theoretischer Natur.

B Immaterieller Nutzen

Nicht anders als bei der Pflegeübernahme im Privathaushalt stellt die Identifizierung der dahinter liegenden Motive und damit des immateriellen „Nutzens“ dieser Hilfe- bzw. Pflegeleistung ein nicht unerhebliches Problem dar. So ist es auch bei einem Pflegeengagement von Angehörigen in Heimen außerordentlich schwierig, einen Überblick über die Motivlage des Hilfe- bzw. Pflegeleistenden zu bekommen, da

[198] Siehe dazu: Straub (1995), S. 256-258.

einerseits bei einer Befragung stets die soziale Erwünschtheit von Motiven in großem Maße in die Beantwortung gegenüber Dritten eingeht. Andererseits kann sogar angenommen werden, dass die soziale Erwünschtheit nicht nur maßgeblich für die Außendarstellung der eigenen Motive ist, sondern dass die soziale Erwünschtheit auch die Interpretation des eigenen Tuns bestimmt. Dies kann dazu führen, dass sich die Pflegeleistenden oft selbst nicht wirklich im klaren sind, warum bzw. aus welchen Motiven sie die Pflege, unabhängig von gesellschaftlich erwarteten Motiven, übernommen haben. Dies trifft noch stärker auf ein Pflegeengagement in Heimen zu, da hier der pflegeleistende Angehörige im Gegensatz zu einer Pflege im Privathaushalt selten andauernd mit der Pflegesituation konfrontiert und daher weniger gezwungen ist, über sein eigenes Engagement und die zugrunde liegenden Motive nachzudenken. Außerdem ist davon auszugehen, dass eine Hilfe- bzw. Pflegemotivation aus einem ganzen Bündel an Motiven besteht, die sich im Laufe der Zeit und mit Veränderung der Pflegebeziehung immer wieder wandeln, so dass andere Motive in den Vordergrund treten.

Trotz dieser Schwierigkeiten soll hier wieder versucht werden, die auffälligsten Motive bzw. Motivkomplexe zu extrahieren, um so einen möglichen immateriellen Nutzen der Hilfe- bzw. Pflegeleistenden zu veranschaulichen.

Die Befragung im Auftrag des Kuratoriums DA von 2000[199] beschäftigt sich nur sehr allgemein mit möglichen Motiven für einen Besuch bzw. eine Beteiligung an pflegerischen Aufgaben in Altenpflegeeinrichtungen. Die Ergebnisse zeigen jedoch, dass die Motive der Angehörigen nicht nur von intrinsischen, sondern auch von externen Faktoren beeinflusst werden. So hatte die Studie zum Ergebnis, dass als Motivation der Übernahme pflegerischer Aufgaben hauptsächlich (77,1%) der eigene Wunsch der Angehörigen nach Mitarbeit im Vordergrund stand. Weiterhin beteiligten sich die Angehörigen, weil die Mitarbeit vom Heimbewohner gewünscht wurde (51,6%), weil eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Heimbewohners eingetreten war (44,3%) oder weil personelle Engpässe es angebracht erscheinen ließen (10,6%). Daten aus der eigenen Pilotstudie 2002/2003 geben noch einen detaillierteren Einblick in mögliche Motive bzw. Motivbündel. So gibt folgende Darstellung die prozentuale Antworthäufigkeit einmal hinsichtlich aller gegebenen

Antworten insgesamt und zum Anderen bezogen auf die Fälle (Anzahl der Befragten) an.

(Besuchs-)Motivation Angehöriger im Altenpflegeheim:

Name	Anzahl	in% der Antworten	in% der Fälle
Tätigkeit erfüllt mich/ macht mir Freude	94	5,8	20,9
Um mein Gewissen zu erleichtern	38	2,4	8,5
Gute Beziehung zum HB aufrecht zu erhalten	327	**20,3**	**72,8**
Aus Pflichtgefühl	130	8,1	29,0
Das schulde ich dem Heimbewohner	201	**12,5**	**44,8**
Aus Nächstenliebe	110	6,8	24,5
Ich möchte die Pflegekräfte entlasten	33	2,0	7,3
Ich liebe den Heimbewohner	261	**16,2**	**58,1**
Wegen der individuelleren Betreuung des Heimbewohners	93	5,8	20,7
Hoffnung auf eigene Betreuung durch Verwandte später	50	3,1	11,1
Um die Lebensqualität des Heimbewohners zu verbessern	223	**13,8**	**49,7**
Um Kontakte zu anderen Besuchern/ Angehörigen zu knüpfen	52	3,2	11,6
Nichts von alledem	2	,1	,4
Antworten insgesamt	1614	100,0	359,5

5 fehlende Fälle; 449 gültige Fälle

Aus obiger Aufstellung ist zu entnehmen, dass Angehörige als Hauptmotive erstens die Aufrechterhaltung der guten Beziehung zum Heimbewohner anführen (ca.72% der Befragten), zweitens die Liebe zum Heimbewohner (rund 58% der Befragten) und drittens, dass sie die Lebensqualität des Heimbewohners verbessern wollen (rund 49% der Befragten). Ein weiteres wichtiges Motiv ist das Gefühl des pflegeleistenden Angehörigen, dem Pflegebedürftigem sein Engagement zu schulden. Auf die diesem Motiv zugrunde liegenden Generationenbeziehungen wird im Kapitelabschnitt 4.4 noch explizit eingegangen werden.

Auffällig war, dass die Motive zum größten Teil vom Geschlecht unabhängig genannt wurden. Nur die Besuchsmotivation „Ich liebe den Angehörigen“ bildete hier eine

[199] Siehe dazu: Kuratorium DA (2000), S. 72-73.

Ausnahme, da sie prozentual deutlich häufiger von weiblichen als von männlichen Angehörigen mit „ja“ beantwortet wurde.[200]

Für eine Strukturierung der in der Pilotstudie erhobenen Motive Angehöriger und damit der Möglichkeit, weitere Einsichten über die Anreizstrukturen von pflegenden Angehörigen zu gewinnen, bietet sich die Aufteilung von Braun (1983)[201] an. Er stellt in seiner Studie fest, dass die Motive von Angehörigen zum einem aus einer familialen Verpflichtung heraus entstehen, die sich wiederum aus einem Bündel aus strukturellen Determinanten, emotionalen Bindungen und rationalen Kalkülen zusammensetzt. Zum anderen haben die Motive Angehöriger ihren Ursprung in der sozialen Verantwortung der Angehörigen selbst. Sowohl die familiale Verpflichtung als auch die soziale Verantwortung können oft religiös begründet sein oder sind aus religiösen Werten abgeleitet. Daneben spielt die positive Resonanz des Pflegeempfängers bzw. der Umgebung auf die Pflegeübernahme eine wichtige Rolle. Greift man noch einmal auf die in der eigenen Pilotstudie 2002/2003 von den Angehörigen angeführten Hauptmotive für eine Pflegeübernahme in Altenpflegeeinrichtungen zurück und versucht diese in das Schemata von Braun einzuordnen, wird deutlich, dass die vier genannten Hauptmotive alle der familialen Verpflichtung zuzuordnen sind. Es muss also davon ausgegangen werden, dass pflegende Angehörige vorrangig dann zu einer Pflegeübernahme bereit sind, wenn sie gegenüber ihrer Familie ein Verpflichtungsgefühl aufgebaut haben. Eine soziale Verantwortung gegenüber der Gesellschaft insgesamt spielt dagegen kaum eine Rolle.

4.3.2.2 Interaktionsunabhängige „Kosten“ der Erbringer familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Aufgrund mangelnder Anhaltspunkte in der Literatur muss auch hier wieder hauptsächlich auf die Ergebnisse aus der eigenen Pilotstudie zurückgegriffen werden. Aus Machbarkeitsgründen musste sich die eigene Pilotstudie jedoch

[200] Siehe dazu: Anhang I, „Zusammenhang: Besuchsmotivation >ich liebe den Angehörigen< * Geschlecht“.

[201] Siehe dazu: Braun (1983a), S. 32ff.

vorrangig auf - ohne großen Aufwand abfragbare - Kosten von Pflegeleistenden in Altenpflegeeinrichtungen, d.h. auf direkte Kosten, beschränken. Eine ausführliche Abfrage der psychischen Kosten mit Hilfe von eigens dafür entwickelten Tests (z.B. dem Pflegekompass[202]) hätte weitere aufschlussreiche Informationen bieten können, konnte aus Kapazitätsgründen aber nicht durchgeführt werden.

A Direkte Kosten

Unter den direkten Kosten pflegeleistender Angehöriger werden hier finanzielle Aufwendungen verstanden, die beispielsweise für Fahrtkosten, Kinderbetreuung oder Übernachtung im Zusammenhang mit dem Besuch oder einem Pflegeengagement in einer Altenpflegeeinrichtung anfallen.

Auch wenn davon auszugehen ist, dass die Mehrheit der Angehörigen in der Nähe der Altenpflegeeinrichtung wohnt, treten doch bei einer Vielzahl der Angehörigen (58,5%) Fahrtkosten auf.

Fahrtkosten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	188	41,5	41,5	41,5
	ja	265	58,5	58,5	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 44: Fahrtkosten

Zusätzlich zu den Fahrtkosten sind in einigen wenigen Fällen Verpflegungs- bzw. Übernachtungskosten bei Angehörigen angefallen. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass der Heimbewohner an seinem Heimatort untergebracht wurde und die Angehörigen (meist Kinder) fernab dem ursprünglichen Heimatort leben.

Übernachtungskosten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	442	97,6	97,6	97,6
	ja	11	2,4	2,4	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 45: Übernachtungskosten

[202] Blom/ Duijnstee (1999).

Verpflegungskosten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	412	90,9	90,9	90,9
	ja	41	9,1	9,1	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 46: Verpflegungskosten

In seiner Eindeutigkeit überraschend war die Tatsache, dass keinem Angehörigen Kosten für die Betreuung eigener Kinder entstanden sind. Ein derart eindeutiges Ergebnis hat wohl seine Gründe darin, dass die Mehrheit aller Pflegeleistenden in Altenpflegeeinrichtungen keine Kinder im betreuungsbedürftigen Alter mehr hat.

Fragt man nach der Höhe der insgesamt entstandenen Kosten, fallen die Antworten sehr unterschiedlich aus. Bei der Mehrheit der Befragten stehen eher geringe Beträge (zwischen 1 und 10 €) im Vordergrund. Die Spannweite ist jedoch sehr groß. So beträgt das Maximum der finanziellen Kosten für den letzten Besuch in einer Altenpflegeeinrichtung 900 €. Dies ist darauf zurückzuführen, dass einige Angehörige aus dem Ausland angereist sind. Der Mittelwert beträgt 28 €, die Standardabweichung 90 €.

Höhe der angefallenen Kosten

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	1 bis 10 €	119	26,3	57,8	57,8
	11 bis 20 €	38	8,4	18,4	76,2
	über 20 €	49	10,8	23,8	100,0
	Gesamt	206	45,5	100,0	
Unbeantwortet		247	54,5		
Gesamt		453	100,0		

Tabelle 47: Höhe der angefallenen Kosten

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass bei rund 64% der Angehörigen direkte finanzielle Kosten durch ihren Besuch bzw. ihr Pflegeengagement entstanden sind.

Es sind keine Kosten angefallen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	292	64,5	64,7	64,7
	ja	159	35,1	35,3	100,0
	Gesamt	451	99,6	100,0	
Unbeantwortet		2	,4		
Gesamt		453	100,0		

Tabelle 48: Keine Kosten

B Opportunitätskosten

Auch bei einem Besuch im Altenpflegeheim oder einer Beteiligung an pflegerischen Aufgaben in einer Altenpflegeeinrichtung entstehen Opportunitätskosten, wenn auch meist in sehr viel geringerem Maße als bei einer Pflege im Privathaushalt.

Zum einen können Kosten aus einer Reduzierung der Berufstätigkeit (Lohnausfall) entstehen. Wie folgende Tabelle zeigt, wäre nur eine Minderheit der Angehörigen, anstelle eines Besuches in der Altenpflegeeinrichtung, ihrer Erwerbsarbeit nachgegangen. Dies hat einerseits seine Gründe darin, dass ein Großteil der Angehörigen bereits im Rentenalter ist, andererseits ist die Mehrheit der Angehörigen in dieser Studie weiblichen Geschlechts, so dass hier auch mit einer geschlechtsspezifisch bedingten geringeren Erwerbstätigkeit zu rechnen ist.

Im Beruf gearbeitet

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	387	85,4	85,4	85,4
	ja	66	14,6	14,6	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 49: Angehöriger wäre seiner Berufstätigkeit nachgegangen

Der Einfluss des Geschlechterverhältnisses wird noch einmal deutlich, wenn man sich die Antworten bezüglich der Opportunitätskosten ansieht, die aus dem Wegfall der, für die eigene Familie zur Verfügung stehenden Zeit erwachsen. So wurde gerade aufgrund des hohen Frauenanteils innerhalb der eigenen Pilotstudie die Frage nach einer Erledigung der Hausarbeit bzw. einem Verbringen von Familienzeit mit 61,8% sehr häufig bejaht.

Interessanter Weise geben nur 42,2 % der Befragten an, dass sie, wenn sie auf dem Besuch in der Altenpflegeeinrichtung verzichtet hätten, Freizeit gehabt hätten. Mehr als 57% wären dagegen mit anderen Tätigkeiten beschäftigt gewesen.

Zuletzt wurde nach einer Form von Opportunitätskosten gefragt, die auch gesamtgesellschaftlich von starkem Interesse ist. Analysiert werden sollte, wie viele Angehörige anstatt eines Besuches in der Altenpflegeeinrichtung eine ehrenamtliche Tätigkeit ausgeführt hätten.

Ehrenamtliche Tätigkeiten übernommen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	nein	436	96,2	96,2	96,2
	ja	17	3,8	3,8	100,0
	Gesamt	453	100,0	100,0	

Tabelle 50: Angehöriger wäre ehrenamtlicher Tätigkeit nachgegangen

Wie zu erwarten, wird die ehrenamtliche Tätigkeit durch das Engagement von Angehörigen in der Betreuung und Pflege in Heimen nur sehr unwesentlich beeinflusst; die Opportunitätskosten hieraus bleiben gering.

C Psychische Kosten

Obwohl anzunehmen ist, dass Menschen, die ihre alten Angehörigen in Heimen betreuen bzw. pflegen, aufgrund der unterschiedlichen Intensität der Tätigkeit weit weniger psychisch belastet sind als Menschen, die im Privathaushalt pflegen, sind die seelischen Belastungen für Angehörige in Altenpflegeeinrichtungen nicht zu unterschätzen. Diese psychischen Belastungen für pflegende Angehörige können in zwei Zeiträumen in Erscheinung treten. Erstens können seelische Belastungen bereits im Vorfeld der Heimübersiedlung des alten Menschen festgestellt werden. Am häufigsten berichten Angehörige über diese Art von psychischer Belastung, die zuvor den Heimbewohner zu Hause gepflegt haben. Laut Daten von Kühnert (1991) geben über die Hälfte der Befragten an, ein schlechtes Gewissen sowie Angst vor der ablehnenden Reaktion des alten Menschen bezüglich der Heimübersiedlung zu haben. Als weitere Belastungsquelle wurden Anpassungsprobleme der Heimbewohner und damit einhergehende Zustandsverschlechterungen (z.B. Verwirrtheit, Inkontinenz) genannt, die zu einer Verstärkung des schlechten Gewissens beim Angehörigen führen. Diese Belastungen wurden noch intensiviert, sobald andere Familienangehörige die Notwendigkeit der Heimübersiedlung in Frage stellten.

Belastung	ja	nein	keine Angaben
Schlechtes Gewissen	52,1%	27,1%	20,8%
Zustände im Heim	47,9%	14,6%	37,5%
Anpassungsprobleme	35,4%	33,3%	31,3%
Keine fam. Unterstützung	22,9%	6,4%	70,8%
Veränderung von Lebensumständen	12,5%	20,8%	66,7%

Quelle: In Anlehnung an Kühnert (1991), S.250.

Tabelle 51: Belastung von Angehörigen im Heim (Mehrfachnennungen möglich)

Belastungen aus der Veränderung von Lebensumständen kann nur ein kleiner Teil der Angehörigen bestätigen. Hiervon betroffen sind insbesondere Angehörige, die eine sehr enge Beziehung zum Heimbewohner hatten (z.B. Ehepartner) und deren tägliches Leben von der Heimübersiedlung betroffen ist. Laut Kühnert (1991) hatten die Angehörigen, die keine Belastung bei der Heimübersiedlung empfanden, entweder keine intensive Beziehung zum Heimbewohner oder fühlten sich von der Sorge um den alten Menschen entlastet. Als weitere Belastungsquelle für Angehörige wurden das Verhalten des Personals sowie die Bedingungen im Heim, wie z.B. unangenehme Gerüche, der Anblick pflegebedürftiger Mitbewohner und damit die Konfrontation mit Krankheit bzw. Pflegebedürftigkeit, als auch Mängel bei der pflegerischen Versorgung angeführt. Diese Belastungen sind meistens dem zweiten Zeitraum, nämlich der Zeit nach der Heimübersiedlung zuzuordnen. Aus den bisherigen Ergebnissen ist abzulesen, dass die Mehrzahl der Angehörigen Belastungen, wenn auch unterschiedlicher Art, vor bzw. während der Phase der Heimübersiedlung ausgesetzt ist. Bestätigt hat sich zwar, dass sich Angehörige (33,3%) teilweise an die belastenden Umstände gewöhnen, jedoch gerade mangelhafte Zustände in einer Altenpflegeeinrichtung einen dauerhaften Belastungsfaktor darstellen.

Die eigene Pilotstudie 2002/2003 befragte Angehörige ausschließlich zu Belastungen, die im Zeitraum nach der Heimübersiedlung durch die Betreuung bzw. Pflegetätigkeit entstanden. Dies geschah auf zwei Weisen: Zum einen wurde nach

der subjektiven Gesamtbewertung des letzten Besuchs gefragt. Hier stellte sich heraus, dass die Mehrheit der befragten Angehörigen ihren Besuch als befriedigend empfanden.

Gefühl des Angehörigen beim letzten Besuch

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	sehr befriedigend	117	25,8	26,6	26,6
	befriedigend	175	38,6	39,8	66,4
	teils/teils	112	24,7	25,5	91,8
	weniger befriedigend	26	5,7	5,9	97,7
	gar nicht befriedigend	10	2,2	2,3	100,0
	Gesamt	440	97,1	100,0	
Unbeantwortet		13	2,9		
Gesamt		453	100,0		

Tabelle 52: Gefühl des Angehörigen beim letzten Besuch

Um jedoch nicht allein auf dieses Pauschalurteil angewiesen zu sein, sondern detailliertere Ergebnisse zu erhalten, wurden den Angehörigen noch einzelne positive bzw. negative Eigenschaften für ihre Besuchsbeschreibung vorgelegt, denen sie zustimmen oder die sie als nicht zutreffend ablehnen konnten.[203] In der Auswertung wurden die positiven als auch die negativen Eigenschaften zusammengefasst und in folgender Tabelle veranschaulicht:

Bewertung des Besuchs durch die Angehörigen (anhand vorgegebener Eigenschaften)

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Besuch wurde eher als nicht belastend empfunden	273	60,1	60,3	60,3
	Besuch wurde als teilweise bis sehr belastend empfunden	180	39,6	39,7	100,0
	Gesamt	453	99,8	100,0	
Unbeantwortet		1	,2		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 53: Bewertung des Besuchs durch Angehörige

[203] Zu den einzelnen Eigenschaften siehe Anhang I, „Einzelne Besuchseigenschaften“.

Hieraus wird deutlich, dass - im Vergleich zur pauschal gestellten Frage -, doch viele Angehörige ihren Besuch bzw. ihre Pflegetätigkeit als zumindest teilweise seelisch belastend empfunden haben.

FAZIT: Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Angehörige in Altenpflegeeinrichtungen zum Großteil in einem wesentlich geringeren Maße Belastungen ausgesetzt sind als Pflegeleistende im Privathaushalt. Und dies gilt sowohl für finanzielle, körperliche und psychische Belastungen als auch für entstehende Opportunitätskosten. Der entscheidende Faktor für diese festzustellende Differenz ist der bei der Betreuung bzw. Pflege entstehende, unterschiedliche Zeitaufwand. Während ein Pflegeleistender im Privathaushalt häufig ohne Unterbrechung seine Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben wahrnehmen muss, bleibt dem Angehörigen von Heimbewohnern stets die Möglichkeit, ein eigenes, von der Betreuungs- und Pflegetätigkeit unabhängiges Leben zu führen und das mit der Gewissheit, den Heimbewohner relativ gut versorgt zu wissen.

4.3.3 Bewertung der bisher vorgestellten Anreizstrukturen

In den vorausgehenden Kapitelabschnitten wurde versucht, einen Überblick über den möglichen „Nutzen“ bzw. die „Kosten“ von angehörigen Pflegeleistenden zu geben. Wie bereits zu Beginn des Kapitels erwähnt, ging es bei dieser Bilanzierung von „Kosten“ und „Nutzen“ nicht um eine ökonometrische Berechnung. Ziel war es vielmehr zu analysieren, wie Anreizbedingungen für angehörige Pflegeleistende im Privathaushalt als auch in der Altenpflegeeinrichtung aussehen und damit Erkenntnisse darüber zu gewinnen, inwiefern es wahrscheinlich ist, dass Angehörige eine Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeit für einen alten Menschen übernehmen. Anders formuliert: Es galt herauszufinden, inwiefern Angehörige unter den gegeben Bedingungen bereit sind, überhaupt oder weiterhin alte Menschen zu betreuen und pflegerische Aufgaben zu übernehmen .

Die bisher gewonnen Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

A „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ für den Angehörigen im Privathaushalt

Erhält der betreuende und pflegende Angehörige keine private finanzielle Anerkennung seiner Leistungen, entsteht ihm durch das Pflegegeld von gesetzlicher

Seite nur ein sehr geringer finanzieller Nutzen. Ebenfalls berichten die meisten Studien von einem stark begrenzten immateriellen Nutzen. Zudem ist zu beobachten, dass häufig Bestandteile eines immateriellen Nutzens für Angehörige genannt werden, die auf die Pflegebedürftigkeit des alten Menschen und damit den Mangel seiner Handlungsmöglichkeiten[204] zurückzuführen sind und nicht auf Nutzenbestandteile aus der Pflegetätigkeit selbst. Im Gegensatz zur geringen Höhe des erkennbaren Nutzens stehen die oft immensen physischen, psychischen und auch finanziellen Kosten. Dieses Szenario durch die ökonomische Brille betrachtet, lässt keinen anderen Schluss zu, als den, dass die vorliegenden Anreizbedingungen für (potenziell) pflegeleistende Angehörige unattraktiv sind und man daher davon ausgehen muss, dass Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben im Privathaushalt nicht dauerhaft von Angehörigen übernommen werden.

B „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ für den Angehörigen in der Altenpflegeeinrichtung

Im Vergleich zu der „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ von pflegenden Angehörigen im Privathaushalt ist tendenziell noch ein geringerer Gesamtnutzen für Angehörige in Altenpflegeeinrichtungen auszumachen, da hierfür von gesetzlicher Seite keinerlei finanzielle Anerkennungen vorgesehen sind. Im Vergleich zu den immensen „Kosten“ für den pflegenden Angehörigen im Privathaushalt, sind die „Kosten“ für eine Beteiligung in der Betreuung bzw. Pflege im Altenpflegeheim zwar geringer anzusetzen, von einer ausgewogenen Bilanz zwischen „Kosten“ und „Nutzen“ kann aber auch hier nicht ausgegangen werden. Auch diese „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ zwingt somit zu der Annahme, dass Angehörige dauerhaft keine betreuenden oder pflegerischen Aufgaben in Altenpflegeeinrichtungen übernehmen werden.

Ob diese Schlussfolgerungen auch der Realität standhalten, können Daten für die Pflegebereitschaft von Angehörigen zeigen. Folgt man der Annahme eines starken “Kostenüberhanges“ bei der Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeit von Angehörigen, ist zu vermuten, dass die Pflegebereitschaft sehr gering ausfällt. Dies soll in folgendem Abschnitt geprüft werden.

[204] Siehe dazu Bmfsfj (1995), Band 49, S. 351: z.B. „Pflegebedürftiger Ehemann ist jetzt freundlich und geht nicht mehr fremd.“

1. Die Betreuungs- und Pflegebereitschaft von Angehörigen

Privathaushalt

In seiner Untersuchung[205] von 1987 stellt Ferber fest, dass bis zu 61% der Haushalte eine Pflegeübernahme eines Verwandten als für sie unmöglich ansehen. Dieser doch in seiner Höhe eindeutige Prozentsatz spricht für die Richtigkeit der gemachten Annahme im obigen Kapitelabschnitt. Als Gründe für die Ablehnung einer Pflegeübernahme im Privathaushalt geben die Befragten vorrangig die damit verbundene seelische Belastung (26,4%), die Doppelbelastung von Berufstätigkeit und/oder Kinderbetreuung bzw. Familie (26,3%) sowie mangelndes Platzangebot in einem gemeinsamen Haushalt (25%) an. Zusätzlich werden die unzumutbare Beeinträchtigung der Kinder und ihrer Entwicklung (12%) als auch die finanzielle Belastung (7,4%) durch die Pflegeübernahme angeführt. Staehelin/Bloch[206] weisen außerdem darauf hin, dass die Pflegebereitschaft neben den bereits genannten Einflussgrößen „Wohnungsgröße“ und „Stellung im Beruf“ auch abhängig vom Geschlecht, dem Verwandtschaftsgrad und dem Gesundheitszustand der Befragten ist.

Interessanterweise fallen die Ergebnisse von Rotermund (1995)[207] völlig gegenteilig aus. So geben 67% der Angehörigen an, dass sie einen alten, chronisch erkrankten Menschen zu Hause pflegen würden, während nur 33% der Angehörigen die Pflegeübernahme ablehnen. Auch Rotermund hat nach den Gründen der Angehörigen für ihre Entscheidung gefragt. Als ausschlaggebend für die Übernahme der Betreuung bzw. Pflege gaben die Angehörigen an, dass sie ein Pflegeengagement als ihre Verpflichtung gegenüber dem alten Menschen sehen (40%) und die notwendigen Räumlichkeiten vorhanden seien (24%). Als weitere Gründe folgten, dass die Angehörigen aufgrund ihres Alters sowieso zu Hause seien (14%), 12% sahen in der Pflege eine Lebensaufgabe und 10% gaben sonstige Gründe an. Rotermund erfragte auch die Gründe für eine Ablehnung der Pflegeübernahme. Als ausschlaggebender Punkt wird die Unvereinbarkeit mit der eigenen Berufstätigkeit angegeben (24%), daran anschließend werden die eigene angeschlagene Gesundheit (20%), die eigene Überforderung (19%) und der Mangel

[205] Daten entnommen aus: v. Ferber (1988), S. 40.

[206] Siehe dazu: Staehelin/ Bloch (1985/Nr.30), S. 300ff.

[207] Daten entnommen aus: Rotermund (1995/1996), S. 173f.

an geeigneten Räumlichkeiten (18%) genannt. 7% der Befragten lehnen eine Pflegeübernahme im Privathaushalt aufgrund der familiären Situation, 5% wegen finanzieller Belastungen und 7% wegen sonstigen Gründen ab. Bei aller Unterschiedlichkeit der Ergebnisse von Ferber und Rotermund zeigt sich doch eine Ähnlichkeit bei den Begründungen für eine Ablehnung einer Pflegeübernahme im Privathauhalt.

2. Die Betreuungs- und Pflegebereitschaft von Angehörigen in der Altenpflegeeinrichtung

Um eine ausreichende Datenmenge über die Pflegebereitschaft von Angehörigen in stationären Altenpflegeeinrichtungen zu bekommen, war es notwendig, auch Studien heranzuziehen, deren Daten nicht nur aus Altenpflegeheimen sondern auch aus Geriatrieabteilungen und Krankenhäusern gewonnen wurden. Einer Schweizer Studie[208] zufolge waren die Angehörigen von Pflegebedürftigen grundsätzlich zur Übernahme von pflegerischen Aufgaben in einer geriatrischen Abteilung mit 43% „ja/eventuell“ bereit, 57% dagegen eher nicht bzw. gar nicht. Diese pauschale Aussage lässt sich jedoch, wie bei den Daten im Privathauhalt, weiter differenzieren, da die Pflegebereitschaft von verschiedenen Faktoren abhängig ist. So nimmt die Pflegebereitschaft mit dem Verwandtschaftsgrad und der Stellung im Beruf ab. Zu dem Ergebnis, dass Arbeitnehmer in einer einfachen Stellung zu einem wesentlich höheren Prozentsatz bereit waren, die Pflege zu übernehmen als leitende Angestellte, kommt man jedoch nur auf den ersten Blick. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass keine homogene Verteilung der Geschlechter auf die Positionen im Beruf vorliegt und daher dieses Ergebnis auch ein indirekter Hinweis auf die Geschlechterabhängigkeit der Pflegeübernahme sein kann. Diese Vermutung bestätigt sich bei der Differenzierung der Pflegebereitschaft nach dem Geschlecht. So waren 77% der Frauen, aber nur 23% der Männer bereit, Angehörige zu betreuen bzw. zu pflegen. Weiterhin bestätigen Staehelin/Bloch, dass ein subjektiv guter Gesundheitszustand die Pflegebereitschaft bei Angehörigen stark erhöht. Zehn Jahre später legte Rotermund[209] Ergebnisse vor, die nicht stark von den Schweizer Daten abweichen. Für die Pflegebereitschaft von Familienmitgliedern in Krankenhäusern eruierte Rotermund 52%, die die Frage positiv beantworteten und 48%, die eine

[208] Daten entnommen aus: Staehelin/Bloch (1985), S. 300ff.

[209] Daten entnommen aus: Rotermund (1995/1996), S. 171.

Pflege ablehnten. Für eine Zuspitzung der Ergebnisse auf die Situation in Altenpflegeeinrichtungen wurden in der eigenen Pilotstudie 2002/2003 zusätzlich Daten zur Pflegebereitschaft der Angehörigen erhoben. Die Bereitschaft zur Mitarbeit im Heim insgesamt stellt sich wie folgt dar:

Bereitschaft zur Mithilfe im Heim insgesamt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	Keine Bereitschaft	350	77,1	77,4	77,4
	Bereitschaft	102	22,5	22,6	100,0
	Gesamt	452	99,6	100,0	
Unbeantwortet		2	,4		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 54: Bereitschaft Angehöriger zur Mithilfe im Altenpflegeheim

Im Gegensatz zu den vorausgehenden Studien zeichnen diese Ergebnisse ein sehr negatives Bild. Dies kann jedoch nicht allein auf das Desinteresse der befragten Angehörigen zurückgeführt werden. Vielmehr muss gesagt werden, dass diese Daten lediglich die Bereitschaft der Angehörigen, weitere Aufgaben - über ihr jetziges Engagement hinaus - zu übernehmen, wiedergeben. Um ein wirklichkeitsnäheres Bild zu gewinnen gilt es somit, die hier gemachten Angaben mit dem bereits gezeigten Engagement Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen ins Verhältnis zu setzen. Wie aus Kapitel 3 zu entnehmen, gehen allerdings die Tätigkeiten von Angehörigen im Altenpflegeheim - insbesondere im pflegerischen Bereich – mehrheitlich gegen Null. Vor diesem Hintergrund muss gesagt werden, dass obige Daten nicht weit entfernt von der tatsächlichen durchschnittlichen Pflegebereitschaft entfernt sind. Um so erstaunlicher ist die Tatsache, dass man wesentlich positivere Ergebnisse erhält (zwischen 24% und 71% der Befragten), sobald man detaillierter nach der Bereitschaft, spezifische Tätigkeiten der Grundpflege zu übernehmen, fragt.

Bereitschaft von Angehörigen zur Grundpflege

Name	Anzahl	in% der Antworten	in% der Fälle
Ich würde Bewohner(HB) zum WC führen	51	14,9	30,5
Ich würde meinen Angehörigen waschen	41	12,0	24,6
Ich würde HB frisieren bzw. rasieren	75	21,9	44,9
Ich würde HB an-/auskleiden	57	16,6	34,1
Ich würde ihm beim Essen helfen	119	34,7	71,3
Antworten insgesamt	343	100,0	205,4

287 fehlende Fälle; 167 gültige Fälle

FAZIT: Das aufgrund der unausgewogenen „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ vermutete sehr niedrige Niveau der Pflegebereitschaft Angehöriger, kann sowohl im Privathaushalt als auch in Altenpflegeeinrichtungen mehrheitlich nicht bestätigt werden. Einzelne Befragungen, deren Ergebnisse darauf hindeuten, dass Angehörige zum Großteil eine Pflegeübernahme ablehnen würden, sind zwar nicht von der Hand zu weisen. Deren Ergebnisse mögen aber ihren Ursprung darin finden, dass ein nicht unerheblicher Unterschied zwischen dem Wunsch und der tatsächlichen Verhaltensweise der Befragten, betreuende bzw. pflegerische Aufgaben zu übernehmen, besteht. Gerade bei der Pflege im Privathaushalt scheint sich dies stark auszuwirken, wenn man bedenkt, dass immerhin über 75% aller pflegebedürftigen alten Menschen von Angehörigen zu Hause gepflegt werden.

Gerade diese Tatsache wirft aber die Frage auf, warum - im offensichtlichen Gegensatz zu der bisher angeführten „Kosten-/Nutzen-Bilanz -“ Angehörige überhaupt Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben dauerhaft übernehmen. Als Wissenschaftler besteht nun an einem solchen Punkt die Möglichkeit, die anscheinend falsche Theorie bezüglich der Verhaltenweisen eines „homo-oeconomicus-Angehörigen“ zu verwerfen. Eine Alternative ist es, an die Richtigkeit der theoretischen Annahmen zu glauben und zu untersuchen, welche Einflussgrößen in der bisher erstellten „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ unberücksichtigt geblieben sind. Anders ausgedrückt: Wo liegt ein „ökonomischer Kurzschluss“ vor ? Für die Beantwortung dieser Frage, soll in den folgenden Kapitelabschnitten nach weiteren Einflussgrößen gesucht werden, die das tatsächliche Verhalten, nämlich die relativ hohe, tatsächliche Pflegebereitschaft von Angehörigen erklären können.

4.4 Die Relevanz familialer Generationenbeziehungen für die Ausprägung der interaktionsunabhängigen „Kosten“ bzw. des „Nutzens“ für den Pflegeleistenden

„Die mittlere Generation müsse zum Funktionieren der sozialen Alterssicherung zwei Leistungen erbringen.“ [...] „Zum einen an die nicht mehr erwerbsfähige Generation Unterhaltsmittel abzugeben, zum anderen eine nachwachsende Generation aufzuziehen, die das Sozialprodukt erarbeiten soll, aus dem sie für die heute Erwerbstätigen, wenn diese in das nicht mehr erwerbsfähige Alter eingetreten sein werden, die Unterhaltsmittel abzweigen sollen. Durch die erstere Leistung trägt die erwerbstätige Generation die Schuld ab an die Generation, die die Last ihrer Aufzucht und Ausbildung getragen hat; durch die letztere trifft sie die einzig mögliche Vorsorge dafür, dass auch für sie, wenn sie alt und erwerbsunfähig geworden sein wird, etwas da ist, woraus Unterhaltsmittel für sie abgezweigt werden können.“
(Oswald Nell-Breuning 1978)

Bisher wurden die aus gesellschaftlicher Sicht interaktionsabhängigen und interaktionsunabhängigen Kosten- bzw. Nutzenbestandteile eines durchschnittlichen angehörigen Pflegeleistenden näher beleuchtet. Deutlich wurde dabei, dass die Betrachtung allein dieser „Kosten“ bzw. des „Nutzens“ zu kurz greift, d.h. dass das bisher hergeleitete Resultat, dass Angehörige aufgrund der Übermacht der „Kosten“ kaum bis gar nicht bereit sind, die Betreuung bzw. Pflege eines angehörigen alten Menschen zu übernehmen, nicht mit der Wirklichkeit übereinstimmt. Aus diesem Grund wurde es notwendig zu fragen, welche Einflussfaktoren bisher bei der Analyse sowohl der „Kosten“ als auch des „Nutzens“ übersehen wurden. Der Beantwortung dieser Frage wird in diesem Kapitelabschnitt nachgegangen. Die Arbeitsthese dafür lautet: Familiale Generationenbeziehungen[210] tragen entscheidend dazu bei, dass Angehörige sich zu einer Übernahme von Betreuungs- und Pflegeaufgaben bereit erklären; anders formuliert: Familiale Generationenbeziehungen sind der bisher

[210] Der Begriff „Generationenbeziehungen“ steht für die Austauschbeziehungen in Familien. Er unterscheidet sich damit von dem Begriff „Generationenvertrag“, da dieser nicht familiale Beziehungen, sondern gesamtgesellschaftliche Beziehungen zwischen Generationen beleuchtet.

ausgeblendete, aber entscheidende Einflussfaktor auf die „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ der pflegenden Angehörigen.

