



**tu** technische universität  
dortmund

## **Carers@Work**

**Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?  
– Ein europäischer Vergleich –**

**Analyse der internationalen Forschungsliteratur**

**Autoren: Annette Franke & Monika Reichert**

In Kooperation mit: Kate Hamblin, Andreas Hoff, Jolanta Perek-Białas, Justyna Stipińska, Sara Santini, Andrea Principi, Mirko Di Rosa, Giovanni Lamura

**Ein Projekt gefördert durch:**



|  |    |
|--|----|
| 1. Vorbemerkung .....  | 4  |
| 2. Erwerbstätige Pflegeleistende: Quantitative Bestimmung, wesentliche Charakteristika und Merkmale der Pflegesituation.....             | 11 |
| 2.1 Definitiorische Abgrenzung und Prävalenzrate .....   | 11 |
| 2.1.1 Definitionen von "erwerbstätigen Pflegenden/ working carers".....  | 11 |
| 2.1.2 Erwerbsbeteiligung pflegender Angehöriger.....   | 17 |
| 2.2 Wesentliche Charakteristika erwerbstätiger Pflegeleistender .....  | 26 |
| 2.2.1 Sozio-demographische Charakteristika .....   | 26 |
| 2.2.2 Berufsbezogene Charakteristika .....   | 32 |
| 2.3 Merkmale der Pflegesituation.....  | 36 |
| 2.3.1 Personen im Pflegearrangement.....   | 37 |
| 2.3.2 Art der geleisteten Unterstützung .....  | 40 |
| 2.3.3 Zeitlicher Umfang und Dauer der Pflegeleistungen .....   | 44 |
| 3. Auswirkungen der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auf das Privatleben und den Arbeitsplatz der betroffenen Personen..... | 48 |
| 3.1 Auswirkungen der Vereinbarkeit auf das Privatleben.....  | 48 |
| 3.2 Auswirkungen der Vereinbarkeit auf den Arbeitsplatz.....   | 57 |
| 3.2.1 Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit .....  | 59 |
| 3.2.2 Versäumen von Arbeitszeit .....  | 60 |
| 3.2.3 Eingeschränkte Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung .....   | 61 |
| 3.2.4 Arbeitszeitreduzierung und - reorganisation .....  | 62 |
| 3.2.5 Einkommenseinbußen .....   | 66 |
| 3.2.6 Berufsaufgabe.....   | 67 |
| 3.3 Entlastende Funktion der Erwerbstätigkeit .....  | 71 |
| 4. Wesentliche Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige .....                        | 73 |
| 4.1 Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit des Angehörigen.....  | 74 |
| 4.2 Räumliche Distanz .....  | 76 |
| 4.3 Bildungsstand und berufliches Qualifikationsniveau .....   | 80 |
| 4.4 Arbeitsplatz und Branche .....   | 82 |
| 4.5 Ökonomische Situation .....  | 83 |
| 4.6 Familienstand und Kinder.....  | 85 |
| 4.7 Verfügbarkeit und Hilfen durch Dritte.....   | 86 |
| 5. Effiziente politische, betriebliche und gesellschaftliche Unterstützungsleistungen aus der Perspektive der Pflegenden.....            | 89 |
| <i>Politische Instrumente</i> .....  | 90 |
| <i>Betriebliche Maßnahmen</i> .....  | 92 |
| <i>Gesellschaftliche Unterstützung</i> .....   | 97 |
| 6. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und  |    |

|   |     |
|---|-----|
| Familie .....   | 102 |
| 7. Spezifische Konfliktsituationen und Strategien im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in international vergleichender Perspektive ..... | 109 |
| 7.1 Überblick und Typologien .....  | 109 |
| 7.1.1 Skandinavien .....  | 114 |
| 7.1.2 Kontinentaleuropa.....  | 115 |
| 7.1.3 Osteuropa .....   | 119 |
| 7.1.4 Großbritannien und Irland .....   | 121 |
| 7.1.5 Südeuropa .....   | 123 |
| 7.1.6 USA, Kanada, Australien.....  | 128 |
| 7.1.7 Asien.....  | 129 |
| Zusammenfassung.....  | 131 |
| Quellen.....  | 136 |

## Executive Summary

- Die dargelegte Literaturübersicht verdeutlicht, dass partiell zu einigen themenspezifischen Bereichen – z.B. zu den Auswirkungen der Vereinbarkeitsproblematik am Arbeitsplatz – durchaus eine Fülle von Informationen vorliegt. Gleichzeitig ist jedoch auch zu konstatieren, dass Untersuchungen häufiger die Pflegesituation im Allgemeinen untersuchen, aber seltener speziell die Lage der *Pflegenden*, *der Pflegebedürftigen* oder die *betriebliche Seite* in den Blick nehmen.
- Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Arbeitnehmer/innen weltweit leistet Pflege für ihre älteren Angehörigen. Die Prävalenzrate – d.h. der Anteil Erwerbstätiger mit Pflegeverpflichtungen an allen Arbeitnehmer/innen – ist dabei von der verwendeten Definition abhängig und reicht von 6% bis zu 48%. Betrachtet man den Anteil an Pflegenden, die erwerbstätig sind, so lässt sich feststellen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kein Einzelphänomen darstellt: die Quote liegt hier zwischen 30-80%.
- Erwerbstätige mit Pflegeverpflichtungen sind überwiegend verheiratete Frauen in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren; in zunehmenden Maße sind jedoch auch Männer in die Versorgung älterer Menschen involviert. Die Pflegeleistenden sind mehrheitlich Vollzeit erwerbstätig und üben häufig eine höher qualifizierte Tätigkeit aus. Ihre Unterstützungsleistungen für Ältere beziehen sich vor allem auf "general elder-care".
- Personen, die Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige vereinbaren (müssen), sind aufgrund der Vielzahl der von ihnen zu bewältigenden Anforderungen oftmals hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt, die sich nicht selten in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und auch in finanziellen Aufwendungen, insbesondere für "long-distance caregiving", manifestieren. Für alle Pflegenden bleibt häufig wenig Zeit für soziale Kontakte, Hobbies und regenerative Phasen.
- Belastungen, die durch eine mangelnde Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegetätigkeit entstehen, können sich auch am Arbeitsplatz auswirken. Als negative Folgen sind zu nennen: Absentismus, mangelndes Leistungsvermögen, verminderte Chancen für Karriere und Weiterbildung, erzwungene Arbeitszeitreduzierung und -reorganisation, Einkommenseinbußen und – im Extrem – schließlich die Berufsaufgabe.
- Die Erwerbstätigkeit kann trotz der objektiven Belastung durch die Pflegeverpflichtungen auch eine entlastende Funktion haben. Sie kann z.B. eine Unterbrechung der – u.U. isolierenden und bedrückenden – familiären und pflegerischen Verpflichtungen bedeuten, zur Erhöhung des Selbstwertgefühls und der Kompetenz beitragen sowie soziale Kontakte und soziale Unterstützung ermöglichen.

- Um eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Tätigkeit zu gewährleisten, setzen erwerbstätige Pflegenden auf eine Reihe von Strategien. Dazu gehören neben der Reorganisation der Arbeit auch die Reduzierung der Erwerbstätigkeit sowie der Rückgriff auf Unterstützung von Dritten, wie beispielsweise professionelle Pflege.
- Als wichtige Faktoren, die eine Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflege Tätigkeit beeinflussen, sind identifiziert worden: der Grad der Pflegebedürftigkeit des älteren Angehörigen, die räumliche Distanz zwischen Arbeitsort, eigenem Wohnort sowie Wohnort der/des Pflegebedürftigen, berufliches Qualifikationsniveau bzw. die Möglichkeit Arbeitszeit und Arbeitsgeschwindigkeit selbst flexibel zu gestalten, ökonomische Lage, Kinderzahl und Verfügbarkeit von Hilfen durch Dritte.
- Eine erfolgreiche Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen ist dann eher anzunehmen, wenn eine oder mehrere der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind, wie z.B. niedriger Grad der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen, die/der Pflegeleistende verfügt über ein höheres berufliches Qualifikationsniveau und Möglichkeiten der flexiblen Arbeitsgestaltung, keine minderjährigen Kinder im selben Haushalt, ökonomisch günstigen Lage und verfügbare Hilfe und Unterstützung durch Dritte. Interessant wären zukünftige Studien zu den Wechselwirkungen dieser Faktoren.
- Pflege ist nach wie vor überwiegend weiblich und in der Konsequenz durch eine Reihe von Ungleichheiten gekennzeichnet. So leisten Frauen in Bezug auf den zeitlichen Umfang deutlich mehr Pflege als männliche Pflegepersonen. Zudem handelt es sich meistens um besonders beschwerliche Hilfen im Bereich der „personel care“. Es sind daher häufiger Frauen, die ihre Erwerbsarbeit reduzieren oder gar zugunsten der Pflege aufgeben.
- Eine bessere Vereinbarkeit ist nur durch eine gemeinsame Anstrengung auf politischer, betrieblicher sowie gesellschaftlicher Handlungsebene zu realisieren.
- Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege macht sich auch auf betrieblicher Ebene bemerkbar. Studien (insb. aus den USA) belegen, dass die Auswirkungen einer mangelnden Vereinbarkeit, z.B. in Form von Absentismus, geringerer Produktivität oder Rekrutierungskosten für den Personaleinsatz, sich auf ca. \$2.110 pro erwerbstätigen Pflegenden beziffern lassen. Umgekehrt stellen Untersuchungen fest, dass eine gelungene Work-Life Balance aufgrund der höheren Zufriedenheit und Produktivität bei den Arbeitnehmer/innen sowie das positive Image in Bezug auf Personalrekrutierung durchaus die betriebliche Wertschöpfung steigert.
- Einige größere Unternehmen (insbesondere in den USA, Kanada und Großbritannien) und der öffentliche Sektor haben die betrieblichen Folgen einer mangelnden Vereinbar-

keit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Menschen erkannt und zum Teil darauf reagiert, indem sie betriebliche Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeitsproblematik initiiert haben. Erfahrungen und wissenschaftliche Evaluationen zu diesem Themenkomplex sind jedoch kaum dokumentiert.

- Zukünftige Forschungsarbeiten sollten zunächst eine stärkere Differenzierung der erwerbstätigen Pflegeleistenden vornehmen (z.B. hinsichtlich Art und Umfang der von ihnen geleisteten Unterstützung oder hinsichtlich ihrer Verantwortung für den Pflegebedürftigen "primary versus secondary caregiver") und nicht nur auf die negativen Aspekte der Vereinbarkeitssituation fokussieren.
- Interessant wären dahingehend auch Untersuchungen, die Pflegende in den Blick nehmen, die keine Möglichkeit hatten, Pflege und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren und aus diesem Grunde nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert sind sowie ein Einbezug auch jener Arbeitnehmer/innen erfolgt, die bislang in den Untersuchungsstichproben unterrepräsentiert sind (z.B. die "blue collar" – Arbeitnehmer/innen).
- Hinzu kommen neue Entwicklungen und Trends, welche die Versorgung älterer Menschen betreffen, wie Pflege auf Distanz, Migration und Pflege, wandelnde Familienverhältnisse und Pflegeübernahme, neue Beschäftigungsformen und ihre Auswirkungen auf die Vereinbarkeit etc.
- Unter methodischen Gesichtspunkten bildet die definatorische Abgrenzung der Zielgruppe "working caregiver bzw. erwerbstätige Pflegeleistende" ein wesentliches Problem, das nicht nur eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien erschwert, sondern auch praktische Implikationen hat. Zugleich mangelt es nach wie vor an Längsschnitterhebungen und Prä-Post-Designs, die die Pfl egetätigkeit als dynamischem Prozess gerecht werden.