Wie sind die angesprochenen Generationenbeziehungen jetzt aber im Kontext des bisher verwendeten Kosten-/Nutzen-Schemas einzuordnen? Folgende Grafik soll dies deutlich werden lassen.

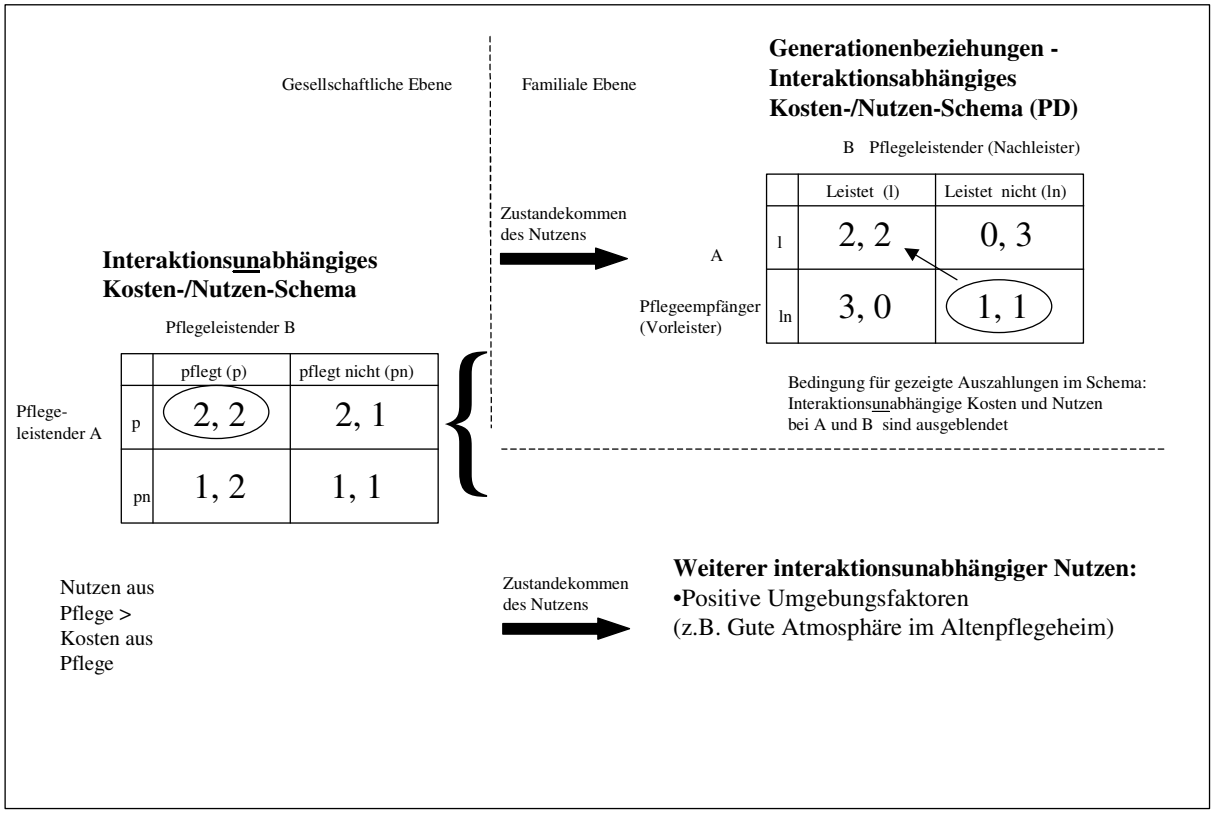


Abbildung 10: Ausdifferenzierung des interaktionsabhängigen Kosten-/Nutzen-Schemas

Zu Beginn des Kapitelabschnitts 4.2 wurde zum ersten Mal eine der obigen Abbildung ähnliche Darstellung verwendet, um einen Überblick über die „Kosten“ bzw. „Nutzenbestandteile“ eines Pflegeleistenden zu geben. Der Bestandteil des interaktionsunabhängigen Nutzens dieses Schemas eröffnet bei näherem Hinsehen ein wesentlich komplexeres Bild und muss daher weiter aufgeschlüsselt werden. Dies versucht Abbildung 10 zu leisten. Erkennbar ist, dass das auf gesellschaftlicher Ebene interaktionsunabhängige Kosten-/Nutzen-Schema jedes Interaktionspartners in zwei weitere Bestandteile unterteilt werden kann die eine Ebene tiefer liegen. Diese Bestandteile auf der familialen Ebene spiegeln einerseits interaktionsunabhängige Kosten- bzw. Nutzenbestandteile wider, andererseits offenbaren sie auch interaktionsabhängige Nutzen- bzw. Kostenbestandteile, die durch die Interaktion zwischen Pflegeleistendem und Pflegeempfänger auf familialer

Ebene entstanden sind. Um diese interaktionsabhängigen „Kosten- bzw. Nutzenbestandteile“ innerhalb der Generationenbeziehungen wird es in diesem Kapitelabschnitt gehen. Schnell wird klar, dass man die jetzt vorliegenden „Kosten- bzw. Nutzenbestandteile“ noch durch zahlreiche weitere Bestandteile auf möglichen, noch tieferen Ebenen weiter aufschlüsseln und so vervollständigen könnte. Da es aber nicht Ziel dieser Arbeit ist, eine vollständige Aufzählung aller „Kosten“ und „Nutzenelemente“ von Pflegeleistenden zu generieren, sondern vielmehr mit Hilfe der gewichtigsten „Kosten- bzw. Nutzenbestandteile“ eine Aussage über das Verhalten von Angehörigen hinsichtlich ihrer Pflegebereitschaft zu machen, soll die bisherige Aufschlüsselung für die weiteren Ausführungen genügen.

4.4.1 Ökonomische Rekonstruktion familialer Generationenbeziehungen

Nachdem die Bedeutung der Generationenbeziehungen in die vorliegende Arbeit eingeordnet wurde, gilt es nun diesen Begriff der Generationenbeziehung mit Inhalt zu füllen und im Sinne dieser Arbeit ökonomisch zu rekonstruieren.

Der Begriff „Generationenbeziehungen“ hat in der Literatur viele Synonyme, die schon einiges über die zugrundeliegende theoretische Vorstellung des jeweiligen Autors preisgeben. Solidarleistungen, Unterstützungsleistungen bzw. –beziehungen und Tauschprozesse sind nur einige dieser Synonyme. Es soll jedoch immer die Bereitschaft zur sozialen Unterstützung innerhalb der Familie in Form von alltäglichen Dienstleistungen sowie von Hilfeleistungen in Notsituationen und Krisen ausgedrückt werden. Unterschiedlich ist nur die Antwort auf die Frage, warum Familienmitglieder bereit sind, sich gegenseitig zu unterstützen. In anderen Worten, wie ist der Begriff „Generationenbeziehung“ wissenschaftlich zu rekonstruieren?

Die individualistische Sozialtheorie bietet hier eine Antwort an, indem sie ein ökonomisches Modell auf die soziale Realität überträgt, d.h., der innerfamiliale Austausch von Unterstützungs- bzw. Solidarleistungen wird als Angebots- und Nachfragesituation wie auf einem Dienstleistungs- bzw. Gütermarkt modelliert. Die gegenseitige Hilfe erfolgt somit unter einem Kosten-/Nutzen-Kalkül. Diese theoretische Rekonstruktion von Generationenbeziehungen, die auch als

„*constrained-choice-Ansatz*“ bezeichnet wird, arbeitet folglich mit einem Doppelargument. Zum einen wird die Annahme der zweckmäßigen Entscheidung eines Individuums (rational choice) gemacht. Zum anderen wird die Gleichwertigkeit von Geben und Nehmen innerhalb der Generationenbeziehungen (Reziprozität) vorausgesetzt. Offen lässt diese Erklärungsweise aber, warum sich dauerhafte Unterstützungsbeziehungen innerhalb einer Familie herausbilden und nicht nur situationsbedingt entsprechend dem Kosten-/Nutzen-Kalkül, die betroffene Person sich je neu einen geeigneten Helfer sucht. Dieses Manko versucht die „*Austauschtheorie*“ zu beseitigen. Einfache Tauschhandlungen[211] werden hier als dauerhafte Beziehungen mit Hilfe der Annahme einer Reziprozitätsnorm modelliert. Es wird unterstellt, dass das Prinzip der Reziprozität, also die hinreichende Gleichheit von Geben und Nehmen, in der Gesellschaft als Wert anerkannt ist. In den Worten von Walter formuliert: „Investitionen in Verwandtschaftsbeziehungen (Beziehungspflege) sind im Hinblick auf Reziprozitätserwartungen eine rentable Anlage in soziales Kapital, deren Rendite in Hilfeleistungen im Alltag und in Krisen besteht.“[212] Gesagt wird damit, dass innerfamiliale Beziehungen kostengünstiger sind, wenn sie reziprok angelegt sind, da hierdurch über einen langen Zeitraum hinweg mit hoher Erwartungssicherheit auf Hilfe zurückgegriffen werden kann.

Generationenbeziehungen können damit als „impliziter Vertrag“[213] über gegenseitige Tauschakte zwischen den unterschiedlichen Familienmitgliedern rekonstruiert

---

[211] Marbach (1994) weist darauf hin, dass ökonomischer Tausch von sozialem Tausch zu unterscheiden ist. Er macht dies an folgenden Charakteristika fest: Sozialer Tausch findet in zwischenmenschlichen Beziehungen statt und zielt in erster Linie auf Bedarfsdeckung ab, während ökonomischer Tausch auf Märkten stattfindet und das Ziel der Gewinnmaximierung hat. Weiterhin beruht der soziale Tausch auf unspezifischen, diffusen Verpflichtungen, die ein gegenseitiges Verpflichtungsgefühl entstehen lassen. Auch ist die Reziprozitätsnorm nicht mit ökonomischer Gleichwertigkeit zu verwechseln, vielmehr führt sie bei Verletzung zu Schuldgefühlen, Reputationsverlust und sozialer Isolation. Für sozialen Tausch ist somit wesentlich größeres Vertrauen in den „Vertragspartner“ notwendig.

[212] Walter (1993), S. 335.

[213] Unter dem Begriff „impliziter Vertrag“ sind Absprachen zu verstehen, die nicht ausdrücklich mündlich oder schriftlich fixiert werden, sondern stillschweigend in Verbindung mit bestimmten Leistungen eingegangen werden. Obwohl diese impliziten Verträge nicht offiziell einklagbar sind, müssen sie nicht weniger bedeutend sein. Die Sicherstellung der „Vertragseinhaltung“ erfolgt meistens durch ein dichtes Netzwerk, in das die beiden Partner eingebunden sind.

werden. Im Vordergrund der Betrachtungen der Literatur stehen vorwiegend die Beziehungen zwischen zwei unterschiedlichen Generationen, also zwischen Eltern und Kindern. Nicht vergessen werden dürfen aber auch die Generationenbeziehungen, die zwischen der gleichen Generation geknüpft sind. Als Beispiele sind Beziehungen zwischen Geschwistern oder (Ehe-)Partnern zu nennen.

Zusätzlich zu den genannten Formen von Generationenbeziehungen mit gegenseitigen Unterstützungsleistungen treten jedoch auch Beziehungen auf, deren Unterstützungsleistungen vor einem trans-generationalen Hintergrund erbracht werden. Diese, meist traditionelle, Vorstellung gibt folgender Gedanke wieder: >>Das, was ich für meine Eltern tue, werden in Zukunft meine Kinder für mich tun<<. Bei dieser Art der Generationenbeziehungen ist die Austauschtheorie nur sehr beschränkt erkenntnisleitend, da die Annahme einer Reziprozität - wenn überhaupt - nur zeitlich versetzt und für das gesamte Familiennetzwerk zutreffend ist.

Das bisher Gesagte kann damit wie folgt zusammengefasst werden: Voraussetzung für ein Zustandekommen und Bestehenbleiben eines impliziten Vertrages über innerfamiliale Unterstützungsleistungen ist eine gewisse Erwartungssicherheit bezüglich der Reziprozität der erbrachten Leistungen, da sonst kein Anreiz besteht, Investitionen zu tätigen. Grundlegend dafür ist, dass die Langfristigkeit[214] diese Vertrages sichergestellt ist. Mit anderen Worten: Der implizite Vertrag darf nicht sanktionsfrei ausbeutbar sein. Dies besagt, dass innerhalb einer Generationenbeziehung sich die Familienmitglieder aufgrund der „face-to-face-Beziehung“ insofern selbst binden, als „defektierendes Verhalten“ eines Familienmitgliedes in Form einer Nicht-Reziprozität durch die anderen Familienmitglieder geahndet bzw. sanktioniert werden kann. Obwohl für erbrachte Unterstützungsleistungen implizit Gegenleistungen erwartet werden (Reziprozität), sind diese Gegenleistungen in den wenigsten Fällen klar definiert. Oft fallen sie zeitlich auseinander und sind aufgrund des subjektiv sehr unterschiedlich zugemessenen Wertes objektiv sehr selten gegeneinander aufrechenbar. Diesen Sachverhalt verdeutlicht Pitrou (1993) noch einmal, indem sie sagt: „Wenn auch der >>rechte Gebrauch von Verwandtschaft<< sich wie von selbst darauf versteht, dass

[214] Probleme können sich bei „modernen“ Lebensformen aufgrund ihres Unsicherheitsgrades ergeben. Hierauf wird in Kapitelabschnitt 4.4.4 näher eingegangen werden.

geleistete Hilfe und Dienste, wenn schon nicht umgehend, so doch zukünftig entgolten werden, so ist eine solche Reziprozität alle andere als eindeutig messbar. Die Schuld ist schwer abwägbar, weil sie sich aus einer Vielzahl akkumulierter kleiner Gesten zwischen Partnern oder Eltern und Kindern zusammenfügt. Oft handelt es sich um eine Art mehr oder weniger langfristiger Investition, deren Dividende weder quantitativ noch qualitativ vergleichbar ist und auch nicht – wie es die Idee der Reziprozität nahe legt – dem Investor selbst zugute kommt."[215]

Dieses Zitat bringt jedoch nicht nur das bisher Gesagte auf den Punkt, vielmehr lässt es durchblicken, dass die Annahmen der Austauschtheorie nicht nur nicht immer ganz unproblematisch sind, sondern, dass anscheinend eine weitere Komponente – nämlich die emotionale Ebene - für eine wirklichkeitsnähere Rekonstruktion von Generationenbeziehungen eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Mit andern Worten: „Nun könnte man im Hinblick auf solche Austauschbeziehungen eine rein in utilitaristischen Kategorien denkende Betrachtung anstellen und jeweils beim Gebenden und Nehmenden nur ein nutzenorientiertes Kalkül unterstellen. Demnach ginge es dem Ersteren nur darum, einen Schuldbrief zu erwerben und später fruchtbar zu machen, seinem Alter ego dementsprechend nur um das Ausnutzen einer sozialen Beziehung unter Prämissen der Zweckdienlichkeit. Nun beruht aber gerade die Besonderheit intrafamilialer Austauschbeziehungen im Unterschied zu marktmäßig oder verwaltungsmäßig organisierten Dienstleistungen darin – und dies wird von allen Befragten unterstrichen – dass erstere die materiellen Inhalte des Austausches aufs engste mit affektiven Gehalten verknüpfen. [...] So kommt es auch, dass die Interaktionen und Austauschbeziehungen entlang dem familialen Lebenszyklus durch die jeweils Etappe für Etappe gestaltete Qualität konkreter Beziehungen geprägt werden: Hilfe wird im Falle von Schwierigkeiten zunächst von dem – oder derjenigen erbeten, welchem oder welcher man sich psychisch am innigsten verbunden fühlt."[216]

Diese Ausführungen machen deutlich, dass die bisher entworfene These einer Vorteils-/Nachteils-Kalkulation der Individuen nicht an Richtigkeit und Wichtigkeit einbüßt oder gar gegenstandslos wird. Vielmehr gilt es, das streng ökonomisch-

[215] Pitrou (1993), S. 81.

[216] Pitrou (1993), S. 82.

marktwirtschaftliche Denken zu einem umfassend ökonomischen Denken hin zu erweitern, das bisher unberücksichtigte Elemente mit einbezieht.

4.4.2 Faktoren für das Zustandekommen eines familialen Solidaritätsvertrages

Dieser Kapitelabschnitt soll dazu beitragen, die bisherige Rekonstruktion von Generationenbeziehungen um eine „emotionale Ebene“ zu erweitern. Bengtson/Roberts haben 1975 erstmals versucht, Generationenbeziehungen über die drei Elemente „affection“ (Bedeutung von gegenseitigen Gefühlen), „association“ (Interaktionshäufigkeit), und „consensus“ (Gleichheit in Normen, Anschauungen, etc.) zu erklären, die sie als Bestandteile der intergenerationalen Solidarität ansahen. Sie gingen davon aus, dass diese drei Elemente stark wechselseitig von einander abhängig sind, d.h., ist eines dieser Solidaritätselemente stark ausgeprägt, ist davon auszugehen, dass die anderen dies ebenfalls sind. Durch empirische Tests zeigte sich jedoch, dass sich diese Annahme nicht vollständig bestätigen ließ. So wurde das ursprüngliche Modell im Laufe der Zeit überarbeitet und in mancherlei Hinsicht erweitert. Erkenntnisleitend im Sinn der vorliegen Arbeit ist vor allem die theoretische Erweiterung der Bestandteile hinsichtlich der intergenerationalen Solidarität. Bengtson/ Roberts rekonstruierten die intergenerationale Solidarität somit wie folgt:

Six Elements of Intergenerational Solidarity

Construct	Nominal Definition	Empirical Indicators
Associational Solidarity	Frequency and patterns of interaction in various types of activities in which family members engage	1. Frequency of intergenerational interaction (face-to-face, telephone, mail) 2. Types of common activities shared (recreation, special occasions)
Affectual Solidarity	Type and degree of positive sentiments held about family members, and the degree of reciprocity of these sentiments	1. Ratings of affection, warmth, closeness, understanding, trust, respect etc. for family members 2. Ratings of perceived reciprocity in positive sentiments among family members
Consensual Solidarity	Degree of agreement on values, attitudes, and beliefs among family members	1. Intrafamilial concordance among individual measures of specific values, attitudes, and beliefs 2. Ratings of perceived similarity with other family members in values, attitudes, and beliefs
Functional Solidarity	Degree of helping and exchanges	1. Frequency of intergenerational exchanges of assistence (financial, physical, emotional) 2. Ratings of reciprocity in the intergenerational roles
Normative Solidarity	Stregth of commitment to performance of familial roles and to meeting familial obligations	1. Ratings of importance of family and intergenerational roles 2. Ratings of stregth of filial obligations
Structural Solidarity	Opportunity structure for intergenerational relationships reflected in number, type, and geographic proximity of family member	1. Residential propinquity of family members 2. Number of family members 3. Health of family members

Quelle: Bengston/Roberts (1991), Journal of Family and Marriage 53, S. 857.

Tabelle 55: Sechs Elemente der intergenerationalen Solidarität

Zu den im ursprünglichen Modell eingeführten Solidaritätselementen kommen im überarbeiteten Modell weitere drei Solidaritätselemente („functional, normative and structural solidarity“) hinzu. Die „functional solidarity“ steht für instrumentelle Hilfe in den Bereichen „Haushaltsführung“, „Transport“, „persönliche Pflege“, „finanzielle Hilfe“ und „emotionale Unterstützung“. Kurz gesagt: Die funktionale Solidarität gibt den Austausch von Sach- und Dienstleistungen zwischen den Familienmitgliedern wieder. Die strukturelle Solidarität „structural solidarity“ beleuchtet die geographische Entfernung zwischen den Familienmitgliedern. Schlussendlich wurde das Modell noch um die „normative solidarity“ ergänzt. Dieses Solidaritätselement versucht, das Verpflichtungsgefühl der Kinder gegenüber ihren Eltern zu erfassen.

Betrachtet man diese Vielfalt der Dimensionen eines Solidaritätsvertrages wird deutlich, dass die bisherige ökonomische Rekonstruktion von Generationenbeziehungen zu kurz gegriffen hat, um intergenerationale Beziehungen wirklichkeitsnah erklären zu können. Daher gilt es, den Blickwinkel zu erweitern und neben dem reinen intergenerationalen Sach- und Dienstleistungsgüteraustausch

beispielsweise den Austausch von gegenseitiger Zuneigung (affectual solidarity) oder Kommunikation (associational solidarity) mit einzubeziehen. Mit Walter (1993)[217] kann somit zusammenfassend gesagt werden: „Unterstützungs- und damit auch Generationenbeziehungen folgen einem rationalen Kosten-Nutzen-Kalkül in einem Tauschprozess. Oder: Sie werden durch Normen und Verpflichtungen geleitet, die sich in der Bindungsgeschichte von Eltern und Kindern etablieren.“[218] Der Begriff Generationenbeziehungen kann daher sinnvoll mit dem Begriff eines innerfamilialen, impliziten Solidaritätsvertrages (auch ökonomisch) rekonstruiert werden.

Bevor jedoch in Kapitelabschnitt 4.4.4 analysiert wird, wie es um die familialen Solidaritätsbeziehungen in der heutigen Gesellschaft der Bundesrepublik Deutschland bestellt ist und vor allem welche Bedeutung diese Ergebnisse für eine Übernahme von Betreuungs- und Pflegeleistungen haben, soll folgender Kapitelabschnitt die bisher recht abstrakt vorgestellten Solidaritätselemente anhand der Beleuchtung unterschiedlicher Generationenbeziehungen konkretisieren.

4.4.3 Formen des familialen Solidaritätsvertrages: Das Geben und Nehmen in Generationenbeziehungen

Anliegen der bisherigen Ausführungen war es zu zeigen, dass familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen nicht als losgelöste, separate Solidarleistungen betrachtet werden dürfen. Nur so ist zu verstehen, warum Angehörige Pflegeleistungen überhaupt erbringen.[219] Basierend auf dieser Erkenntnis wird im weiteren Verlauf der Arbeit darauf abgehoben, dass familiale Solidarleistungen sowohl zwischen, als auch innerhalb der Generationen im Rahmen eines impliziten Solidaritätsvertrages getätigt

---

[217] Walter (1993), S. 334.

[218] Wobei dieses „oder“ nicht besagen muss, dass die anderen Solidaritätselemente nicht auch von einem unbewussten rationalen Kosten-/Nutzen-Kalkül beeinflusst sind. Es ist vielmehr anzunehmen, dass beispielsweise auch Gefühle der Zuneigung nur dauerhaft jemand anderem entgegengebracht werden, wie sie in irgendeiner Form auf Gegenseitigkeit stoßen und damit wieder einen Nutzen für das entsprechende Familienmitglied generieren.

[219] Siehe dazu insbesondere Kapitelabschnitt 4.3, in dem deutlich wird, dass die „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ eines pflegenden Angehörigen negativ ausfällt, d.h. dass kein ausreichender Anreiz für Angehörige für eine Pflegeübernahme besteht.

werden. Die Formen und vor allem die möglichen Inhalte eines familialen Solidaritätsvertrages sollen nun detaillierter betrachtet werden.

Grundsätzlich gilt, dass die Form eines familialen Solidaritätsvertrages nach der Herkunft der beiden Interaktionspartner zu unterscheiden ist. Gemeint ist damit, dass es eine Rolle spielt aus welcher Generation die Beteiligten stammen. So können zwei Ausprägungen des familialen Solidaritätsvertrages unterschieden werden:

1. Ein Solidaritätsvertrag zwischen zwei aufeinanderfolgenden Generationen in einer Familie, d.h. zwischen Eltern und Kindern. Die diesem Vertrag zugrunde liegenden Leistungen können als **inter**generationale Solidarleistungen bezeichnet werden.
2. Ein Solidaritätsvertrag zwischen der gleichen Generation, d.h. beispielsweise zwischen (Ehe-)Partnern oder zwischen Geschwistern. Die hier erbrachten Solidarleistungen können als **intra**generationale Leistungen bezeichnet werden.

Anzumerken ist, dass diese Unterscheidung in den meisten Fällen rein theoretischer Art ist, da die Mehrheit der Familienmitglieder sowohl in eine intergenerationale als auch in eine intragenerationale Beziehung eingebunden ist.

4.4.3.1 Intergenerationale Beziehungen: Eltern-Kind-Beziehungen

Unter einer Eltern-Kind-Beziehung stellt man sich am häufigsten eine Beziehung zwischen Eltern mit ihren minderjährigen Kindern vor, in der die Hauptrichtung der Solidarleistungen - intuitiv ganz naheliegend - von den Eltern zu den Kindern verläuft. Diese Variante der Generationenbeziehung ist und war auch Gegenstand der meisten wissenschaftlichen Untersuchungen. Erst in neuerer Zeit wurde der Blick geweitet und weitere Formen der Eltern-Kind-Beziehung analysiert. Anzuführen sind hier die Beziehung zwischen Eltern mit ihren erwachsenen, auch häufig bereits in einem eigenen Haushalt lebenden Kindern und vor allem die Beziehung zwischen erwachsenen Kindern und ihren alten Eltern.

Folgender Abschnitt soll nun die Varianten der Eltern-Kind-Beziehung näher beleuchten und kurz zeigen welche Solidarleistungen konkret zwischen den Generationen ausgetauscht werden.

A Eltern unterstützen ihre Kinder:

- Im Kindes- und Jugendalter[220]:

Zu den im (Klein-)Kindes- bzw. Jugendalter erbrachten Solidarleistungen zählen vor allem Aufwendungen für Nahrungs- und Genussmittel, für Bildung, Unterhaltung und Reisen, für Wohnen, Haushaltsführung, Gesundheit, Körperpflege, Verkehrsmittel, Nachrichtenübermittlung, Freizeit und persönliche Ausstattung des Kindes sowie Erziehungs- und psycho-soziale Leistungen.

- Im jungen Erwachsenenalter[221]:

Die Unterstützung erfolgt häufig durch regelmäßige monatliche, finanzielle Zuwendungen oder gelegentliche finanzielle Leistungen bzw. Sachleistungen. Außerdem werden junge Erwachsene häufig durch ihre Eltern haushaltsmäßig (Kochen, Wäsche waschen, Behördengänge, etc.) sowie wohnungsmäßig (Verköstigung, erhöhter Energieverbrauch, Telefonkosten etc.) versorgt. Zudem leisten Eltern für bereits erwachsene Kinder mit eigener Familie persönliche Dienstleistungen in Form von unbezahlter privater Arbeit (z.B. Kinderbetreuung). Neben den genannten Solidarleistungen geben Eltern in den meisten Fällen psycho-soziale Unterstützung.

B Unterstützung der Eltern im mittleren und späteren Erwachsenenalter durch ihre Kinder:

Während die meisten Solidarleistungen im jungen Alter der Kinder von den Eltern erbracht werden, gleichen sich die Leistungen mit fortschreitendem Erwachsenenalter der Kinder zunehmend zwischen den Eltern und ihren Kindern aus oder kehren sich sogar um. So übernehmen erwachsene Kinder für ihre Eltern Haushaltstätigkeiten (Wäsche, Kochen, Putzen, Einkaufen, Behördengänge, schwere oder technische Arbeiten) und kleine Gefälligkeiten, leisten Kranken- oder Altenpflege (z.B. Hilfe bei der Körperpflege, Hilfe bei der Orientierung etc.) sowie

[220] Siehe dazu und für eine Quantifizierung der Solidarleistungen: Weidacher (1993), S. 16-21.

[221] Siehe dazu: Vaskovics (1993), S. 185-202.

finanzielle Unterstützung. Daneben stehen sie bei persönlichen Problemen zur Verfügung und bieten psycho-soziale Unterstützung (z.B. Trost, Rat, Besuche).

Aus vielen empirischen Befragungen wird klar, dass in den Familien Solidarleistungen zwischen Eltern und Kindern nicht alle in dem selben Ausmaß erbracht werden. Dies hängt mit verschiedenen familieninternen und auch externen Faktoren zusammen.[222] Anzuführen ist erstens die sozio-ökonomische Lage der Eltern, d.h. inwiefern diese am gesellschaftlichen Erwerbs- und Einkommenssystem teilhaben. Aber auch ihre Position in der familialen Entwicklungsphase (Stellung im Familienzyklus) spielen eine wichtige Rolle. Weiterhin beeinflusst die Position des Kindes im Bildungs- und Erwerbssystem, sowie die Einkommens- bzw. Wohnsituation und Partnerschaftsform des Kindes das Ausmaß familialer Solidarleistungen. Nicht zuletzt trägt die bestehende Beziehungsqualität zwischen Eltern und ihren Kindern einen nicht unerheblichen Teil zur Quantität und Qualität des Austausches von Solidarleistungen bei.

4.4.3.2 Intragenerationale Beziehungen: Partner- und Geschwisterbeziehungen

Wie bereits weiter oben erwähnt, gibt es neben den intergenerationalen Beziehungen auch Beziehungen zwischen verwandten Personen, die der gleichen Generation entstammen. Hierzu zählen Partnerbeziehungen, Geschwisterbeziehungen sowie „Schwieger-Beziehungen“. Die Formen der gegenseitigen Solidarleistungen innerhalb dieser intragenerationalen Beziehungen entsprechen im Wesentlichen denen zwischen erwachsenen Kindern und ihren Eltern (Haushaltstätigkeiten sowie Kranken- und Altenpflege). Auch unterstützen sie sich gegenseitig bei psycho-sozialen Problemen indem sie z.B. Trost und Rat spenden.

Festzuhalten bleibt somit, dass Familien sowohl auf inter- als auch intragenerationaler Ebene ein Netzwerk aus bereits geleisteten und potenziellen Solidarleistungen darstellen und sich die Solidarbeziehungen in diesem Netzwerk

[222] Siehe dazu: Vaskovics (1997), S. 97-108.

laufend verändern. Allen Solidarleistungen ist jedoch eines gemeinsam: Sie beinhalten entweder:

- Materiell-finanzielle Hilfeleistungen,
- Persönliche Dienstleistungen in Form von unbezahlter privater Arbeit,
- Psycho-soziale Hilfen in Form von Beistand und Rat oder
- Kulturelle und im weitesten Sinne auch Leistungen in Form der Weitergabe von Wissen, Motivationen, Fertigkeiten und Fähigkeiten.

Man könnte jetzt noch tiefer in den Austausch der Solidarleistungen innerhalb der Familien einsteigen und analysieren, welche Generation zu welchem Zeitpunkt welche Solidarleistungen erbringt oder mit Hilfe einer Längsschnittstudie feststellen, inwiefern sich eine objektiv ersichtliche Reziprozität der Solidarleistungen zwischen den Generationen nachweisen lässt. [223] Darauf soll in dieser Arbeit jedoch verzichtet werden. Vielmehr gilt es an dieser Stelle zu fragen, welche Bedeutung der familiale Solidaritätsvertrag für die Übernahme der Betreuung und Pflege alter Menschen durch ihre Angehörigen hat.

4.4.4 Die Bedeutung des familialen Solidaritätsvertrages für die Betreuung und Pflege alter Menschen

Nachdem die Basis für das Verständnis von Generationenbeziehungen mit Hilfe des Solidaritätsvertrages gelegt wurde, gilt es nun zum Ausgangspunkt zurückzukehren und zu fragen, inwieweit die verschiedenen Solidaritätselemente die Entscheidung der Individuen für eine Pflegeübernahme beeinflussen. In die Beantwortung der Frage werden zwei Datenquellen mit einbezogen. Erstens liegen Ergebnisse der OASIS-Studie vor, die einen Einblick in die Ausprägungen der Solidaritätselemente für Deutschland geben können. Darüber hinaus wurden in der eigenen Pilotstudie den Angehörigen der Heimbewohner ausgewählte Fragen zu den einzelnen Solidaritätselementen gestellt. Die Haupterkenntnisse dieser Pilotstudie und der OASIS-Studie werden in folgendem Abschnitt dargestellt.

[223] Hierzu siehe als weiterführende Literatur u.a.: Borchers (1993)/ Marbach (1997), S. 85-96/ Vaskovics (1997), S. 97-108/ Bmfsfj (2001), Band 201 oder auch Bertram (2002 b).

Für das erste Solidaritätselement, die „**associational solidarity**“, wurde in der OASIS-Studie nach der Kontakthäufigkeit zwischen den Eltern und den erwachsenen Kindern gefragt. Auffallend war, dass im Vergleich zu den andern Ländern, die in die Befragung miteinbezogen waren (Israel, Spanien, Norwegen, England) Deutschland die niedrigste Rate sowohl an „face-to-face-Kontakten“ wie an telefonischem Kontakt aufwies. So gaben nur 10,3% (7,6%[224]) an, täglich Kontakt zu haben, 19,4% (34,8%) mehrmals bzw. 20,3% (24,8%) einmal die Woche. Die Ergebnisse der eigenen Befragung in den Altenpflegeeinrichtungen[225] geben ein ganz anderes Bild. Befragt man die Angehörigen nach dem Kontakt zu den pflegebedürftigen Heimbewohnern vor Heimübertritt bestätigt die Mehrzahl einen häufigen bzw. eher häufigen Kontakt (52,2% und 13,4%). Nur eine Minderheit hatte früher kaum Kontakt zum Heimbewohner (8,8%).

Seltener Kontakt - häufiger Kontakt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	seltener Kontakt	40	8,8	10,5	10,5
	eher seltener Kontakt	44	9,7	11,5	22,0
	eher häufiger Kontakt	61	13,4	16,0	38,0
	häufiger Kontakt	237	52,2	62,0	100,0
	Gesamt	382	84,1	100,0	
Unbeantwortet		72	15,9		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 56: Kontakthäufigkeit zwischen Angehörigem und Heimbewohner

Auch hinsichtlich des zweiten Solidaritätselements „**affectual solidarity**“ differieren die Daten der OASIS-Studie mit den Daten der eigenen Pilotstudie.

[224] Die erste Zahl steht für persönlichen Kontakt, die zweite Zahl in Klammern für telefonischen Kontakt.

[225] Alle Fragen beziehen sich auf den Zeitraum vor Heimeintritt des Heimbewohners.

Nähe - Distanz

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	emotionale Nähe	154	33,9	53,3	53,3
	eher emotionale Nähe	76	16,7	26,3	79,6
	eher emotionale Distanz	36	7,9	12,5	92,0
	emotionale Distanz	23	5,1	8,0	100,0
	Gesamt	289	63,7	100,0	
Unbeantwortet		165	36,3		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 57: Emotionale Nähe bzw. Distanz zwischen Angehörigen und Heimbewohner

Während die Frage nach der emotionalen Nähe von einer Vielzahl der Angehörigen von Heimbewohnern positiv (53,3% bzw. 26,3%) beantwortet wird und das Ergebnis damit darauf hindeutet, dass Angehörige mit einer harmonischeren emotionalen Beziehung eher bereit sind, pflegenahe Aufgaben zu übernehmen[226], fallen die Ergebnisse der OASIS-Studie gerade bei den Extrem-Werten sehr viel verhaltener aus[227]. So charakterisieren die Befragten hier ihre emotionale Nähe als extrem hoch mit gerade 11,8%, als sehr hoch mit 35,2% und als hoch mit 42%. Auch mit diesen Angaben liegt Deutschland im Vergleich zu den anderen befragten Ländern wieder an letzter Stelle. Die Resultate einer Studie von Pearlin/ Pioli/ McLaughlin (2001)[228] mahnen noch stärker zur Vorsicht. Bei dem Test der Hypothese, dass die Harmonie einer Beziehung die Pflegebereitschaft beeinflusst, mussten sie feststellen, dass sie keine empirische Bestätigung dafür finden konnten, dass eine bessere Beziehungsqualität und eine geringere Konflikthäufigkeit eine Pflegeübernahme wahrscheinlicher werden lässt.