## 1. Vorbemerkung

In diesem Beitrag soll mit Hilfe einer detaillierten Literaturrecherche und -dokumentation ein Überblick über den neuesten Forschungsstand zur Thematik "Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege älterer Angehöriger" gegeben werden. Diese Literaturanalyse bildet einen Baustein des Projektes „Carers@Work: Zwischen Beruf und Pflege – Konflikt oder Chance? Ein europäischer Vergleich“, welches von der Volkswagen-Stiftung im Rahmen der Ausschreibung „Individuelle und gesellschaftliche Perspektiven des Alterns“ unter dem Dach ihrer Initiative „Zukunftsfragen der Gesellschaft“ mit rund 400.000 Euro gefördert wurde.

In diesem Literaturbericht wird sowohl die Betroffenenperspektive der pflegenden Angehörigen als auch die betriebliche Ebene unter dem Stichwort der "Work-Life Balance" in den Blick genommen. Diese besondere und vielfältige Variante der Vereinbarkeitsproblematik ist in Deutschland im Vergleich zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Kinderbetreuung bisher nur cursorisch behandelt worden, wird allerdings im Zuge der demographischen Entwicklung verstärkt von wissenschaftlicher Seite aus in den Blick genommen. Zu den Wegbereitern gehören dabei Beck, Naegele, Reichert & Dallinger mit ihrer Studie zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege aus dem Jahre 1997. Diese Studie dient nicht nur als Basis für diesen Literaturbericht, sondern stellt zudem einen Ausgangspunkt für weitere Forschungsarbeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in Deutschland dar (vgl. u.a. Bäcker 2003; Barkhold & Lasch 2006; Schneider et al. 2006). Anders verhält es sich in den USA und Kanada, wo das Thema schon seit längerem auf wissenschaftlicher Ebene bearbeitet wird. Dies lässt sich unter anderem durch eine insgesamt längere Tradition gerontologischer Forschung begründen.

Andere wichtige Faktoren, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielen, sind aber auch eine unterschiedliche Verfügbarkeit statistischer Daten und eine stärkere Interessenvertretung pflegender Angehöriger. Auch die Erwerbstätigenquote spielt eine Rolle in Bezug auf die öffentliche Wahrnehmung: Durch die in Deutschland vergleichsweise geringe weibliche Erwerbsbeteiligung in den höheren Alterskohorten erfährt die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erst im Zuge einer steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen – traditionell die Hauptverantwortlichen in der Angehörigenpflege – eine neue Aufmerksamkeit (vgl. Kapitel 2.2.1).

Um den Stand der Forschung zum Thema "Vereinbarkeit von Beruf und Pflege älterer Angehöriger" nun umfassend darstellen zu können, wird somit nicht nur auf nationale, sondern auch internationale (insbesondere auf die US-amerikanische, kanadische und europäische) Forschungsliteratur rekurriert.

Zudem wurden die nationalen Literaturanalysen der Projektpartnerländer Italien, Polen und UK in diesen Bericht integriert<sup>1</sup>. Bei den gesichteten Publikationen handelt es sich im Wesentlichen um einschlägige Studien, Beiträge aus gerontologischen, pflege- und sozialwissenschaftlichen Zeitschriften wie "Ageing and Society", "Ageing International", "Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie", "Berliner Journal für Soziologie" und "Sozialer Fortschritt" sowie aus einschlägigen Fachbüchern. Soweit vorhanden, wurde auch die sogenannte "graue" Literatur einbezogen. Die Recherche, auf der die vorliegende Literaturanalyse basiert, wurde hauptsächlich durch die Suche in einschlägigen Datenbanken wie SOWIPORT, GESIS, FIS Bildung, EBSCO etc. realisiert. Hier ein Überblick über die verwendeten Schlagworte:

| <b>Im Englischen</b>        | <b>Im Deutschen</b>                    |
|-----------------------------|--|
| Working Carers              | Erwerbstätige Pflegende                |
| Care and employment         | Vereinbarkeit                          |
| Reconciliation              | Beruf und Pflege                       |
| Work-Life Balance           | Pflegende Angehörige                   |
| Family Care                 | Familiäre Pflege                       |
| Informal Care               | Informelle Pflege                      |
| Demographic change and care | Demographischer Wandel und Pflege      |
| Demographic change and work | Demographischer Wandel und Arbeitswelt |
| Care regimes                | Alternde Gesellschaft                  |
| Care and welfare state      | Familienfreundliche Unternehmen        |
| Ageing Societies            |  |
| Sandwich-Generation         |  |

Des Weiteren wurde Literatur mit Hilfe der Schneeballmethode oder durch gezielte Suche in Bibliothekskatalogen recherchiert. Die relevante Literatur wurde gesichtet, analysiert und letztlich in diesem Bericht zusammengefasst. Aufgrund sprachlicher Barrieren ist auf eine Analyse von Literatur, die weder in Englisch noch in Deutsch zur Verfügung stand, verzichtet worden.

Wenngleich die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege insgesamt noch immer vergleichsweise wenig öffentliche Aufmerksamkeit bekommt, so ist dennoch in den letzten Jahren ein Bedeutungszuwachs auf der Forschungsebene festzustellen. Weltweit (mit jeweils regionalen Diffe-

<sup>1</sup> Santini, S./ Principi, A./ Di Rosa, M. & Lamura, G. (2009) "Literature Review on Reconciling Employment and Care for Older Family Members in Italy". Ancona: INRCA;

Perek-Białas, J./ Stypińska, J. (2009) „Literature Review on Reconciling Employment and Care for Older Family Members in Poland. Krakow: Jagiellonian University;

Hamblin, A. & Hoff, A. (2009) "Literature Review on Reconciling Employment and Care for Older Family Members in the UK". Oxford: Oxford Institute of Ageing.



renzen) lässt sich eine erhöhte Anzahl an Studien und internationalen Publikationen finden. Von besonderer Prominenz sind quantitative Querschnittstudien zu erwerbstätigen Pflegenden (vgl. Lamura et al. 2006; Schneekloth & Wahl 2005) und Analysen z.B. auf der Basis von vorhandenen Surveydaten (z.B. Sozioökonomisches Panel, Daten aus der Pflegeversicherung), die sich auf bestimmte Merkmale konzentrieren (vgl. Mooney & Statham 2002; Schneider, Drobnič & Blossfeld 2001; Spiess & Schneider 2005; Viltanen 2005). Längsschnittstudien sind hingegen, sowohl international betrachtet als auch in Deutschland, nur selten realisiert (vgl. Bittmann, Hill & Thomson 2007; Neal & Wagner 2002; Romoren 2003; Zank & Schacke 2004). Auch qualitative Untersuchungen spielen bislang eine untergeordnete Rolle. Zu den aktuellen Ausnahmen gehören die Untersuchungen von Keck und Saraceno im Rahmen des WOUPS-Projektes (Keck & Saraceno 2009), die EUROFAMCARE-Studie, die einige Informationen zu erwerbstätigen Pflegenden erhoben hat, sowie die SOCCARE-Studie. Andersons Aussage ist insofern noch immer aktuell:

*“It is paradoxical, when more and better data highlight the need for action to improve opportunities for working carers, that systematic documentation and research on this improvement initiatives is largely missing.” (Anderson 2003: 95)*

Insbesondere Untersuchungen, die beide Seiten der Vereinbarkeitsproblematik beleuchten, sprich die Sicht der Pflegenden aber auch die Sicht der Arbeitgeber, werden nur selten durchgeführt. Hervorzuheben ist in letzter Zeit für Deutschland dabei die explorative Studie von Schneider et al. (2005 und 2006) und für Österreich die Arbeit von Jung, Trukeschitz und Schneider (2007). Damit lässt sich kurz zusammenfassen, dass seit der umfassenden Untersuchung von Beck, Naegele, Reichert und Dallinger aus dem Jahr 1997 zwar die Diskussion und Dokumentation der Vereinbarkeitsproblematik durchaus zugenommen hat, es allerdings in Deutschland immer noch an vertiefenden Untersuchungen mangelt, die beiden Seiten der Vereinbarkeitsproblematik gerecht werden und die Aufschluss über die Sicht der Angehörigen und der Betriebe zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege älterer Angehöriger geben könnten.

Der vorliegende Literaturbericht wird durch folgende Gliederungspunkte strukturiert:

- Um die Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit und Pflege einordnen und quantitativ bestimmen zu können, wird im Abschnitt **zwei** zum einen auf das Problem der *definitiven Abgrenzung* der Begriffe "Pflege/ Pflegebedürftigkeit" und "erwerbstätige Pflegende/ working carers" und der damit verbundenen Folgen für die *quantitative Bestimmung* dieser Gruppe von Arbeitnehmer/innen eingegangen. Des Weiteren erfolgt in diesem Abschnitt unter Bezugnahme wesentlicher

*soziodemographischer und berufsbezogener Merkmale* eine Charakterisierung von erwerbstätigen Pflegeleistenden sowie eine Beschreibung ihrer Pflegesituation.

- Gliederungspunkt **drei** beschreibt die *Auswirkungen* der Vereinbarkeitsproblematik von Erwerbstätigkeit und Pflege aus der Perspektive der pflegenden Angehörigen. Dabei werden sowohl Konsequenzen für das *Privatleben* als auch *arbeitsplatzbezogene Folgen* dargestellt.
- Im **vierten** Abschnitt wird der Frage nachgegangen, welche *Einflussfaktoren* (Bildungsstand, Einkommen etc.) von besonderer Bedeutung für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eines älteren Angehörigen sind.
- Gliederungspunkt **fünf** beschreibt in der Folge, welche *politischen, sozialen und gesellschaftlichen Maßnahmen und Rahmenbedingungen* von den Betroffenen als besonders hilfreich empfunden werden.
- Abschnitt **sechs** geht der Frage nach, inwiefern sich geschlechtsspezifische Ungleichheiten bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege feststellen lassen und welche sozialpolitischen Auswirkungen damit einhergehen.
- Gliederungspunkt **sieben** beschreibt dann, wie sich im *internationalen Vergleich* Unterschiede bezüglich der Care-Regimen feststellen lassen. Dabei wird insbesondere auf die europäische Situation Bezug genommen.
- Den Abschluss dieses Kapitels bilden eine *Zusammenfassung* der wesentlichsten Ergebnisse sowie eine *kritische Würdigung* der gesichteten Literatur, wobei ein besonderes Augenmerk auf bislang noch nicht genügend berücksichtigte Aspekte der Thematik gerichtet wird.

## **2. Erwerbstätige Pflegeleistende: Quantitative Bestimmung, wesentliche Charakteristika und Merkmale der Pflegesituation**

### **2.1 Definitorische Abgrenzung und Prävalenzrate**

Um sich der Problemstellung "Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige" zu nähern, ist es zunächst erforderlich, diejenigen in den Mittelpunkt der Betrachtung zu rücken, die von dieser Form der Vereinbarkeit betroffen sind. Dabei geht es zum einen darum festzustellen, wer zu diesem Personenkreis zählt bzw. wie groß der Anteil dieser Personen an der gesamten erwerbstätigen Bevölkerung ist (Prävalenzrate). Zum anderen gilt es, die Betroffenen näher zu beschreiben und ihre besonderen Charakteristika zu identifizieren. Dabei muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass Studien sich dem Thema sehr unterschiedlich nähern können (vgl. Sarkisian & Gerstel 2004). So ist zum Beispiel allein die Auswahl des Sample von entscheidender Bedeutung (z.B. regional begrenzt oder landesweit). Ebenso die Frage, ob die erwerbstätigen Pflegenden *oder* die pflegebedürftigen Personen befragt werden, hat Auswirkungen auf das Ergebnis (vgl. Höpflinger & Hugentobler 2005). Auch gilt es, Fokussierungen auf bestimmte pflegende Angehörige (z.B. Frauen, bestimmte Alterskohorten) oder besondere Pflegeformen (z.B. personelle oder instrumentelle Pflege) zu beachten. Unterschiedliche Prävalenzraten können sich zudem ergeben, je nachdem ob nur die Pflege von Angehörigen oder aber auch von Nachbarn und Freunden berücksichtigt wird.

#### **2.1.1 Definitionen von "erwerbstätigen Pflegenden/ working carers"**

Die wichtigste Variable, die Einfluss auf die Ermittlung der Prävalenzrate von Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen hat, ist die in der Literatur verwendete jeweilige Definition von "Pflege/ Pflegebedürftigkeit" und "erwerbstätige Pflegepersonen/ working carers"<sup>2</sup>. Dabei fällt auf, dass in den vorliegenden Studien in der Tat häufig unterschiedliche Begriffsbestimmungen Verwendung finden.

Einige Studien bestimmen "Pflege" beispielsweise im engen Sinne auf Basis der Activity of Daily Living (ADL)- bzw. Instrumental Activity of Daily Living (IADL)-Skalen (u.a. Blinkert & Klie 2006; NAC & AARP 2004; Romoren 2003; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007;

---

<sup>2</sup> Um dem umfassenden Begriff "working carer" gerecht zu werden, der in der englischsprachigen themenbezogenen Literatur Verwendung findet, wird im Weiteren in aller Regel von "Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen" bzw. von "erwerbstätigen Pflegenden" gesprochen. Der Gebrauch des Ausdrucks "Pflegende" bzw. "Pflegeperson" würde für die hier im Zentrum der Erörterung stehende Personengruppe zu kurz greifen, da unter dem Begriff "Pflege" im deutschen Sprachgebrauch zumeist nur ein Ausschnitt der Hilfeleistungen für ältere Menschen erfasst wird, der vorwiegend auf personelle Pflege fokussiert und rein instrumentelle Hilfen ausklammert.

Schneekloth & Wahl 2005)<sup>3</sup>. Speziell für Deutschland lassen sich zudem Untersuchungen finden, die Pflege(bedürftigkeit) in Anlehnung an die Pflegeversicherung und die Zuordnung zu einer Pflegestufe verstehen<sup>4</sup> (vgl. Künemund 2006; Pochobradsky et al. 2005; Schneider, Drobnič & Blossfeld 2000; Schneider et al. 2006). Obgleich die Gruppierung im Sinne der Pflegeversicherung und die Einstufung gemäß der ADL/IADL-Skalen in engen Zusammenhang miteinander stehen, so ist bei der Zuordnung in die drei Pflegestufen bei der gesetzlichen Pflegeversicherung z.B. die Vorgabe bestimmter Zeitkorridore oder die Beurteilung von Demenzerkrankungen zu beachten (vgl. Zank & Schacke 2007). Zudem spielt das Alter der pflegebedürftigen Person beim Einstufungsverfahren keine Rolle, so dass in die Untersuchung ggf. auch jüngere Pflegebedürftige einbezogen werden. Andere Prävalenzraten können sich ergeben, wenn zum Beispiel ein Mindestalter der pflegebedürftigen Person zu Grunde liegt, was in der Regel mit einer höheren Pflegewahrscheinlichkeit und einem höheren zeitlichen Aufwand in der Pflege korreliert (vgl. Oura & Washio 2007; Romoren 2003).

Andere Studien vertreten eine weitere Definition von Pflege und beziehen Tätigkeiten wie "personal care" (z.B. Waschen, Kleiden), "emotional support" (Zuhören, Ratschläge geben) und "Transport" ebenso ein wie Hilfen bei der Organisation von Finanzen oder gar rein monetäre Unterstützungsleistungen (vgl. Chesley & Poppie 2009; Mooney & Statham 2002). Die Definitionsproblematik lässt sich am Beispiel von "long-distance-caregiving"<sup>5</sup> illustrieren. Es lässt sich prognostizieren, dass gerade diese Form der Pflege im Zuge wachsender Mobilität und einer weitergehenden inter- und transnationalen Pflegekultur an Bedeutung gewinnen könnte (Brückner 2008). Interessant ist in diesem Zusammenhang z.B. die Studie von Kodwo-Nyameazea und Nguyen (2008), die sich mit den Möglichkeiten von "long-distance eldercare" bei ghanaischen Immigranten in den USA beschäftigt haben. Es zeigt sich, dass aufgrund der Entfernung eine Unterstützung weniger in Form personeller Pflege als vielmehr instrumentell oder finanziell erfolgt (vgl. MetLife et al. 2004). Entsprechend kann bei einer engen Definition von Pflege, d.h. mit einer Beschränkung auf personenbezogene Pflege, die Prävalenzrate für "long-distance carers" in einer Untersuchung vergleichsweise niedrig ausfallen.

Im Folgenden einige Beispiele von Studien zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege mit einer engen bzw. breiten Definition von Pflege und Pflegebedürftigkeit:

---

<sup>3</sup> Die ADL-Skala umfasst körperliche Grundfertigkeiten wie Körperpflege, Verrichtungen der Notdurft etc. Die IADL-Skala beinhaltet dagegen instrumentelle Hilfen wie Haushaltsführung, Kochen, Geldgeschäfte usw.

<sup>4</sup> In der gesetzlichen Pflegeversicherung erfolgt die Einordnung zu den drei Pflegestufen gemäß dem zeitlichen Aufwand für Hilfeleistungen (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) gemäß SGB XI. In Ausnahmen werden die ADL- und IADL-Skalen zugrunde gelegt (s. Pflegestatistik vom Statistischen Bundesamt 2007).

<sup>5</sup> In der MetLife-Studie wird „long-distance-caregiving“ beispielsweise definiert als Hilfe für eine Person, die mindestens 55 Jahre alt ist und über chronisch physische, kognitive oder mentale Probleme verfügt und mindestens eine Stunde Fahrtzeit entfernt wohnt.

### Enge Auffassung:

- **Schneider, Drobníč und Blossfeld** (2001) untersuchten die Folgen der Vereinbarkeitsproblematik von familiären Pflegeanforderungen und Erwerbstätigkeit für Frauen in Deutschland anhand von Daten aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP). Für die Pflegebedürftigen galten dabei ein Mindestalter von 60 Jahren und der Anspruch von Leistungen aus der Pflegeversicherung.
- **Stephens et al.** (2001) aus den USA analysierten die Rollenkonflikte von 278 Frauen im mittleren Lebensalter im Hinblick auf die Pflege der eigenen Eltern oder Schwiegereltern und ihre Rollen als Ehefrauen, Mütter und Erwerbstätige. Pflege wurde hier definiert als Hilfe bei mindestens einer Aktivität laut ADL- oder IADL-Skala oder als konstanter Überwachungsbedarf der pflegebedürftigen Person. Als Datenbasis diente die erste Welle einer Längsschnittstudie von Frauen der mittleren Alterskohorte (vgl. Stephens & Townsend 1997).

### Breite Auffassung:

- **Chesley & Poppie** (2009) benutzten Surveydaten des National Survey of Midlife Development in the United States (MIDUS) und untersuchten dabei die geschlechtsspezifischen Unterschiede in den verschiedenen Arten von Pflege bei erwerbstätigen Pflegeleistenden für ihre (Schwieger-)Eltern bzw. für die Menschen, die sie erzogen haben. Ihre Fragen bezogen sich dabei auf "unpaid assistance" (z.B. Hilfen im Haushalt, Transport), "emotional support" (Zuhören, Ratschläge geben) und "financial support".
- **Mooney und Statham** (2002) griffen in Ihrer Analyse auf Daten des britischen Labour Force Survey zurück und führten zudem vertiefende Interviews mit erwerbstätigen Pflegenden. Sie definierten "care" als mindestens einmal im Monat stattfindende reguläre Hilfe- oder Pflegeunterstützung für einen älteren oder behinderten Angehörigen, Nachbarn oder Freund oder auch Pflege für ein Enkelkind, um den Eltern die Erwerbstätigkeit zu ermöglichen.
- **Sarkisian und Gerstel** (2004) von der University of Massachusetts leiteten für ihre Studie zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ein Subsample aus dem Datensatz der zweiten Welle des National Survey of Families and Households (NSFH) ab. Dabei wurden alle diejenigen in die Untersuchung mit eingeschlossen, die

noch lebende Eltern oder Schwiegereltern hatten (unabhängig von Alter, Gesundheitszustand oder Wohnstatus der (Schwieger-)Eltern. Pflege wurde definiert als "all kinds of help together“.

- **Bernard und Philips** (2007) untersuchten in ihrer britischen Studie Erwerbstätige mit einer folgendermaßen festgelegten Pflegeaufgabe: "Do you look after or give any help or support to family members, friends, neighbours or others because of: long term physical or mental ill health or disability, or problems related to old age?". Diese Daten wurden in einem zweiten Schritt nach dem Alter der pflegebedürftigen Person (60plus) gefiltert.
- Bei der internationalen **SOCCARE** Studie "Families, Work and Social Care in Europe" (einbezogene Länder: Finnland, Frankreich, Italien, Portugal, Großbritannien) wurden mit Hilfe eines qualitativen Forschungsansatzes vier unterschiedliche Familientypen im Hinblick auf Pflegeleistungen für Kinder und ältere Angehörige untersucht: lone parent families, dual-career families, immigrant families und double-front carer, die zur gleichen Zeit Kinder und ein älteres Familienmitglied versorgen müssen (Kröger 2003). Die Pflegedefinition lautete dabei: "the assistance and surveillance that is provided in order to help children or adults with the activities of their daily lives. Social care can be paid or unpaid work provided by professionals or non-professionals, and it can take place within the public as well as the private sphere. Formal service provision from public, commercial and voluntary organisations as well as informal care from family members, relatives and others, such as neighbours and friends, are here included within social care. This broad definition of social care has been the point of departure for this project" (ebd.: 3).
- Obgleich in der Studie **EUROFAMCARE** die Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen kein gezieltes Kriterium darstellte, gibt sie Aufschluss über die familiäre Pflege und die Belastung der Angehörigen. In der Studie wurden in sechs Kernländern<sup>6</sup> jeweils ca. 1000 Interviews mit pflegenden Angehörigen geführt (Lamura et al. 2006, Mnich & Döhner 2005). Als Pflegeperson wurde definiert, wer sich selbst als solche bezeichnete und einen mindestens 65 Jahre alten Menschen vier Stunden zuhause oder in einer stationären Einrichtung unterstützte. Rein finanzielle Hilfen wurden allerdings ausgeschlossen, ebenso wie Hilfen auf der Basis eines Ehrenamtes.