Zur Erklärung der festgestellten Datenabweichungen, ist insbesondere das unterschiedliche Befragungsdesign zu beachten. So wurden einerseits in der OASIS-Studie sowohl die Eltern als auch die Kinder befragt. In der eigenen Pilotstudie waren

---

[226] Siehe dazu: Anhang I, „Zusammenhang: Grundpflege * Nähe - Distanz“.

[227] Die OASIS-Studie erhebt weiterhin Daten zu familialen Konfliktfeldern bzw. zu der Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen. Dies gründet in der Kritik am Solidaritätsmodell von Bengtson und Roberts (1991), dem vorgehalten wurde, dass es normativ auf eine harmonische Familie abhebt. Siehe dazu auch: Bengtson/ Schaie/ Burton (1995). In neuerer Zeit haben sich insbesondere Lüscher/ Pillemer (2002) mit der Thematik der Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen auseinandergesetzt.

[228] Siehe dazu: Pearlin/ Pioli/ McLaughlin (2001), S. 247.

dagegen nur die pflegenden Angehörigen Zielgruppe der Befragung. Ein relevanter Unterschied besteht des weiteren darin, dass die befragten Eltern in der OASIS-Studie zwar der Altergruppe 75+ entstammen, jedoch damit nicht zwingend hilfe- bzw. pflegebedürftig sind. Bei den Ergebnissen der eigenen Pilotstudie war zudem auffällig, dass eine relativ große Anzahl der Befragten auf die Frage nach emotionaler Nähe nicht antworten wollte oder konnte. Folglich ist davon auszugehen, dass die erhobenen Prozentwerte der eigenen Pilotstudie die tatsächliche Situation positiv überschätzen.

Das Solidaritätselement „**consensual solidarity**“ gibt die gemeinsamen Werte und Absichten zwischen den Generationen wieder. Für Deutschland stellt die OASIS-Studie relativ hohe Übereinstimmungen fest. 6,6% der Befragten bestätigen eine sehr starke Ähnlichkeit, 23,4% eine starke und 42,3% eine ziemlich starke Übereinstimmung der Werte und Meinungen. In der eigenen Studie wurde im Vergleich zu der OASIS-Studie die Frage nicht direkt nach den Werten oder Einstellungen, sondern nach der Gemeinsamkeit der Interessen gestellt. Hintergrund für diese Wahl war es, dass Bertram (2002 e) Anzeichen in seiner Studie dafür fand, „...dass erwartete Hilfe und Unterstützungsleistung im Alter nicht über die Werte und Einstellungen von Personen gesteuert werden, sondern über die emotionalen Bindungen, persönlichen Beziehungen und die gemeinsam verbrachte Freizeit, die ihrerseits nicht notwendigerweise von Werten und Einstellung abhängig ist.“[229] Dies bestätigen auch insofern die in der eigenen Pilotstudie gewonnenen Daten, als eine Vielzahl von Befragten unterschiedliche Interessen im Vergleich zum Heimbewohner angeben.

Gleiche Interessen - unterschiedliche Interessen

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	gleiche Interessen	41	9,0	15,2	15,2
	eher gleiche Interessen	47	10,4	17,5	32,7
	eher unterschiedliche Interessen	73	16,1	27,1	59,9
	unterschiedliche Interessen	108	23,8	40,1	100,0
	Gesamt	269	59,3	100,0	
Unbeantwortet		185	40,7		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 58: Gemeinsamkeit der Interessen zwischen Angehörigem und Heimbewohner

Als viertes Solidaritätselement ist die „**functional solidarity**“ zu nennen. Sie gibt den gegenseitigen Austausch von Leistungen wieder. Folglich wurde nach den unterschiedlichen Leistungen sowie dem Reziprozitätsempfinden der Angehörigen gefragt.

Heimbewohner hat Angehörigem früher zur Seite gestanden:		
	Zustimmung in %	Verneinung in %
HB hat meine Kinder betreut	26,7	73,3
HB hat mich finanziell unterstützt	23,4	76,6
HB hat mich bei persönlichen Problemen beraten	17,9	82,1
HB hat mir im Haushalt/Garten geholfen	24,8	75,2
HB hat weiterhin Aufgaben im Familienbetrieb übernommen	5,3	94,7
HB hat Behördengänge o.ä. für mich erledigt	2,6	97,4
HB hat mir nicht geholfen	21,4	78,6

Tabelle 59: Leistungserbringung des Heimbewohners für den Angehörigen

Etwas erstaunlich sind die hohen Prozentsätze, mit denen Angehörige die Erbringung der abgefragten Hilfeleistungen seitens des Heimbewohners verneinen. Gegen die These einer nicht vorhandenen Leistungserbringung spricht jedoch der hohe Prozentsatz der Verneinung (78,6%) auf die Frage, ob der Heimbewohner keine Leistungen erbracht habe. Aus diesen Resultaten kann nur geschlossen werden, dass für Angehörige andere, hier nicht abgefragte, Leistungen – vielleicht in viel weiter zurückliegenden Lebensphasen der Familie – als Solidarleistungen gewertet wurden und dadurch der Solidaritätsvertrag zustande kam. Diese Vermutung bestätigt das Ergebnis aus der Frage nach der Reziprozität des Solidaritätsvertrages insofern, als der Großteil (47,1% bzw. 57,8%) der befragten Angehörigen einen ausgeglichenen Austausch der Solidarleistungen bestätigen.

[229] Bertram (2002 c), S. 31.

Reziprozität der früheren Beziehung

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ich habe mehr gegeben als bekommen	116	25,6	31,4	31,4
	gleiche gegenseitige Unterstützung	214	47,1	57,8	89,2
	HB hat mich mehr unterstützt als ich ihn	40	8,8	10,8	100,0
	Gesamt	370	81,5	100,0	
Unbeantwortet		84	18,5		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 60: Reziprozität bzw. Ausgewogenheit des Austausches von Solidarleistungen

Eine weitere Bestätigung für die These einer hohen Austauschrate von funktionalen Leistungen zwischen Eltern und ihren Kindern geben die Daten der OASIS-Studie. Gerade bei der „functional solidarity" fällt auf, dass Deutschland hier die höchsten Austauschraten von allen anderen befragten Ländern aufweist. Zwischen 3,3% für finanzielle Unterstützung und 57,3% für emotionale Unterstützung liegen die entsprechenden Werte.[230] Hilfe in vier bzw. fünf Bereichen der „functional solidarity" haben immerhin 21% der Befragten erhalten.

Des weiteren wurde die „**structual solidarity**" untersucht. In der eigenen Studie wurde dafür als empirischer Indikator die Wohnnähe der Familienmitglieder, genauer gesagt, das Wohnen im gemeinsamen Haushalt erfasst. Hier ist festzustellen, dass die Mehrheit der Angehörigen zwar in einem eigenen Haushalt gelebt hat, bei den selbst durchgeführten Experteninterviews kristallisierte sich jedoch heraus, dass der Großteil der Angehörigen im näheren Umkreis zum ehemaligen Lebensmittelpunkt des Heimbewohners und damit auch meistens zur Altenpflegeeinrichtung selber wohnt.

[230] Weitere Werte: 16,3% personal care, 38,3% household chores, 44,1% house repair, 51,5% shopping/transport.

Vor Heimeintritt zusammen mit HB in einen Haushalt gelebt

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	101	22,2	22,7	22,7
	nein	344	75,8	77,3	100,0
	Gesamt	445	98,0	100,0	
Unbeantwortet		9	2,0		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 61: Gemeinsamer Haushalt von Angehörigem und Heimbewohner

Die Daten der OASIS-Studie können die hohe Rate des Zusammenlebens zwischen erwachsenen Kindern und ihren alten Eltern nicht in gleichem Ausmaß bestätigen. Nur 8,4% der Befragten geben hier an, zusammen zu wohnen. Zwar lebt ein Großteil (73,9%) der Befragten weniger als eine Stunde weit auseinander, immerhin 26,2% wohnen jedoch zwischen einer und drei Stunden von einander entfernt. Die Anzahl der weiter entfernt Wohnenden ist in Deutschland gegenüber den meisten anderen befragten Ländern relativ hoch.

Zuletzt soll noch auf die „**normative solidarity**“ eingegangen werden.
Zu ihrer Messung entwickelte die OASIS-Studie vier Statements.[231] Die Mehrheit der Befragten in Deutschland stimmten stark oder sehr stark dem ersten (51,1%) und dritten (64,4%) Statement zu, eine geringere Zahl der Befragten dem zweiten (40,9%) und vierten (37,2%) Statement. Auch die Generationenstudie aus dem Jahr 2001 beschäftigt sich mit der Frage der gegenseitigen Verantwortung und hier speziell mit dem vorhandenen Verpflichtungsgefühl, alte Familienmitglieder zu pflegen.

[231] Die Statements lauten: 1. „Adult children should live close to their parents so that they can help each other.” 2. “Adult children should be willing to sacrifice some of the things they want for their own children to support their aging parents.” 3. “Older people should be able to depend on their adult

Gegenseitige Verantwortung und die Pflicht zur Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder (Prozentdifferenzen = weiß nicht/keine Angabe)												
	Alle Befragten	Altersgruppe (Jahre)			Altersgruppe (männlich)				Altersgruppe (weiblich)			
		Jung 16-34	Mittel 35-59	Alt 60+	**gesamt**	Jung 16-34	Mittel 35-59	Alt 60+	**gesamt**	Jung 16-34	Mittel 35-59	Alte 60+
Eltern und Kinder sind für einander verantwortlich	**81%**	74%	82%	85%	**78%**	68%	81%	84%	**83%**	80%	83%	86%
Jeder sollte für sich selber sorgen und Probleme lösen	**15%**	21%	14%	11%	**17%**	26%	13%	12%	**13%**	15%	14%	10%
Es ist Pflicht, bei Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder mitzuhelfen:												
Ja	**48%**	34%	49%	59%	**47%**	35%	49%	55%	**49%**	34%	49%	61%
Unter Umständen	**43%**	52%	43%	35%	**44%**	50%	41%	41%	**43%**	54%	46%	34%
Nein	**7%**	10%	6%	4%	**7%**	12%	8%	2%	**6%**	8%	5%	6%

Tabelle 62: Gegenseitige Verantwortung und Pflicht zur Betreuung und Pflege älterer Familienmitglieder [Quelle: Generationenstudie 2001, S. 69 [232]]

Wie die Daten der Generationenstudie 2001 zeigen, bejaht die Mehrheit (81%) der Befragten die gegenseitigen Solidarleistungen innerhalb der Familie. Fragt man spezieller nach einem Verpflichtungsgefühl bezüglich der Betreuung und Pflege eines Angehörigen fällt die eindeutige Zustimmung (48%) etwas verhaltener aus. Ein großer Teil (43%) der Befragten macht ihre Zustimmung von bestimmten Voraussetzungen abhängig, was jedoch nicht als Verneinung dieser Leistungsverpflichtung gesehen werden kann. Interessant bei der genaueren Analyse der Daten ist, dass mit zunehmendem Alter der befragten Person, die Stärke des Solidaritätsgedankens zuzunehmen scheint. Dies könnte entweder darauf zurück zu führen sein, dass der Wert der gegenseitigen familialen Hilfe in neuerer Zeit an Bedeutung verliert. Zum anderen könnten die Daten aber auch ein Indiz dafür sein, dass mit der Interaktionsdauer zwischen den Familienmitgliedern der familiale Solidaritätsvertrag an Stabilität gewinnt. Hier ist weitere Forschung notwendig.

---

children to help them do the things they need to do." 4. "Parents are entitled to some return for the sacrifices they have made."

[232] Siehe: Hanns-Seidl-Stiftung, Generationenstudie 2001.

Auch wurde die „normative solidarity“ in der eigenen Pilotstudie analysiert. Hier wurde erhoben, inwieweit sich Rollenvorstellungen bzw. bestimmte Verpflichtungen auf die nächste Generation übertragen haben. Dafür wurde gefragt, ob sich der Angehörige zu einer Betreuungs- bzw. Pflegeübernahme verpflichtet fühlt, weil seine Eltern bereits seine Großeltern betreut bzw. gepflegt haben. Die Antworten der betreuenden und pflegenden Angehörigen von Heimbewohnern hierauf folgten keiner eindeutigen Richtung. Zwar gibt eine nicht unerhebliche Anzahl Angehöriger an, sich nicht aus Gründen transgenerationaler Leistungsvorstellungen zur Pflege verpflichtet zu fühlen (38,3%), bei 34,1% nimmt dieses Verpflichtungsgefühl jedoch einen gewissen Raum ein und 27,6% bejahen sogar dieses Verpflichtungsgefühl.

Verpflichtungsgefühl - falls Ihre Eltern Ihre Großeltern gepflegt hätten?

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	ja	111	24,4	27,6	27,6
	teils/teils	137	30,2	34,1	61,7
	nein	154	33,9	38,3	100,0
	Gesamt	402	88,5	100,0	
Unbeantwortet		52	11,5		
Gesamt		454	100,0		

Tabelle 63: Verpflichtungsgefühl aufgrund transgenerationaler Rollenvorstellungen

Die angeführten Daten zu der normativen Solidarität machen deutlich, dass bei den Einzelnen durchaus ein Verpflichtungsgefühl gegenüber anderen und speziell den pflegebedürftigen Familienmitgliedern vorhanden ist. Die Antwort, worauf sich dieses Verpflichtungsgefühl jedoch gründet, kann mitunter sehr unterschiedlich sein.

Was bedeutet nun aber die Erkenntnis eines vorhandenen Verpflichtungsgefühls zu gegenseitiger Hilfeleistung innerhalb der Familie? Oder anders gefragt:
Welche Bedeutung hat dieses Verpflichtungsgefühl der gegenseitigen Hilfe im Hinblick auf die „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ eines potenziell pflegeleistenden Familienmitglieds?

Folgende Abbildung soll diese Fragen noch einmal theoretisch beleuchten und damit die Beantwortung erleichtern:

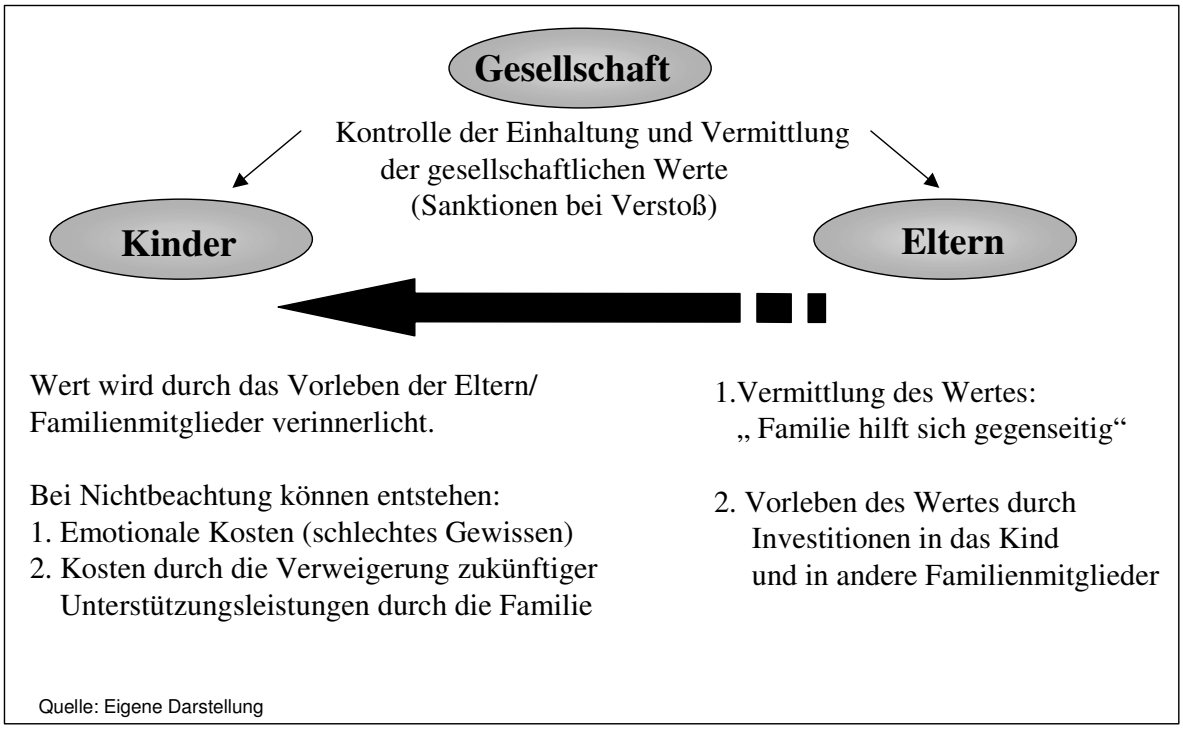


Abbildung 11: Die Bedeutung des familialen Solidaritätsvertrages für die Erbringung von Solidarleistungen

Abbildung 11 zeigt die Situation der Weitergabe des Wertes „Eine Familie hilft sich gegenseitig bzw. in bestimmten Situationen“ (Solidaritätsvertrag) zwischen zwei aufeinander folgenden Generationen. Um diesen Wert an die nächste Generation erfolgreich weitergeben zu können und damit das Zustandekommen und die Aufrechterhaltung des Solidaritätsvertrages zu sichern, bedarf es zweier Anstrengungen der Eltern. Zum Ersten müssen sie den Kindern den Wert der gegenseitigen Solidarleistungen vermitteln und zum Zweiten ist es für die Eltern unerlässlich, die Verwirklichung dieses Wertes auch vorzuleben. Dieses „Vorleben“ manifestiert sich in Investitionen der Eltern, die sie für ihre Kinder tätigen (Solidarleistungen der Eltern für ihre minderjährigen Kinder).

Wie schon weiter oben erwähnt, gibt es neben der intergenerationalen Solidaritätsbeziehung auch Solidarleistungen innerhalb der gleichen Generation, wie z.B. zwischen Geschwistern, in einer „Schwieger-Beziehung oder auch in einer Partnerschaft. Im Gegensatz zu den intergenerationalen Beziehungen fehlt anscheinend gerade bei Partnerschaften der Zeitraum, in dem zum Einen eine gemeinsame Wertebasis und zum Anderen ein gegenseitiger Solidaritätsvertrag durch Investition in Form von Solidarleistungen für den Anderen aufgebaut werden

konnte. Die Problematik des Fehlens der gemeinsamen Wertevermittlung wird in Partnerbeziehungen dadurch gelöst, dass diese meist nur entstehen und dann auch Bestand haben, wenn sich die Wertvorstellungen der beiden Partner im Kernbereich entsprechen. Bezüglich der zweiten Bedingung (Vorleben der gegenseitigen Hilfe) für das Zustandekommen bzw. Bestehen eines Solidaritätsvertrages „...gehört [es] zu den gefährlichen Illusionen unserer sonst so ‚kostenbewußten' Zeit, dass gelingende Partnerschaft und Familie weiterhin als ein ‚freies Gut' gilt, das sich auch ohne Investitionen der Partner quasi von selbst zu entwickeln vermöchte. [....] Investitionen sind notwendig, doch Investitionen - dies weiß man auch aus dem Wirtschaftsleben – kommen nur dann zustande, wenn Verbindlichkeit und Kontinuität gewährleistet sind."[233] Zusammenfassend kann man somit sagen, dass auch in intragenerationalen Beziehungen und insbesondere in Partnerschaften die in Abbildung 11 angeführten zwei Bedingungen für das Zustandekommen eines Solidaritätsvertrages gewährleistet sein müssen – nur mit dem Unterschied, dass diese Bedingungen in kürzerer Zeit erfüllt werden müssen als bei intergenerationalen Beziehungen.

Ist nun aber der Solidaritätsvertrag zustande gekommen, indem die Familienmitglieder den Wert der gegenseitigen Hilfeverpflichtung verinnerlicht haben, kann eine Verletzung des Solidaritätsvertrages – also eine Verweigerung einer Solidarleistung (z.B. Pflegeübernahme) aus für die anderen Familienmitgliedern nicht akzeptablen Gründen - Konsequenzen für den „Verweigerer" nach sich ziehen. Diese „Kosten" könnten sowohl emotionaler Art (z.B. schlechtes Gewissen) als auch realer Art (Verweigerung zukünftiger Unterstützungsleistungen durch die anderen Familienmitglieder) sein. Bezogen auf die Arbeitsthese zu Beginn des Kapitelabschnitts 4.4, die annahm, dass Generationenbeziehungen bzw. Solidaritätsverträge ein entscheidender Einflussfaktor für die Übernahme einer Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeit sind, kann nun gesagt werden: Dadurch, dass einem Familienmitglied, das in einen Solidaritätsvertrag eingebunden ist, bei einer Verletzung dieses impliziten Vertrages nicht unerhebliche „Kosten" entstehen (können), ist zu vermuten, dass die bisherige „Kosten-/Nutzen-Bilanz" aus Kapitelabschnitt 4.3 um „Kosten" bzw. „Nutzenbestandteile" aus einem familialen Solidaritätsvertrag erweitert werden muss. Die Entscheidung eines potenziell Pflegeleistenden hinsichtlich einer Pflegeübernahme darf somit nicht mehr isoliert

[233] Habisch: Unveröffentlichter Vortrag "Schutz der Ehe im Verfassungsrang?", S. 3.

betrachtet werden, um mit ökonomischen Anreizkriterien schlüssig erklärt werden zu können; vielmehr müssen die Vor- bzw. Nachteile, die sich aus vorhandenen familialen Solidaritätsverträgen ergeben, in seine „Kosten-Nutzen-Bilanz“ integriert werden.

FAZIT: Obwohl in der OASIS-Studie zum Teil relativ unterschiedliche Ausprägungen der einzelnen Solidaritätselemente zwischen den Ländern zu finden waren, konnte doch festgestellt werden, dass alle Länder insgesamt eine beachtenswert hohe intergenerationale Solidarität aufweisen. Speziell in Deutschland wurde jedoch ein überraschend uneinheitliches Bild gefunden. Bei der „affectional und associational solidarity“ wies Deutschland die niedrigsten Prozentwerte auf, während es bei der „normative solidarity“ im Mittelfeld und bei der „functional solidarity“ sogar an der Spitze lag. Man könnte daher davon sprechen, dass Deutschland beispielsweise im Vergleich zu Spanien eine relativ stark individualistisch geprägte Gesellschaft aufweist. Beachtenswert ist jedoch, dass auch in dieser scheinbar individualistisch geprägten Gesellschaft familiale Bindungen und intergenerationale Unterstützung weiterhin eine zentrale Rolle spielen.

In Verbindung mit der Tatsche der häufig auftretenden Unabhängigkeit der verschiedenen Solidaritätselemente, wäre es von besonderem Interesse zu analysieren, inwiefern Pflegeleistungen als Bestandteil der „functional solidarity“ abhängig von anderen Solidaritätselementen sind. Einen Hinweis in diese Richtung gibt hier ein Ergebnis aus der eigenen Pilotstudie. So war bei den Ergebnissen besonders auffällig, dass Leistungen der Bewohnerbetreuung anscheinend relativ unabhängig von der Solidaritäts- bzw. Beziehungsqualität („affectional solidarity“) zu einem Heimbewohner geleistet wurden, während Leistungen der Grundpflege anscheinend abhängig von bestimmten Elementen der Generationensolidarität bzw. Beziehungsqualität („affectional solidarity“) sind.

Festzuhalten bleibt, dass einerseits auch heute in der „modernen Gesellschaft“ ein intergenerationaler Solidaritätsvertrag in der großen Mehrzahl der Fälle zustande kommt und damit auch die individuelle „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ beeinflusst, andererseits dieser Solidaritätsvertrag aber nicht unbedingt eine Pflegeübernahme garantiert. Vielmehr gibt auch die OASIS-Studie Hinweise darauf, dass externe

Rahmenbedingungen, wie z.B. ein sehr dominantes staatliches Versorgungssystem, die Entscheidung für eine Pflegeübernahme mit beeinflussen können. Daher muss geschlossen werden, dass ein Solidaritätsvertrag zwar eine notwendige aber keine hinreichende Bedingung für die Übernahme von Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen ist.

5 DIE ERTRAGSRELEVANTE ROLLE DES STAATES IN DER „MODERNEN GESELLSCHAFT“

Bisher wurden „Kosten und Nutzen“ der familialen Pflege aus zwei Blickwinkeln betrachtet, zum Ersten unter einem gesamt-gesellschaftlichen Blickwinkel (Kapitel 3) und zum Zweiten unter einem individuellen Blickwinkel, d.h. unter dem Blickwinkel der Vorteils-/Nachteilskalkulation eines (potenziell) pflegeleistenden Angehörigen (Kapitel 4). Die in Kapitel 3 gemachten Analysen ließen den Schluss zu, dass familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen sowohl im Privathaushalt als auch in Altenpflegeeinrichtungen vorteilhaft für die Gesellschaft sind. Aus Sicht der individuellen Perspektive des pflegeleistenden Angehörigen (Kapitel 4) stellte sich jedoch heraus, dass sich eine Erbringung von Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen häufig nur unter Einbezug eines inter- bzw. intragenerationalen Solidaritätsvertrages für den Pflegeleistenden als vorteilhaft erweist. Als Zwischenfazit kann somit resümiert werden, dass zwar in der Bundesrepublik Deutschland die Gesellschaft insgesamt auf die Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen der Familien angewiesen ist, andererseits im Status quo die Anreizstrukturen für familiale Pflege alter Menschen häufig nicht derart gestaltet sind, dass sie die Erbringung dieser wichtigen Leistung unterstützen bzw. fördern.

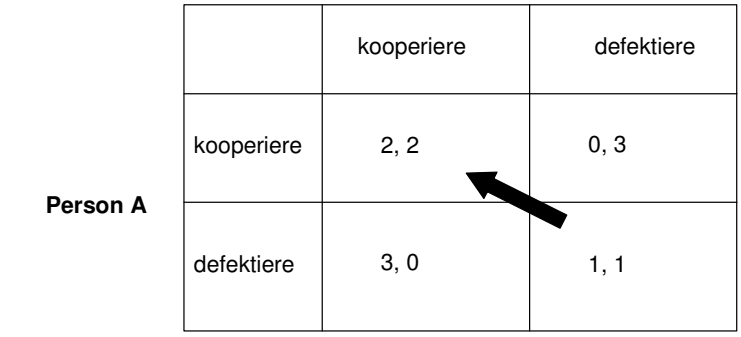
Diese Problematik eines sozialen Dilemmas, d.h., die Tatsache bzw. die Gefahr der Nicht- bzw. Nicht-mehr-Erbringung familialer Leistungen aufgrund fehlender Anreizstrukturen ist Ausgangspunkt des 5. Kapitels. Zielsetzung ist es, der Frage nachzugehen, wie soziale Dilemmata gelöst werden können und wem diese Aufgabe in einer „modernen Gesellschaft“ zukommt. Die in diesem Kapitel zu gewinnenden Erkenntnisse sollen zu einem besseren Verständnis des Zusammenhangs zwischen familialen Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen und Anreizstrukturen mit den ihnen zugrunde liegenden Rahmenbedingungen führen (6. Kapitel).

5.1 Soziale Dilemmata als Signale für ordnungspolitischen Handlungsbedarf

Wie gerade erwähnt, ist es für den Fortgang der vorliegenden Arbeit entscheidend zu fragen, wie soziale Dilemmata gelöst werden können. Für eine Beantwortung ist es notwendig, sich noch einmal die Gedankengänge aus Kapitel 1.3 in Erinnerung zu rufen. Dort wurde gezeigt, dass soziale Dilemmata daraus entstehen, dass Menschen zwar auf einer „Regelebene“ häufig gemeinsame Interessen haben, die Interessen auf der „Handlungsebene“ aber durchaus konfligieren können und damit für beide Interaktionspartner eigentlich vorteilhafte Interaktionen nicht zustande kommen. Das heißt für die Erbringung familialer Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen: Gesamtgesellschaftlich (und damit prinzipiell auch für jeden einzelnen) ist die Erbringung familialer Betreuungs- und Pflegeleistungen zwar grundsätzlich vorteilhaft (Regelebene), auf der Handlungsebene aber liegen konfligierende Interessen vor, so dass eine Pflegeübernahme nicht zustande kommt oder beendet wird.

Um soziale Dilemmata zu lösen und damit eine gelungene Interaktion herbeizuführen, gilt es daher, die konfligierenden Interessen der verschiedenen Individuen zu überwinden, oder - anders ausgedrückt - die Pflegeübernahme anreizkompatibel für den Pflegeleistenden zu gestalten. Dies kann nur geschehen, indem, wie bereits in Kapitel 1.3 erläutert, die relevanten Rahmenbedingungen dahingehend verändert werden, dass gesamtgesellschaftlich positive Interaktionen, auch für die beteiligten Individuen bzw. Akteure einen Nutzen generieren. Mit Nachdruck ist daher festzuhalten: Ein vorhandenes soziales Dilemma zu überwinden heißt, die Rahmenbedingungen für die beteiligten Akteure anreizkompatibel zu gestalten.

Politik als potenzielles Positivsummenspiel



Quelle. Eigene Darstellung

Abbildung 12: Veränderung von Rahmenbedingungen als Lösung sozialer Dilemmata

Diese Abbildung dient nicht ausschließlich der Veranschaulichung eines sozialen Dilemmas, sie hilft vielmehr sich bewusst zu machen, welche Konsequenzen alternative Entscheidungen der Akteure zur Folge haben, da die Opportunitätskosten dieser alternativen Entscheidungen (Interaktion oder Defektion) aufgezeigt werden. Im Status quo der Abbildung sind die Rahmenbedingungen so gestaltet (oder eben nicht aktiv gestaltet), dass die Interaktionspartner dauerhaft keine andere Wahl haben als zu defektieren und damit zwingend nur die schlechteste Lösung (1,1) realisieren können. Diese Lösung kann aufgrund der Nicht-Gestaltung von Rahmenbedingungen auch als „Laissez-faire-Lösung" bezeichnet werden. Die Alternative zur Laissez-faire-Lösung beinhaltet eine Änderung bzw. aktive Gestaltung der Rahmenbedingungen. Durch sie wird eine Selbstbindung der Interaktionspartner zum Vorteil aller, also auch der nicht direkt an der Interaktion Beteiligten, aber allgemein von der Interaktion Betroffenen, erzwungen. Diese Lösung (2,2) kann daher auch „ordnungspolitische Lösung" genannt werden.

In der Zusammenfassung: Die Darstellung eines sozialen Dilemmas „... zeigt die „Kosten" der Laissez-faire-Lösung (Defektion) auf und lenkt den Blick auf ordnungspolitische Lösungen, die eine wechselseitige Besserstellung aller versprechen." [234]

[234] Renner (2002), S. 301.

Bisher wurde nicht weiter darauf eingegangen, wer denn für die Gestaltung bzw. Veränderung von Rahmenbedingungen in der „modernen Gesellschaft“ zuständig ist. Klar ist nur, dass sich in vielen Fällen ein Eingreifen beim Vorhandensein eines sozialen Dilemmas für alle Bürger rentiert. Einen Hinweis auf die Beantwortung der Frage nach dem „Gestalter“ von Rahmenbedingungen in einer „moderne Gesellschaft“ hat jedoch schon die Bezeichnung der Lösung gegeben, die für die Überwindung des sozialen Dilemmas steht - nämlich die „ordnungspolitische Lösung“. Sie zeigt, dass es um den Einsatzbereich der Politik als Ordnungspolitik geht. Zugrundegelegt wird hierbei jedoch die These, dass es Aufgabe des Staates in einer „modernen Gesellschaft“ ist, die Rahmenbedingungen zu setzen bzw. zu verändern, also Ordnungspolitik zu betreiben. Um diese These zu verifizieren, muss zum Einen nach dem Staatssystem „moderner Gesellschaften“ gefragt werden, also danach, wer „Gewalt“ ausübt. Zum Anderen muss darauf aufbauend analysiert werden, welches Staatsverständnis in einer „modernen Gesellschaft“ idealtypischerweise anzutreffen ist. Dahinter steht die Frage nach dem Ausmaß der „Gewalt“, besser nach der Qualität der „Gewalt“.

5.2 Das Staatssystem in der „modernen Gesellschaft“

Um die Frage „Wer übt idealtypischerweise politische Gewalt in einer modernen Gesellschaft aus ?“, beantworten zu können, ist es notwendig, sich die, in „modernen Gesellschaften“ zugrunde liegende Vorstellung über das Verhältnis der Bürger zueinander vor Augen zu führen. Festzustellen ist, dass seit Ende der französischen Revolution im Jahre 1799 Kennzeichen „moderner Gesellschaften“ der Anspruch auf Verwirklichung von Freiheit und Gleichheit aller Bürger innerhalb dieser Gesellschaft ist. Vor diesem Hintergrund ist es nicht verwunderlich, dass im Laufe der Geschichte sich die Demokratie als idealtypisches Staatssystem herausbildete. Denn nur das Wesen der Demokratie wird der Auffassung einer Gleichheit und Freiheit aller Bürger gerecht, indem sie jedem Bürger eine Stimme verleiht, für Entscheidungen prinzipiell die Einstimmigkeit fordert und gleichzeitig jedem Bürger die Möglichkeit eröffnet, sich in politischen Ämtern zu engagieren. So muss grundsätzlich auf die Frage „Wer übt politische Gewalt in einer modernen Gesellschaft aus?“ geantwortet werden: Alle Mitglieder der Gesellschaft, da sie die Souveräne sind. Dass diese Antwort wenig mit

der heute erfahrbaren politischen Wirklichkeit zu tun hat und sich die Mitglieder einer Gesellschaft daher in den seltensten Fällen als „Der Staat“ bezeichnen, ist wohl darauf zurückzuführen, dass diese reinste Form der Demokratie (unmittelbare Demokratie) in keiner „modernen Gesellschaft“ anzutreffen ist. Begründet kann dies dadurch werden, dass es sinnvoller, weil kostengünstiger, für eine Gesellschaft ist, nach bestimmten Abstimmungsregeln Kompetenzen an politische Vertreter abzugeben und in vielen Fällen von der Einstimmigkeitsregel zugunsten einer Mehrheitsentscheidung abzuweichen. Diese Abweichung von der unmittelbaren Demokratie hin zu einer repräsentativen Demokratie mit ihren zahlreichen Ausprägungen[235] und damit die Übertragung vieler Rechte und Kompetenzen an bestimmte politische Vertreter machte die Unterscheidung zwischen „Staat“ und „Volk“ erst möglich. Schlussfolgern kann man daraus, dass - obwohl letztendlich alle Mitglieder der Gesellschaft die politische Gewalt ausüben - in einer „modernen Gesellschaft“ doch davon gesprochen werden muss, dass der Staat oder besser die politischen Vertreter innerhalb eines vorgegebenen Zeitrahmens die politische Gewalt im Auftrag des Volkes ausüben.

5.3 Das Staatsverständnis in der „modernen Gesellschaft“

Im vorigen Kapitelabschnitt wurde mehrmals der Begriff „politische Gewalt ausüben“ gebraucht. Auf eine nähere Spezifizierung, also Klärung, was unter diesem Begriff zu verstehen ist, wurde bisher verzichtet. Dies soll in diesem Kapitelabschnitt nachgeholt werden. Es gilt daher der Frage nachzugehen: „Wie viel Gewalt soll der Staat in einer modernen Gesellschaft ausüben ?“, oder besser „Welche Qualität besitzt diese Staatsgewalt ?“ und mit noch anderen Worten: „Welche Rolle wird dem Staat bzw. den politischen Vertretern in einer „modernen Gesellschaft“ zugeteilt?“
Folgende Abbildung geht dieser Frage am Beispiel der Wirtschaftspolitik nach:

[235] So z.B. Präsidial-Demokratie (USA) oder einer parlamentarischen Demokratie (Frankreich).