---

<sup>6</sup> Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Italien, Polen und Schweden.

Auch die Frage, wer als "erwerbstätige Pflegende/ working carers" zu bezeichnen ist, wird in Untersuchungen unterschiedlich festgelegt. Zentral ist dabei die Frage nach Art und Zeitumfang der Pflegetätigkeit und darüber hinaus, ob sich die Studie auf die Hauptpflegeperson beschränkt oder auch Personen mit einbezieht, die in anderer Form Unterstützung leisten. So gibt es z.B. Untersuchungen, die nur weibliche "working carers" einschließen (z.B. Norton et al. 2002; Schneider, Drobnič & Blossfeld 2001; Trukeschitz et al. 2009). Schließlich gilt es auch zu berücksichtigen, wie "Erwerbstätigkeit" definiert wird (Mindeststundenanzahl, reguläre Beschäftigung etc.). Bei der Festlegung der "working carers" gibt es daraus folgend eher enge oder breitere Definitionen. Im Folgenden einige Beispiele für die Vielfalt von Definitionen für "erwerbstätige Pflegende":

- **Stephens et al.** (2001) befragten nur die Hauptpflegepersonen. Da ihr Forschungsziel die Untersuchung von Rollenkonflikten bei Frauen im mittleren Lebensalter darstellte, sollten die Frauen verheiratet sein und mit mindestens einem Kind bis zum Alter von 25 Jahren im selben Haushalt wohnen und einen eindeutigen Rollenkonflikt bzw. Stresssymptome im Hinblick auf Pflege, Familie und Beruf aufweisen. Die pflegebedürftigen (Schwieger-)Eltern sollten in der gleichen Umgebung, aber nicht im selben Haushalt wohnen (vgl. auch Norton et al. 2002).
- Die bereits erwähnte Untersuchung von **Schneider, Drobnič und Blossfeld** (2001) auf Basis des Sozioökonomischen Panels (SOEP) fokussierte auf pflegende verheiratete Frauen, die zum Erhebungszeitpunkt mindestens 40 Jahre alt waren.
- Der deutsche Bericht im Rahmen des Projekts **"Workers under pressure and social care" (WOUPS)** ist am Wissenschaftszentrum Berlin angesiedelt. In der qualitativen Analyse zur Situation erwerbstätiger Pflegenden wurde festgelegt, dass die befragten Angehörigen die Hauptverantwortung in der Pflege haben müssten, mindestens 40 Jahre alt und zumindest mit halber Arbeitszeit (20 Stunden/ Woche) erwerbstätig sein sollten. Die Pflege sollte sich dabei nur auf die Eltern und Schwiegereltern beziehen und Unterstützung bei IADL- und ADL-Aktivitäten oder die Aufsicht für ein paar Stunden am Tag beinhalten. Bei der Auswahl der Befragten wurde eine gewisse Diversität ebenso angestrebt (Bildung, Einkommen) wie auch eine Mindestanzahl von drei Männern im Sample (Keck & Saraceno 2009).
- In der qualitativen Untersuchung von **Schneider et al.** (2006) bezogen auf

Deutschland wurden unter "erwerbstätigen Pflegenden" Personen verstanden, die über Jahre hinweg parallel zur Berufstätigkeit einen Angehörigen pflegen oder gepflegt haben. Dazu zählten sowohl ältere Menschen als auch Kinder mit anerkannter Pflegestufe.

- Die Untersuchung von **Mooney und Statham** (2002) basiert auf drei Forschungsschritten: 1) einem Datensatz des britischen Labour Force Survey, 2) einem anschließenden "postal survey", der sich auf Erwerbstätige 50plus konzentrierte und 3) vertiefenden Interviews mit einem Subsample bestehend aus 22 pflegenden und 10 nicht-pflegenden Erwerbstätigen. Die Pflegeverpflichtung wurde wie bereits oben erwähnt breit definiert.
- Im gemeinsamen Report der US-amerikanischen **National Alliance für Caregiving US** und der **American Association of Retired Persons** (NAC & AARP 2004) wurden nur Personen als "employed caregivers" bezeichnet, die Vollzeit arbeiteten und einen hohen Belastungslevel aufgrund intensiver Pflegeverantwortung vorwiesen. Die pflegebedürftige Person sollte über 18 Jahre alt sein (vgl. MetLife 2006).
- Die Analyse von **Künemund** (2006) zur Prävalenzrate von Angehörigen der so genannten "Sandwich-Generation" (d.h. gleichzeitige Belastung durch Erwerbstätigkeit, Kinderbetreuung und Pflege älterer Angehöriger) basiert auf der zweiten Welle des Alterssurvey. Die Zielgruppe wurde durch diejenigen Frauen definiert, die im Jahr der Befragung (hier 2002) zwischen 40 und 85 Jahre alt waren. Zur Erwerbstätigkeit zählte auch eine nicht-reguläre Beschäftigung, Pflege wurde als Unterstützung von mindestens einer Stunde im Monat festgelegt.
- Bei der bereits oben genannten internationalen **SOCCARE**-Studie "Families, Work and Social Care in Europe" wurde auch ein Studium als Erwerbstätigkeit gewertet, als Vollzeittätigkeit galt eine Erwerbstätigkeit von mindestens 30 Stunden pro Woche (Kröger 2003).
- Interessant ist eine Studie von **Sarkisian und Gerstel** (2004), die bei ihrer Untersuchung zu pflegenden Erwerbstätigen zwischen selbständiger Arbeit und abhängiger Beschäftigung unterschieden. Es wird deutlich, dass das Beschäftigungsverhältnis das Ausmaß der Belastungen (mit)bestimmt.
- **Atienza und Stephens** (2000) wollten in ihrer US-amerikanischen Studie die Lebensqualität pflegender erwerbstätiger Töchter untersuchen. Dabei war eine zent-



rale Bedingung, dass die Befragten wenigstens 10 Stunden pro Woche einer Erwerbsarbeit nachgingen und dabei sowohl einem Vorgesetzten unterstellt waren sowie mindestens eine/n Arbeitskollegen/in hatten.

Die oben genannten Beispiele zeigen deutlich, wie verschieden die Betrachtung Erwerbstätiger mit Pflegeverantwortung ausfallen kann. In der Quintessenz beeinflusst dies auch Untersuchungen hinsichtlich Prävalenzrate (vgl. Abschnitt 2.1.2), demographischer Merkmale und Belastungserleben. Die geschilderten Definitionsprobleme erschweren zudem eine konstruktive Auseinandersetzung mit der Vereinbarkeitsproblematik in der "scientific community" und darüber hinaus die Entwicklung von staatlichen und betrieblich-sozialplanerischen Maßnahmen, da unklar bleibt, auf welchen Personenkreis diese Maßnahmen abzielen sollen bzw. wer zu den möglichen Nutzern gehört. Wird beispielsweise eine enge Definition von "working carers" verwendet, wären Arbeitnehmer/innen, die die Pflege eines Angehörigen in einer stationären Einrichtung organisieren, nicht berechtigt, Maßnahmen wie flexible Arbeitszeitarangements in Anspruch zu nehmen. Das gleiche würde für Arbeitnehmer/innen gelten, die z.B. ambulante Hilfen organisieren und koordinieren ("management care") oder die "long-distance-caregiving" ausüben. Dessen ungeachtet lassen sich aus der Mehrheit der wissenschaftlichen Studien zum Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege älterer Angehöriger tendenziell ähnliche Ergebnisse ableiten, die im Weiteren näher wiedergegeben werden.

### **2.1.2 Erwerbsbeteiligung pflegender Angehöriger**

Fragen nach der Erwerbsbeteiligung pflegender Angehöriger bzw. nach dem Anteil Pflegender in der Erwerbsbevölkerung sind, den oben genannten Ausführungen entsprechend, nicht leichtweg zu beantworten. Erwartungsgemäß hat die fehlende Übereinstimmung in Bezug auf eine einheitliche Definition zur Folge, dass in der Literatur unterschiedliche Angaben zur Prävalenzrate existieren. Untersuchungen, die sich beispielsweise auf Pflegende beziehen, die eine Person mit einer Pflegestufe versorgen, weisen in der Regel einen niedrigeren Anteil erwerbstätiger Pflegender auf – insbesondere bei den Vollzeitwerbstätigen (Schneekloth & Wahl 2005). Die Gründe dafür sind, dass bei dieser Definition auch die Partnerpflege in den höheren Jahren eingerechnet wird, die in der Regel nach der Phase der Erwerbstätigkeit erfolgt. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen kommen dabei zum Tragen: In Deutschland bspw. erhalten Pflegende von Angehörigen mit Pflegestufe eine gewisse Anrechnung der Leistung innerhalb der Rentenversicherung. Dies gilt jedoch nur, wenn eine gleichzeitige Berufstätigkeit weniger als 30 Stunden pro Woche ausgeübt wird. Im Niedriglohnsektor kann diese Regelung möglicherweise eine Vollzeitwerbstätigkeit aus ökonomischer Sicht weniger attraktiv machen. Darüber hinaus lässt sich feststellen: Je höher die Pflegestufe, desto

weniger ist eine Berufstätigkeit noch möglich (vgl. Abschnitt 4.1).

Im europäischen Vergleich zeigen sich interessante länderspezifische Unterschiede in der Erwerbsbeteiligung. So kommt die europäische Studie EUROFAMCARE zu dem Ergebnis, dass in Polen etwa 40% der Pflegenden erwerbstätig ist, in Spanien 22%, in Italien und Großbritannien über 40% (Czekanowski 2006; Döhner et al. 2008; Mestheneos & Triantafyllou 2005; Quattrini et al. 2006). Ein interessantes Beispiel sind in diesem Kontext die Niederlande: Dort sind 60% der Pflegenden erwerbstätig, insgesamt zeigt sich kein Unterschied in der Erwerbstätigenquote zwischen pflegenden und nicht-pflegenden Erwerbstätigen (ebd.).