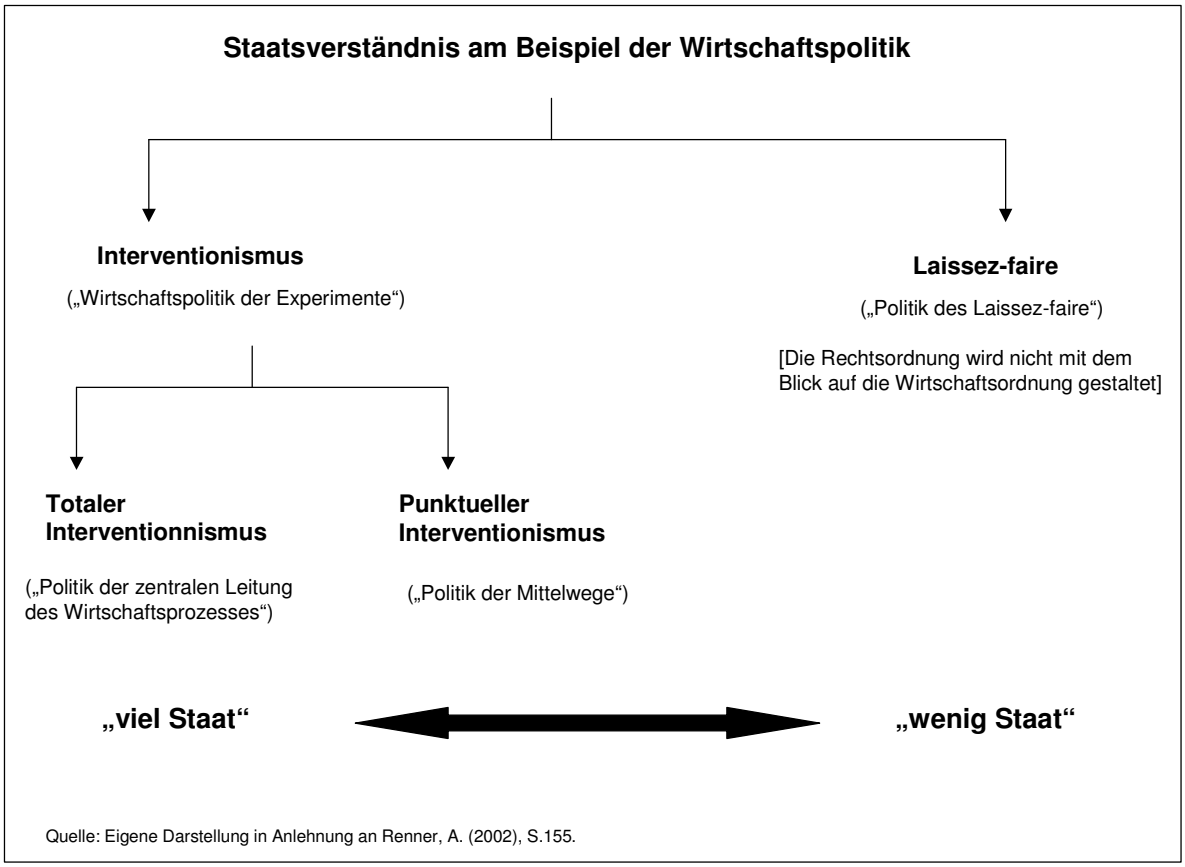


Abbildung 13: Eine eindimensionale Problemwahrnehmung am Beispiel der Wirtschaftspolitik

Häufig wird auch heute noch in „modernen Gesellschaften“ darüber diskutiert, wie stark der Staat sich in Angelegenheiten der Wirtschaft, des Sozialen oder der Familie einmischen soll bzw. darf. Zwar befürworten sehr wenige ein gänzliches Nichteingreifen des Staates und damit die Nichtbeachtung der Probleme der unterschiedlichen Sektoren, wie z.B. Wirtschaft oder Soziales („Laissez-faire-Position“). Auch die Fürsprecher für einen „totalen staatlichen Interventionismus“ sind nach dem Fall vieler kommunistischer bzw. sozialistischer Staatssysteme stark zurückgegangen. Auffallend ist jedoch, dass eine Vielzahl immer noch der Vorstellung anhängt, der Staat sollte einen Mittelweg gehen und daher, wenn immer notwendig, eingreifen („Politik der Mittelwege“). Diese Vorstellung gründet jedoch, wie alle anderen genannten Positionen, auf einem falschen Staats- bzw. Politikverständnis. Denn genauso wenig, wie sich die Frage im Wirtschaftsbereich „Wie viel Wettbewerb soll erlaubt sein?“ sinnvoll beantworten lässt, da es „ein bisschen Wettbewerb“ nicht gibt, sondern nur die Qualität des Wettbewerbs

bestimmbar ist (z.B. Leistungswettbewerb[236] oder ruinöser Wettbewerb), so gilt auch für den gesellschaftspolitischen Bereich: Relevant ist nicht die Entscheidung, ob „viel oder wenig Staat", sondern die Frage nach der Art bzw. Qualität der staatlichen Tätigkeit.

Greift man den Gedanken der sozialen Dilemmata aus Kapitelabschnitt 5.1 wieder auf, wird schnell deutlich, dass ein eindimensionales Staatsverständnis den Problemen und der Komplexität einer „modernen Gesellschaft" nicht gerecht wird. Wie bereits gesagt, muss es darum gehen, soziale Dilemmata – wo gesellschaftlich vorteilhaft[237] - zu überwinden. Und dafür unerlässlich sind geeignete Regeln und Institutionen, die die diversen Interaktionsprobleme außer Kraft setzen können. Im Hinblick auf die Rolle des Staates in einer „modernen Gesellschaft" kann somit festgehalten werden: Aufgabe des Staates ist das Management, also die Gestaltung von Institutionen[238], Rahmenbedingungen oder Regeln, damit die Durchführung von vorteilhaften Interaktionen zwischen den Bürgern ermöglicht oder erleichtert wird und so Kooperationsgewinne für die Gesellschaft insgesamt generiert werden können. Im Unterschied zu dem vorher genannten Staatsverständnis greift der Staat idealtypischerweise nicht mehr direkt in die Handlungsebene der Bürger ein, sondern schafft auf einer übergeordneten Regelebene unter Beachtung der relevanten Alternativen einen Handlungsrahmen für zukünftige Interaktionen.

FAZIT: Im Rückblick auf die eingangs gestellte Frage nach der Lösungsmöglichkeit sozialer Dilemmata kann zusammenfassend folgendes gesagt werden: Soziale Dilemmata, wie z.B. die Nicht-Bereitschaft Angehöriger familiale Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen zu übernehmen, können nur durch die Veränderung der vorhandenen Rahmenbedingungen gelöst werden. Diese Gestaltungsaufgabe fällt in einer „modernen Gesellschaft" dem Staat, genauer, den politischen Vertretern der

---

[236] Der Leistungswettbewerb ist dadurch gekennzeichnet, dass die Konkurrenten um Kooperationschancen (mit dem Kunden) konkurrieren. Siehe dazu Homann/ Suchanek (2000), S. 167ff.

[237] Die Bedingung "Gesellschaftlich vorteilhaft" besagt, dass soziale Dilemmata nur dort gelöst werden sollten, wo die dadurch entstehenden Kooperationsgewinne auch Nutzen bzw. keinen Schaden für die Gesellschaft insgesamt bringen. So wurde in vielen Bereichen Wettbewerb (z.B. Kartellverbot) eingeführt, um Interaktion zu verhindern.

[238] Siehe dazu auch: Homann/ Suchanek (2000), S. 205ff.

Gesellschaftsmitglieder zu. Die Wahrnehmung dieser Rolle wird als Ordnungspolitik bezeichnet[239]. Für die vorliegende Arbeit heißt dies, dass für eine Veränderung der Quantität oder Qualität familialer Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen die Veränderung der zugrunde liegenden Rahmenbedingungen – aufbauend auf einer Status quo-Analyse - notwendig ist. Kapitel 6 soll sich dieser Aufgabe im Sinne einer Politikberatung annehmen.

[239] Dazu anzumerken ist, dass diese Aufgabe nur so lange zum Wohle aller Mitglieder der Gesellschaft erfüllt werden kann, wie davon ausgegangen werden kann, dass die politischen Vertreter im Interesse der Bürger handeln. Doch nicht nur die öffentliche, sondern auch die ökonomische Diskussion hat sich von dieser Vorstellung eines „Gemeinwohl orientierten Politikers" aus gutem Grund verabschiedet. Zurück blieb die Frage nach dem „Wer oder was kontrolliert die politischen Vertreter?" Mit dieser Frage beschäftigt sich der „Public-Choice-Ansatz". Ausgehend von der Annahme eigeninteressierter und eigennütziger politischen Vertreter, kommt er zu dem Schluss, dass in einer „modernen Gesellschaft" der bevorzugende Kontrollmechanismus der Wettbewerb zwischen Parteien und Politikern ist, der diese dazu zwingt, sich nicht zu weit vom Wohle der einzelnen Bürger zu entfernen.

6 RAHMENBEDINGUNGEN UND DEREN GESTALTUNGS-MÖGLICHKEITEN FÜR DIE INTEGRATION VON ANGEHÖRIGEN IN DIE BETREUUNG UND PFLEGE ALTER MENSCHEN

„...diese verschiedenen Kompromissformen [Pflege im Privathaushalt, ambulante Pflegedienste, Altenpflegeeinrichtungen] scheinen also den Interventionsrahmen der Sozialpolitik abzustecken, in deren zukünftiger Konzeption die Realität der Familiensolidarität in der Verbindung mit institutionellen Hilfen integriert sein muss."
(Attias-Donfut, Claudine, 1993)

6.1 Konsensfähigkeit und Anreizkompatibilität als Kriterien für die Beurteilung und Gestaltung von Rahmenbedingungen

„Denn nur eine Politik, deren Wirkungen die davon Betroffenen als ihren Bedürfnissen und Interessen gemäß erfahren, kann unter freiheitlichen Bedingungen das bewirken, was aus Gründen des öffentlichen Interesses bewirkt werden soll"
(Kaufmann, Franz-Xaver 1990)

Im vorausgehenden 5. Kapitel wurde gezeigt, dass Politikberatung für die „moderne Gesellschaft" die Veränderung von Rahmenbedingungen zum Gegenstand hat. Der Beitrag dieses Kapitelabschnitts ist es, den theoretischen Hintergrund für die Frage nach den Kriterien bzw. Voraussetzungen der Gestaltung dieser Rahmenbedingungen in der „modernen Gesellschaft" zu liefern.

Greift man den demokratischen Anspruch von freien und gleichen Bürgern nochmals auf und betrachtet ihn im Zusammenhang mit einer Politikberatung für die „moderne Gesellschaft", wird deutlich, dass sich diese Beratung, will sie dem Anspruch eines „normativen Individualismus" gerecht werden, nur auf bestimmte Kriterien für ihre Entscheidungen berufen kann. [240]

[240] Siehe zur Diskussion normativer Kriterien Renner (2002), S. 294ff.

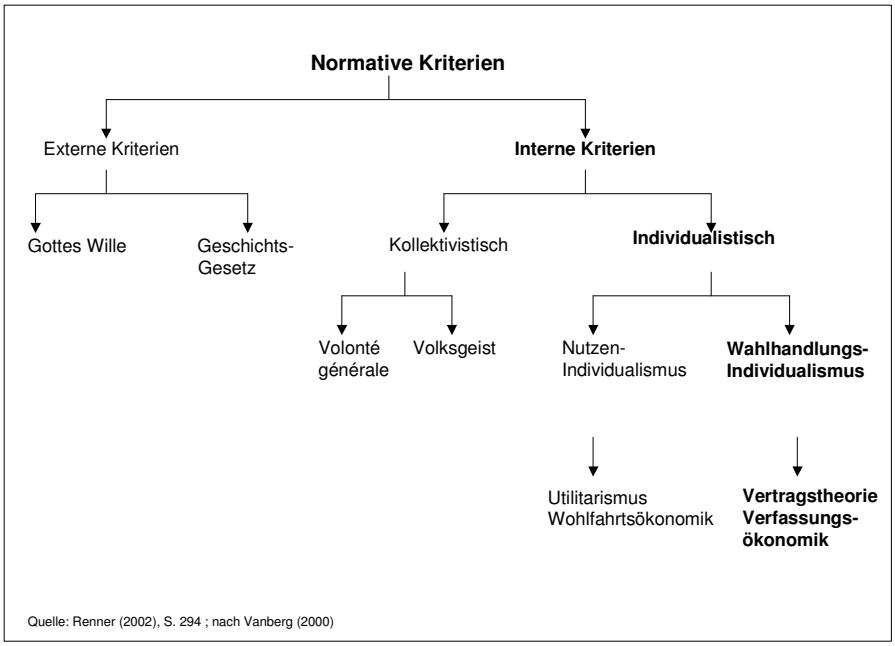


Abbildung 14: Externe und interne Bewertungskriterien

Obige Abbildung zeigt unterschiedliche Bewertungskriterien für gesellschaftspolitische Entscheidungen. Einleuchtend ist, dass eine Politikberatung, die sich auf einen „normativen Individualismus“ beruft, sich nicht gleichzeitig auf externe Kriterien (z.B. „Gottes Wille“) berufen kann. Auch Kriterien, für die ein „Beobachter“ Annahmen über die Präferenzen der Bürger trifft und daraus Gestaltungsvorschläge ableitet, genügen nicht dem Anspruch der Freiheit und Gleichheit aller Bürger. Diese Kritik muss auch die so oft als Referenzmaßstab für Politikempfehlungen angeführte utilitaristisch fundierte Wohlfahrtsökonomik für sich gelten lassen. Der Utilitarismus erhebt zwar die Präferenzen der Bürger zum seinem normativen Referenzpunkt, verrechnet die Nutzen der Bürger jedoch miteinander, so dass dafür doch wieder Annahmen über die Präferenzen der Bürger von einer externen Person (allwissender Beobachter) getroffen werden müssen. Buchanan[241] wendet sich gegen diese Position und schlägt eine vertragstheoretische Perspektive als legitimen Referenzmaßstab für eine „gute Ordnung“ vor. Ziel der Vertragstheorie ist es, dem Anspruch des „normativen Individualismus“ dadurch gerecht zu werden, dass sie keine Annahmen über die Präferenzen der Bürger trifft und darauf auch nicht ihre Entscheidungen für die Gestaltung von Rahmenbedingungen gründet. Vielmehr macht die Vertragstheorie die Zustimmung aller Bürger zum ihrem Referenzmaßstab. Ein „Vertrag“ über die Gestaltung der Rahmenbedingungen

kommt demnach nur dann zustande, wenn alle Beteiligten zustimmen (Einstimmigkeit) - und diese Zustimmung ist an eine Besserstellung aller Beteiligten (anreizkompatibel) gebunden. Nur ein derartiger Referenzmaßstab befähigt eine Politikberatung im Sinne der „modernen Gesellschaft“ soziale Interaktionen unter dem Gesichtspunkt möglicher Tauschvorteile (Kooperationsgewinne) zu analysieren[242] und dementsprechende Gestaltungsvorschläge abzuleiten. Nach diesem Verständnis von Politikberatung - das auch dieser Arbeit zugrunde liegt - gilt es daher, einerseits das Kriterium der Einstimmigkeit (Zustimmung aller Bürger) und andererseits das der Anreizkompatibilität bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen zu berücksichtigen.

A Konsensfähigkeit

Wie bereits erwähnt, ist das Einstimmigkeitsprinzip und damit der Konsens aller Bürger selten in der politischen Wirklichkeit anzutreffen. Das Einstimmigkeitsprinzip ist insofern hypothetisch, als nicht die Einführung der Einstimmigkeitsregel im politischen Prozess gefordert wird. Vielmehr gilt es, den möglichen Nutzenentgang, der aus einer Überstimmung einer bestimmten Gruppe an Bürgern (z.B. bei einer Mehrheitsentscheidung) resultiert, mit dem Nutzenentgang abzuwägen, der dadurch entsteht, dass Entscheidungen, die im verallgemeinerungsfähigen konstitutionellen Interesse der Beteiligten liegen, scheitern. So kann es - aufgrund von Nutzenerwägungen (konstitutioneller Vorteil aller) - gerade für alle Beteiligten im politischen Prozess sinnvoll sein, auf das faktische Einstimmigkeitsprinzip an manchen Stellen zugunsten einer Mehrheitsentscheidung zu verzichten.

Auch wenn man in der politischen Realität oft einen Konsens mit Hilfe einer Mehrheitsentscheidung erreicht, bleibt dennoch die Frage, wie vorliegende Machtstrukturen in der Gesellschaft, durch die die einzelnen Akteure ihren Anteil am Kooperationsgewinn häufig voraussehen und dadurch möglicherweise ihre Zustimmung verweigern können, überwunden werden können. Als Lösungsmöglichkeit hat Rawls[243] den sogenannten „Schleier der Unwissenheit“ eingeführt. Dieser dient als theoretisches Konstrukt und besagt, dass alle an einer

---

[241] Buchanan (1959/1987), siehe auch Renner (2002, S. 293).

[242] Siehe dazu: Renner (2002), S. 297.

[243] Siehe dazu: Rawls (1971 bzw. 1975).

Entscheidung beteiligten Individuen über ihre ökonomische, familiale und soziale aktuelle sowie zukünftige Situation keinerlei Informationen haben. Dadurch werden Machtprobleme ausgeblendet und als Kriterium für eine Zustimmung bzw. Ablehnung kommt nur die Logik der erwünschten oder nicht erwünschten Verallgemeinerbarkeit zur Anwendung. Entscheidungen, die aufgrund eines antizipierten „Pay-offs" getroffen werden, d.h., dass gesamtgesellschaftlich vorteilhafte Entscheidungen von bestimmten Gruppen blockiert werden, scheiden damit im Vorhinein aus. Diese Annahme hat sicher ihre theoretische Berechtigung. „Akzeptiert man [jedoch], dass der „dicke Rawls'sche Schleier den Bedingungen in der Realität in den allerwenigsten Fällen entspricht, rücken viele Politikvorschläge, die vormals konsensfähig erscheinen, in weite Ferne. Sie sind nicht mehr konsensfähig."[244] Um eine Zustimmung (Konsens) von allen Beteiligten zu erhalten, sind daher die Privilegierten zu kompensieren. Voraussetzung hierfür ist, dass der Gewinn aus dem gegenseitigen Vertrag so groß ist, dass nach der Kompensation immer noch ein gesamtgesellschaftlicher Nettogewinn verbleibt.

B Anreizkompatibilität

Neben der Konsensfähigkeit müssen Rahmenbedingungen auch anreizkompatibel für alle Beteiligten sein. Denn nur derjenige, der sich von einer Veränderung der Rahmenbedingungen Kooperationsgewinne (positive Anreize) erhofft, wird dieser zustimmen. Dies unterstreicht Gerecke mit den Worten: „Nur anreizkompatible Vorschläge sind implementierbar, und wer das als Ökonom nicht realisiert, behandelt die Individuen und ihre Handlungsspielräume konzeptionell nur als Störfaktoren einer sonst technischen Analyse. Auf diese Weise ist es unmöglich, einen systematischen Zugang zu Interaktionsproblemen und damit zu den relevanten sozialen Problemkonstellationen in der modernen Welt zu gewinnen."[245] Und so schließt Renner: „Es ist daher Aufgabe des (Ordnungs-)Öknomen, das institutionelle Regel-Set auf seine Anreizkonformität hin zu überprüfen bzw. im Hinblick auf die Ausräumung perverser Anreizkonstellationen weiterzuentwickeln."[246]

---

[244] Renner (2002), S. 319.

[245] Gerecke (1998), S. 224.

[246] Renner (2002), S. 305.

FAZIT: Die Reformvorschläge moderner Politikberatung müssen konsensfähig und anreizkompatibel sein. Dabei ist zu beachten, dass die Reformvorschläge unter dem Vorbehalt formuliert werden, dass die im Gefangenendilemma rekonstruierte Situation die Bedingungen der Realität widerspiegeln. Mit anderen Worten: Vorschläge moderner Politikberatung oder politischer Vertreter basieren auf einem hypothetischen Konsens aller Beteiligten. Um den Anspruch des „normativen Individualismus“ zu wahren, gilt es jedoch zu überprüfen, inwiefern dieser hypothetische Konsens auch tatsächlich zutreffend ist. Für die endgültige Legitimation einer Gestaltungsempfehlung bedarf es daher einer tatsächlichen Abstimmung, also eines faktischen Konsens. Nur so werden die tatsächlichen Präferenzen der Bürger erkennbar.

Mit Hilfe dieses theoretischen Hintergrunds wird es nun im weiteren Verlauf des Kapitels darum gehen, im Sinne einer ökonomisch fundierten Politikberatung zwei Fragen nachzugehen: Erstens ist zu analysieren, wie derzeit staatlich gesetzte Rahmenbedingungen speziell für den Bereich „Betreuung und Pflege“ die Anreizstrukturen (potenziell) pflegeleistender Angehöriger beeinflussen. Zweitens gilt es, soweit notwendig und sinnvoll, Vorschläge für deren Gestaltung bzw. Weiterentwicklung zu machen.

6.2 Der Status quo staatlich gesetzter Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Kosten-/Nutzen-Bilanz bereits pflegender Angehöriger“

„The expectation that family and kin shoulder the major burden for the care of aged relatives still prevails, but without the structural arrangements that would enable kin to discharge such responsibilities.” (Hareven, Tamara, K.2001)

Vorausgehender Kapitelabschnitt versuchte zu verdeutlichen, welche Bedeutung Konsensfähigkeit und Anreizkompatibilität für die Gestaltung von Rahmenbedingungen haben. Bisher offen ist jedoch noch, wie der Status quo der staatlich gesetzten Rahmenbedingungen im Bereich „Betreuung und Pflege alter Menschen“ die Anreizstrukturen pflegender Angehörigen beeinflusst. Dabei müssen zwei Angehörigengruppen unterschieden werden. Erstens gilt es jene zu betrachten,

die bereits pflegen, zweitens müssen die Auswirkungen staatlich gesetzter Rahmenbedingungen auf Anreizstrukturen von Angehörigen untersucht werden, die bisher nur potenziell Pflegeleistende sind. Das Ziel der Integration von Angehörigen in die Betreuung und Pflege alter Menschen vor Augen, könnte man anmerken, wieso Angehörige, die bereits pflegen, überhaupt eine relevante Zielgruppe darstellen, wo diese anscheinend bereits integriert sind und daraus schließen, dass es Hauptanliegen sein müsse, potenziell pflegeleistende Angehörige für eine Pflegeübernahme zu gewinnen. Dabei wird jedoch übersehen, dass die familiale Betreuung und Pflege alter Menschen keine statische Situation darstellt, sondern sich im Zeitablauf verändert und daher jederzeit die Gefahr besteht, dass bereits pflegeleistende Angehörige die Pflegeübernahme beenden und damit wieder Nicht-Pflegeleistende werden. Voraussetzung für eine dauerhafte Erbringung von familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen ist somit die Gewinnung bzw. Unterstützung beider Angehörigengruppen. Kapitelabschnitt 6.2 fokussiert auf die bisher pflegeleistenden Angehörigen, Abschnitt 6.3 konzentriert sich auf potenziell pflegeleistende Angehörige.

6.2.1 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen, die die interaktionsunabhängigen Anreizstrukturen beeinflussen

Für die Analyse des Einflusses staatlicher Rahmenbedingungen auf Anreizstrukturen von bereits pflegenden Angehörigen muss auf die in Kapitel 4 verwendete Zusammensetzung der „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ zurückgegriffen werden. Dort zeigte sich, dass sich der „Nutzen“ bzw. die „Kosten“ der Angehörigen einerseits aus einem interaktionsabhängigen Bestandteil und andererseits aus einem interaktionsunabhängigen Bestandteil zusammensetzen. In Anlehnung daran ist es notwendig, zwischen zwei „Arten“ von Rahmenbedingungen zu unterscheiden, nämlich erstens Rahmenbedingungen, die die primäre bzw. erweiterte „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ beeinflussen (familiale Ebene) und zweitens Rahmenbedingungen, die den interaktionsabhängigen Bestandteil der „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ (gesellschaftliche Ebene) beeinflussen. Kapitelabschnitt 6.2.1 widmet sich denjenigen Rahmenbedingungen, die den interaktionsunabhängigen Bestandteil beeinflussen, Kapitelabschnitt 6.2.2 dagegen beleuchtet die Wirkung auf den interaktionsabhängigen Bestandteil.

6.2.1.1 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die primäre „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ der pflegenden Angehörigen im Privathaushalt

A Pflegeversicherung

- **Sach- und Geldleistung bzw. Kombinationsleistung:**

Mit der Einführung[247] der gesetzlichen Pflegeversicherung im Jahre 1995 versprach man sich, die gesellschaftlich wichtige familiale Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt gemäß dem Grundsatz „ambulante (häusliche) Pflege vor stationärer Pflege“ zu fördern oder zumindest zu stabilisieren. Zur Umsetzung dieses Ziels gewährte man je nach Pflegestufe des Pflegebedürftigen, Geld- bzw. Sachleistungen, wobei der Betrag der Sachleistung den der Geldleistung um ein doppeltes übersteigt sowie weitere Leistungen, wie z.B. Pflegehilfsmittel und die Bezahlung einer Pflegevertretung. Alle Leistungen, insbesondere die Geld- bzw. Sachleistungen werden zwar dem Pflegebedürftigen ausgezahlt, es ist jedoch davon auszugehen, dass bei einer Pflege im Privathaushalt letztendlich der Pflegeleistende, also der ambulante Pflegedienst oder der pflegende Angehörige Adressat dieser Leistungen ist. Weiterhin ist anzunehmen, dass sogar oft der pflegende Angehörige die Wahl zwischen Geld- bzw. Sachleistung trifft bzw. deren genaue Verwendung bestimmt.

Seit Einführung der Pflegeversicherung gibt es zahlreiche Arbeiten[248], die sich detailliert mit deren Wirkung beschäftigen. Für die vorliegende Arbeit ist es jedoch notwendig, sich nur auf Wirkungen der Pflegeversicherung zu beschränken, die sich in der „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ von pflegenden Angehörigen niederschlagen.

Peinelt-Jordan (2000) spiegelt diesen Blickwinkel wider, indem er in seiner Arbeit ausschließlich auf die Auswirkungen der Pflegeversicherung, d.h. deren Geld- und Sachleistungen bei der Angehörigenpflege fokussiert und versucht, die Determinanten herauszufiltern, die aus Sicht der Pflegeleistenden den Entscheidungsprozess für oder gegen eine vermehrte bzw. verminderte Betreuung

[247] Zur Entstehung der gesetzlichen Pflegeversicherung und deren Einordnung in den historischen Kontext sozialpolitischer Gesetze siehe: Hofemann/ Naegele, S. 217-242.

[248] Exemplarisch seinen hier die Arbeiten von Krieglmaier (1996), Sievering (1996) und die Schriftenreihe des BmGusS (2000), Band 127, angeführt.

und Pflege im Privathaushalt beeinflussen. Basierend auf dem Ausgangsmodell von von Zameck (1995) entwickelt er ein theoretisches Modell, das die Entscheidungsprobleme von Pflegeleistenden im Privathaushalt abbildet. Ausgangspunkt ist die Annahme, dass ein Pflegleistender sowohl Zeit als auch Geld für die häusliche Pflege einsetzen muss. Dies wird er jedoch nur bzw. in dem Maße tun, in dem er sich einen „Nutzen“ aus dieser Tätigkeit (Pflege) verspricht bzw. der „Nutzen“ die mit der Pflege verbunden „Kosten“ übersteigt. Hierzu wird also wieder auf die Annahme eines „homo oeconomicus“ zurück gegriffen. Setzt man nun das Ziel der Nutzenmaximierung voraus, steht der Pflegeleistende vor dem Problem der optimalen Aufteilung zwischen den beiden Ressourcen „Zeit“ und „Geld“ bzw. „Einkommen“.

Die Verhaltensentscheidung des Pflegeleistenden besteht somit aus zwei von einander abhängigen Einzelentscheidungen:

1. Der Pflegeleistende muss - seinen Präferenzen entsprechend - die optimale Aufteilung der Ressourcen auf die Bereiche Fürsorge (Kommunikation, selbst geleistete Pflege, Fremdpflege bzw. Fürsorgegüter) und Lebensstandard (Sparen, Güter des Lebensstandards, Freizeit) finden.
2. Der Pflegeleistende muss das Fürsorgeniveau durch eine optimale Aufteilung der einzelnen Komponenten des Fürsorgeniveaus (Kommunikation, Fremdpflege bzw. Fürsorgegüter, selbst geleistet Pflege) optimieren.

Folgende Abbildung gibt einen Überblick.

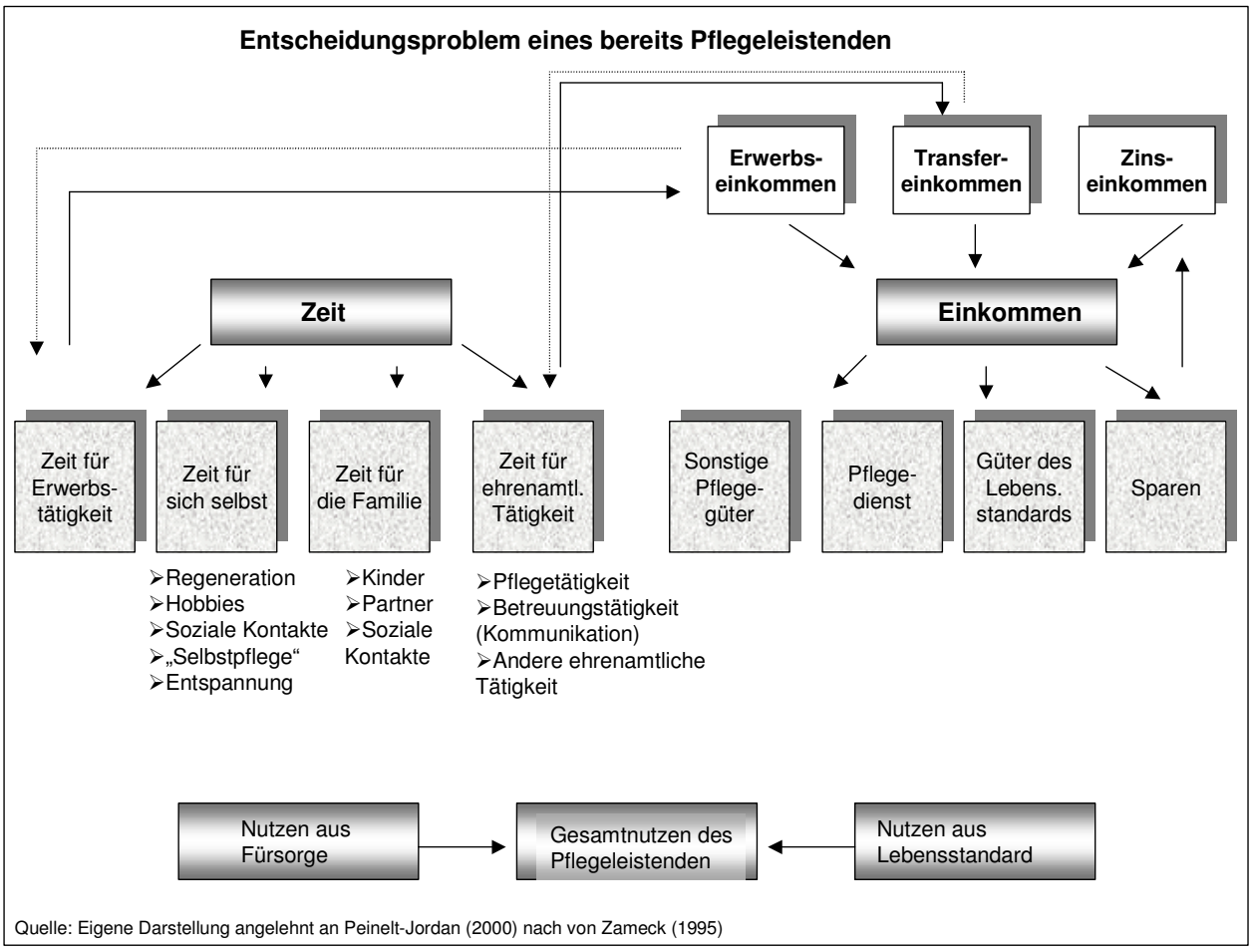


Abbildung 15: Entscheidungsproblem eines bereits pflegeleistenden Angehörigen

Eine Differenzierung des Modells ist jedoch in zwei Bereichen zu treffen. Zum einen können Pflegeleistende entweder voll bzw. teilweise berufstätig oder gar nicht (mehr) erwerbstätig sein, z.B. Als Hausfrau/-mann oder Rentner/in. Daraus folgt, dass das Entscheidungsmodell nach Peinelt-Jordan die relevanten Determinanten für erwerbstätige bzw. nicht erwerbstätige Pflegeleistende beinhalten muss. Zum anderen gilt es, empirische Befunde[249] über die Inanspruchnahme bzw. Ablehnung professioneller Pflegedienste in das Modell zu integrieren. Nicht nur der Wunsch der Pflegebedürftigen selbst, ausschließlich von Angehörigen gepflegt zu werden, auch

[249] Die Inanspruchnahme des ambulanten Pflegedienstes in Form der ausgezahlten Pflegesachleistung bzw. der Kombinationsleistung betrug 1998 lediglich zwischen 20% und 35% der insgesamt gewährten staatlichen Leistungen (d.h. insgesamt Pflegegeld).

der Wunsch des Pflegeleistenden, den Pflegebedürftigen selbst zu versorgen, führen zu einer Ablehnung von professionellen Pflegediensten.

Diese Unterscheidungsmerkmale führen zu vier Fallgruppen von Pflegeleistenden und zwar, je nach dem ob sie erwerbstätig bzw. nicht erwerbstätig oder offen bzw. ablehnend Fremdpflege gegenüber sind. Den größten Handlungsspielraum innerhalb dieser Fallgruppen besitzt der erwerbstätige Pflegeleistende, der offen gegenüber Pflegediensten ist. Er besitzt die größte Anzahl an Optionen hinsichtlich der Zeit als auch der Einkommensdeterminante.

Am anderen Ende der Bandbreite befindet sich der Pflegeleistende, der nicht erwerbstätig und ablehnend gegenüber professionellen Pflegediensten eingestellt ist. Er besitzt den geringsten Handlungsspielraum, da erstens die Möglichkeit der Erwerbstätigkeit und damit die Erzielung von Erwerbseinkommen wegfällt und zweitens die Alternative der Fremdpflege (Inanspruchnahme von Pflegediensten) nicht vorhanden ist; die Pflege also ausschließlich von ihm selbst geleistet werden muss. Ökonomisch ausgedrückt bedeutet diese Ablehnung von Fremdpflege, dass nicht davon ausgegangen werden kann[250], dass Einheiten selbst geleisteter Pflege den gleichen Nutzen für den Pflegeleistenden bringen, wie Einheiten der Fremdpflege, die durch Pflegedienste erbracht werden. Wie oben erwähnt, wird vielmehr der Nutzen von Fremdpflege für sie selbst von vielen Pflegeleistenden oft mit (nahe) Null bewertet oder erst gar nicht als relevante Alternative in Betracht gezogen. Erst wenn durch die Belastungen der selbst geleisteten Pflege die Koste stark steigen und damit der daraus entstehende Nutzen negativ wird, rückt die Fremdpflege für viele Pflegeleistende (wieder) ins Blickfeld der Alternativen.

Wie bereits oben angedeutet, geht es in diesem Modell um die Maximierung des Gesamtnutzens des Pflegeleistenden. Um eine genaue Aussage über das Entscheidungsverhalten hinsichtlich der Erreichung des Gesamtnutzens treffen zu können, ist es bedeutsam, vorab einerseits Annahmen über die Austauschbarkeit der einzelnen Ressourcen (z.B. selbst geleistete und Fremdpflege), andererseits über den Verlauf der Nutzenfunktion des Pflegeleistenden zu treffen. Dieser Verlauf der Nutzenfunktion gibt Aufschluss über den Grenznutzen einer Einheit Zeit bzw.

Einkommen, d.h., wie viel Nutzen erbringt eine zusätzliche Einheit selbst geleisteter Pflege in Abhängigkeit von den bereits geleisteten Einheiten selbst erbrachter Pflege. Die Annahmen zusammenfassend, kann das Modell noch einmal wie folgt beschrieben werden:

- Die Basisressourcen über die der Pflegeleistende verfügen kann, sind die ihm zur Verfügung stehende Zeit und sein Einkommen. Durch eine seinen Präferenzen (ehe fürsorgeorientiert/ eher lebensstandardorientiert) folgende optimale Aufteilung dieser Ressourcen versucht der Pflegeleistende seinen Gesamtnutzen zu maximieren.
- Innerhalb bestimmter Grenzen sind Einheiten des Fürsorgeniveaus und des Lebensstandards substituierbar in Bezug auf die Erhöhung des Gesamtnutzens des Pflegeleistenden. Diese Grenzen hängen von den individuellen Präferenzen ab; also ob der Pflegeleistende mehr fürsorgeorientiert oder stärker lebensstandardorientiert ist.
- Für die selbst erbrachte Betreuungstätigkeit (Kommunikation) wird ein fallender, aber stets positiver Grenznutzen angenommen.
- Kommunikation und selbst bzw. durch Pflegedienste geleistete Pflege können grundsätzlich in Grenzen substituiert werden.
- Für die selbst geleistete Pflege gilt ein abnehmender Grenzertrag, d.h. je mehr Zeit für die selbst geleistete Pflege aufgewandt wird, desto weniger Pflegeeinheiten können mit einer zusätzlichen Zeiteinheit hergestellt werden (Erschöpfung, Belastung des Pflegeleistenden). Der Pflegedienst hingegen leistet eine immer gleiche Anzahl an Pflegeinheiten pro zusätzlicher Zeiteinheit.