Bezogen auf Deutschland zeigt die bereits erwähnte MUG III-Studie, dass etwa 64% der privaten Hauptpflegepersonen von Leistungsbeziehern der Pflegeversicherung und 62% der Hauptpflegepersonen sonstiger Hilfebedürftiger im erwerbsfähigen Alter bis 64 Jahre sind (Infratest Sozialforschung 2003; Schneekloth & Wahl 2005). Von den sechs von zehn pflegenden Angehörigen im Erwerbsalter gehen immerhin vier von zehn tatsächlich einer Beschäftigung nach (vgl. auch Jung, Trukeschitz & Schneider 2007). Damit sind ca. 65% aller Pflegepersonen im Erwerbsalter in Deutschland tatsächlich noch aktiv am Arbeitsmarkt beteiligt – in Großbritannien liegt diese Quote bei ca. 68% (Buckner & Yeandle 2005b). Die Erwerbstätigenquote von Hauptpflegepersonen liegt insgesamt etwa knapp 25% unter der gesamten Erwerbstätigenquote für diese Alterskohorten, wobei interessanterweise die meisten Pflegenden in Deutschland vor Eintritt der Pflegesituation nicht beschäftigt waren:

Tab. 1: Auswirkungen der Pflege auf den Arbeitnehmerstatus der Pflegepersonen

| Angaben in %                           | Pflege von Pflegebedürftigen <sup>7</sup> |      | Pflege von sonstigen Hilfebedürftigen <sup>8</sup> |      |
|--|---|------|--|------|
|  | 1991                                      | 2002 | 1991   | 2002 |
| <b>Konsequenzen</b>                    |   |      |  |      |
| Zu Beginn der Pflege nicht berufstätig | 52  | 51   | 45   | 48   |
| Tätigkeit aufgegeben                   | 14  | 10   | 5  | 4    |
| Tätigkeit eingeschränkt                | 12  | 11   | 5  | 5    |
| Tätigkeit fortgesetzt                  | 21  | 26   | 44   | 40   |
| Weiß nicht/ keine Angabe               | 1   | 2    | 2  | 3    |

Quelle: Eigene Darstellung nach Schneekloth & Wahl 2005: 79

Aus der Tabelle wird deutlich, dass auch Art und Schwere der Erkrankung eines Pflegebedürftigen zu den wichtigsten Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ge-

<sup>7</sup> Leistungsbezieher der Sozialen (SPV) und der Privaten Pflegeversicherung (PPV)

<sup>8</sup> Personen mit Einschränkungen bei alltäglichen Verrichtungen ohne Pflegebedarf im Sinne des SGB XI

hören. So haben Pflegepersonen von sonstigen Hilfebedürftigen weitaus häufiger ihre Tätigkeit fortgesetzt, als dies bei Pflegepersonen von Pflegebedürftigen der Fall ist (vgl. Abschnitt 4.1). Bislang weisen die Ergebnisse der MUG III-Studie darauf hin, dass etwa die Hälfte der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in Deutschland mit voller Stundenzahl arbeitet, insgesamt sind damit etwa 19% aller Hauptpflegepersonen weiterhin vollzeitbeschäftigt (Schneekloth & Wahl 2005). Bei der Betrachtung der oben genannten Zahlen muss auch immer die gesamte Erwerbstätigenquote, insbesondere von Menschen in der zweiten Lebenshälfte, berücksichtigt werden. So sind in Deutschland derzeit von den 55- bis 59jährigen nur etwa zwei Drittel überhaupt erwerbstätig. Auch in anderen Ländern finden sich in diesen Alterskohorten niedrige Erwerbsquoten, wie bspw. in Italien (ISTAT 2008). Wenngleich für die künftigen Alterskohorten mit steigender Erwerbsbeteiligung gerechnet werden kann, so müssen bei der Analyse aktueller Daten die vergangenen Maßnahmen zur Frühverrentung und der Anteil sonstiger Nicht-Erwerbstätiger (z.B. Hausfrauen) berücksichtigt werden (Engstler 2006).

Zu ähnlichen Zahlen wie in Deutschland kommt auch die Studie von Pochobradsky et al. (2005). In dieser österreichischen Untersuchung, die auf ähnlichen Daten wie die MUG III-Studie basiert, sind nur drei von zehn Hauptpflegepersonen noch erwerbstätig. Etwa 68% dagegen gehen keiner Beschäftigung mehr nach, obgleich insgesamt mehr als die Hälfte vor Beginn der Pflegeverpflichtung noch berufstätig war. Diese Zahlen verweisen möglicherweise auf ein typisches Verteilungsmuster familialer Aufgaben. Häufig wird die Verantwortung einem Familienmitglied zugesprochen, bei dem sich die geringsten Opportunitätskosten ergeben, z.B. weil dieses Mitglied bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden ist, sei es durch Arbeitslosigkeit oder Haushaltsarbeit. Dies betrifft (immer noch) insbesondere Frauen, die unter Umständen schon aufgrund der vorherigen Kinderbetreuung bereits ihre Erwerbstätigkeit unterbrochen bzw. ganz aufgegeben haben. So erleben Frauen nicht selten eine "Karriere im Haus", die von der Kinderbetreuung bis hin zur Pflege älterer Angehöriger reicht (vgl. Kapitel 6). Mit einer zunehmenden Erwerbsbeteiligung und auch Erwerbsorientierung von Frauen und einer generell verlängerten Lebensarbeitszeit ist allerdings mit einem veränderten Szenario zu rechnen (Barkhold & Lasch 2006). Tabelle 2 bildet ab, wie sich in den Zeiträumen zwischen 1996 und 2002 die Erwerbsquoten von älteren Beschäftigten in Deutschland verändert haben:

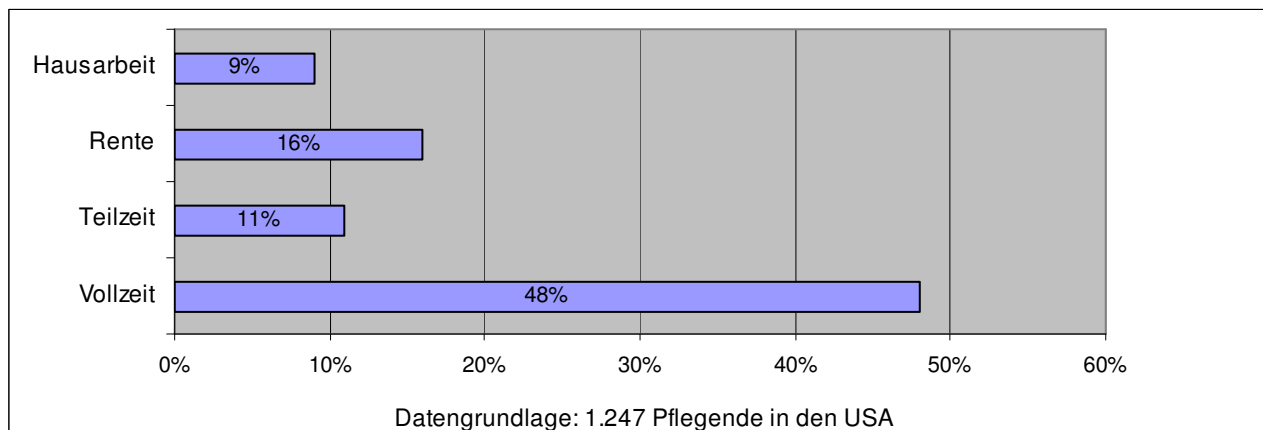
Tab. 2: Entwicklung der Erwerbsquoten nach Altersgruppen, Deutschland (1975-2030)<sup>9</sup>

| Altersgruppe  | 1975 | 1980 | 1985 | 1990 | 1995 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2020 <sup>10</sup> | 2030 |
|---------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|--------------------|------|
| <b>Männer</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |                    |      |
| 50-54         | 93,1 | 93,3 | 93,2 | 93,2 | 92,6 | 91,7 | 91,2 | 91,5 | 91,8 | 91,6 | 95                 | 94   |
| 55-59         | 85,7 | 82,3 | 79,1 | 81,1 | 75,8 | 78,7 | 79,3 | 80,4 | 81,6 | 82,2 | 88                 | 84   |
| 60-64         | 58,3 | 44,2 | 33   | 35   | 29,5 | 31,4 | 32,9 | 35,1 | 36,6 | 38,9 | 75                 | 64   |
| 65 und älter  | 11,0 | 7,4  | 5,4  | 5,3  | 4,1  | 4,4  | 4,5  | 4,4  | 4,5  | 4,4  | n.a.               | 6    |
| <b>Frauen</b> |      |      |      |      |      |      |      |      |      |      |                    |      |
| 50-54         | 47,4 | 47,1 | 50,2 | 57,8 | 69   | 72,6 | 73,6 | 74,9 | 67,4 | 77,3 | 73                 | 85   |
| 55-59         | 38,4 | 38,7 | 37,8 | 43,8 | 49,7 | 58,1 | 59,5 | 60,1 | 61,5 | 63,3 | 59                 | 74   |
| 60-64         | 16,4 | 13   | 10,9 | 12,5 | 10,9 | 13,2 | 14,9 | 16,9 | 18,1 | 20,4 | 25                 | 43   |
| 65 und älter  | 4,4  | 3    | 2,1  | 2    | 1,5  | 1,5  | 1,7  | 1,8  | 1,8  | 1,8  | n.a.               | 3,5  |

Quelle: Frerichs 2007, nach: Mikrozensus (bis 2004); Schulz (2000) für 2020; BMGS (2003) für 2030

Anders in den USA: Der Survey "Caregiving in the U.S." kommt zu dem Ergebnis, dass ungefähr 60% aller Pflegenden gleichzeitig erwerbstätig sind bzw. im Pflegezeitraum erwerbstätig waren – die meisten in Vollzeit (MetLife 2006; NAC & AARP 2004):

Abb. 1: Beschäftigungsstand der Pflegenden:



Quelle: Eigene Darstellung nach NAC & AARP 2004

Eine andere US-amerikanische Untersuchung von Evercare in Kooperation mit AARP verdeutlicht, wie stark die Integration in den Arbeitsmarkt z.B. vom eigenen Gesundheitszustand abhängen kann. In dieser Untersuchung wurden gezielt Pflegenden angesprochen, die zuvor angegeben hatten, aufgrund der Pflegesituation eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes festgestellt zu haben (N=528). In dieser Gruppe gehen nur noch 36% der

<sup>9</sup> 1975-1990 für die alten Bundesländer, 1995-2004 für alte und neue Bundesländer

<sup>10</sup> Nur deutsche Erwerbsbevölkerung

Befragten einer Beschäftigung nach (23% in Vollzeit, 13% in Teilzeit), während etwa zwei Drittel der Pflegenden nicht erwerbstätig sind (23% im Ruhestand, 41% arbeitslos) (Evercare & NAC 2006). Auch handelt es sich in den meisten Fällen nicht um eine abrupte Aufgabe der Erwerbsarbeit, wenn Pflegeverpflichtungen übernommen werden, wie es auf den ersten Blick vielleicht nahe liegend scheint.

Insgesamt scheint die Übernahme der Pflege für Angehörige nicht überall die Wahrscheinlichkeit der Berufsaufgabe zu erhöhen. Vielmehr ist eine Beendigung der Erwerbsarbeit schon strukturell mit der jeweiligen Integration der Alterskohorten in den Arbeitsmarkt verknüpft.

Wenn es darum geht, festzustellen, wie hoch der Anteil pflegender Angehöriger in der Erwerbsbevölkerung ist, so zeigt sich deutlich, wie sich breite bzw. enge Definitionen von "Pflege" und "erwerbstätige Pflegenden" auf die Prävalenzrate auswirken können. Wenn Erwerbstätige z.B. gefragt werden, ob sie in den letzten sechs Monaten ältere Menschen durch Hilfeleistungen - "regardless of type or frequency of that assistance", d.h. unabhängig von Art und Häufigkeit - unterstützt haben, ergeben sich weitaus größere Fallzahlen, als wenn nach einer spezifischen Unterstützung gemäß der ADL- bzw. IADL-Skala unterschieden wird. Im Durchschnitt wird allerdings eine Prävalenzrate von ca. 10% angenommen, d.h. jede/r zehnte Erwerbstätige wird durch eine Pflegeverantwortung für einen älteren Menschen zusätzlich gefordert.

Eine Untersuchung der European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (Eurofound) kommt zu dem Ergebnis, dass etwa 20% aller Erwerbstätigen sich in ihrer außerberuflichen Zeit um einen älteren (oder behinderten) Verwandten kümmern:

Tab. 3: Außerberufliche Aktivitäten, nach Alter, EU 27, 2005, in %

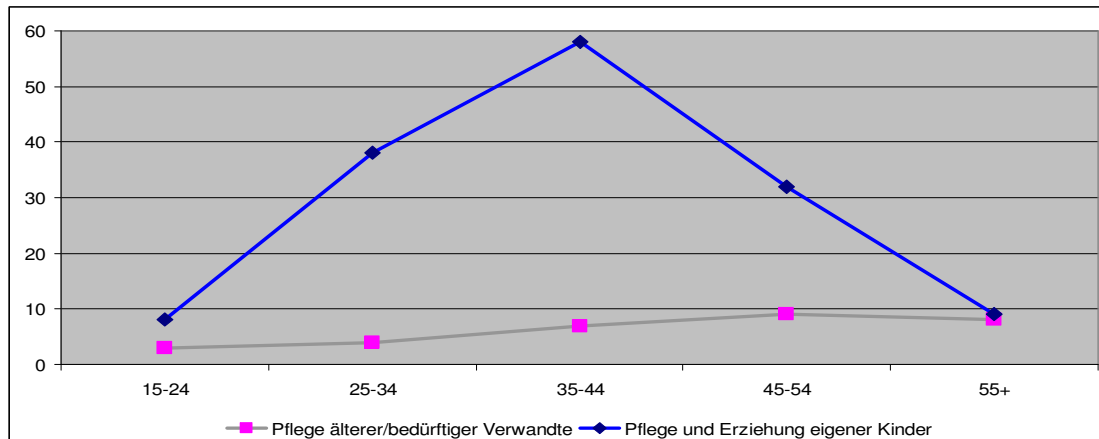
| Art der Pflege                                       | Altersgruppe |       |       |       |      | Gesamt |
|--|--------------|-------|-------|-------|------|--------|
|  | 15-24        | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55+  |        |
| <b>Ehrenamtliche Aktivitäten</b>                     | 16,2         | 21,7  | 25,0  | 26,4  | 27,6 | 23,9   |
| <b>Politische oder Vereinsaktivitäten</b>            | 4,5          | 5,7   | 7,5   | 9,0   | 7,7  | 7,3    |
| <b>Pflege und Erziehung eigener Kinder</b>           | 11,6         | 48,3  | 69,9  | 49,1  | 21,7 | 47,4   |
| <b>Kochen und Hausarbeit</b>                         | 69,9         | 83,1  | 83,0  | 81,2  | 74,4 | 80,1   |
| <b>Pflege älterer/bedürftiger Verwandter</b>         | 12,2         | 16,5  | 21,8  | 25,6  | 21,0 | 20,3   |
| <b>Weiterbildung</b>                                 | 29,6         | 28,0  | 28,3  | 25,6  | 19,5 | 26,7   |
| <b>Sport, Kultur oder andere Freizeitaktivitäten</b> | 66,4         | 68,8  | 63,8  | 60,4  | 56,4 | 63,5   |

Quelle: Eigene Darstellung nach Villosio et al. 2008: 55

Aus den Daten in Tabelle 3 wird ersichtlich, dass der Anteil der Arbeitnehmer/innen, der neben dem Beruf eine Pflegeverantwortung für einen älteren oder behinderten Menschen über-

nimmt, zwischen dem 45.- und 54. Lebensjahr am höchsten ist. Betrachtet man nun die innerfamiliären Pflegeverpflichtungen mit einem Mindestumfang von mindestens einer Stunde alle zwei Tage, lässt sich feststellen, dass sich in der Altersgruppe der 45-54jährigen Erwerbstätigen etwa jede/r Zehnte um einen älteren/ behinderten Angehörigen kümmert:

Abb. 2: Pflegeverantwortung von Beschäftigten außerhalb ihrer Erwerbstätigkeit, nach Alter und Art der Pflege, EU27, 2005, in %



Quelle: Eigene Darstellung nach Villosio et al. 2008: 56

Die Abbildung 2 auf Basis der Studie der European Foundation illustriert, wie stark Arbeitnehmer/innen über den Lebenslauf hinweg mit Pflegeverpflichtungen konfrontiert sind und dass eine pflegerische Verantwortung nicht selten in "doppeltem Ausmaß" für Kinder und ältere/ behinderte Angehörige eintritt (Villosio et al. 2008). Dieser Aspekt wird im weiteren Verlauf des Berichts noch unter dem Stichwort "Sandwich-Generation" eine ausführlichere Beachtung finden.

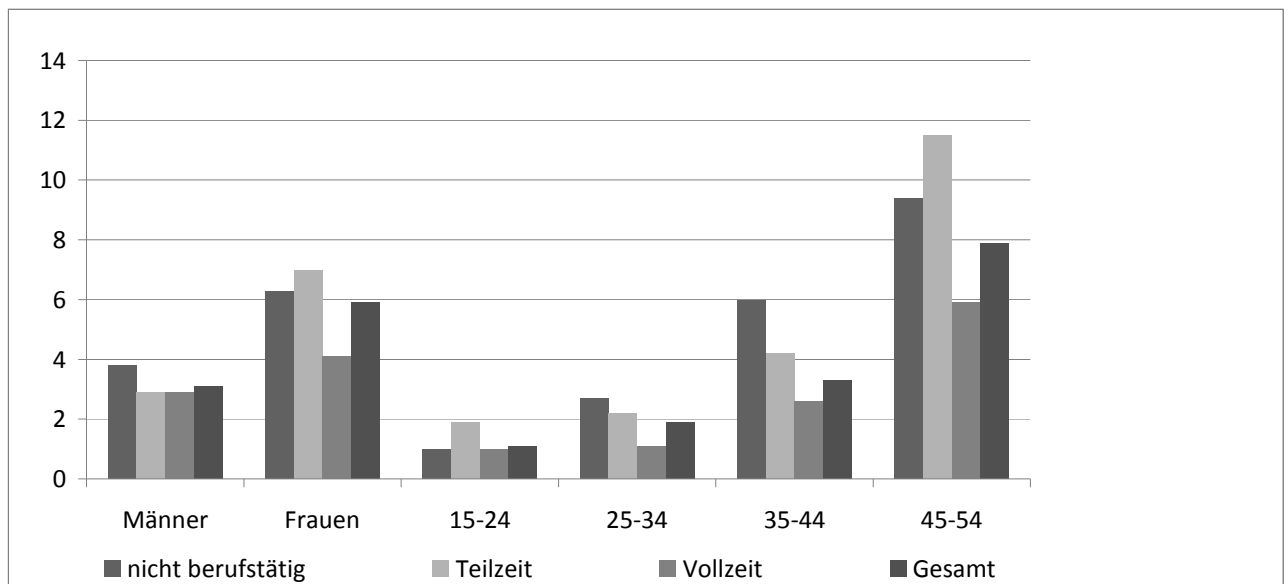
Laut der Studie "Caregiving in the U.S." leisten 44 Millionen US-Amerikaner Pflege für einen erwachsenen Menschen<sup>11</sup>, was einem Anteil von 21% der Erwachsenen Bevölkerung entspricht (NAC & AARP 2004). Fredriksen-Goldsen und Scharlach (2001) gehen sogar von jeder/m vierten Amerikaner/in aus. Mooney und Statham (2002) demonstrieren – in Anlehnung an ihre eher weite Auffassung von Pflege –, dass latent eine weitaus höhere Anzahl an Erwerbstätigen betroffen ist und kommen in ihrer britischen Studie zu dem Ergebnis, dass 48% der Befragten Arbeitnehmer/innen eine Pflegeverpflichtung im privaten Umfeld für einen älteren oder behinderten Menschen oder ein Kind haben. Das Australian Bureau of Statistics schätzt die Prävalenzrate erwerbstätiger Pfleger auf 12,5% der gesamten Erwachsenen-

<sup>11</sup> Mindestalter 18 Jahre

population, die Längsschnittstudie HILDA beziffert die Pflegeverantwortung in Australien mit 13% bei den weiblichen und 9% bei den männlichen Arbeitnehmern (Bittmann, Hill & Thomson 2007). Auch Wagner und Neal (2002) gehen davon aus, dass 13% aller Erwerbstätigen in den USA eine Pflegeverpflichtung haben, während Bernard und Phillips (2007) bei ihrer Untersuchung in zwei britischen Organisationen eine Prävalenzrate von 10% errechnen (vgl. auch Pieper 2008; Tué 2002). Diese Prozentzahl wird für Neuseeland auch von Keeling und Davey (2008) bestätigt. Johnson und Lo Sasso (2000) wiederum fanden heraus, dass ein Viertel der erwerbstätigen Frauen und ein Sechstel der erwerbstätigen Männer aus ihrem Sample (Personen mit noch lebenden Eltern) in der Alterskohorte zwischen 53 und 63 Jahren die eigenen Eltern mindestens einmal im Laufe des Jahres mit Pflegeleistungen unterstützt haben. Da allerdings nur 43% aller befragten Personen überhaupt nur noch lebende Eltern hatten, kommen die Autoren zu einer Prävalenzrate von 11% unter den Frauen und 6% unter den Männern im mittleren Lebensalter.