Nach der Modellvorstellung gilt es nun die Auswirkungen der eingeführten Pflegeversicherung - präziser ausgedrückt, die Wirkung der Sach-, Geld-, bzw. Kombinationsleistung - auf die Angehörigenpflege hin zu überprüfen. Gefragt werden muss also:

1. inwieweit sich das Pflegearrangement, d.h. die Kombination aus selbst erbrachten Betreuungsleistungen (Kommunikation), selbst geleisteter Pflege sowie Fremdpflege durch die Einführung der Leistungen der Pflegeversicherung verändert hat, und

[250] Wie bei von Zameck (1995) angenommen und bereits bei Peinelt-Jordan (2003) falsifiziert.

2. inwieweit sich die Pflegebereitschaft bei unverändertem Pflegearrangement durch die Einführung der Pflegeversicherung verändert hat.

Ziel dieser Fragestellungen ist es herauszufinden, inwiefern davon auszugehen ist, dass die Pflegeversicherung als staatlich gesetzte Rahmenbedingung die familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt stabilisiert bzw. fördert.

Beginnen wir mit der Beantwortung der ersten Frage nach der Veränderung des Pflegearrangements. Es kann angenommen werden, dass durch die Einführung der Pflegeversicherung grundsätzlich die Notwendigkeit der innerfamilialen Absicherung gegen Pflegebedürftigkeit zumindest teilweise an Bedeutung verlor, da man auf staatliche Hilfe zurückgreifen konnte - ökonomisch gesprochen: Es fand ein crowding-out-Effekt statt. Weiterhin kann davon ausgegangen werden, dass die Ablehnung, Pflegedienste zu engagieren, durch die Verpflichtung von Pflegegeldbeziehern, viertel- bzw. halbjährlich einen Pflegeeinsatz von professioneller Seite abzurufen (§37 SGB XI) langsam durch positive Erfahrungen erodiert und sie so offener für Fremdpflege und deren Inanspruchnahme werden. Auch das Angebot an Pflegekursen für Pflegeleistende führt zum Kontakt mit Pflegeprofis und kann daher zu einem Abbau einer Hemmschwelle „Fremdpflege überhaupt in Betracht zu ziehen“ beitragen. Als letztes kann angeführt werden, dass durch die starke Zunahme von Pflegediensten, es mit der Zeit gesellschaftlich akzeptabel oder mehr noch, gesellschaftlich selbstverständlich wird, seine Angehörigen verstärkt durch fremd geleistete Pflege versorgen zu lassen. Daher ist davon auszugehen, das ein normativer Druck zur ausschließlich familialen Pflege seitens der Gesellschaft nachlässt.

Offensichtlich ist, dass alle bisher aufgezählten Effekte nichts direkt mit der Gewährung der eigentlichen Geld- bzw. Sachleistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung zu tun haben. Da nicht nur die Effekte der Geld-, Sach-, bzw. Kombinationsleitung in die Entscheidung einfließen, sondern auch die oben angeführten, von den eigentlichen Leistungen der Pflegeversicherung unabhängigen Effekte berücksichtigt werden müssen, muss eingeräumt werden, dass eine eindeutige Analyse der Wahlentscheidung hinsichtlich des Pflegearrangements anhand diesen Modells nicht möglich ist. Die genannten Effekte geben jedoch Hinweise auf eine Reduzierung des Ausmaßes rein familialer Pflege.

Setzt man nun voraus, dass das Pflegearrangement von den leistungsunabhängigen Effekten nicht betroffen wird, weil z.B. die angesprochenen Effekte erst auf längere Frist ausschlaggebend werden, kann man sich der zweiten Frage nach der Veränderung der Pflegebereitschaft widmen. Diese Frage muss, wie oben bereits erwähnt, in vier Fallgruppen unterschieden werden.
So gilt es sich:
1, die Entscheidungsfindung von erwerbstätigen Pflegeleistenden, die die Fremdpflege ablehnen,
2, die Entscheidungsfindung von nicht erwerbstätigen Pflegepersonen, die die Fremdpflege ablehnen
3, die Entscheidungsfindung von erwerbstätigen Pflegeleistenden, die der Fremdpflege offen gegenüber stehen und als letztes
4, die Entscheidungsfindung von nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden anzusehen, die der Fremdpflege offen gegenüber stehen.

Betrachtet man pflegeleistende Angehörige, die der Fremdpflege ablehnend gegenüber stehen, erkennt man - unter Zuhilfenahme von Abbildung 15 - dass die Option, Pflegedienste in Anspruch zu nehmen, dem Pflegeleistenden nicht zur Verfügung steht. Dies bedeutet wiederum, dass die Sachleistung der Pflegeversicherung für diese Pflegeleistenden kein Verwendung findet und daher nicht in Betracht kommt. So gesehen kann nur das Pflegegeld eine entscheidungsrelevante Rolle spielen. Auch resultiert aus der Ablehnung der Fremdpflege, dass das Pflegegeld ausschließlich für Güter des Lebensstandards oder für Fürsorgegüter im Sinne einer Ergänzung der pflegerischen Hilfsmitteln verwendet werden kann. So ist festzustellen, dass grundsätzlich nur unter der Annahme, dass die Fürsorge wie auch der Lebensstandard superiore Güter sind, mit einer Erhöhung der Ressource „Einkommen“ (Pflegegeld) neben dem Lebensstandard auch das Fürsorgeniveau steigen wird. Vor diesem Hintergrund ist bei nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden (Fall 2) eine Steigerung des Fürsorgeniveaus nur dadurch zu erreichen, dass sie einen Teil ihrer Freizeit in zusätzliche Einheiten selbst geleistete Pflege bzw. Kommunikation verwandeln oder indem sie einen Teil des Pflegegeldes für zusätzliche Pflegehilfsmittel aufwenden. Ist der betreffende Pflegeleistende jedoch erwerbstätig (Fall 1), steht ihm theoretisch

einerseits die Möglichkeit offen, seine Erwerbstätigkeit einzuschränken andererseits kann er, wie der nicht Erwerbstätige, seine Freizeit (Zeit für Familie, Zeit für sich selbst) zu Gunsten zusätzlicher Pflege-, bzw. Kommunikationseinheiten reduzieren oder ein Teil des Pflegegelds für weitere Pflegehilfsmittel verwenden.

Das Resultat für die ersten zwei Fälle lautet somit:
Die Einführung bzw. eine Erhöhung des Pflegegeldes für Pflegeleistende, die der Fremdpflege ablehnend gegenüber stehen wird nur insofern zu einer Erhöhung der Fürsorgeniveaus in Form einer Erhöhung der Fürsorgezeit oder der Fürsorgegüter führen, wie die Annahme einer Superiorität der Fürsorge und des Lebensstandards zutrifft. Solange die Präferenzen der Pflegeleistenden jedoch nicht offen liegen, kann nicht gesagt werden, ob das Pflegegeld für Güter des Lebensstandards oder/ und der Fürsorge verwendet wird und weiterhin, ob eine Gewährung von Pflegegeld pflegeleistende Angehörige dazu bewegt, aufgrund einer Reduzierung ihrer Freizeit bzw. Erwerbstätigkeit das Fürsorgeniveau zu erhöhen.

Analysiert man nun die Entscheidungsfindung von Pflegeleistenden, die offen gegenüber Fremdpflege sind, ergibt sich ein wesentlich komplexeres Bild, da hier noch zusätzlich zwischen dem Erhalt von Pflegegeld und dem Bezug von Sachleistungen zu unterscheiden ist. Betrachten wir zuerst die direkte Geldleistung, also das Pflegegeld. Das Pflegegeld können erwerbstätige Pflegeleistende (Fall 3) entweder für den Kauf von Gütern des Lebensstandards, den Erwerb von Fürsorgegüter (zusätzliche Pflegehilfsmittel oder Pflegedienst) einsetzen oder aber sie können es Sparen. Betrachtet man nun diese drei Alternativen genauer, ergibt sich folgendes Bild:

Szenario 1
Der erwerbstätige Pflegeleistende verwendet das Pflegegeld für Fürsorgegüter:
D.h. er investiert das Geld entweder in zusätzliche Pflegehilfsmittel oder - was wahrscheinlicher ist – er investiert das Pflegegeld in Einheiten des Pflegedienstes. Dies hat zur Folge, dass er die Anzahl seiner bisher selbst geleisteten Pflegeeinheiten reduzieren kann und diese frei gewordene Zeit entweder in eine Steigerung der Erwerbtätigkeit oder aber in eine Steigerung der selbst geleisteten Betreuungstätigkeit (Kommunikation) bzw. eine vermehrte Freizeit investieren kann.

Szenario 2

Der erwerbstätige Pflegeleistende verwendet das Pflegegeld für die Anschaffung von Gütern des Lebensstandards.

Verzichtet der pflegeleistende Angehörige auf eine Steigerung von Einheiten der Fremdpflege, bedeutet das, dass bisher in Anspruch genommene Fürsorgegüter durch das Pflegegeld nicht mehr aus dem Einkommen bestritten werden müssen. Diese Tatsache ermöglicht es dem Angehörigen vermehrt Güter des Lebensstandards zu erwerben.

Szenario 3

Der erwerbstätige Pflegeleistende spart das Pflegegeld.

Genau wie bei der 2. Alternative, der Verwendung des Pflegegeldes für Güter des Lebensstandards wird der Pflegedienst nicht vermehrt in Anspruch genommen. Die Einkommenserhöhung in Form des Pflegegeldes kann damit gespart werden.

Wirft man nun noch einen Blick auf die Verhaltensmöglichkeiten von nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden (Fall 4), die der Fremdpflege offen gegenüber stehen, kann man folgern, dass dem nicht erwerbstätigen Pflegeleistenden genau die gleichen Möglichkeiten offen stehen wie dem erwerbstätigen Angehörigen (Fall 3), bis auf die, seine Erwerbstätigkeit aufgrund der Zeitersparnis von zusätzlichen Einheiten Fremdpflege zu steigern.

Unabhängig von diesen drei alternativen Szenarien kann der erwerbstätige bzw. nicht erwerbstätige Pflegeleistende das Pflegegeld (je nach Präferenzen) auch zwischen Fürsorge und Lebensstandard beliebig aufteilen. So kann das Pflegegeld einerseits für den Kauf von Gütern des Lebensstandards sowie für einen verstärkten Einsatz des Pflegedienstes verwendet werden. Es ist davon auszugehen, dass gerade diese Mischformen in der Realität am häufigsten anzutreffen sind.

Im Hinblick auf Fall 3 und 4 bleibt festzuhalten, dass erwerbstätige sowie nicht erwerbstätige Pflegeleistende, die offen für Fremdpflege sind, sich bei dem Erhalt von Pflegegeld wie folgt verhalten: Bei erwerbstätigen Pflegeleistenden ist anzunehmen, dass der Großteil des Pflegegeldes in eine verstärkte Inanspruchnahme des Pflegedienstes investiert wird, also das *Szenario 1* am

häufigsten zutrifft. Ob diese Zeiteinsparung jedoch in einer Erhöhung der unterschiedlichen Freizeitmöglichkeiten oder in einer verstärkten Betreuungstätigkeit des pflegebedürftigen Angehörigen mündet ist wiederum präferenzabhängig und kann daher nicht mit Sicherheit vorhergesagt werden. Bei Beibehaltung des Fremdpflegeniveaus und einer damit einhergehenden Einkommenserhöhung kann ebenfalls die Verhaltensweise pflegeleistender Angehörige nicht mit Sicherheit vorausgesagt werden. Je nach Präferenzen werden sie das Geld in zusätzliche Fürsorgegüter oder in Güter des Lebensstandards investieren. Für nicht Erwerbstätige kann in ähnlicher Weise argumentiert werden. Aufgrund der nicht vorhandenen Erwerbstätigkeit und damit des größeren frei verfügbaren Zeitbudgets kann nicht geschlossen werden, dass diese Angehörigen mit größter Wahrscheinlichkeit das Pflegegeld für zusätzliche Einheiten an Fremdpflege ausgeben. Da ihre Präferenzen unbekannt sind, lässt sich aus dem Entscheidungsmodell nicht eindeutig schließen, welche Wirkung die Einführung von Pflegegeld auf die Angehörigenpflege erwerbstätiger bzw. nicht erwerbstätiger Pflegeleistender hat, die Fremdpflege gegenüber offen sind.

Welche Hinweise gibt das Modell nun für die Gewährung von Sachleistungen für diese Gruppe der Pflegeleistenden ? Da für diese Pflegeleistenden Fremdpflege eine Alternative zum eigenen Pflegeengagement darstellt, kann für sie die Bewilligung von Sachleistungen ebenfalls einen Nutzen generieren. Statt mit Hilfe des Pflegegeldes wird der professionelle Pflegedienst nun von der Sachleistung bezahlt. Erinnert man sich an die Szenarien 1-3 in obigen Abschnitt, wird deutlich, dass - analog zur Verwendung von Pflegegeld - *Szenario 2* und *3* als Entscheidungsalternativen wegfallen, da hier keine weiteren Einheiten von Fremdpflege in Anspruch genommen werden und somit die Sachleistung ohne Bedeutung ist. So trifft für die Gruppe der Sachleistungsempfänger ausschließlich *Szenario 1* zu, d.h. Die Sachleistung kann je nach Präferenz entweder zu einer Steigerung der Erwerbstätigkeit, einer Erhöhung der Freizeitmöglichkeiten oder aber einer vermehrten Betreuungstätigkeit führen.

In den bisherigen Ausführungen wurde unterstellt, dass ein Pflegeleistender nur zwischen der Geldleistung (Pflegegeld) oder der Sachleistung wählen kann, diese Wahl also eine Entweder-Oder-Entscheidung ist. Die Pflegeversicherung bietet

jedoch die Möglichkeit der Kombination beider Leistungen, indem sich diejenigen Pflegeleistenden, die nicht den vollen Betrag der Sachleistung in Anspruch nehmen, den Rest als Pflegegeld auszahlen lassen können. So kann davon ausgegangen werden, dass die Höhe der in Anspruch genommenen Sachleistung dem Nutzen des einzelnen Pflegeleistenden aus der Fremdpflege entspricht, d.h. seine Einstellung zur Fremdpflege widerspiegelt. In allen Fällen führen so die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung faktisch zu einer Erhöhung des frei verfügbaren Einkommens. Unter der Bedingung der Kombinierbarkeit der Leistungen können somit die Aussagen über die Verhaltensmuster von Pflegeleistenden durch die Einführung von Geldleistungen auf die Wirkung von Sachleistungen eins zu eins übertragen werden. Ein ausschließlicher Bezug von Geldleistungen deutet damit auf die Ablehnung von Fremdpflege hin.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass eine Steigerung und damit eine Forderung des Engagements pflegender Angehöriger durch die Einführung der Pflegeversicherung sehr fraglich ist. Unter der Perspektive einer Stabilisierung des Angehörigenengagements durch eine Reduzierung der psychischen, Physischen und finanziellen Kosten, sind die Leistungen der Pflegeversicherung jedoch zu begrüßen und haben durchaus ihre Berechtigung (siehe dazu auch 6.3).

- **Schulungskurse:**

Laut SGB XI § 45 soll pflegenden Angehörigen die Möglichkeit geben werden unentgeltlich an Schulungskursen ihre Pflegetätigkeit betreffend, teilzunehmen. Dieses Angebot beeinflusst zwar nicht die Einkommensdimension des pflegenden Angehörigen, kann aber erheblich zu einer zeitlichen, als auch körperlichen Entlastung führen. Dass diese Entlastung auch tatsächlich stattfindet zeigt die Studie von Winkler (1997)[251]. Hierin wurden unter anderem pflegende Angehörige im Privathaushalt nach den Auswirkungen der Teilnahme an Schulungskursen befragt. An erster Stelle stand für die Befragten das neu erworbene Sicherheitsgefühl hinsichtlich der Pflege- bzw. Betreuungssituation, gefolgt von einem gewachsenen Einfühlungsvermögen für den Pflegebedürftigen. Die Mehrheit der befragten Angehörigen gab darüber hinaus an, dass durch die Kursteilnahme ihr

[251] Siehe dazu: Winkler (1997), S. 83-85.

Selbstbewusstsein gestiegen ist und sie sich jetzt mehr persönliche Freiräume schaffen könnten. Zwei Drittel gaben weiterhin an, eine neue Sinnhaftigkeit in ihrer Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeit entdeckt zu haben wodurch ein wesentlich entspannterer Umgang in der Pflegebeziehung zu verzeichnen war. Ca. 30% der Befragten bestätigten zudem, dass sie ambulante Pflegedienste nun als adäquate Unterstützungsmöglichkeit betrachteten und darüber hinaus vermehrt Nebenhelfer in die Betreuung und Pflege mit einbezögen. Diese Befunde zeigen deutlich, dass die Teilnehme pflegender Angehöriger an einem Schulungskurs zu vielfältigen, überwiegend positiven Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit mit der Gesamtsituation und einer gestiegenen Gelassenheit gegenüber den Pflegeanforderungen führt.

- **Häusliche Pflege bei Verhinderung der Pflegeperson:**

Das Pflegeversicherungsgesetz gewährt Leistungen für eine Vertretung der Hauptpflegeperson für bis 4 Wochen im Jahr. Diese gesetzliche Leistung ermöglichst es dem pflegeleistenden Angehörigen in einem Urlaub ohne Pflegeaufgaben neue Kraft (für die Pflegetätigkeit) zu schöpfen. Auch diese Maßnahme führt zu einer Verringerung der Pflegebelastung durch einen Anstieg der frei verfügbaren Zeit.

B Gesetzliche Unfallversicherung

Wer häusliche Pflege leistet, wird in die gesetzliche Unfallversicherung miteinbezogen. Dieser finanzielle Schutz vor möglichen Unfallfolgen kann als Zusatznutzen für Pflegeleistende angesehen werden.

C Erwerb von Rentenansprüchen

Eine Pflegeperson hat unter bestimmten Voraussetzungen und auf Antrag die Möglichkeit durch ihre Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeit im Privathaushalt Rentenansprüche zu erwerben. In dem angesprochenen Modell könnten diese als zukünftiges Einkommen für den pflegeleistenden Angehörigen modelliert werden, das je nach Situation und Präferenzen für Güter des Lebensstandards oder der Fürsorge verwendet werden kann.

D Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz

Das seit dem 1.1.2002 bestehende Gesetz hat die Verbesserung der Pflegesituation speziell von demenzkranken (alten) Menschen zum Ziel. Nach diesem Gesetz können zur Finanzierung von Betreuungsleistungen (Tages- und Nachtpflege, Kurzzeitpflege, niedrigschwellige Betreuungsangebote) jährlich bis zu 460 € bei den Pflegekassen zusätzlich zum Pflegegeld abgerufen werden. Im Unterschied zum Pflegegeld ist diese Zusatzleistung jedoch keine Barleistung, sondern nur gegen Einreichung von Rechnungen abzurufen. Hintergrund dieser Ergänzungsleistung ist es, zur Entlastung von pflegenden Angehörigen im Privathaushalt beizutragen, die aufgrund eines dementierenden Pflegebedürftigen noch stärker belastet sind als andere pflegende Angehörige. Im Sinne der Umsetzung dieser Gesetzesinitiative fördert der Freistaat Bayern im Rahmen des Bayerischen Netzwerkes Pflege weitere niedrigschwellige Angebote sowie Fachstellen für pflegende Angehörige.

- **Fachstellen für pflegende Angehörige:**

Aufgabe dieser Angehörigenfachstellen ist es, die pflegenden Angehörigen psychosozial zu beraten, sie zu entlasten und zu unterstützen. Erfreulicherweise nahm die Zahl der staatlich geförderten Fachstellen für pflegende Angehörige zu, so dass sich die Zahl nun auf 83 Fachstellen[252] erhöht hat. Dass diese Fachstellen einem Nutzen für pflegende Angehörige generieren, bestätigt folgende Aussage: „Nach den vorliegenden Erfahrungen kann nach der Beratung durch Angehörigenfachstellen eine Einweisung in ein Pflegeheim in bis zu 60% der betreuten Fälle vermieden werden.“[253]

- **Betreuungsgruppen für verwirrte ältere Menschen:**

Weiterhin gibt es zur Zeit 42 Betreuungsgruppen. Sie werden mit einem Pauschalbetrag staatlich gefördert. Mit dem Aufbau dieser Betreuungsgruppen soll einerseits Pflegebedürftigen die Gelegenheit gegeben werden unter fachlicher Anleitung, in Gesellschaft anderer Pflegebedürftiger lebensbereichernde Stunden zu verbringen, andererseits sollen pflegende Angehörige durch einen neu hinzugewonnenen zeitlichen Freiraum entlastet werden.

---

[252] Für eine Übersicht über die zur Zeit vorhanden Fachstellen siehe: www.stmas.bayern.de /pflege/ambulant/ang-fachstellen.

[253] Siehe dazu: Bayerische Sozialministerin Stewens in Presseartikel „Altenpflege“ vom 23.04.2003.

- **Ehrenamtliche Helferkreise:**

Um auch Angehörige von Pflegebedürftigen zu entlasten, die nicht mehr das Haus verlassen können, übernehmen geschulte ehrenamtliche Helfer/innen unter pflegerischer Anleitung gegen Aufwandsentschädigung die stundenweise Betreuung der Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich. Für eine staatliche Förderung dieser ehrenamtlichen Helfer ist es Voraussetzung, dass diese eine angemessene fachbezogene Schulung erhalten.

- **Angehörigengruppen:**

Hierbei handelt es sich um regelmäßige Treffen pflegender Angehöriger zum Erfahrungsaustausch und um im gemeinsamen Gespräch aufkommende Probleme und Belastungen besser verarbeiten zu können. Bisher haben sich 105 Angehörigengruppen in Bayern etabliert, die staatlich gefördert werden.

Insgesamt sind im Jahr 2002 für diesen Bereich der Angehörigenarbeit 900.000 € an staatlichen Fördermitteln ausgegeben worden.

E Projekt „Runder Tisch“[254]

Auf Initiative der Bundesministerinnen Renate und Ulla Schmidt wurde ein „Runder Tisch“ zur Verbesserung des Niveaus der pflegerischen Betreuung eingerichtet. Dazu eingeladen wurden die unterschiedlichsten Akteure aus dem betroffenen Bereich. Hierzu zählen Länder, Kommunen, Wohlfahrtsverbände, private Einrichtungsträger, Kostenträger wie auch Vertreter/innen der Betroffenen selbst. Ziel ist es Best-Practice-Beispiele zu eruieren, überflüssige Vorschriften herauszufiltern und häufige Fehlerquellen in der ambulanten als auch stationären Versorgung aufzuspüren.

FAZIT: Zielsetzung der Rahmenbedingungen für die Betreuung und Pflege alter Menschen im Privathaushalt ist es, diese familialen Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen zu erhalten bzw. auszubauen. Das verwendete Modell aus den obigen Abschnitten konnte zeigen, dass eine Einführung von Pflegegeld bzw. einer Sachleistung die Anreizstrukturen von Angehörigen nicht derart beeinflusst, dass sie

[254] Siehe dazu: Pressemitteilung „Runder Tisch“ vom 14.10.2003.

zwangsweise in einer Erhöhung des Fürsorgeniveaus münden. Im Gegensatz zu diesem hinsichtlich der Effektivität der Rahmenbedingungen ernüchternden Ergebnis, ist jedoch davon auszugehen, dass eine Einkommenserhöhung und insbesondere eine Erhöhung des frei verfügbaren Zeitkontingents die Bereitschaft der pflegeleistenden Angehörigen erhöht, die Pflege fortzusetzen. Diese Annahme gründet darauf, dass mit Einführung der Leistungen der Pflegeversicherung und dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz die Belastung der Angehörigen gesenkt wurde bzw. wird. Dies basiert zum Einen darauf, dass durch die Inanspruchnahme von Pflegediensten Angehörige mehr frei verfügbare Zeit haben und damit einerseits mögliche Vereinbarkeitsprobleme (Familie und Pflege bzw. Erwerbstätigkeit und Pflege) gemildert werden, andererseits die betroffenen Angehörigen mehr Zeit für sich selbst und damit verbundene Regenerationsmöglichkeiten haben. Zum Anderen kann die Belastung des pflegenden Angehörigen durch die Verfügbarkeit von zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder durch den Erwerb von Fachkenntnissen in Pflegekursen gesenkt werden. Auch die Reduzierung einer finanziellen Belastung bzw. die Setzung eines finanziellen Anreizes durch die Zahlung eines Pflegegeldes kann zur Aufrechterhaltung der Pflegebereitschaft bei pflegenden Angehörigen führen. Nicht zuletzt tragen auch Leistungen der sozialen Sicherung der Pflegeperson (Unfallversicherung, Rentenversicherung) ihren Anteil zu einer Stabilisierung der Pflege im Privathaushalt bei.

6.2.1.2 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die primäre Kosten-Nutzen-Bilanz von pflegenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen

Die „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ von betreuenden und pflegenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen unterscheidet sich in einem ganz wesentlichen Punkt von der pflegender Angehöriger im Privathaushalt. Führt man sich noch einmal Abbildung 8 vor Augen, wird deutlich, dass die Belastungen (Kosten), die sich direkt aus den quantitativen Anforderungen der Pflege ergeben, deutlich niedriger anzusetzen sind. Hieraus kann geschlossen werden, dass Angehörige einerseits leichter dazu zu bewegen sind, ihre Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen aufrecht zu erhalten bzw. sogar zu verstärken, andererseits ist davon auszugehen, dass, aufgrund eines abnehmenden Grenznutzens von Belastungsminderungen, Rahmenbedingungen die

noch vorhandenen Belastungen bei Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen nur unter größerem Aufwand mildern können als bei Angehörigen im Privathaushalt.

A Pflegeversicherung

- **Leistungen aus der Pflegeversicherung**

Auch dem Pflegebedürftigen, der in einer Altenpflegeeinrichtung untergebracht ist, stehen Leistungen aus der Pflegeversicherung zu. Ziel des Gesetzgebers ist es, anteilig die Kosten für einen Heimplatz zu übernehmen. Vorgesehen ist jedoch nicht, dass bei stationärer Unterbringung Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen von Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen bezahlt werden. Eine Nutzensteigerung für den pflegenden Angehörigen bleibt deshalb aus.

- **SGB XI §45 Schulungskurse**

„Die Pflegekassen sollen für Angehörige und sonstige an einer ehrenamtlichen Pflegetätigkeit interessierte Personen Schulungskurse unentgeltlich anbieten, um soziales Engagement im Bereich der Pflege zu fördern und zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern sowie pflegebedingte körperliche und seelische Belastungen zu mindern." Dieses Angebot gilt für alle interessierten Personen und kann damit auch von pflegenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen wahrgenommen werden. Altenpflegeeinrichtungen bieten diese Kurse aufgrund des finanziellen Aufwandes, aber auch aufgrund mangelnden Interesses seitens der Angehörigen, meist nicht an. Einige Altenpflegeheime machen jedoch auf derartige Angebote in der näheren Umgebung aufmerksam.[255] Detaillierte Untersuchungen - entsprechend denen des Privathaushalts - gibt es jedoch weder über die Beteiligung Angehöriger aus Altenpflegeeinrichtungen an Schulungskursen noch über deren Wirkungsweise auf das Belastungsempfinden dieser Angehörigen.

B Rentenansprüche

Seit 1995 werden mit der ersten Stufe der sozialen Pflegeversicherung Zeiten häuslicher Pflege bei den Rentenansprüchen berücksichtigt (SGB VI, §3 1a). Ob

[255] Experteninterview D: „Spezielle Fortbildungskurse für Angehörige bieten wir nicht an, nur hin und wieder thematische Vorträge z.B. über Altersdepression." [..] „Aber bereits vor Heimaufnahme übergeben wird den Angehörigen eine Informationsmappe mit der Adresse der nahen Angehörigenberatung. Dieser Verein bietet Kurse für pflegende Angehörige an, außerdem helfen die bei einer Heimauswahl mit, so dass Interessierte dort bestens beraten werden."

dieser Anspruch auch pflegeleistenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen gewährt wird, ist auf den ersten Blick nicht ganz eindeutig. Straub (1995) plädiert dafür, dass die Definition „in häuslicher Umgebung“ auch auf Altenheime zutrifft. Eine Nachfrage beim Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung hat ergeben, dass diese Einschätzung richtig ist. So bestätigt das BmGsS: „In der Regel soll die Pflege in häuslicher Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden. Es spielt dabei keine Rolle, ob sie die Pflege im Haushalt des Pflegebedürftigen, in ihrem eigenen oder im Haushalt eines anderen vornehmen.“ Das BmGsS fährt fort: „Häusliche Umgebung ist sogar dann noch gegeben, wenn der Pflegebedürftige in einem Altenheim, einem Wohnheim für Behinderte oder in einer vergleichbaren Einrichtung wohnt.“[256]Gemäß dieser Aussage ist es für Angehörige möglich auch dann Rentenansprüche für ihre Pflegetätigkeit zu erwerben, wenn diese in einem Altenpflegeheim durchgeführt wird.

C Unfallversicherung

Die Pflegeperson ist unfallversichert. Diese Versicherungsleistung wird jedoch nur auf Antrag gewährt.

D Versorgungsvertrag SGB XI §72

„In dem Versorgungsvertrag sind Art, Inhalt und Umfang der allgemeinen Pflegeleistungen (§4 Abs. 2) festzulegen, die von der Pflegeeinrichtung während der Dauer des Vertrages für die Versicherten zu erbringen sind (Versorgungsauftrag).“ Dieser Versorgungsauftrag bietet zwar dem Pflegebedürftigen Sicherheit, indem er bestimmte Pflegetätigkeiten garantiert, führt jedoch zu Problemen bei der Integration von Angehörigen. Da die Altenpflegeeinrichtung für die vereinbarten Leistungen bezahlt wird und darüber hinaus für deren Erbringung verantwortlich ist, können diese Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen nicht ohne weiteres an Angehörige abgegeben werden. Bisher ist eine vertragliche Überantwortung einzelner Tätigkeiten an Angehörige nicht vorgesehen. Daher führt diese Inflexibilität zu Problemen, Angehörige in betreuende und pflegenahe Aufgaben zu integrieren.

[256] Laut schriftlicher Antwort des BmGsS (e-mail) vom 02.Dezember 2003.

E Heimgesetz

In der Novellierung des Heimgesetzes im Jahr 2001 wurden die Ziele des Gesetzes wie folgt festgeschrieben: Es gilt die Würde, Interessen und Bedürfnisse der Heimbewohner zu schützen, eine Heimkontrolle auf den Weg zu bringen, die Mitwirkung der Bewohner (Heimbeirat) sowie deren Betreuungs- und Wohnqualität zu sichern. Für den Fall, dass nicht ausreichend Heimbewohner für den Heimbeirat zur Verfügung stehen, können als Vertreter für die Heimbewohner auch Angehörige in den Heimbeirat gewählt werden. Dies bietet betreuenden und pflegenden Angehörigen die Gelegenheit, die Bedingungen vor Ort, und damit ihre eigene „Kosten- und Nutzen-Bilanz", positiv zu beeinflussen.

F Pflege-Qualitätsgesetz (PQsG)

Das Gesetz ist zwar am 01.01.2002. in Kraft getreten. Die Umsetzung ist jedoch noch durch die Ablehnung der erforderlichen Pflege-Prüfverordnung durch den Bundesrat blockiert. Kernziele dieser Gesetzesinitiative sind die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität in Altenpflegeeinrichtungen und die Stärkung der Verbraucherrechte. Interne und externe Qualitätssicherung, verstärkte Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht, eine angemessene Personalausstattung sowie Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (LQV) gehören zu den Bestandteilen dieser Gesetzesvorlage. Die verabschiedeten Grundsätze enthalten Hinweise zur Struktur-, Prozess- sowie Ergebnisqualität in Altenpflegeeinrichtungen. Teil der Prozessqualität ist der Einbezug von Angehörigen in relevante Betriebsabläufe. Bestandteil der Ergebnisqualität soll die Erörterung der Ergebnisse mit den Bewohnern und Angehörigen sein.[257] Diese Integration der Angehörigen kann für pflegende Angehörige eine Chance darstellen die Bedingungen vor Ort direkt zu beeinflussen und diese für sich anreizkompatibel zu gestalten.

G Projekt „Enquete Heime"

Die Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen" der Universität Bielefeld forderte als Verbund von Wissenschaftlern, die sich mit der Versorgung behinderter, chronisch psychisch-kranker und pflegebedürftiger Menschen in Heimen beschäftigen, bereits im Jahr 2002 die Abgeordneten des Deutschen Bundestages

dazu auf, eine Heim-Enquete-Kommission einzurichten. Ziel ist es, das derzeitige Heimsystem auf den Prüfstand zu stellen sowie Versorgungsprobleme politisch zu thematisieren und grundlegend aufzuarbeiten, da die Probleme in Heimen vor allem strukturell und funktional bedingt sind.[258] Eine Heim-Enquete gäbe die Chance, Rahmenbedingungen für die stationäre Unterbringung alter Menschen grundsätzlich zu hinterfragen und mit einer Neugestaltung den Bedürfnissen alter Menschen und ihren Familien auch in Zukunft gerecht zu werden.

6.2.1.3 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die erweiterte Kosten-/Nutzen-Bilanz: Die Stabilität familialer Generationenbeziehungen vor dem Hintergrund der modernen Gesellschaft

Neben den im letzten Kapitelabschnitt besprochenen Rahmenbedingungen, die bestimmte Anreize für pflegende Angehörige setzen, gibt es, wie bereits in Kapitelabschnitt 4.4 aufgezeigt, weitere „Kosten- bzw. Nutzenbestandteile“, die Angehörige bei ihrer Entscheidung berücksichtigen, wenn auch meistens nur unbewusst. Diese „Kosten“ bzw. „Nutzenbestandteile“ erwachsen aus den familialen Generationenbeziehungen oder anders ausgedrückt, aus dem impliziten familialen Solidaritätsvertrag. Immer häufiger werden jedoch - nicht nur in den Medien - Entwicklungen der „modernen Gesellschaft“, wie „Wertepluralismus“, „Neue Familienformen“, „Anonymität“ oder „Individualismus“ angeführt, um den Niedergang der Familie zu belegen. Berufliche Mobilitätsanforderungen, finanzielle Selbständigkeit, insbesondere von Frauen, die Probleme bei der Vereinbarkeit von Kindern und Beruf und nicht zuletzt die umfassende Absicherung durch das staatliche Sicherungssystem werden dafür verantwortlich gemacht, die innerfamiliale Wertevermittlung und das Vorleben des Wertes „Eine Familie hilft sich gegenseitig“ negativ zu beeinflussen und damit private Beziehungen zu destabilisieren bzw. deren Entstehung zu behindern.

---

[257] Siehe dazu: Roth (2002), S.13.

[258] Siehe dazu: Forschungsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ (2002).

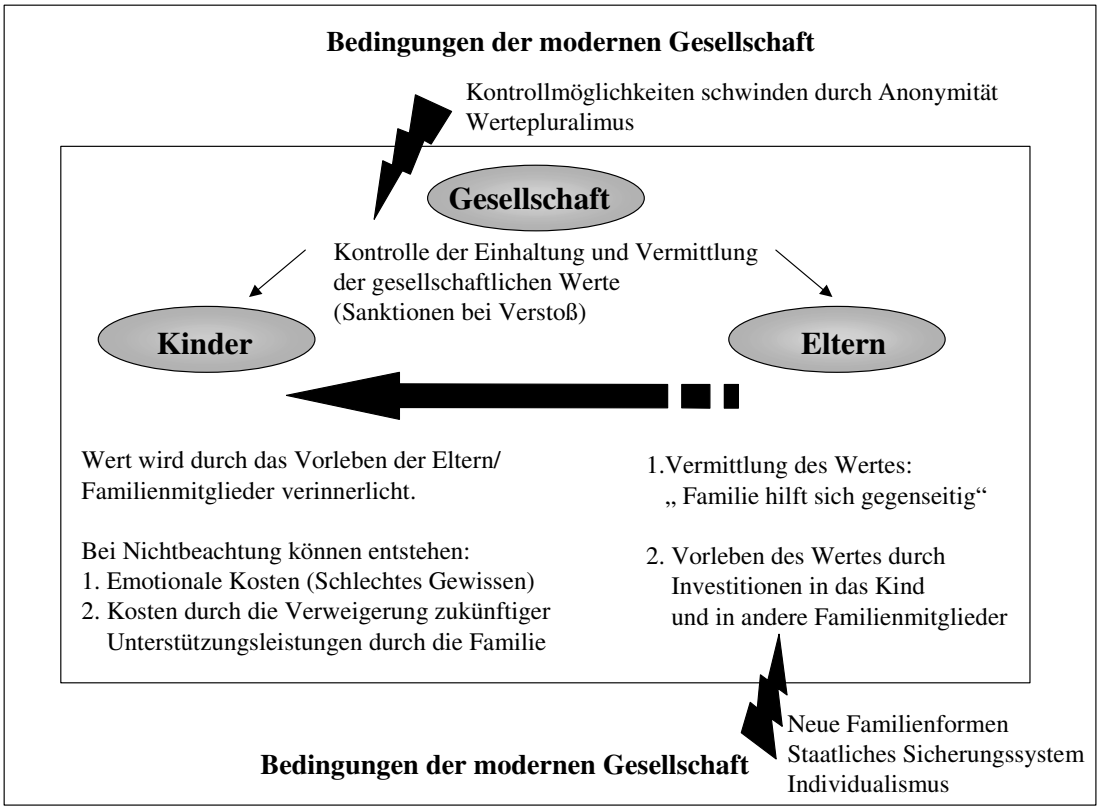


Abbildung 16:Generationenbeziehungen unter den Bedingungen der “modernen Gesellschaft”

Die Leitfrage dieses Kapitelabschnitts muss daher lauten: Führt der Status quo der Rahmenbedingungen in der „modernen Gesellschaft“ dazu, dass die Unsicherheit und Instabilität in privaten Beziehungen zunimmt[259] und damit die Erbringung bestimmter innerfamilialer Solidarleistungen fraglich wird?

Für die Analyse der Stabilität bzw. des Wandels privater Beziehungen in Familien unter den Bedingungen der modernen Gesellschaft können zwei Ansätze gewählt werden. Zum Ersten ist es denkbar, wie in Kapitelabschnitt 1.1.1, private Beziehungen anhand externer Indikatoren, wie z.B. Heiratsziffern oder Scheidungshäufigkeiten zu bewerten. Zum Zweiten können private Beziehungen direkt aus der Sicht der Familienmitglieder betrachtet werden. Dieser

[259] Anzumerken ist, dass anders als häufig dargestellt, private Beziehungen in der Vergangenheit oft wesentlich größeren Unsicherheiten ausgesetzt waren als es private Beziehungen heutzutage in der sogenannten „modernen Gesellschaft“ sind. So führte die schlechte medizinische und ernährungstechnische Versorgung in vergangenen Zeiten in Mitteleuropa nicht selten zu einem vorzeitigen Tod einzelner Familienmitglieder. Dazu kam die im Vergleich zu heute geringere Lebenserwartung und damit die seltenere Chance, einen langen Lebensabschnitt gemeinsam mit anderen Familienmitgliedern zu verbringen.

subjektorientierte Ansatz bzw. egozentrische Ansatz[260] hat gegenüber der Betrachtungsweise externer Indikatoren den Vorteil, dass die Ergebnisse auf die Sichtweise der Betroffenen zurückgreifen und so voreilige Fehlschlüsse vermieden werden.

Im Folgenden wird auf den subjektorientierten Ansatz zurückgegriffen um die Frage nach der Destabilisierung privater Beziehungen unter den Bedingungen der „modernen Gesellschaft“ zu beantworten, jedoch unter Einbeziehung externer Indikatoren wie Scheidung und „Nicht-Heirat“. In einem ersten Schritt muss geklärt werden, wie Menschen überhaupt eine intakte private Beziehung charakterisieren. Bertram ist dieser Frage nachgegangen. Aus mehreren Studien extrahierte er, dass die Mehrheit der befragten Personen vier Elemente nennt, die für sie Kennzeichen einer intakten privaten Beziehung sind. Diese vier Elemente privater Lebensführung sind Kommunikation, gefühlsmäßige Bindung, gemeinsam verbrachte Freizeit sowie gemeinsame Mahlzeiten. Darauf aufbauend konnte folgende Arbeitsthese verfasst werden: Von einer Zunahme der Instabilität privater Beziehungen in der „modernen Gesellschaft“ ist dann auszugehen, wenn die vier genannten charakteristischen Elemente einer privaten Beziehung nur kurzfristig oder kaum mehr realisiert werden können. Dabei ist jedoch zu beachten, dass man nicht bereits von einer Krise privater Beziehungen sprechen kann, wenn diese vier Elemente einer gelungenen Lebensführung innerhalb anderer Lebensformen als der traditionellen Kernfamilie realisiert werden würden. Damit wäre nämlich nicht die Destabilisierung privater Beziehungen nachgewiesen, sondern vielmehr die Attraktivität der Lebensform „traditionelle Kernfamilie“ in Frage gestellt.

Für die Analyse hinsichtlich der vier Elemente privater Lebensführung untersuchte Bertram die Beziehungsmuster von verheirateten, verwitweten, geschiedenen und ledigen Personen und verglich diese anschließend miteinander. Bezüglich des ersten Elementes, der engen gefühlsmäßigen Bindung, wurde deutlich, dass die Angaben von Verheirateten, Geschiedenen und Verwitweten bezüglich ihres Hauptansprechpartners sehr ähnlich waren. Die eigenen Kinder, gefolgt vom Ehepartner bei noch verheirateten Befragten und schließlich von den eigenen Eltern waren vorrangig die Personen, mit denen sich die Befragten gefühlsmäßig

[260] Siehe dazu: Bertram (2002 a).

verbunden fühlten. Ein ganz anderes Bild war bei den Ledigen zu finden. Hauptansprechpartner sind hier in jungen Jahren stets die Lebenspartner, gefolgt von den eigenen Eltern. Im fortgeschrittenen Alter gewannen vermehrt Freunde und Geschwister an Bedeutung.

Bei dem Element „Kommunikation“ bzw. bei persönlichen Gesprächen wird von Verheirateten als Hauptansprechpartner der Ehepartner genannt. Mit zunehmendem Alter der befragten Personen gewinnen die eigenen Kinder immer mehr an Bedeutung. Ähnlich ist die Konstellation bei geschiedenen Frauen. Für sie sind und bleiben die eigenen Kinder die wichtigsten Ansprechpartner. Etwas anders sieht dies im Vergleich dazu bei geschiedenen Männern aus. Obwohl die meisten geschiedenen Männer über ihre Lebenszeit hinweg den Kontakt zu ihren eigenen Kindern aufrecht erhalten, ist der Kontakt nach der Scheidung doch meistens stark eingeschränkt bzw. verringert. Dies liegt daran, dass auch heutzutage noch die Mehrheit der Scheidungskinder bei der Mutter aufwächst und daher - schon durch die größere räumliche Distanz zum Vater - die Kontakthäufigkeit abnimmt. Ledige zeigen auch hier ein unterschiedliches Beziehungsmuster. Von größter Bedeutung sind für sie Freunde, die eigenen Eltern, der Lebenspartner oder auch die Geschwister.

Auch hinsichtlich der zwei anderen Elemente „gemeinsame Mahlzeiten“ und „gemeinsam verbrachte Freizeit“ kommt die Studie nahezu zu den gleichen Ergebnissen. Stets nennen Verheiratete den Ehepartner und die eigenen Kinder als diejenigen Personen, mit der sie ihre Mahlzeiten einnehmen oder die Freizeit verbringen. Für geschiedene Frauen sind wiederum die Kinder Hauptpartner. Aus oben bereits erwähnten Gründen haben bei geschiedenen Männern die eigenen Kinder hinsichtlich der gemeinsamen Mahlzeiten oder der gemeinsam verbrachten Freizeit nicht den hohen Stellenwert wie bei den geschiedenen Frauen. Ledige Personen geben auch hier wieder die eigenen Eltern, den Lebenspartner und mit zunehmendem Alter Geschwister oder Freunde an.

Die Beobachtungen hinsichtlich der privaten Beziehungsmuster bei Personen mit unterschiedlichem Familienstatus, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Geschiedene und Verheiratete haben ähnliche Beziehungsmuster. Eine Ausnahme sind die Ehepartner, die bei geschiedenen Personen durch Freunde ersetzt werden. Das Beziehungsmuster von Ledigen ist dagegen völlig unterschiedlich, wenn auch familienorientiert[261]. Als Kontaktpersonen stehen die Mitglieder der Herkunftsfamilie im Vordergrund, also die eigenen Eltern und die Geschwister.
2. Fragt man zusätzlich nach der Anzahl der zur Verfügung stehenden Kontaktpersonen, ergibt sich ein ähnliches Bild: Verheiratete, geschiedene und auch verwitwete Personen können mit einigen wenigen Unterschieden auf eine gleich hohe Anzahl an vertrauten Personen zurückgreifen. Ledige hingegen haben aufgrund ihrer Orientierung zur Herkunftsfamilie gerade im eigenen Alter weniger Kontakte. Mit anderen Worten: „Ledige müssen jedenfalls damit leben, dass sie im höheren Lebensalter zunehmend ihr eigenes Beziehungsnetz überleben, ohne Chance sich beziehungsmäßig mit der nachwachsenden Generation zu verbinden.“[262]

ZWISCHENFAZIT: Kommunikations- und Interaktionsstrukturen bzw. private Beziehungen sind in der „modernen Gesellschaft“ in einem engen Generationenverbund vor allem vertikal gegliedert. Horizontale verwandtschaftliche Beziehungen sind hauptsächlich für Ledige relevant, da sie sich vorrangig an ihrer Herkunftsfamilie orientieren. Wie bereits aus den obigen Ergebnissen der Studie erkennbar, ist die Sicherheit und Stabilität privater Beziehungen dauerhaft von der nachwachsenden Generation (eigene Kinder und Enkelkinder) abhängig und nicht von der eigenen.

Damit kann gesagt werden:
„Nicht der gesellschaftlich vorgegebene Familienstand und die damit verbundenen institutionellen Vorstellungen von Ehe und Familie prägen gegenwärtig und vermutlich in Zukunft noch mehr die Beziehungen von Menschen im privaten Bereich, sondern die Kinder, die von allen Befragten im Durchschnitt am häufigsten

[261] So bestätigt das Beziehungsgefüge Lediger zu ihrer Herkunftsfamilie, dass Ledige kein Singledasein im Sinne einer vereinzelten Existenz führen und damit geringere Heiratsziffern kein Zeichen für einen zunehmenden, negativ verstandenen Egoismus sind.

[262] Bertram (2002 a), S. 21.

genannt werden. [...] Dieses Ergebnis lässt sich aus der Perspektive einer subjektorientierten Soziologie, die das Handeln des Individuums in den Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stellt, ohne Schwierigkeiten interpretieren. Die zunehmend geringere Verbindlichkeit gesellschaftlicher Werte und Normen, die wachsenden Optionen im Lebenslauf, unterschiedliche Lebenspläne zu realisieren, wird von Seiten des Individuums nicht damit beantwortet, das persönliche Leben und sein Beziehungsgefüge in gleicher Weise beliebig und offen zu organisieren.[263] Die handelnden Individuen können, will man einem rational-choice-Ansatz folgen, den Aufbau stabiler Beziehungen zu Kindern und Enkeln als hilfreich und nützlich empfinden, um zumindest bestimmte Sicherheiten im Privaten in einer zunehmend unsicheren und offenen Welt zu gewinnen."[264] Diesen Gedanken weiter auf familiale Hilfe- und Unterstützungsleistungen für alte Menschen beziehend, fährt Bertram in einem anderen Arbeitspapier fort: „Hier kann zunächst festgehalten werden, dass die persönlichen Beziehungen der hier untersuchten Personen so gut wie gar nicht von ihren geäußerten Wertvorstellungen abhängen [...] und dass erwartete Hilfe- und Unterstützungsleistungen im Alter nicht über die Werte und Einstellungen der Personen gesteuert werden, sondern über die emotionalen Bindungen, persönlichen Beziehungen und die gemeinsam verbrachte Freizeit, die ihrerseits nicht notwendigerweise von Werten und Einstellungen abhängig ist. [...] Daraus lässt sich die These ableiten, dass sich auch in einer offenen Gesellschaft mit einer geringen Verbindlichkeit gesellschaftlicher Normen in bezug auf Institutionen wie Ehe oder Familie soziale Beziehungen auch unabhängig von dieser geringeren Verbindlichkeit entwickeln und offenkundig ein Leben lang verhältnismäßig stabil bleiben; in bezug auf die Kinder und die Enkel überdauern diese Bindungen sogar Scheidung oder Tod eines Partners."[265]

Im Hinblick auf die eingangs gestellte Frage nach der Destabilisierung privater Beziehungen durch Rahmenbedingungen der „modernen Gesellschaft" kann somit

---

[263] Damit wird empirisch bestätigt, dass klassische Präferenztheorien, die einen scheinbaren Niedergang der Familie und der Generationenbeziehungen auf veränderte Präferenzen der Individuen zurückführen nicht der Wirklichkeit entspricht. Zu Kritik an derartigen Ansätzen siehe auch: Habisch (1997), S. 359-368.

[264] Bertram (2002 a), S. 35-36.

gefolgert werden, dass einerseits die Bedeutung der Scheidungsziffern sowie der modernen Lebensformen relativiert werden muss. Andererseits muss jedoch berücksichtigt werden, dass es diese Rahmenbedingungen den Individuen erlauben müssen, stabile private Beziehungen bzw. Bindungen zwischen den Generationen, gerade zu den eigenen Kindern, aufzubauen. Ob dies in ausreichendem Maße hinsichtlich einer zunehmenden beruflichen Mobilität (Fernbeziehungen), steigenden finanziellen Belastungen von Familien mit Kindern als auch mangelnder Vereinbarkeit von Familie und Erwerbstätigkeit (Kinderlosigkeit) sowie unter den erweiterten Möglichkeiten wechselnder Lebenspartner, Wiederheirat und dem Entstehen von Patchwork-Familien gelingen wird, kann angezweifelt werden. Denn alle genannten Faktoren haben eines gemeinsam: Sie vermindern die Chance, dauerhaft stabile, private Beziehungen zur nächsten Generation – durch die eigene Verfügbarkeit und damit auch Erbringung von Solidarleistungen - aufzubauen bzw. zu erhalten. Ökonomisch argumentiert heißt das: Trotz des Bestrebens der Individuen, stabile private Beziehungen zu gründen und zu pflegen, können die Bedingungen der „modernen Gesellschaft“ sie dazu nötigen, nicht derart in ausreichendem Maße in eigene Kinder zu investieren, dass ein impliziter, reziproker Solidaritätsvertrag zustande kommt. Die für langfristige Investitionen und Erträge (Solidarleistungen) so notwendige Verlässlichkeit und Kontinuität von „Vertragsbeziehungen“ wird durch die Bedingungen der „modernen Gesellschaft“ zumindest in Frage gestellt.

Um diese Problematik, d.h. die Folgen des Wandels von Lebensformen und Lebensführung für die familiale Pflege zu untermauern, wird an dieser Stelle auf zwei Arbeiten[266] von Rosenkranz/Schneider bzw. Schneider/Rosenkranz/Limmer zurückgegriffen. Kernpunkt ihrer Ausführungen ist die Beantwortung der Frage „Wer pflegt morgen?“ bzw. „Welchen Veränderungen unterliegt das Potenzial an familiar Pflegenden?“

---

[265] Bertram (2002 c), S. 31-33. Zur Bedeutung des sozialen Wandels für eine Entsozialisierung siehe auch: Backes (1998), S. 5-29.

[266] Siehe dazu: Rosenkranz/Schneider (1997), S. 137-155 und Schneider/Rosenkranz/Limmer (1998), S. 168-179.

Man muss kein Hellseher sein, um heute schon zu erkennen, dass der Pflegebedarf - demographisch bedingt – anwachsen und gleichzeitig das familiale Pflegepotenzial nicht mehr in der bisherigen Form bzw. Zahl zur Verfügung stehen wird. Welche gesellschaftlichen Entwicklungen jedoch konkret Einfluss auf die Anzahl der auch in Zukunft vorhandenen pflegeleistenden Familienmitglieder haben, zeigen die Abschnitte A und B.

A Das zukünftige Potenzial an Lebenspartnern

Fragt man in empirischen Studien nach dem Verwandtschaftsgrad der Hauptpflegeperson eines pflegebedürftigen alten Menschen, wird in überwiegender Mehrheit von in Partnerbeziehungen lebenden Menschen der (Ehe-)Partner genannt. Insbesondere Ehefrauen tragen in der heutigen Zeit den Hauptteil an Pflegeleistungen. Fraglich ist, ob dieses Pflegepotenzial auch in Zukunft, d.h. unter den veränderten Bedingungen der „modernen Gesellschaft“ zur Verfügung stehen wird.

Negative Auswirkungen auf das Potenzial an Betreuungs- und Pflegeleistungen durch (Ehe-)Partner sind zu erwarten durch:

- Höhere Scheidungshäufigkeit:

  Eine höhere Scheidungshäufigkeit kann sich mehrfach negativ auswirken. Zum Einen resultiert aus einer Scheidung die Tatsache, dass kein Partner mehr vorhanden ist, der eine Betreuungs- und Pflegetätigkeit ausüben könnte. Zum Anderen lässt sich ökonomisch argumentieren, dass Menschen, die mit einer höheren Wahrscheinlichkeit rechnen müssen, geschieden zu werden, weniger in die bestehende Beziehung investieren und damit der gegenseitige Solidaritätsvertrag nur in einer schwach ausgeprägten Form zustande kommen wird. Das Gleiche gilt für Partner, die geschieden werden. Hier führt die kürzer miteinander verbrachte Zeit häufig zu einer geringeren Stabilität des Solidaritätsvertrages. Ein schwach ausgeprägter Solidaritätsvertrag wird aber wiederum dazu beitragen, dass die Partner in einem geringeren Maße bereit sein werden, für den anderen in Zukunft Leistungen und damit auch Pflegeleistungen zu erbringen.

- Rückgang der Heiratsneigung

Auch der Rückgang der Heiratsneigung führt im Alter dazu, allein zu leben und damit keinen Partner zur Verfügung zu haben, der Betreuungs- oder Pflegeleistungen erbringen kann.

- Erhöhung des Rentenalters

Mit einer Erhöhung des Rentenalters verlängert sich die Problematik der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. Je länger Menschen beruflich tätig sind bzw. sein müssen, desto weniger können sie sich einer familialen Betreuung oder Pflege widmen.

- Steigende Erwerbstätigkeit der Frauen (Rollenwandel)

Die gleiche Argumentation gilt für die Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen, wenn auch noch in einem viel stärkeren Maße. Da Frauen bisher entweder als (Ehe-)Frauen oder Töchter die Hauptpflegeleistenden waren, wird eine Zunahme der Erwerbstätigkeit von Frauen zum Einbrechen des Potenzials an Hauptpflegeleistenden führen.

Neben diesen negativen Auswirkungen können bestimmte gesellschaftliche Entwicklungen sich jedoch auch positiv auf das zukünftige Pflegepotenzial auswirken. Diese Entwicklungen sind mitunter sicherlich nicht als gesamtgesellschaftlich wünschenswert zu bezeichnen, Einfluss auf das Pflegepotenzial werden sie jedoch trotzdem ausüben.

Positive Auswirkungen auf das Potenzial an Betreuungs- und Pflegeleistungen durch (Ehe-)Partner sind zu erwarten durch:

- Zunahme nicht konventioneller Lebensformen

Bisher ungeklärt sind die Auswirkungen nicht konventioneller Lebensgemeinschaften auf die Pflegebereitschaft der Partner und damit auf das zukünftige Pflegepotenzial. Es kann jedoch angenommen werden, dass eheähnliche (d.h. langfristige) Lebensgemeinschaften ebenso Pflegeleistungen erbringen werden. Insoweit diese Lebensgemeinschaften zur Aufhebung eines „Single-Daseins“ führen, werden sie auch das Pflegepotenzial anheben.

- Höhere Arbeitslosigkeit der Frauen (und Männer) im Sinne einer besseren Verfügbarkeit und besseren Rezeption finanzieller Anreize (z.B. Pflegegeld)

Genau gegenteilig zu einer vermehrten Erwerbstätigkeit von Frauen kann argumentiert werden, dass eine höhere Arbeitslosenquote dazu führt, dass Menschen aus zeitlichen als auch finanziellen Gründen eher bereit sein werden, eine Pflegetätigkeit zu übernehmen.

B Das zukünftige Potenzial an Kindern sowie an Schwiegertöchtern – bzw. söhnen

Neben dem (Ehe-)Partner als Hauptpflegeperson spielen die Kinder und hier insbesondere die Töchter wie auch Schwiegertöchter eine herausragende Rolle für das Pflegepotenzial. Gesellschaftliche Entwicklungen, die das Vorhandensein von Kindern bzw. Töchtern beeinflussen, werden deshalb auch erheblich das in Zukunft zur Verfügung stehende Pflegepotenzial[267] mitbestimmen.

Negative Auswirkungen auf das Potenzial an Betreuungs- und Pflegeleistungen durch die Kindergeneration sind zu erwarten durch:

- Rückgang der Kinderzahl insgesamt

Dieser demographische Effekt ist seit Jahrzehnten Diskussionspunkt wissenschaftlicher Arbeiten und tritt in neuerer Zeit auch ins Rampenlicht der politischen Debatte um die Sicherung der staatlichen Sozialsysteme.

- Zunahme der Kinderlosigkeit

Neben der Situation eines gesamtgesellschaftlich ungünstigen Aufbaus der Bevölkerung durch eine zu niedrige Kinderzahl, bedeutet eine zunehmende Kinderlosigkeit für die betroffenen „Eltern“ eine Reduzierung ihres eigenen Pflegepotenzials.

- Rückgang der Heiratsneigung in der Kindergeneration

Wie auch schon bei der Elterngeneration führt ein Rückgang der Heiratsneigung zu einer Verminderung des zukünftigen Pflegepotenzials, da hier mögliche

[267] Zu Berechnungen der Entwicklung des Potentials an Pflegepersonen in der Töchtergeneration siehe Rosenkranz/Schneider (1997), S. 146-151.

Schwiegertöchter bzw. -söhne als mögliche Pflegeleistende von vorneherein ausscheiden.

- Höhere Scheidungshäufigkeit bei rückläufigen Wiederverheiratungsquoten der Kindergeneration

Auch die höhere Scheidungshäufigkeit bzw. die sinkende Wiederverheiratungsquote führt zum selben Ergebnis wie die zurückgehende Heiratsneigung der Kinder: Das familiale Netzwerk bleibt klein und damit die Anzahl an Angehörigen, die eine Pflege übernehmen würden bzw. könnten.

- Zunahme der vor- bzw. nachehelich und der dauerhaft Alleinlebenden

Zusätzlich zu erwachsenen Kindern, die aufgrund von Scheidungen allein leben, gibt es eine steigende Anzahl an Menschen, die dauerhaft allein leben werden.

- Höhere räumliche Mobilität in der Kindergeneration

Eine weitere Herausforderung der „modernen Gesellschaft“ ist die zunehmende Mobilität der Kindergeneration, die einerseits gezwungenermaßen durch die Arbeitsplatzsuche hervorgerufen wird, andererseits aber auch als ein Stück Selbstverwirklichung der Kindergeneration zu betrachten ist. Diese Mobilität bringt jedoch eine größere räumliche Trennung der erwachsenen Kinder und ihrer Eltern mit sich und damit auch eine Aufweichung des Solidaritätsvertrages. Ein vermindertes Pflegepotenzial kann so einerseits rein räumlich bedingt sein, andererseits aber auch aufgrund einer veränderten gegenseitigen Beziehung, hervorgerufen durch die größere räumliche Trennung, entstehen.

Positive Auswirkungen auf das Potenzial an Betreuungs- und Pflegeleistungen durch die Kindergeneration sind zu erwarten durch:

- Als einzige positive Auswirkung kann die steigende Arbeitslosigkeit in der Kindergeneration im Sinne einer besseren zeitlichen Verfügbarkeit und besseren Rezeption finanzieller Anreize (z.B. Pflegegeld) genannt werden. Dass diese Situation gesamtgesellschaftlich wie auch aus der Sicht einer qualitativ hochwertigen Pflege nicht gerade wünschenswert ist, ist naheliegend.

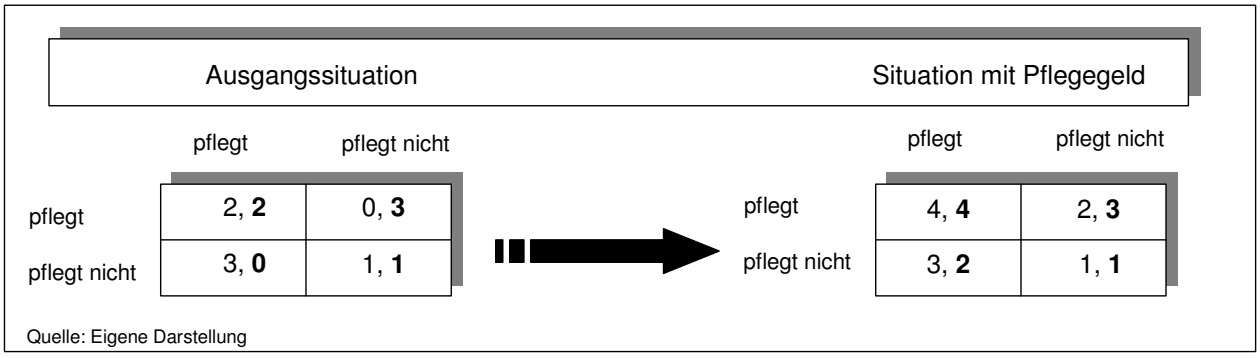
FAZIT: Es bleibt festzuhalten: Aus demographischen wie auch Gründen der Lebensführung von Familien wird sich die Zahl der bisherigen Hauptpflegepersonen in Zukunft deutlich verringern. (Ehe-)Partner und Kinder, insbesondere Töchter, werden aufgrund der strukturellen Veränderungen in bisherigem Umfang nicht mehr als familiar Pflegeleistende zur Verfügung stehen. So gilt es, bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen für den Bereich der Betreuung und Pflege alter Menschen dieser Ausgangslage Rechnung zu tragen. Obwohl unbestreitbar ist, dass deshalb ein Anstieg der professionellen Pflege unvermeidbar sein wird, muss es dennoch oder gerade deshalb vordringliche Aufgabe der Politik sein, durch sozialpolitische Regelungen und die Organisation von Betreuungs- und Pflegeleistungen das familiale Pflegepotenzial zu stabilisieren bzw. zu fördern.

6.2.2 Staatlich gesetzte Rahmenbedingungen, die die interaktionsabhängigen Anreizstrukturen beeinflussen

Bisher wurden die staatlich gesetzten Rahmenbedingungen unter dem Blickwinkel der interaktionsunabhängigen Anreize betrachtet. Wie aber aus Kapitel 4 bereits bekannt ist, setzt sich die individuelle Vorteils-/Nachteils-Kalkulation des Pflegeleistenden sowohl aus interaktionsunabhängigen als auch aus interaktionsabhängigen Elementen zusammen. Daher sollen in diesem Abschnitt die gesetzlichen Rahmenbedingungen noch einmal unter der interaktionsabhängigen „Brille“ analysiert werden. Ruft man sich den Gedankengang aus Kapitel vier noch einmal ins Gedächtnis, wird klar, dass die interaktionsabhängigen Anreize auf einer (theoretischen) Interaktion zwischen den potenziell Pflegeleistenden beruhen, die sich gegenseitig versichern, dass sie die Betreuung und Pflege ihres alten Angehörigen übernehmen. Dies tun sie mit dem Ziel der gegenseitigen Besserstellung und zum Nutzen der Gesellschaft insgesamt. Weiter wurde argumentiert, dass dieses gegenseitige Versprechen nur dann realisiert werden wird, wenn die Rahmenbedingungen derart sind, dass sie eine glaubhafte Selbstbindung ermöglichen, d.h. ein Defektieren bzw. „Trittbrettfahren“ bestrafen. Zu beantworten ist somit, inwiefern die vorhandenen Rahmenbedingungen eine glaubwürdige Selbstbindung der potenziell und bereits Pflegeleistenden unterstützen.

Pflegeversicherung

1. kann angeführt werden, dass mit Einführung der gesetzlichen Pflegeversicherung und damit einerseits des Pflegegeldes und andererseits der Anrechnung der Pflegezeiten auf die Rente, der pflegeleistende Angehörige im Privathaushalt gegenüber dem nicht pflegeleistenden Angehörigen bessergestellt wird. Abbildung 17 zeigt die Veränderung des Nutzens im Vergleich zur Ausgangssituation aus Kapitelabschnitt 4.2:



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 17: Auflösung der Dilemmasituation durch die Gewährung von Pflegegeld

Dem Nutzen aus der Defektion wird somit ein Nutzen aus der Kooperation, also der Ausführung der Betreuung bzw. Pflege im Privathaushalt gegenüber gestellt. Wie bereits im letzten Kapitelabschnitt angedeutet, hängt der Erfolg dieser Belohnung der Pflegeleistung u.a. auch von der vorhandenen finanziellen Ausstattung des potenziell bzw. bereits Pflegeleistenden ab. Je besser dessen Ausstattung umso weniger attraktiv wird eine finanzielle Entlohnung der familialen Betreuung und Pflege für ihn sein und damit umso kleiner der daraus entstehende Nutzen ausfallen.

2. Durch den Grundsatz der gesetzlichen Pflegeversicherung „ambulant vor stationär“ besteht kein beliebiges Wahlrecht der Pflegebedürftigen mit ihren Familien zwischen der Unterbringung in einem Altenpflegeheim und der Betreuung bzw. Pflege im Privathaushalt durch Familienangehörige bzw. Pflegedienste. Vielmehr muss ein triftiger Grund bestehen, warum die Betreuung und Pflege im Privathaushalt, und damit jedenfalls die familiale Pflege, nicht geleistet werden kann. Nur so werden die Kosten für eine stationäre Unterbringung anteilig von der Pflegeversicherung übernommen. Daraus folgt, dass Familien von Pflegebedürftigen vom Gesetzgeber

allgemein verbindlich aufgefordert sind, vorrangig familiale Betreuung und Pflege im Privathaushalt zu leisten. Ein begründungsloses „Aus-der-Affäre-ziehen“ oder spieltheoretisch ausgedrückt ein „Defektieren“ wird somit erschwert, wenn auch nicht völlig unterbunden.

FAZIT: Der theoretische Betrachtungswinkel legt nahe, dass sich die Geldleistung in Form des Pflegegeldes und eventuelle Rentenansprüche zugunsten der Entscheidung einer Pflegeübernahme im Privathaushalt auswirken. Ökonomisch ausgedrückt steigt der Nutzen für eine „Kooperation“. Da Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen keine Geldleistungen gewährt werden, bleibt die Dilemmasituation zwischen Angehörigen in Altenpflegeheimen erhalten.

Ob der Grundsatz „ambulant vor stationär“ in der Realität eine Hürde für die stationäre Versorgung alter Menschen darstellt und damit den interaktionsabhängigen Nutzenbestandteil verändert, muss angezweifelt werden.

6.3 Der Status quo staatlich gesetzter Rahmenbedingungen mit Einfluss auf die Kosten-/Nutzen-Bilanz potenziell pflegender Angehöriger

Betrachtet man noch einmal Abbildung 15, und fragt sich, wo bei potenziell Pflegeleistenden im Gegensatz zu bereits pflegeleistenden Angehörigen der Unterschied liegt, wird klar, dass ein Netto-Nutzen aus der Fürsorge für alte Menschen entweder noch nicht vorhanden oder im Vergleich zu anderen Möglichkeiten, Nutzen zu generieren, noch zu klein ist. Somit gewinnen potenziell Pflegeleistende ihren Nutzen bisher ausschließlich aus „Gütern“ des Lebensstandards.

Aufgabe des Gestalters von Rahmenbedingungen muss es daher sein, den Nutzen aus einer Fürsorgetätigkeit zu erhöhen. Nur so kann eine Pflegeübernahme als relevante Alternative der Nutzengewinnung ins Blickfeld eines potenziell pflegeleistenden Angehörigen gerückt werden. Zu fragen gilt es daher, inwiefern die bestehenden, staatlich gesetzten Rahmenbedingungen zu einer Nutzenerhöhung aus einer Übernahme der Pflegetätigkeit beitragen.

A Geld- und Sachleistung der Pflegeversicherung

Ein bereits erwähnter Bestandteil der Pflegeversicherung ist die Gewährung von Pflegegeld für pflegende Angehörige. Neben einer Steigerung des Transfereinkommens des pflegeleistenden Angehörigen bei Pflegeübernahme und damit einer direkten Nutzenerzielung, kann das Pflegegeld auch zwei weitere Auswirkungen auf die Nutzenerwägungen von potenziell Pflegeleistenden haben. Zum einen kann die Gewährung von Pflegegeld zur einer Steigerung der gesellschaftlichen Anerkennung der Pflegetätigkeit führen, da damit deutlich gemacht wird, dass diese Leistung der Gesellschaft im wahrsten Sinne des Wortes etwas wert ist. Auch dieser mit der Pflegetätigkeit verbundene „Prestigeerwerb“ kann sich positiv auf die Nutzenerwägungen auswirken. Darüber hinaus kann das Pflegegeld für die Bezahlung von Pflegediensten oder sonstigen Hilfestellungen bzw. Unterstützungen verwendet werden und so zur einer Herabsetzung der „Eintrittsbarriere“ in die Pflegetätigkeit führen. Diese Eintrittsbarriere kann auf der Befürchtung gründen, nicht genügend Zeit für die Pflege zur Verfügung zu haben oder mangels Fachkenntnis den Pflegeansprüchen nicht gerecht werden zu können. Die Inanspruchnahme einer unterstützenden Institution, wie z.B. des Pflegedienstes, kann diese Befürchtungen mindern.

Genauso kann bei der Gewährung einer Sachleistung oder der Leistung aus dem Pflegeergänzungsgesetz argumentiert werden, da gerade diese Leistungen zu einer Inanspruchnahme der unterschiedlichen Entlastungsformen führen. Durch eine Unterstützung von Pflegediensten, Betreuungsgruppen oder ehrenamtlichen Helfern wird der Pflegeleistende nicht nur in zeitlicher und psychischer Hinsicht entlastet, auch das belastende Gefühl der alleinigen Verantwortung kann reduziert werden.

Einen weiteren positiven Anreiz kann die Tatsache setzen, dass ein Pflegeleistender unter bestimmten Bedingungen Rentenansprüche durch die Pflegetätigkeit erwerben kann. Dies bedeutet, dass er einen in der Zukunft liegenden Nutzen aus der Übernahme der Pflegetätigkeit in Form einer Rentenerhöhung ziehen kann.

Wie in den obigen Ausführungen erläutert, führen im Endeffekt sowohl die Geld- als auch die Sachleistung der Pflegeversicherung zu einer Erhöhung des zur Verfügung

stehenden Einkommens. Um nun die Frage nach der Pflegeübernahme zu beantworten, muss geklärt werden, inwieweit eine Einkommenserhöhung in der Größenordnung einer Leistung der gesetzlichen Pflegeversicherung für den potenziell Pflegeleistenden ausschlaggebend ist. Da die individuellen Nutzenfunktionen potenziell Pflegeleistender nicht im Einzelnen bekannt sind, kann man nur eine Durchschnittsaussage treffen. So ist anzunehmen, dass für potenziell Pflegeleistende, die bereits ein überdurchschnittliches Einkommen besitzen, eine zusätzliche Geldleistung und damit eine leichte Erhöhung ihres Einkommens keinen ausschlaggebenden Faktor für eine Pflegeübernahme darstellen. Anders kann dies bei Geringverdienern aussehen, die unter Umständen durch die Leistungen der Pflegeversicherung beträchtliche Einkommenssteigerungen erhalten würden. Anzunehmen ist daher, dass für Wenigverdiener durch die Einführung der Pflegeversicherung Anreize gesetzt wurden, eine Betreuung und Pflege im Privathaushalt zu übernehmen.