In Deutschland gibt es eine Reihe von Daten (z.B. die bereits erwähnte MUG III-Studie), die die Erwerbstätigkeit von Pflegenden erfasst, jedoch existieren nur wenige Daten über die Prävalenzrate Pflegenden in der Erwerbsbevölkerung. Vielmehr leitet eine steigende Relevanz der Vereinbarkeitsproblematik aus den Prozessen der demographischen Veränderungen und einer steigenden Erwerbstätigkeit von Frauen ab (Schneekloth & Wahl 2005). Bei etwa 1,4 Millionen Pflegebedürftigen und 2,9 Millionen Hilfebedürftigen, die zum größten Teil ambulant von den eigenen Angehörigen gepflegt werden, ist vor allem künftig in Deutschland mit einer hohen Prävalenzrate zu rechnen (Bäcker 2003; Infratest Sozialforschung 2003). Laut Sozioökonomischem Panel übernehmen derzeit etwa 8% der Frauen und 5% der Männer die Betreuung und Versorgung eines älteren Menschen (Schupp & Künemund 2004). Im Mikrozensus 2005, in dem jede Form pflegerischer Unterstützung gezählt wird, ergibt sich eine Prävalenzrate zwischen 3% bei männlichen Erwerbstätigen und ca. 7% bei weiblichen Arbeitnehmerinnen (zitiert nach Keck & Saraceno 2009). Auch hier werden bei genauerer Betrachtung erneut Unterschiede in den Alterskohorten deutlich:

Abb. 3: Pflegeverantwortung für Personen von 15-64 Jahren (in % der Bevölkerung)



Quelle: Keck & Saraceno 2009: 8

Die Abbildung bestätigt die Ergebnisse aus den oben genannten internationalen Studien und drückt aus, dass auch in Deutschland, insbesondere für die Altersgruppe zwischen 45 und 54 Jahren, eine steigende Pflegeverantwortung diagnostiziert werden kann und dort etwa 11,5% der Teilzeit- und 6% aller Vollzeitbeschäftigten von der Doppelbelastung Beruf und Pflege betroffen sind.

An dieser Stelle sollte erwähnt werden, dass die Erforschung erwerbstätiger Pfleger auch vor methodischen Problemen steht. So stellt eine Schwierigkeit bei der Ergründung der Prävalenzrate beispielsweise die Rücklaufquote dar. Scharlach, Gustavson & Dal Santo (2007) stellen fest, dass bei erwerbstätigen Angehörigen die Rücklaufquote aufgrund der begrenzten zeitlichen Ressourcen deutlich niedriger ist. Daraus lässt sich ableiten, dass diese Zeitknappheit umso mehr für qualitative Untersuchungen gilt, die in der Regel ein breiteres Zeitfenster benötigen als quantitative Fragebogenerhebungen (Keck & Saraceno 2009). Gorey, Rice und Brice (1992) kommen dagegen zu gänzlich anderen Schlussfolgerungen. Die Autoren versuchten die teilweise großen Unterschiede in den Prävalenzraten genauer zu ergründen und betrachteten dazu die Ergebnisse von 17 empirischen Studien. Aus den ihnen vorliegenden Daten errechneten die Autoren eine durchschnittliche Prävalenzrate von 21,1%, wobei in diese Berechnung ähnliche, wie bereits oben genannte, Extremwerte eingingen. Gorey, Rice und Brice kamen aufgrund ihrer Analysen zu dem Schluss, dass die Variation in den Prävalenzraten im Wesentlichen auf zwei Faktoren zurückzuführen ist: Es handelt sich dabei zum einen um die jeweils benutzte Definition, zum anderen um die jeweilige Rücklaufquote bei den Umfragen. Diametral zu Scharlach, Gustavson & Dal Santo (2007) stellten die Autoren eine negative Korrelation zwischen Rücklaufquote und Prävalenzrate fest. So



gehen sie nicht von einer durch fehlende zeitliche Ressourcen niedrigeren Rücklaufquote bei erwerbstätigen Pflegenden aus, sondern betonen *im Gegenteil*, dass bei einer geringen Rücklaufquote die von der Vereinbarkeitsproblematik Betroffenen – aufgrund ihrer höheren Antwortbereitschaft – gar überrepräsentiert sind. Sie beschreiben diesen Sachverhalt wie folgt:

*" ... we could reasonably expect much higher participation rates among caregivers than among non-caregivers. Any such tendency will produce an upward in the sample prevalence rate (i.e., the sample rate will be higher than the population rate)" (ebd.: 413).*

Wird also der Faktor "Rücklaufquote" in die Berechnung der Prävalenzraten mit einbezogen, vermindert sich laut Gorey, Rice und Brice der Mittelwert von 21,1% auf 7,8%, wobei der letztgenannte Prozentsatz von den Autoren als Annäherung an die "wahre" Prävalenzrate betrachtet wird.

Tab.4: Prävalenz und Antwortquoten aus Studien zu pflegenden Angehörigen

| <b>Autor</b>  | <b>Antwortquote</b> | <b>Prävalenz (%)</b> |
|---|---------------------|----------------------|
| AARP, 1987  | 27,6                | 24,0                 |
| Anastas et al., 1990  | 18,3                | 32,0                 |
| Brice et al., 1988  | 47,2                | 34,0                 |
| Carter & Piktialis, 1988                                    | 78,0                | 8,0                  |
| Creedon et al., 1987  | 36,8                | 25,5                 |
| Fortune Magazine & John Hancock<br>Financial Services, 1989 | 29,1                | 37,0                 |
| Hewitt Associates, 1989                                     | 41,1                | 8,0                  |
| Hynes, 1988   | 54,0                | 11,1                 |
| Jefferson Area Board for Aging, 1989                        | 26,8                | 9,5                  |
| Neal et al., 1990   | 34,4                | 23,0                 |
| Neff, 1992  | 62,0                | 16,0                 |
| Retirement Advisors, 1986                                   | 28,8                | 28,0                 |
| Rosenbach, 1989   | 20,0                | 46,0                 |
| Scharlach & Boyd, 1989                                      | 51,9                | 23,1                 |
| Spitz & Logan, 1990   | 67,3                | 3,7                  |
| Stone & Kemper, 1989  | 91,0                | 1,9                  |
| The Travelers Insurance Company,<br>1985                    | 52,3                | 28,0                 |
| Minimum   | 18,3                | 1,9                  |
| Maximum   | 91,0                | 46,0                 |
| Median  | 41,1                | 23,1                 |
| Durchschnitt  | 45,0                | 21,1                 |
| Standardabweichung  | 20,7                | 12,7                 |

Quelle: nach Gorey, Rice & Brice 1992

Die Autoren betonen in ihren Ausführungen schließlich noch, dass es keine falsche oder richtige Definition gäbe, sie machen jedoch darauf aufmerksam, dass alle Prävalenzraten immer vor dem Hintergrund der oben genannten Faktoren zu interpretieren sind. Des Weiteren weisen Gorey, Rice und Brice darauf hin, dass es bei Studien zur Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflege Tätigkeit darum gehen müsse, jene Erwerbstätigen zu identifizieren, die sich entweder durch die doppelten Anforderungen belastet fühlen oder aber jene, die "at risk" sind. Viele der bislang vorgelegten Untersuchungen erfüllen ihrer Meinung nach diese Zielsetzung nur unzureichend. Aus diesem Grund wird vorgeschlagen, bei der Erfassung der Pflege Tätigkeit von einem dimensional statt von einem kategorialen Konzept auszugehen.

Eine weitere wichtige Komponente zur Quantifizierung von Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung ist der Rekrutierungsort. In der Untersuchung von Bernard und Phillips (2007) wurden Erhebungen in zwei Organisationen im sozialen Bereich mit einem hohen Frauenanteil von 4:1 geführt, mit dem Ergebnis, dass der Anteil an pflegenden Arbeitnehmerinnen 92% betrug. Bei solchen Erhebungen ergeben sich in der Konsequenz andere Prävalenzraten, als wenn man die Untersuchung in einer männerdominierten Branche bzw. einer geschlechterparitätisch besetzten Organisation durchgeführt hätte. Diese bisher dargelegten Informationen sollten bei der weiteren Darstellung und Diskussion von Untersuchungsergebnissen zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege beachtet werden.

## **2.2 Wesentliche Charakteristika erwerbstätiger Pflegeleistender**

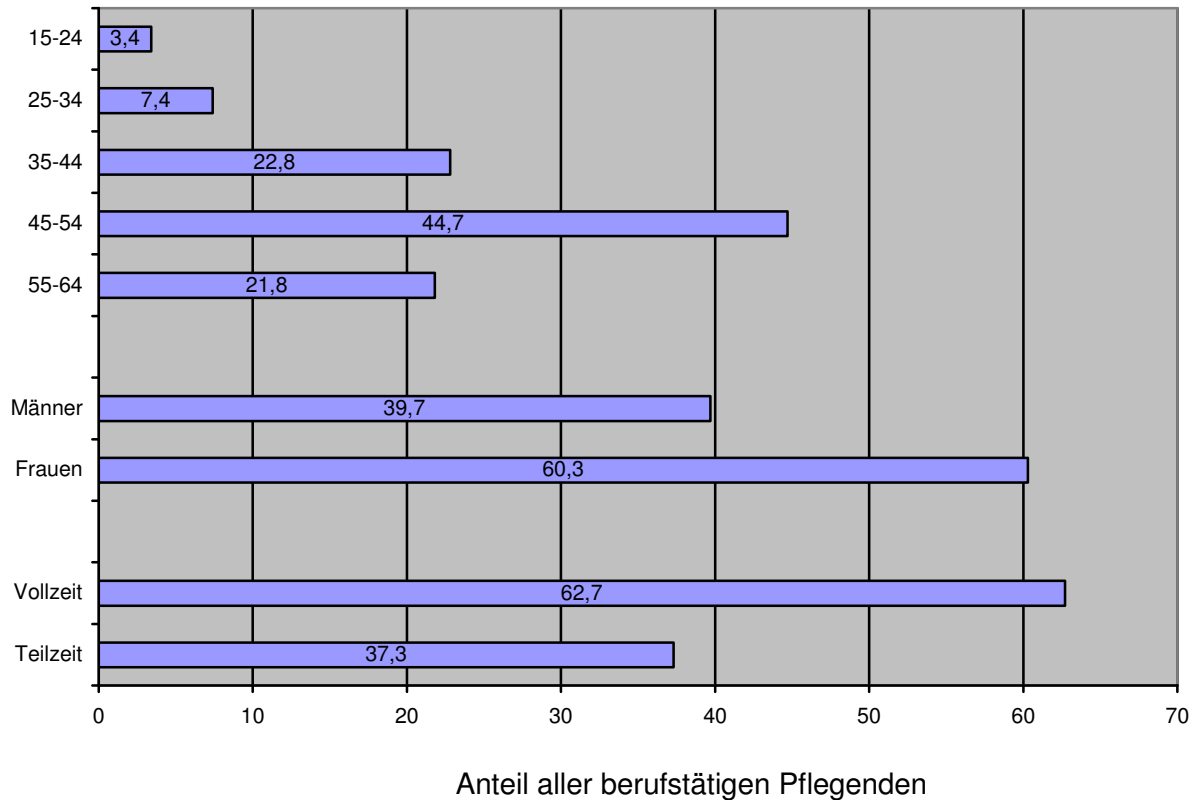
In den folgenden Ausführungen soll detailliert dargelegt werden, welche wichtigen Charakteristika Erwerbstätige mit Pflegeverpflichtungen auszeichnen bzw. wie ihre Pflegesituation gestaltet ist. Hierzu wird erstens auf bedeutsame sozio-demographische sowie berufsbezogene Merkmale Bezug genommen, zweitens erfolgt eine Beschreibung von Art und Umfang der von Erwerbstätigen geleisteten Unterstützung für ältere Angehörige.