B Pflegekurse

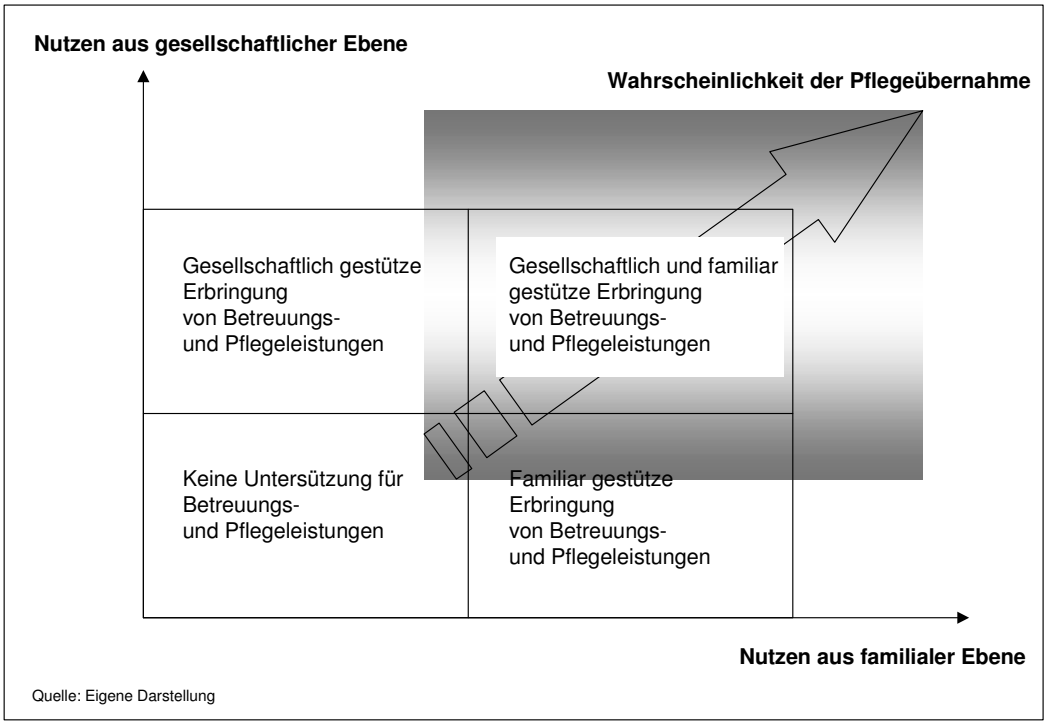
Wie bereits erwähnt, kann eine „Eintrittsbarriere“ auch dadurch entstehen, dass der potenziell Pflegeleistende Befürchtungen hat, den Pflegeansprüchen aufgrund mangelnder Fachkenntnisse gerecht werden zu können. Dem kann dadurch entgegen gewirkt werden, dass der Angehörige Zugang zu relevanten Informationen erhält und notwendige Fachkenntnisse erwerben kann. Kostenlose Pflegekurse für Angehörige geben hierzu die Möglichkeit.

C Angehörigengruppen

Auch die staatlich geförderten Angehörigengruppen können die Hemmschwelle für eine Pflegeübernahme überwinden. Hier können Bedenken vorgebracht und der Rat von erfahreneren, pflegenden Angehörigen eingeholt werden. Zudem bieten diese Gruppen durch den Aufbau eines Gemeinschaftsgefühls die Chance, die empfundene eigene Belastung zu senken.

6.4 Auftretende Anreizprobleme unter den bestehenden Rahmenbedingungen

Zieht man ein Resümee aus dem vorherigen Kapitelabschnitt kann man mit Berechtigung sagen, dass in vielerlei Hinsicht durch staatlich gesetzte Rahmenbedingungen Einfluss auf die Anreizstrukturen von Angehörigen im Sinne einer Förderung und Stabilisierung von familialen Betreuungs- und Pflegeleistungen genommen wird. Wie jedoch zu vermuten war, ist das Portefeuille dieser Rahmenbedingungen noch[268] lückenhaft. Als Hilfsmittel für das Aufspüren dieser „Lücken“ soll die folgende Abbildung dienen.



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 18: Beeinflussung der Pflegeübernahme durch Rahmenbedingungen

Deutlich zeigt die Abbildung, dass die Bereitschaft, Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen zu übernehmen bzw. diese weiterhin zu erbringen, von staatlich gesetzten Rahmenbedingungen abhängt, die sowohl die gesellschaftliche Ebene als auch die familiale Ebene beeinflussen. Eine Stabilisierung der Wahrscheinlichkeit für eine Pflegeübernahme oder -weiterführung durch Angehörige entsteht somit mit

[268] Diese Aussage impliziert nicht, dass es ein optimales Paket an Rahmenbedingungen gibt, das nur gefunden werden muss und dann über die Zeit hinweg beibehalten werden kann. Vielmehr müssen Rahmenbedingungen der sich laufend verändernden, gesellschaftlichen Situation gerecht werden.

zunehmender Unterstützung von familialer als auch gesellschaftlicher Seite. Welche Anreizprobleme nun konkret auszumachen sind, zeigt der folgende Abschnitt.

A Anreizprobleme, die die primäre „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ Angehöriger betreffen

Bei Anreizproblemen, die die primäre „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ von Angehörigen betreffen, muss beachtet werden, dass die „Bilanzen“ von Angehörigen, die im Privathaushalt Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen übernehmen (wollen) und Angehörigen, die Leistungen in Altenpflegeeinrichtungen erbringen, zu unterscheiden sind. Wirft man zuerst einen Blick auf die Anreizstrukturen für Angehörige in Privathaushalten, ist festzustellen, dass der Staat für diese ein großes Angebot an Entlastungsmöglichkeiten bereit hält. Vorrangige Problematik hierbei ist jedoch - was auch immer wieder in empirischen Umfragen bestätigt wird -, dass Angehörige diese Angebote nur in geringem Umfang wahrnehmen. Dies hat nicht nur zur Folge, dass diese die eigentlich so dringend benötigte Entlastung nicht erfahren, sondern auch dass zahlreiche Angebote wieder eingestellt werden. Beschäftigt man sich mit den Gründen für das beschriebene Verhalten von pflegenden Angehörigen, kristallisiert sich einerseits ein Informationsdefizit, die vorhandenen Angebote betreffend, heraus; andererseits führt die Hilflosigkeit und Überforderung Angehöriger ihre Pflegetätigkeit effizient und effektiv zu organisieren, dazu, dass Entlastungsangebote nur als weitere organisatorische Belastung angesehen und damit nicht angenommen werden.

Untersucht man im Vergleich dazu, die Rahmenbedingungen, die auf die Anreizstrukturen von pflegenden Angehörigen in Altenpflegeeinrichtungen wirken, fällt ins Auge, dass die Atmosphäre sowie die Bedingungen in der Institution „Altenpflegeeinrichtung“ selbst, den wesentlichen Ausschlag für oder gegen eine Integration von Angehörigen in Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben geben. Gerade jedoch die systematische Schaffung angehörigenfreundlicher Bedingungen liegt bei der Mehrzahl der Altenpflegeheime noch in den Anfängen. Dies kann auf mehrere ordnungspolitische Gründe zurückgeführt werden. Zum einen waren Altenpflegeeinrichtungen bisher keiner Konkurrenz ausgesetzt und hatten so kaum Vorteile von einer ausgeprägten Angehörigenarbeit. Zum anderen sind auch Institutionen der stationären Altenpflege mit dem Willen zum Aufbau einer

umfangreichen Angehörigenarbeit in bestimmten Belangen die Hände gebunden. So ist es Altenpflegeeinrichtungen durch den Versorgungsvertrag nicht möglich, Betreuungs- und insbesondere Pflegeaufgaben ohne weiteres an Angehörige zu übertragen.

B Anreizprobleme, die die erweiterte „Kosten-/Nutzen-Bilanz" Angehöriger betreffen

Neben Problemen, die die primäre „Kosten-/Nutzen-Bilanz" von Angehörigen betreffen, gibt es eine breite Zahl an Rahmenbedingungen, die die Entstehung oder die Stabilität eines familialen Solidaritätsvertrages negativ beeinflussen. Dessen im Bewusstsein weist das Urteil des Bundesverfassungsgerichts ausdrücklich darauf hin, dass alle Gesetze auf Familienfreundlichkeit hin zu überprüfen sind. Zwar gab dieses Urteil der Politik den Anstoß, familienfreundliche Projekte in Gang zu setzen, von einer konsequenten Umsetzung kann jedoch bisher in keiner Weise die Rede sein. Vielmehr werden noch allzu oft familienpolitische Maßnahmen als „Kann-Maßnahmen" angesehen, die nur bei guter Haushaltslage durchgeführt werden sollten. Vernachlässigt wird hierbei jedoch das Wissen darum, dass Maßnahmen, die die Stabilität von Generationenbeziehungen betreffen, in vielerlei Hinsicht Grundstock und damit Voraussetzung für wirtschaflticheS bzw. gesellschaftliches Wachstum sind.

Am Beispiel der Pflegeversicherung sollen nun die Defizite im sozialen Sicherungssystem hinsichtlich der Beachtung des Nutzens familialer Beziehungen veranschaulicht werden.

- Die Pflegeversicherung belastet Familienhaushalte mehr als andere Bevölkerungsgruppen

Jeder Beitrag für eine Sozialversicherung und damit auch der Beitrag für die Pflegeversicherung belastet Familien stärker als Menschen ohne Unterhaltsverpflichtungen, weil es keine Kinderfreibeträge im System der Sozialversicherungen gibt. Mit anderen Worten: Eltern sind bei gleichen Beitragssätzen stärker belastet.

Die Tabelle zeigt dieses Missverhältnis:

Belastungswirkung von Sozialabgaben für unterschiedliche Haushaltstypen mit dem gleichen Einkommen (Daten entnommen aus Petropulos 1999)[269]		
Bruttoeinkommen:	60.000 DM	
Sozialabgaben:	12.450 DM	
	Alleinstehender	**Ehepaar mit Kindern**
Verfügbares Bruttoeinkommen	**60.000 DM**	**40.542** (mit Abzug der durchschnittlichen gesetzlichen Unterhaltskosten für zwei Kinder)
Belastungswirkung der Sozialabgaben in %	20,7%	31%

Tabelle 64: Belastungswirkung von Sozialabgaben für unterschiedliche Haushaltstypen

- Die Pflegeversicherung verursacht eine weitere Subventionierung von Kinderlosen durch Familien

Wie beispielsweise in der Rentenversicherung erwirtschaften in der Pflegeversicherung die berufstätigen Beitragszahler im Wesentlichen das Geld für die vorhergehende Generation. Auf diese Weise werden die kinderlosen oder kinderarmen Beitragsempfänger von (kinderreichen) Familien subventioniert.

- Die Pflegeversicherung bestraft Erziehungsleistung

Neben der von der Pflegeversicherung nicht honorierten Erziehungsleistung von Eltern, die berufstätige Beitragszahler hervorbringt, leisten Eltern im Vergleich zu Kinderlosen noch zwei weitere Beiträge für die Gesellschaft. So tragen sie mit ihrer Erziehungsleistung dazu bei, dass auch in Zukunft Menschen vorhanden sind, die zu professionellem Pflegepersonal ausgebildet werden können. Darüber hinaus haben sie durch ihre Kinder eine wesentlich größere Chance, im Privathaushalt gepflegt zu werden. In diesem Fall würde zwar die Pflegeversicherung Pflegegeld für die familiale Pflege gewähren müssen, dessen Höhe steht jedoch in keinem Verhältnis zu den Kosten, die eine stationäre Unterbringung von Pflegebedürftigen ohne Angehörige verursachen würde.

[269] Petropulos (1999), S. 47-49.

Zusammenfassend kann man mit Burggraf[270] schließen: „What went wrong with the Social Security? – The answer is that Social Security were disconnected from the family investment required to support them."

C Anreizprobleme, die den interaktionsabhängigen Nutzenbestandteil Angehöriger betreffen

Eine staatlich gesetzte Bedingung, die starken Einfluss auf die interaktionsabhängige Anreizstruktur von Angehörigen hat, ist der festgeschriebene Grundsatz „ambulant vor stationär", was bedeutet, dass die Pflege im Privathaushalt einer Pflege in einer stationären Einrichtung vorzuziehen ist. Die Einführung dieses Grundsatzes führt dazu, dass - nimmt man noch einmal Rückgriff auf die Interaktionssituation zwischen pflegenden Angehörigen – die Option zur Defektion, d.h., die Betreuungs- bzw. Pflegetätigkeiten im Privathaushalt nicht zu übernehmen, nur unter bestimmten Umständen zur Verfügung steht. Der Grundsatz „ambulant vor stationär" würde damit auf theoretischer Ebene einen großen Fortschritt bringen. Problematisch ist jedoch die Umsetzung dieses Grundsatzes in der Praxis. So wird es Menschen relativ leicht gemacht, eine von der Pflegekasse bezahlte Heimunterbringung ihres Angehörigen zu veranlassen, da keine Kriterien vorhanden sind, mit deren Hilfe geprüft wird, ob nicht eine Unterbringung im Privathaushalt vorteilhafter für den Pflegebedürftigen und dazu möglich für den Angehörigen wäre.

Auf einer anderen Ebene bewegt sich die Problematik des interaktionsabhängigen Nutzens für Angehörige, die Betreuungs- bzw. Pflegeleistungen in Altenpflegeeinrichtungen erbringen. So werden pflegende Angehörige in Heimen systematisch im Vergleich zu nicht pflegenden Angehörigen in Heimen benachteiligt. Diese systematische Benachteiligung hat ihren Ursprung einerseits darin, dass in der Pflege engagierte Angehörige in keiner Weise von der Pflegeversicherung entlohnt werden, da – wie bereits oben angesprochen – die Denkweise vorherrscht, dass Heimbewohner in einer Einrichtung im Rahmen des Versorgungsvertrages ausschließlich von dem Heimpersonal betreut werden. Die Möglichkeit einer Integration von Angehörigen ist hier nicht berücksichtigt. Zudem muss der Heimbewohner von pflegenden Angehörigen den gleichen Heimbeitrag zahlen, wie ein Heimbewohner ohne familiale Betreuung. Diese systematische Benachteiligung

[270] Burggraf (1997), S. 90.

potenziell und bereits engagierter Angehöriger in Altenpflegeeinrichtungen fördert die Passivität von Angehörigen.

FAZIT: Mit einem Blick auf die angesprochene mangelhafte Anreizsetzung, kann das Grundproblem wie folgt zusammengefasst werden: Kosten der familialen Betreuung bzw. Pflege werden bisher größtenteils individualisiert, d.h. sie entstehen nur den pflegenden Angehörigen, während gleichzeitig der Nutzen dieser Betreuungs- bzw. Pflegleistungen sozialisiert wird, d.h. überwiegend der Gesellschaft entsteht.[271] Diese Unausgewogenheit gilt es zu beseitigen, um die familiale Betreuung bzw. Pflege alter Menschen zu stabilisieren bzw. zu fördern.

6.5 Vorschläge für die Verbesserung staatlich gesetzter Rahmenbedingungen

Dieser Teil der Arbeit soll Ansatzpunkte liefern, die im Sinne der Interaktionstheorie auf die Gestaltung von staatlich gesetzten Rahmenbedingungen abzielen. „Bei dem Versuch, erwünschte Resultate von Interaktionen zu erreichen und unerwünschte zu verhindern, ist [jedoch] zu beachten, dass man nicht sinnvoll davon sprechen kann, dass die Resultate direkt gewählt würden. Ansatzpunkt für die Gestaltung können nicht die Ergebnisse sozialer Prozesse sein, sondern nur die sozialen Restriktionen der Wahlhandlungen der Akteure, d.h. die Institutionen.„[272] Da dabei eine Wahlfreiheit der Akteure immer gewahrt bleibt, muss sich erst im politischen Abstimmungsprozess erweisen, wie anreizkompatibel die Politikvorschläge letztendlich sind.

6.5.1 Vorschläge, die die primäre Kosten-/Nutzen-Bilanz betreffen

A Vorschläge für die Betreuung und Pflege im Privathaushalt

Wie bereits in obigen Ausführungen angesprochen, bestehen zwar bereits zahlreiche Angebote, die pflegende Angehörige entlasten könnten, aber häufig wird durch eine mangelnde Nutzung dieser Angebote das Ziel einer Entlastung von pflegenden

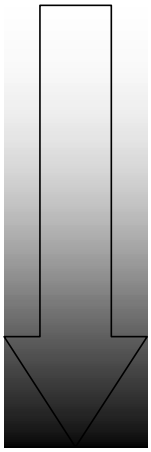
[271] Siehe zu dieser Problematik auch: Burggraf (1997).

[272] Gerecke (1998), S. 222.

Angehörigen nicht erreicht. Ziel der Gestaltung staatlicher Rahmenbedingungen muss es somit sein, Möglichkeiten zu schaffen, durch die einerseits die Hemmschwelle für eine Pflege im Privathauhalt, aber auch für eine Beteiligung in Altenpflegeeinrichtungen gesenkt werden kann, andererseits eine frühzeitige Erkennung eines Burnout-Syndroms bei angehörigen Pflegeleistenden ermöglicht und so eine optimale Versorgung der Pflegebedürftigen garantiert wird.

Aus dem Gedanken heraus, dass ältere Menschen befähigt werden müssen, so lange wie möglich ein selbständiges Leben zu führen, jedoch in vielen Fällen keine ausreichende Kenntnisse über dazu notwendige und bereits vorhandene Hilfestellungen haben, entstand das sogenannte „case management“, das antrat, die angesprochenen Probleme zu lösen. Ziel war und ist es, in einer mehr oder weniger standardisierten Form unter Beteiligung verschiedener Berufsgruppen, fachqualifiziert den Hilfebedarf älterer Menschen zu erfassen und in Abstimmung mit den Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld ein umfassendes Hilfskonzept zu entwickeln, dieses umzusetzen und - wenn nötig - anzupassen sowie die Ergebnisse zu evaluieren bzw. zu dokumentieren. Der optimale Ablauf eines Case Managements sollte daher wie folgt aussehen :

Elemente des Case Managements



Casefinding	Zugang zum Beratungsangebot
Assessment	Ermittlung des Hilfebedarfs
Planning	Aufstellung des individuellen Hilfeplans
Linking	Durchführung der Hilfeplanung und Vermittlung von Hilfen
Monitoring	Überprüfung der Hilfeplanung
Evaluation	Auswertung des Hilfeprozesses
Documentation	Dokumentation

Quelle: Eigene Darstellung angelehnt an Engel/ Engels (1999), S. 123.

Abbildung 19: Musterablauf eines Case Managements

Neben diesem Ablauf, der das Case Management auf individueller Ebene zwischen Betroffenen und dem Case Manager widerspiegelt und daher im Einzelfall immer etwas anders aussehen wird, muss ein Case Management auch auf einer sogenannten Meso- bzw. Makroebene Vernetzungsarbeit leisten. Hier gilt es, die Kenntnisse über verfügbare Angebote auf dem aktuellsten Stand zu halten, Anbieter von Hilfsangeboten zu vernetzen, einen ständigen Informationsaustausch zwischen allen beteiligten Partnern zu pflegen und Kontakte zu potenziellen Hilfestellen aufzubauen.

Dieses Verfahren des Case Managements bietet sich jedoch nicht nur an, um die Situation eines alten pflegebedürftigen Menschen optimal zu gestalten. Wenn es bewusst seinen Fokus auf die betroffenen Angehörigen und insbesondere potenziell pflegende Angehörige ausweiten würde, böte es die einmalige Möglichkeit, eine Integration von Angehörigen in betreuende und pflegenahe Aufgaben im Privathaushalt, aber auch in Altenpflegeeinrichtungen zu fördern bzw. zu stabilisieren.

So wäre es wünschenswert, dass im Bedarfsfall - also bei Eintreten der Pflegebedürftigkeit eines alten Menschen - ein verpflichtendes Beratungsgespräch am Anfang eines umfassenden Case Managements zwischen Angehörigen, betroffenem Pflegebedürftigen und Case Manager steht. Zudem sollte dieses Gespräch durch gesetzliche Verankerung Türöffner für die Inanspruchnahme aller Hilfesysteme innerhalb der Pflegeversicherung sein. Auf diese Weise würde einerseits ein optimales „Versorgungsportefeuille“ für den betroffenen alten Menschen generiert, darüber hinaus aber gleichzeitig Entlastungsangebote für potenziell oder bereits pflegende Angehörige fruchtbar gemacht und damit deren Belastungen deutlich gesenkt werden.

Dass dieser Vorschlag von Erfolg gekrönt sein kann, zeigen empirische Untersuchungen. Diese lassen den Schluss zu, dass ein kompetent durchgeführtes Case Management dazu beitragen kann, die Behandlungsdauer alter Menschen im Krankenhaus abzukürzen oder sogar eine Einweisung in ein Krankenhaus zu vermeiden, das soziale Umfeld älterer Menschen zu stärken, individuelle Hilfenetze (Angehörigenpflege) auszubauen, eine stationäre Dauerpflege hinauszuschieben

oder ganz zu vermeiden und damit die größtmögliche Selbständigkeit in der Lebensführung alter Menschen zu fördern. So bleibt festzuhalten, „dass ein Ausbau der Versorgungsqualität kostenreduzierende Folgewirkungen haben kann. Die Ziele einer bedarfsgerechten Hilfe für ältere Menschen und einer Effizienzsteigerung der Leistungserbringung sind daher nicht gegensätzlich, sondern miteinander vereinbar.“[273] Bezüglich der Einführung eines Case Managements kann damit gesagt werden: „Die Entwicklung dieses Instrumentariums als regelhaftes Grundelement eines zeitgemäßen Altenhilfesystems ist also fachpolitisch, gesellschaftspolitisch und finanzpolitisch zu empfehlen.“[274]

Dass diese Erkenntnis bereits ihren Weg in die Realität gefunden hat, soll hier nicht verheimlicht werden. Einzelne Modellversuche des Case Managements laufen bereits in Baden-Württemberg, Hessen und Hamburg. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Case Management in diesen Bundesländern fester Bestandteil der Regelversorgung - wie z.B. in Großbritannien oder Belgien - ist. Einen weiteren Schritt in die Richtung einer besseren Vernetzung der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung strebt jedoch die Bundesregierung in ihren neuesten Überlegungen zur Pflegeversicherung an. So sollen Regelungen getroffen werden, die zur Entwicklung von Strukturen beitragen und damit einen reibungsloseren Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege gewährleisten sowie die Zusammenarbeit von Ärzten, Therapeuten, Reha-Einrichtungen und Pflegeheimen fördern wird. Dass diese Maßnahmen jedoch noch nicht ausreichend sind, weil Angehörige hier nicht explizit in das Vernetzungsbestreben im Sinne eines Case Managements mit eingebunden sind, machte obige Ausführung deutlich.

B Vorschläge für die Betreuung und Pflege in Altenpflegeeinrichtungen

Kapitelabschnitt 6.4 zeigte auf, dass die Bedingungen in einer Altenpflegeeinrichtung wesentlichen Einfluss auf eine Integration bzw. Desintegration von Angehörigen in Betreuungs- bzw. Pflegeaufgaben haben. Aus staatlicher Perspektive muss daher geklärt werden, welche Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, damit Angehörige zu einem Betreuungs- bzw. Pflegeengagement motiviert werden. Eine Möglichkeit wäre es, allen Altenpflegeeinrichtungen gesetzliche Vorschriften

[273] Engel/ Engels (1999), S. 121.

[274] Engel/ Engels (1999), S. 125.

hinsichtlich der Implementation einer Angehörigenarbeit zu machen. Diese Variante hätte jedoch einen entscheidenden Nachteil: Es wäre nicht gewährleistet, dass die Form der Angehörigenarbeit die jeweiligen Wünsche der Angehörigen vor Ort trifft. Daher scheint es wesentlich erfolgsversprechender zu sein, der zweiten Alternative den Vorzug zu geben. Diese besteht darin, Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Altenpflegeeinrichtungen unter Wettbewerbsbedingungen gesetzt werden. Die Argumentationskette für diese Forderung sieht wie folgt aus:

Das Ausgangsproblem liegt darin, dass Altenpflegeheime bisher hauptsächlich zu dem Teil des Gesundheitswesens gehörten, der nur teilweise marktwirtschaftlichen Kriterien unterworfen war: Solange kein Konkurrenzdruck vorherrschte und die Rahmenbedingungen für Altenpflegeheime so gesetzt waren, dass die Integration von Angehörigen in betreuende und pflegenahe Aufgaben für das einzelne Altenpflegeheim keinen Wettbewerbsvorteil (z.B. durch Imageeffekt) nach sich zog, bestand für dieses kein Anlass bzw. Anreiz diese, eigentlich gesellschaftlich wünschenswerte, Verhaltensweise mit dem Ziel der Kosteneinsparung bzw. Erhöhung der Pflegequalität an den Tag zu legen. Eine Investition in Wettbewerbsvorteile zahlte sich somit nicht aus. Rekonstruiert man diesen Sachverhalt mit Hilfe der ökonomischen Interaktionstheorie, kann man sagen: Interaktionssituationen in Form eines Gefangenendilemmas zwischen Altenpflegeheimen waren bisher nicht oder nur unzulänglich vorhanden. Die Nutzenmatrix eines Altenpflegeheims sah demnach wie folgt aus:

Altenpflegeeinrichtung X		
	Integriert Angehörige	Integriert Angehörige nicht
Nutzen der Einrichtung	0	1

Tabelle 65: Bisherige Nutzenmatrix für Altenpflegeeinrichtungen

Die Tabelle veranschaulicht, dass es für Altenpflegeeinrichtungen ohne Wettbewerbsdruck bisher kaum einen bzw. keinen Vorteil brachte, Angehörige in Betreuungs- und Pflegeaufgaben zu integrieren. Ganz im Gegenteil, es konnte vorteilhafter sein, keine Angehörigenarbeit zu betreiben und dadurch Kosten und Arbeitsaufwand, beispielsweise für Informationsabende, zu sparen. Die Entscheidung

jedes Heimes war damit unabhängig von der Entscheidung anderer Heime. Um diese Situation zu verändern, gilt es nun, die Nutzenerwartung, die aus der Implementation von Angehörigenarbeit entsteht, für die Altenpflegeeinrichtungen zu steigern. Dies kann vorrangig durch die Einführung von Wettbewerb[275] um eine optimale Bettenauslastung erreicht werden, weil dazu das Heim einerseits den Erwartungen und Wünschen der potenziellen Heimbewohner und andererseits auch den Vorstellungen der Angehörigen gerecht werden muss. Mit anderen Worten: Für Altenpflegeheime wird die Einführung von Angehörigenarbeit dann vorteilhaft, wenn sie zu einer gestiegenen Zufriedenheit sowohl der Heimbewohner als auch der Angehörigen beiträgt und somit einen Wettbewerbsvorteil generiert.

Beachtenswert an dieser Lösung ist, dass es hier - im Gegensatz zu einer Interaktionssituation zwischen pflegeleistenden Angehörigen - Ziel sein muss, eine Dilemmasituation zu Lasten der Altenpflegeheime zu initiieren. In diesem Fall liegt die Kunst folglich darin, staatliche Rahmenbedingungen derart zu setzen, dass sich Altenpflegeeinrichtungen in einer Dilemmasituation wiederfinden. Die obige Nutzenmatrix für Altenpflegeeinrichtungen würde sich damit wie folgt verändern:

	Altenpflegeheim B	
Altenpflegeheim A	integriert Angehörige nicht	integriert Angehörige
integriert Angehörige nicht	2, 2	0, 3
integriert Angehörige	3, 0	1,1

Tabelle 66: Gefangenendilemma "Altenpflegeheime"

Tabelle 66 zeigt deutlich, dass eine Überwindung des Gefangenendilemmas und damit ein Nutzengewinn der Altenpflegeheime aus der „Nicht-Integration" Angehöriger gerade nicht in gesellschaftlichem Interesse liegt. Deshalb ist ein derartiger Nutzengewinn der Altenpflegeheime (= Integriert Angehörige nicht) zu Gunsten der Gesamtbevölkerung zu verhindern. Mit Einführung einer

[275] Diese Forderung nach der Einführung von Wettbewerb unter Altenpflegeheimen widerspricht nicht zwangsläufig deren häufig anzutreffenden sozialen Ausrichtung, die als Zielsetzung das Kostendeckungs- und nicht das Gewinnprinzip hat. Vielmehr kann die Einführung eines Leistungswettbewerbes dazu führen, dass Potenziale für eine oft überlebenswichtige Kostenreduktion gefunden und erschlossen werden – und zwar im Sinne gemeinnütziger Leitbilder.

Kostendeckungs- bzw. Gewinnverpflichtung auch für Altenpflegeheime und der Öffnung des Marktes für private Anbieter wurde obige theoretische Erkenntnis in die Praxis umgesetzt. Diesen marktwirtschaftlich ausgerichteten Prozess gilt es weiter voranzutreiben. Denn nur so werden Investitionen in die Integration von Angehörigen zu Wettbewerbsvorteilen und damit rentabel für jede einzelne Einrichtung. Gleichzeitig gewährleistet der Leistungswettbewerb auch ausreichend Anpassungsspielraum, um sich auf die je individuellen Anforderungen und Wünsche der Angehörigen vor Ort einstellen zu können.

Mit der Einführung von Leistungswettbewerb unter Altenpflegeeinrichtungen ist es jedoch nicht getan, denn Angehörige müssen ihre Integration in betreuende bzw. pflegenahe Aufgaben auch wollen und fordern. Dass dies nicht immer der Fall ist, wurde in vielen der von der Autorin geführten Interviews deutlich. Demzufolge ist es für den Gesetzgeber sinnvoll, abermals steuernd einzugreifen. Die Anreizstrukturen für Angehörige müssen so gesetzt werden, dass deutlich wird, welche Verhaltensweise gesellschaftlich erwünscht ist. Folglich müssen Angehörige, die Leistungen in einer Altenpflegeeinrichtung erbringen, besser gestellt werden als jene, die sich nicht an der Betreuung und Pflege beteiligen. Wie diese Anreizgestaltung nun konkret auszufallen hat, z.B. durch eine finanzielle Selbstbeteiligung an den Heimkosten bei Nichtbeteiligung an der Pflege oder durch eine Gewährung von Pflegegeld für pflegeleistende Angehörige, müssten weitere Überlegungen unter Zuhilfenahme empirischer Forschungen beantworten.

6.5.2 Vorschläge, die die erweiterte Kosten-/Nutzen-Bilanz betreffen

Wie bereits in Kapitelabschnitt 6.4 erläutert, brachte die Einführung der Pflegeversicherung in ihrer heutigen Form diverse Benachteiligungen für Familien mit sich. Zur Umsetzung der Forderung des Bundesverfassungsgerichts, Kinder erziehende Mitglieder gegenüber den nicht Kinder erziehenden Mitgliedern bei gleichem Einkommen beitragsmäßig unterschiedlich zu behandeln, soll - nach Vorschlägen der derzeitigen Regierung - bei den Mitgliedern der sozialen Pflegeversicherung, die kein Kind erziehen, ein einkommensabhängig gestaffelter

Beitragszuschlag erhoben werden.[276] Es ist angedacht, diesen Zuschlag gemeinsam mit dem bisher zu zahlenden Pflegeversicherungsbeitrag in dem dafür üblichen Beitragsverfahren zu erheben.[277] Diese Maßnahme würde - jedenfalls partiell - zur einer Aufhebung der Benachteiligung von Familien führen und so sich positiv auf die erweiterte „Kosten-/Nutzen-Bilanz“ auswirken.

Über die Anpassung der Pflegeversicherung hinaus gibt es noch zahlreiche weitere Rahmenbedingungen, die bisher nicht so geregelt sind, dass sie innerfamiliale Generationenbeziehungen stärken. Hierunter fallen die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, ungenügende Anreize für Männer - im Sinne einer Geschlechtersolidarität -, Betreuungs- und Pflegetätigkeiten zu übernehmen sowie die fehlende Unterstützung inter- und intragenerationaler Netzwerke, die ausreichend Chancen zur zum Aufbau einer dauerhaften Beziehung zwischen Jung und Alt bereithalten.

Bei allen Bemühungen Maßnahmen einzuführen, die darauf abzielen, der familialen Betreuung bzw. Pflege einen größeren Raum zu geben, darf allerdings nicht vergessen werden, dass die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen[278] es ebenso notwendig machen kann, Familien vom Druck einer Pflegeübernahme zu befreien. So sollte eine drohende Überlastung im Rahmen familialer Pflege im Interesse aller Beteiligten rechtzeitig aufgefangen werden.

6.5.3 Vorschläge, die den interaktionsabhängigen Nutzenbestandteil betreffen

Als wesentliches Defizit der interaktionsabhängigen Anreizstrukturen für Angehörige in Altenpflegeheimen, wurde bereits die staatlich verordnete Inflexibilität von Heimen, Angehörige zu integrieren, ausgemacht. Dem könnte gegengesteuert werden, indem der Gesetzgeber die rechtlichen Voraussetzungen dafür schafft, dass Altenpflegeeinrichtungen berechtigt sind, unterschiedlich ausgestaltete Heimverträge

[276] Siehe dazu auch: SZ-Artikel “Bußgeld für Kinderlose“ vom 24.10.2003, S. 2.

[277] Siehe dazu: Regierung online „Neue Regeln für die Pflegeversicherung in der Diskussion“ vom 22.10.2003.

[278] Siehe dazu auch: Lüscher/Pillemer (2002).

abzuschließen. So könnten Heime bestimmte Aufgaben an betreuungs- bzw. pflegebereite Angehörige übertragen und damit eventuell den Heimbeitrag des Heimbewohners reduzieren. Eine Alternative dazu wäre die Gewährung von Pflegegeld für familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen in Altenpflegeeinrichtungen. Der Ungleichverteilung der Kosten bzw. des Nutzens würden diese Maßnahmen insofern entgegenwirken, als sie den Nutzen aus der Pflegetätigkeit stärker privatisieren und die Kosten gleichzeitig sozialisieren würden.

Das zweite Defizit, die interaktionsabhängigen Anreizstrukturen betreffend, ist die mangelnde Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär". Für ein systematisches Vorgehen würde es sich anbieten - ähnlich wie bei Gesprächen der Schwangerschaftsberatung -, im Rahmen eines Case Managements ein verpflichtendes Beratungsgespräch für Angehörige zusammen mit dem Pflegebedürftigem einzuführen. Hierin könnte ein optimales „Portefeuille" für die zukünftige Betreuungs- bzw. Pflegesituation auch im Hinblick auf den Einbezug des bzw. der Angehörigen zusammengestellt wird. So böte sich die Möglichkeit Alternativen zu einer Unterbringung in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aufzeigen.

Eine andere Maßnahme, die für 2004 bereits im Gespräch war, um die Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär" erfolgreicher zu gestalten, ist die Angleichung der Sachleistungsbeträge der häuslichen Pflege an die der stationären Pflege. Mit der Absenkung der stationären Beträge in den beiden unteren Pflegestufen soll eine Umschichtung zu Gunsten höherer Beträge in allen Stufen der häuslichen Pflege erfolgen. Da die Gewährung einer Sachleistung meist nur einen geringen Einfluss auf den Nutzen eines pflegenden Angehörigen hat (was auch die Tatsache bestätigt, dass die Mehrheit der pflegenden Angehörigen im Privathaushalt anstatt der Sachleistung das Pflegegeld in Anspruch nimmt), bleibt abzuwarten, wie sich dieser Vorschlag auf die Pflegebereitschaft von Angehörigen auswirkt.

FAZIT: Welche Antwort gibt diese Arbeit nun auf die eingangs gestellte Leitfrage nach den Möglichkeiten und Chancen die Betreuung bzw. Pflege alter Menschen durch Angehörige zu stabilisieren bzw. zu fördern? Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen ganz klar, dass viele Defizite im Bereich staatlich gesetzter

Rahmenbedingungen von der Politik bereits erkannt und darüber hinaus auch teilweise schon Lösungsvorschläge erarbeitet wurden. Deutlich wird jedoch auch, dass einerseits einige staatliche Angebote an den Bedürfnissen pflegender Angehöriger vorbei gehen und andererseits die Angebote, die ein großes Anreizpotenzial in sich bergen, durch das Fehlen eines systematischen Gesamtkonzeptes für eine Integration von Angehörigen in die Betreuung und Pflege alter Menschen sowohl im Privathaushalt als auch in der Altenpflegeeinrichtung an Durchschlagskraft verlieren oder gänzlich wirkungslos bleiben. Dieser Unzulänglichkeit versuchte die vorliegende Arbeit zu begegnen, indem sie ein Instrumentarium anbot, Rahmenbedingungen systematisch zu analysieren und so den Grundstein für den Entwurf eines zielgerichteten und erfolgsversprechenden Gesamtkonzepts für die Unterstützung und Förderung der Betreuung bzw. Pflege alter Menschen durch Angehörige legte. Ob diese ökonomische Herangehensweise in den relevanten gesellschaftlichen und politischen Gremien aufgenommen und dazu beitragen wird, weitere fruchtbare Gestaltungsvorschläge für die Unterstützung pflegender Angehöriger zu generieren bleibt abzuwarten.

7 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Frage zu beantworten, wie eine Betreuung und Pflege alter Menschen durch Angehörige in einer „modernen Gesellschaft“ verwirklicht werden kann. Im Gegensatz zu vielen Ansätzen, die an den Altruismus der Menschen appellieren, plädierte diese Arbeit für eine ökonomische Sichtweise, die ihr Augenmerk auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen legt, mit dem Ziel, Kooperationsgewinne - sowohl zum Wohle der Beteiligten als auch der Gesellschaft insgesamt - zu realisieren. Unbestritten ist, dass diese Herangehensweise auch heutzutage noch auf Skepsis oder gar Ablehnung in der Wissenschaft wie auch in der täglichen Lebenswelt stößt. Dies ist umso erstaunlicher, da die Einsicht, dass wohlverstandenes Eigeninteresse und humanitäre Verpflichtung ineinander passen wie Hand und Handschuh[279], bei weitem nicht neu ist, sondern bereits vor Beginn des 19. Jahrhunderts pädagogisch verpacktes Allgemeingut des Volkes war:

Der alte Großvater und der Enkel (Entnommen aus: „Grimms Märchen“)

Es war einmal ein steinalter Mann, dem waren die Augen trüb geworden, die Ohren taub, und die Knie zitterten ihm. Wenn er nun bei Tische saß und den Löffel kaum halten konnte, schüttete er Suppe auf das Tischtuch, und es floss ihm auch etwas wieder aus dem Mund. Sein Sohn und dessen Frau ekelten sich davor, und deswegen musste sich der alter Großvater endlich hinter den Ofen in die Ecke setzen, und sie gaben ihm sein Essen in ein irdenes Schüsselchen, und noch dazu nicht einmal satt; da sah er betrübt nach dem Tisch, und die Augen wurden ihm nass. Einmal auch konnten seine zittrigen Hände das Schüsselchen nicht festhalten, es fiel zur Erde und zerbrach. Die junge Frau schalt, er sagte aber nichts und seufzte nur. Da kaufte sie ihm ein hölzernes Schüsselchen für ein paar Heller, daraus musste er essen. Wie sie da so sitzen, so trägt der kleine Enkel von vier Jahren auf der Erde kleine Brettlein zusammen. „Was machst du da?“ fragte der Vater. „Ich mache ein Tröglein“, antwortete das Kind, „daraus sollen Vater und Mutter essen, wenn ich groß bin.“ Da sahen sich Mann und Frau eine Weile an, fingen endlich an zu weinen, holten alsofort den alten Großvater an den Tisch und ließen ihn von nun an immer mitessen, sagten auch nichts, wenn er ein wenig verschüttete.

[279] Siehe dazu: SZ-Artikel „Vom Enkel und Tröglein“, vom 13.08.2003, S. 11.

Literaturverzeichnis

Almberg, Britt: Caring for admented elderly person – burden and burnout among caregiving relatives. In: Journal of advanced nursing, 25, 1/3, Oxford, 1997, S. 109-116

Anzenbacher, Arno: Christliche Sozialethik: Einführung und Prinzipien, Paderborn, München, Wien, Zürich, 1998

Attias-Donfut, Claudine: Die Abhängigkeit alter Menschen: Verpflichtungen der Familie – Verpflichtungen des Staates. In: Lüscher, Kurt/ Schultheis, Franz: Generationenbeziehungen in >postmodernen< Gesellschaften, Konstanz 1993, S. 355-371

Backes, Gertrud M.: Individualisierung und Pluralisierung der Lebensverhältnisse: Familie und Alter im Kontext der Modernisierung. In: Zeitschrift für Familienforschung, H.2, Jg. 10, 1998, S. 5-29

Bengston, Vern L./ Schaie, Warner K./ Burton, Linda M. (Hrsg.): Adult Intergenerational Relations, Springer Publishing Company, 1995

Bertram, Hans (a): Die Sicherheit privater Beziehungen, online im www unter URL: http://familie.sowie.hu-berlin.de [Stand: 23.01.2002]

Bertram, Hans (b): Familien, Familienbeziehungen im Lebenslauf, online im www unter URL: http://familie.sowie.hu-berlin.de [Stand: 17.01.2002]

Bertram, Hans (c): Moralische Verpflichtungen und Werte in einer individualisierten Gesellschaft, online im www unter URL: http://familie.sowie.hu-berlin.de [Stand: 23.01.2002]

Binstock, Robert H./ George, Linda K. (Hrsg.): Handbook of Aging and the Social Sciences, ACADEMIC PRESS, 2001

Blom, Marco/ Duijnstee, Mia: Wie soll ich das nur aushalten?: Mit dem Pflegekompaß die Belastung pflegender Angehöriger einschätzen, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999

Bochers, Andreas: Zwischen Enkelbetreuung und Altenpflege: die mittlere Generation im Spiegel der Netzwerkforschung, Frankfurt a. M/ New York, 1993

Bowers, B.J.: Family perception of care in a nursing home. In: The gerontologist, 28/1988, S. 361-368

Braun, H. (a): Hilfeleistungen in Familie und Nachbarschaft als Ansatzpunkte kommunaler Sozialpolitik, Konrad-Adenauer-Stiftung für politische Bildung und Studienförderung, Forschungsbericht 24, 1983

Braun, H. (b): Verwandtschaftliche Hilfe für ältere Menschen. Eine explorative Untersuchung des Handlungsfeldes weiblicher Helfer. In: Zeitschrift für Gerontologie,16, 1983, S. 210-215

Breloer, G.: Zur Belastung und Entlastung pflegender Familien. In: Evangelische Impulse, 3/1987, S. 8-9

Buchanan, James M.: Positive Economics, Welfare Economics, And political Economy. In: Journal of Law and Economics, 1959/2, S. 124-138. Wieder abgedruckt in: Buchanan, James M.: Economics Between predictive Science and moral philosophy. College Station: Texas A&M University Press, 1987, S. 3-19

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Die Situation über 60 Jahre alter Frauen mit einem pflegebedürftigen Ehemann, Schriftenreihe Band 49, 1995

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Hilfe- und Pflegebedürftigkeit in privaten Haushalten/ Bericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung“, Schriftenreihe Band 111.2, Kohlhammer, 1996

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen, Schriftenreihe Band 147.2, 1998

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, 5. Auflage, 1999

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, Schriftenreihe Band 106.1, 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Das Altern der Gesellschaft als globale Herausforderung – Deutsche Impulse, Schriftenreihe Band 201, Berlin, 2001

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Die Familie im Spiegel der amtlichen Statistik, 2003

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherheit (Hrsg.): Wirkung der Pflegeversicherung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 127, 2000

Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hrsg.): Zweiter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung. Online im www unter URL: www.bmgs.bund.de/deu/drv/themen/pflege/2236.cfm [Stand: 07.10.2003]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Schutz oder Risiko? – Familienwelten im Spiegel der Kommunikation zwischen Eltern and ihren Kindern; Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 11, 2000

Burggraf, Shirley: The feminine Economy and the economic man – reviving the role of family in the post-industrial age, Perseus Books, Massachusetts, 1997

Dobrof, R.: The Care of the Aged – A Shared Function. Unpublished doctoral dissertation, Columbia University of Social Work, 1976

DZA-Gerostat: Online im www unter URL: www.gerostat.de [Stand: 05.11.2003]

Enders, Manfred: Lebenssituationen – die psycho-soziale Belastung pflegender Familien. In: Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen (Hrsg.): Pflege durch Angehörige, Anforderungen an die Familie – Herausforderung an die Altenarbeit, 1986, S. 86-98

Engel, Heike/ Engels, Dietrich: Case Management in verschiedenen nationalen Altenhilfesystemen, Schriftenreihe des Bmfsfj, Band 189.1, 1999

Fetzer, Stefan/ Moog, Stefan/ Raffelhüschen, Bernd: Zur Nachhaltigkeit der Generationenverträge: Eine Diagnose der Kranken- und Pflegeversicherung, Diskussionsbeiträge 99/01, Institut für Finanzwirtschaft, Universität Freiburg im Breisgau, Dezember 2001

Forschungsarbeitsgemeinschaft „Menschen in Heimen“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld: Dokumentation: Workshop der Initiative zur Einrichtung einer „Enquete der Heime“, online im www unter URL http://www.uni-bielefeld.de [Stand: 21.03.2002]

Gerecke, Uwe: Soziale Ordnung in der modernen Gesellschaft, Ökonomik – Systemtheorie – Ethik, Mohr Siebeck, 1998

Granovetter, Mark S.: The strength of weak ties. In: American Journal of Sociology 78, 1973, S. 1360-1380

Gunzelmann, Thomas: Die Versorgung dementiell erkrankter Menschen durch die Familie – Stand der Forschung und Entwicklung eines psychosozialen Beratungskonzeptes. Dissertation, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, 1991

Habisch, André: „Schutz der Ehe“ im Verfassungsrang? – Zur schwindenden Plausibilität von Art.6 GG. Unveröffentlichter Vortrag

Habisch, André: Humanvermögen, Sozialvermögen und die Zukunft von Generationenbeziehungen –Kirchliche Familienverkündigung angesichts neuer sozialwissenschaftlicher Begriffsbildungen. Unveröffentlichte wissenschaftliche Habilitationsschrift, Universität Würzburg, 1997

Habisch, André: Johannes Messners „Grundlegung einer systematischen Wirtschaftsethik“. Ein Kursbuch christlicher Sozialethik auf dem Weg ins 21. Jahrhundert. In: Schmitz, Wolfgang/ Habisch, André (Hrsg.): Johannes Messner ein Pionier der Institutionen- und Systemethik, Berlin 1999, S. 45-68

Habisch, André: Corporate Citizenship, 2003

Hanns-Seidl-Stiftung (Hrsg.): Zwischen Konsens und Konflikt: Was Junge und Alte voneinander denken und erwarten, Generationenstudie 2001, S. 68-70, München, 2002

Hareven, Tamara K.: Historical Perspectives on Aging and Family Relations. In: Binstock, Robert H. / George, Linda K. (Hrsg.): Handbook of Aging and the Social Sciences, Academic Press, 2001, S. 141-159

Haug, Sonja: Soziales Kapital - ein kritischer Überblick über den aktuellen Forschungsstand, Arbeitspapiere Arbeitsbereich II/15, Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung (MZES), Mannheim, 1997

Hermans, Manfred: Das humane, soziale und ökonomische Leistungspotential von Familien. In: Jans, Bernhard/ Habisch, André/ Stutzer, Erich (Hrsg.): Familienwissenschaftliche und familienpolitische Signale, Grafschaft, 2000, S. 99-109

Hofemann, Klaus/ Naegele, Gerhard: Sozialpolitische Rahmenbedingungen/ Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit. In: Rennen-Allhoff, B./ Schaeffer, D.: Handbuch Pflegewissenschaft, Weinheim, München, 2000, S. 217-242

Holzer-Pruss, Christina: Die Belastungen der Angehörigen. In: Käppli (Hrsg.): Pflegekonzepte, 2000, S. 9-45

Homann, Karl/ Blome-Drees, Franz: Wirtschafts- und Unternehmensethik, Göttingen, 1992

Homann, Karl/ Suchanek, Andreas: Ökonomik – Eine Einführung, Tübingen, 2000

Höffe, Ottfried: Lexikon der Ethik, München, 1997

Jani-Le Bris, Hannelore: Familiale Betreuung abhängiger alter Menschen in den Ländern der europäischen Gemeinschaften, Luxemburg, 1993, S. 211-265

Kaufmann, Franz-Xaver: Zukunft der Familie: Stabilität, Stabilitätsrisiken und Wandel der familialen Lebensformen sowie ihre gesellschaftlichen und politischen Bedingungen, 1990

Kaufmann, Franz- Xaver: Zukunft der Familie im vereinten Deutschland/ Gesellschaftliche und politische Bedingungen, München, 1995

Kaufmann, Franz-Xaver (a): Generationenbeziehungen und Generationen-verhältnisse im Wohlfahrtsstaat. In: Mansel, J.: Generationen–Beziehungen, Austausch und Tradierung, Opladen, 1997, S. 17-30

Kaufmann, Franz-Xaver (b): Strukturwandel der Familie. In: Lilge, Herbert (Hrsg.): Schriftenreihe „zum nachdenken", Dezember 1997.

Krieglmaier, Reiner: Effizienz und Verteilungswirkung der deutschen Pflegeversicherung, Wiesbaden, 1996

Kübler-Ross, E.: Interview mit Sterbenden, Stuttgart, 1973

Kühnert, Sabine: Das Verhältnis zwischen Angehörigen von Heimbewohnern und Mitarbeitern im Altenpflegeheim, Europäische Hochschulschriften, 1990, Reihe VI, Psychologie Bd./Vol. 350

Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.): Familiäre Kontakte und die Einbeziehung von Angehörigen in die Betreuung und Pflege in Einrichtungen, Köln, 2000

Lampert, Heinz: Der gesellschaftliche und wirtschaftliche Wert der Familienarbeit. In: Jans, Bernhard/ Habisch, André/ Stutzer, Erich (Hrsg.): Familienwissenschaftliche und familienpolitische Signale, Grafschaft, 2000, S. 57-68

Lowenstein, Ariela/ Ogg, Jim (Hrsg.): Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity. Final Report/ Oasis-study, Center for Research and Study of Aging, the University of Haifa, Israel, 2003.

Lüscher, Kurt/ Pillemer, Karl: Die Ambivalenz familialer Generationenbeziehungen - Konzeptuelle Überlegungen zu einem aktuellen Thema familienwissenschaftlicher Forschung, Arbeitspapier Nr. 22, online im www unter URL: http://www.uni-konstanz.de/FuF/SozWiss/fg-fam/publikationen2001.htm [Stand: 20.03.2002]

Marbach, Jan H.: Tauschbeziehungen zwischen Generationen: Kommunikation, Dienstleistungen und finanzielle Unterstützung in Dreigenerationenfamilien. In: Bien, Walter (Hrsg.): Eigeninteresse oder Solidarität, Opladen, 1994, S. 163-196

Marbach, Jan H.: Sozialer Tausch unter drei verbundenen Generationen. In: Mansel, J.: Generationen–Beziehungen, Austausch und Tradierung, Opladen, 1997, S. 97-108

Mattmueller, Ursula: Die Profis sind gefordert. In: Häusliche Pflege, 10/95/4, S. 739-742

Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse, Weilheim, 2000

OASIS-Study: siehe unter "Lowenstein/ Ogg"

Olson, M. : Die Logik des kollektiven Handelns, 2. Aufl. Tübingen, 1991

o.V.: Geschlechtsspezifische Unterschiede im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit, In: Landesinstitut für Schule & Weiterbildung (Hrsg.): Geschlechtsspezifisch orientierte Gesundheitsbildung, 1998, S. 40-147

o.V.: Pflegeversicherung: Bundesministerium veröffentlicht Zahlen und Fakten. In: Sozialpolitische Umschau, Ausgabe 20, 28. 07. 2001, Nr. 215, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung

o.V.: Immer mehr Menschen leben im Pflegeheim. In: Süddeutsche Zeitung, 17.02.2003, Nr. 39, S. 43

o.V.: Altenpflege. Pressemitteilung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, 23.04.2003

o.V.: Vom Enkel und Tröglein. In: Süddeutsche Zeitung vom 13.08.2003, Nr. 185, S. 11

o.V.: Qualitätsoffensive Pflege – Bundesministerinnen Renate Schmidt und Ulla Schmidt berufen „Runden Tisch" ein, Regierung online, 14.10.2003

o.V.: Neue Regeln für die Pflegeversicherung in der Diskussion. In: Regierung online vom 22.10.2003

o.V.: Bußgeld für Kinderlose. In: Süddeutsche Zeitung vom 24.10.2003, S. 2

Pearlin, Leonhard I./Pioli, Mark F./ McLaughlin, Amy E.: Caregiving by adult children: Involvement, role disruption, and health. In: Binstock, Robert H./ George, Linda K. (Hrsg.): Handbook of Aging and the Social Sciences, Academic Press, 2001, S. 238-245

Peinelt-Jordan, Klaus: Auswirkungen von Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung auf die Angehörigenpflege - Ein mikroökonomisches Modell für Pflegehaushalte. Online im www unter URL: www.tu-berlin.de/bzph/ [Stand: 03.06.2003]

Petropolus, Kostas: Rechtliche Rahmenbedingungen für Familien oder: Familie heute – per Mehrheitsbeschluss auf dem Weg ins gesellschaftliche Abseits. In: Herausforderung Familie, Schriftenreihe des Diözesan-Caritasverbandes Köln, Nr. 49, 1999, S. 37-51

Pitrou, Agnès: Generationenbeziehungen und familiale Strategien. In: Lüscher, Kurt/ Schultheis, Franz: Generationenbeziehungen in >postmodernen< Gesellschaften, 1993, S. 75-94

Rawls, John: Eine Theorie der Gerechtigkeit, Frankfurt am Main, 1971 bzw. 1975. Englisches Original: A theory of justice, Cambridge, Mass: The Belknap Press of Harvard University Press, 1971.

Renner, Andreas: Jenseits von Kommunitarismus und Neoliberalismus, Grafschaft, 2002

Rosenkranz, Doris/ Schneider, Norbert F.: Wer pflegt morgen? – Auswirkungen des Wandels der privaten Lebensführung auf die häusliche Pflege. In: Becker, Rolf: Generationen und sozialer Wandel, 1997, S. 137-155

Rotermund, Ines: Pflege chronisch kranker Familienmitglieder. In: Jahrbuch der Pflege- und Gesundheitsfachberufe 1.1995/96(1995), S. 139-200

Roth, Günter: Qualität in Pflegeheimen. Forschungsgesellschaft für Gerontologie, im Auftrag des Bmfsfj 10/2002. Online im www unter URL: www.bmfsfj.de/Anlage24077/Expertise_Qualität_in_Pflegeheimen.pdf [Stand: 14.10.03]

Schmidt, Hans-Ludwig (a): „Und so weiter“ – „Warum gerade ich?“, Normalbiographie, Krise und Sozialpädagogik. In: Pelzl, Claudia: Psychoonkologische Fragestellungen und sozialpädagogischer Handlungsbedarf bei Krebserkrankung, Eichstätter Sozialpädagogische Arbeiten, Band 3, 1998, S. V-XIX

Schmidt, Hans-Ludwig (b): Menschen in krisenhaften Lebenssituationen – Überlegungen zu Aufgaben und Grenzen der Sozialpädagogik. In: Jendrowiak, Hans-Werner: Humane Schule in Theorie und Praxis, Frankfurt a. Main 1998, S. 182-203

Schmitz, Wolfgang: Die Unentbehrlichkeit der Sozialökonomik für die Sozialethik. In: Schmitz, Wolfgang/ Habisch, André (Hrsg.): Johannes Messner ein Pionier der Institutionen- und Systemethik, Berlin 1999, S. 69-96

Schneekloth, U./ Potthoff, P.: Hilfe und Pflegebedürftige in privaten Haushalten, Stuttgart, Berlin, Köln, 1993

Schneider, Nobert F./ Rosenkranz, Doris/ Limmer, Ruth: Nichtkonventionelle Lebensformen, Opladen, 1998

Schramm, Michael: Umweltökonomik und christliche Sozialethik. Zur Methodologie des interdisziplinären Dialogs. In: Habisch, André/ Wieland, Josef (Hrsg.): Umweltethik und Entwicklungsprobleme: Die ökonomische Perspektive, Berliner Kolloquien zu Sozialethik und Ökonomie, Band 1, Münster, Hamburg, London, 1997

Schuleri-Hartje/ Brühl/ Mittag: Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen durch die Familie, Deutsches Institut für Urbanistik (Hrsg.), Berlin, 1990

Sievering, Oliver: Pflegeversicherung – allokative, meritorische und distributive Aspekte staatlicher Eingriffsmöglichkeiten, Paderborn, 1996

Staehelin, H.B./ Bloch, F.: Pflege von betagten Patienten durch ihre Angehörigen. In: Sozial- und Präventionsmedizin, 30/ 1985, S. 290-311

Statistisches Bundesamt: 2. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999, Ländervergleich Pflegebedürftige, Oktober 2001

Statistisches Bundesamt: 3. Kurzbericht: Pflegestatistik 1999, Ländervergleich Pflegeheime, Mai 2002

Statistisches Bundesamt: Kurzbericht 1999: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, August 2001

Statistisches Bundesamt: Datenreport 2002, Schriftenreihe, Band 376

Straub, Fritz: Die Absicherung der Pflegeperson in der gesetzlichen Rentenversicherung. In: Familie und Recht, 6/1995/4, S. 256-258

Suchanek, Andreas: Ökonomische Ethik, Tübingen, 2001

Tschainer, S.: Belastung von pflegenden Angehörigen, Angehörigenberatung e.V. Nürnberg, 1997

Urlaub, Karl Heinz: Angehörigenarbeit in Heimen – Konzepte und Erfahrungen. Kuratorium Deutsche Alterhilfe, Köln, 1995

v. Ferber, Christian: Gesundheitsselbsthilfe/ Stand der Forschung/ Perspektiven der Forschungsförderung, Sozialpolitische Implikationen. BPT-Bericht. Gesellschaft für Strahlen- und Umweltforschung, München, 1988.

v. Zameck, Walburga: Der Einfluss der Pflegeversicherung auf die Entwicklung des familialen Pflegepotentials und das Erwerbsverhalten von Frauen. In: Fachinger, U./ Rothgang, A. (Hrsg.): Die Wirkungen des Pflegeversicherungsgesetzes, 1995, S. 71-102

Vanberg, Viktor: Der konsensorientierte Ansatz der konstitutionellen Ökonomik. In: Leipold, Helmut/ Pies, Ingo (Hrsg.): Ordnungstheorie und Ordnungspolitik – Konzeption und Entwicklungsperspektiven. Schriften zu Ordnungsfragen der Wirtschaft, Band 59, Stuttgart, 2000

Vaskovics, Laszlo A.: Elterliche Solidarleistungen für junge Erwachsene. In: Lüscher, Kurt (Hrsg.): Generationenbeziehungen in postmodernen Gesellschaften, Konstanz, 1993, S. 185-202

Vaskovics, Laszlo A.: Solidaritätsleistungen der Eltern für ihre erwachsenen Kinder in den neuen und alten Bundesländern. In: Mansel, J.: Generationen – Beziehungen, Austausch und Tradierung, Opladen, 1997, S. 97-108

Walter, Wolfgang: Unterstützungsnetzwerke und Generationenbeziehungen. In: Lüscher, Kurt/ Schultheis, Franz: Generationenbeziehungen in >postmodernen< Gesellschaften, 1993, S. 331-355

Weidacher, A.: Was Familien für Kinder ausgeben. In: Informationen für die Frau, 11-12/1983, S. 16-21

Wingen, Max: Familienpolitik: Grundlagen und aktuelle Probleme, Stuttgart, 1997

Winkler, Bärbel: Schulungskurse für familial Pflegende: Eine effektive Unterstützung bei der Betreuung zumeist alter Familienangehöriger? In: Psychomed, Jg.9(1997)H.2, S. 82-85

ANHANG I

- Weitere Daten der Pilotstudie -

Zusammenhang : Grundpflege * Geschlecht des Angehörigen

			Geschlecht des Angehörigen		
			männlich	weiblich	Gesamt
Tatsächliche Grundpflege	keine Beteiligung	Anzahl	103	109	212
		% von Tatsächliche Grundpflege	48,6%	51,4%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	**57,5%**	**41,8%**	48,2%
	Beteiligung	Anzahl	76	152	228
		% von Tatsächliche Grundpflege	33,3%	66,7%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	**42,5%**	**58,2%**	51,8%
Gesamt		Anzahl	179	261	440
		% von Tatsächliche Grundpflege	40,7%	59,3%	100,0%
		% von Geschlecht des Angehörigen	100,0%	100,0%	100,0%

Verwandtschaftsverhältnis zum Pflegebedürftigen

Verwandtschaftsverhältnis	Anzahl	% der Antworten	% der Fälle
Tochter (weiblich)	151	54,5	54,5
Sohn (männlich)	103	37,2	37,2
Ehepartner	23	8,3	8,3
Antworten insgesamt	277	100,0	100,0

177 fehlende Fälle; 277 gültige Fälle

Zusammenhang: Besuchsmotivation „ich liebe den HB“ * Geschlecht des Angehörigen

		Geschlecht des Angehörigen		
		männlich	weiblich	Gesamt
ich liebe den HB	nein Anzahl	99	89	188
	% von ich liebe den HB	**52,7%**	**47,3%**	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	55,3%	34,1%	42,7%
	ja Anzahl	80	172	252
	% von ich liebe den HB	31,7%	68,3%	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	**44,7%**	**65,9%**	57,3%
Gesamt	Anzahl	179	261	440
	% von ich liebe den HB	40,7%	59,3%	100,0%
	% von Geschlecht des Angehörigen	100,0%	100,0%	100,0%

Einzeln abgefragte Eigenschaften der Besuchsbeschreibung der Angehörigen

Besuchs-Eigenschaft: aufwühlend, aufreibend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	48	10,6	15,0	15,0
	trifft eher zu	22	4,8	6,9	21,8
	teils/teils	62	13,7	19,3	41,1
	trifft eher nicht zu	48	10,6	15,0	56,1
	trifft nicht zu	141	31,1	43,9	100,0
	Gesamt	321	70,7	100,0	
Fehlend		133	29,3		
Gesamt		454	100,0		

Besuchs-Eigenschaft: deprimierend, entmutigend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	71	15,6	20,9	20,9
	trifft eher zu	51	11,2	15,0	35,9
	teils/teils	62	13,7	18,2	54,1
	trifft eher nicht zu	34	7,5	10,0	64,1
	trifft nicht zu	122	26,9	35,9	100,0
	Gesamt	340	74,9	100,0	
Fehlend		114	25,1		
Gesamt		454	100,0		

Besuchs-Eigenschaft: schwer erträglich

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	20	4,4	6,9	6,9
	trifft eher zu	24	5,3	8,3	15,3
	teils/teils	27	5,9	9,4	24,7
	trifft eher nicht zu	50	11,0	17,4	42,0
	trifft nicht zu	167	36,8	58,0	100,0
	Gesamt	288	63,4	100,0	
Fehlend		166	36,6		
Gesamt		454	100,0		

Besuchs-Eigenschaft: enttäuschend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	17	3,7	6,0	6,0
	trifft eher zu	11	2,4	3,9	9,9
	teils/teils	29	6,4	10,2	20,1
	trifft eher nicht zu	51	11,2	18,0	38,2
	trifft nicht zu	175	38,5	61,8	100,0
	Gesamt	283	62,3	100,0	
Fehlend		171	37,7		
Gesamt		454	100,0		

Besuchs-Eigenschaft: körperlich anstrengend

		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	trifft zu	25	5,5	8,6	8,6
	trifft eher zu	12	2,6	4,1	12,7
	teils/teils	21	4,6	7,2	19,9
	trifft eher nicht zu	21	4,6	7,2	27,1
	trifft nicht zu	213	46,9	72,9	100,0
	Gesamt	292	64,3	100,0	
Fehlend		162	35,7		
Gesamt		454	100,0		

Zusammenhang: Grundpflege * „Nähe – Distanz“

			Tatsächliche Grundpflege		
			keine Beteiligung	Beteiligung	Gesamt
Nähe - Distanz	emotionale Nähe	Anzahl	42	112	154
		% von Nähe - Distanz	27,3%	72,7%	100,0%
		% von Tatsächliche Grundpflege	32,8%	69,6%	53,3%
	eher emotionale Nähe	Anzahl	43	33	76
		% von Nähe - Distanz	56,6%	43,4%	100,0%
		% von Tatsächliche Grundpflege	33,6%	20,5%	26,3%
	eher emotionale Distanz	Anzahl	27	9	36
		% von Nähe - Distanz	75,0%	25,0%	100,0%
		% von Tatsächliche Grundpflege	21,1%	5,6%	12,5%
	emotionale Distanz	Anzahl	16	7	23
		% von Nähe - Distanz	69,6%	30,4%	100,0%
		% von Tatsächliche Grundpflege	12,5%	4,3%	8,0%
Gesamt		Anzahl	128	161	289
		% von Nähe - Distanz	44,3%	55,7%	100,0%
		% von Tatsächliche Grundpflege	100,0%	100,0%	100,0%

ANHANG II

- Interviewleitfaden der Pilotstudie -

Interviewleitfaden Experteninterview
Heimleiter/ Pflegedienstleitung
im Altenpflegeheim

I. EINSTIEG: ANLÄSSE/MOTIVATION

Anlässe für Kontakt mit Angehörigen?

1) Welche Erfahrungen machen Sie bisher bei Kontakten mit Angehörigen?
2) Was sind typische Beispiele für Kontakte mit Angehörigen?
3) Gibt es Regelwerke/ Verordnungen/ Empfehlungen für eine Angehörigenbetreuung in Altenpflegeheim (APFH) ?

II. VERTIEFUNG A: Beitrag des APFH's zur Integration von Angehörigen – Die Angehörigenarbeit

Arbeitsformen in der Angehörigenarbeit

Bieten Sie Formen der Angehörigenarbeit?

→ ja: **→ nein: Wieso bieten Sie keine Formen der Angehörigenarbeit an?**

1) Welche Arbeitsformen der Angehörigenarbeit bieten Sie an?
2) Wer müsste noch stärker in die Angehörigenarbeit integriert werden? (Personal, Leitung, etc.)
3) Wer macht vorwiegend die Angehörigenarbeit in der Umsetzung?
4) Welche Hindernisse bei der Umsetzung gibt es?

Konzeptionelle Arbeit

Gibt es konzeptionelle Vorstellungen hinsichtlich der Angehörigenarbeit?

→ ja: **→ nein: weiter mit: 4**

1) Was in Ihrer Arbeit, auf der Station, im Heim ist Ausdruck eines Konzeptes?

2) Wer war/ist an einem Konzept der Angehörigenarbeit beteiligt (Heimleitung, Sozialdienst, Pflegedienst, MA)?
3) Welche Hindernisse gibt es bei der Konzeption der Angehörigenarbeit?

Ziele der Angehörigenarbeit

1) Was soll mit den einzelnen Angeboten – aus Sicht der Heime – erreicht werden?

Zusammenarbeit zwischen Pflege- und Sozialdienst

1) Haben Sie einen Sozialdienst oder arbeiten Sie mit einem Sozialdienst zusammen?
2) Wer ist zuständig für die Aufnahme der Heimbewohner in Ihrem APFH

Hilfen für Angehörige

1) Brauchen Angehörige selber Hilfen, weil sie so stark belastet sind oder Ihnen hilfreiches Fachwissen fehlt?
2) Für welche Anliegen, Probleme (könnten) brauchen Angehörige Hilfe?

Einzelberatung

Gibt es bei Ihnen eine Einzelberatung für Angehörige?

→ ja: **→ nein: weiter mit: 8**

1) Wer macht für die Angehörigen diese Einzelberatung?
2) Was sind die häufigsten Anlässe, Anliegen der Angehörigen?

Gruppenarbeit

1) Gibt es bei Ihnen eine Gruppenarbeit für Angehörige?
2) Warum wird Gruppenarbeit angeboten bzw. nicht angeboten?
3) Was wird dort bearbeitet?, Intentionen der MA, Pflegedienstleitung
4) Bedürfnisse, Anliegen der Angehörigen

III. VERTIEFUNG B: Beitrag der Angehörigen– familiale Betreuungs- und Pflegeleistungen

Angehörige als Besucher

1) Ist eine Differenzierung der Angehörigen möglich? (Delegierende, Pflegende?)
2) Wie viele Bewohner haben noch Angehörige (%)?
3) Wie viele Angehörige kommen regelmäßig (%)?
4) Wie sieht die Wohnnähe der Angehörigen zum Heim aus?

Mitarbeit von Angehörigen im Heim

Wollen Angehörige Ihrer Einschätzung nach sich an der Betreuung beteiligen?

--> ja --> **nein: Warum nicht?**

1) In welchem Ausmaß beteiligen sich Angehörige an der Betreuung von Heimbewohnern?
   - Psychosoziale Betreuung (Kontaktpflege, Mitgestaltung der neuen Umgebung, Mitorganisation Feste, Ausflüge, Unterstützung in Krisen, etc.)
   - Hauswirtschaftliche Versorgung (Behördengänge, Finanzverwaltung, Einkaufen, Zimmer aufräumen& säubern, Wäsche)
2) Welche Angehörigen beteiligen sich an Betreuung und Pflege? (Geschlecht, Verwandtschaftsgrad, Soziale Einstellung, Beziehungsqualität zw. Angehörigem und Heimbewohner)

Wollen Angehörige sich an der Pflege beteiligen?

--> ja --> **nein: Warum nicht?**

1) In welchem Ausmaß beteiligen sich Angehörige an der Pflege von Heimbewohnern?
   - Grundpflegerische Versorgung (Essenshilfen, Körperpflege, Begleitung zum Arzt, Betreuung bei Nacht)
   - Medizinische Behandlungspflege (Wundversorgung, Umlagern, Einreibungen, Diabetes)
   - Aktivierende Maßnahmen (Gehübungen, Sitzübungen, Bewegungsübungen, Orientierungs/ -Gedächtnistraining)

Wirkung der Mitarbeit von Angehörigen

1) Wo sind Angehörige eine Hilfe?
   - für den Heimbewohner? (BEISPIELE/ Körperlich, Psychisch, Sozialer Kontakt)
   - für das APFH/ MA?
2) Wo erschweren bzw. verkomplizieren Angehörige den Arbeitsablauf im APFH?

Wünschenswerte Voraussetzungen der Angehörigen für eine Mitarbeit im APFH

1) Gibt es mit Angehörigen mit pflegerischer Vorerfahrung mehr oder weniger Probleme? --> Welche?
2) Was sind Motive der Angehörigen zur Betreuung und Pflege?

IV. RAHMENBEDINGUNGEN FÜR APFH

Grenzen und Hindernisse der Angehörigenarbeit

1) Schränken gesetzliche Bestimmungen (Rahmenbedingungen) das APFH bei der Angehörigenarbeit ein? Welche Bestimmungen sind das?
2) Welche Bestimmungen müssten Ihrer Meinung nach geändert werden für eine erfolgreichere Angehörigenarbeit?
3) Wie könnte der Staat die Integration von Angehörigen in APFHs fördern?

V. WIRKUNGEN DER ANGEHÖRIGENARBEIT

Akzeptanz der Angebote/ Arbeitsformen

Wie groß ist die Nachfrage der Angehörigen nach

- Infoveranstaltungen?
- Beratung, persönlichem Gespräch?
- Mithilfe bei der Betreuung?
- Mithilfe bei der Pflege?

Bilanzierung - Veränderung durch Angehörigenarbeit

Was bringt die Angehörigenarbeit (Mehr-/Minderbelastung, Konflikte)

- dem APFH/MA? (Wie hat sich die Zusammenarbeit zwischen MA und Angehörigen verändert?, Welche Veränderungen sind für das System „Station“, „Heim“ bemerkbar?

- den Angehörigen? (Fühlen sich jetzt Angehörige besser verstanden, unterstützt?, Arbeiten mehr Angehörige öfter mit?)

VI. Zur Statistik

1) Lage des Heims (städtisch, ländlich)
2) Größe der Heims (Anzahl Pflegebetten)
3) Herkunft der Bewohner (Nahregion/Stadtteil, weites Einzugsgebiet)
4) Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegestufen)
5) Durchschnittliche Verweildauer der Heimbewohner
6) Durchschnittliches Eintrittsalter
7) Alter des Heims

ANHANG III

- Fragebogen der Pilotstudie -

(siehe Anlage)