### **2.2.1 Sozio-demographische Charakteristika**

*Geschlecht:* Durchweg zeigen alle Untersuchungen, dass Pflege – trotz einer steigenden Anzahl pflegender Männer – nach wie vor weiblich ist. So machen Frauen etwa drei Viertel aller Hauptpflegepersonen aus (Campell & Martin-Matthews 2000; Czekanowski 2006; Infratest Sozialforschung 2003; Johnson & Lo Sasso 2000; Kramer & Thompson 2002; Lamura et al. 2006; Mestheneos & Triantafillou 2005; MetLife 2003; Pandolfi 2008; Quattrini et al.

2006; Schneekloth & Wahl 2005; Schneider et al. 2006). Für Deutschland gibt der Mikrozensus einen Überblick:

Abb. 4: Pflegeverantwortung bezüglich Alter, Geschlecht und Berufstätigkeit



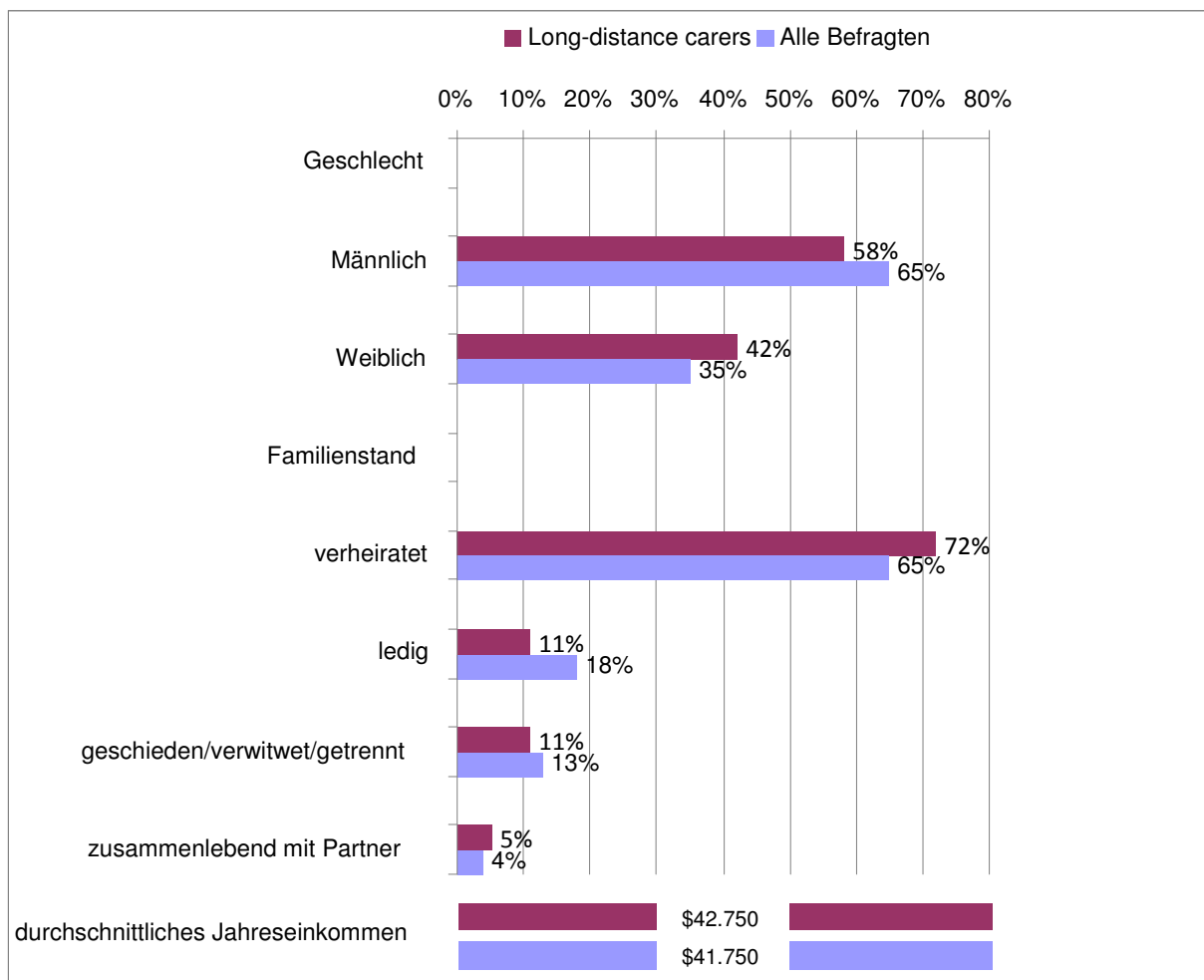
Quelle: Keck & Saraceno 2009

Sind Männer in Bezug auf Partnerpflege vergleichsweise häufig involviert, so sind es in der Zwei-Generationen-Pflege überwiegend weibliche Familienmitglieder (Töchter und Schwiegertöchter), die die Pflegeverantwortung übernehmen (vgl. Daly & Rake 2003; Gröning & Kunstmann 2008; Milne & Hatzidimitriadou 2003; Radtke-Röwenkamp 2008). Somit sind es überwiegend Frauen, die Erwerbstätigkeit und die hauptverantwortliche Unterstützung älterer Menschen gleichzeitig praktizieren, wenngleich sich im Zuge demographischer Veränderungen (z.B. geringere Geburtenrate und damit Bedarf an pflegenden Söhnen), der zunehmenden Singularisierung und der wachsenden beruflichen Mobilität die Notwendigkeit für Pflege durch Männer andeutet (vgl. Grundy et al. 2006, Lettke & Lange 2007).

Dabei sollte man beispielsweise berücksichtigen, ob in den jeweiligen Analysen nach dem Geschlecht nur der Hauptpflegeperson oder aller Beteiligten im Pflegeprozess gefragt wird. Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) weisen nach, dass in den USA die männlichen

erwerbstätigen Pflegenden häufiger in Vollzeit arbeiten, als dies bei nicht-erwerbstätigen männlichen Pflegenden der Fall ist. Allerdings wurde in der Studie nicht nur nach Hauptverantwortlichen in der Pflege gefiltert, so dass an dieser Stelle Männer vor allem als so genannte "secondary carers" in diesen Daten repräsentiert sind (vgl. auch Jenson & Jacobzone 2000). Eine US-amerikanischen Studie des MetLife Mature Market Institute illustriert dies am Beispiel der "long-distance carers". Gemeint sind damit pflegende Angehörige, die mindestens eine Stunde Fahrtzeit entfernt vom Pflegebedürftigen wohnen. Dabei handelt es sich quasi ausschließlich um Pflegearrangements zwischen Eltern und Kindern. Betrachtet man nur die Gruppe der "long-distance carers", deren Anteil an allen Pflegenden etwa 15% beträgt (MetLife & NAC 2004), so sind 58% dieser Pflegenden männlichen Geschlechts. Daraus lässt sich schließen, dass im Falle von Pflegeleistungen aus der Distanz männliche Angehörige (zumeist in Form pflegender Söhne) in ähnlichem Umfang unterstützen wie in der Partnerpflege:

Abb. 5: "Long-distance carers" im Vergleich zur Gesamtstichprobe



Quelle: Eigene Darstellung nach MetLife & NAC 2004: 4

Allerdings handelt es sich dabei keineswegs immer um Angehörige, die die Hauptverantwort-

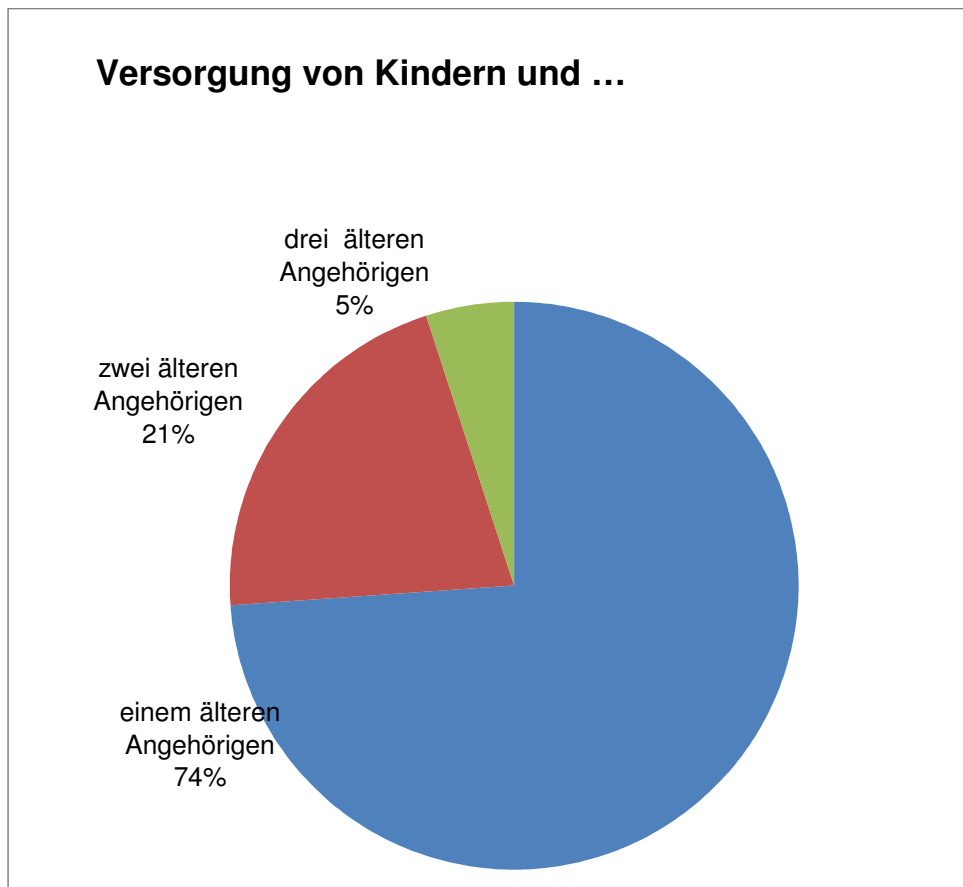
tung in der Pflege tragen. Diese sind in der Gruppe der "long-distance carers" mit ungefähr 23% vertreten und gehören zu denjenigen, die noch im näheren Umkreis wohnen. Vielmehr zeigen diese Zahlen, dass Männer häufiger als Frauen in Pflegeprozesse "mit"integriert sind. Steht nämlich nur eine einzige Pflegeperson in der Distanzpflege zur Verfügung, handelt es sich weitaus häufiger um eine Frau als um einen Mann. Zudem zeigt die MetLife-Studie, dass Frauen nicht nur häufiger die einzigen Pflegenden aus der Entfernung darstellen, sondern auch in einem größeren zeitlichem Umfang Pflege leisten und dafür größere Auswirkungen am Arbeitsplatz verspüren (MetLife & NAC 2004). Interessanterweise ist dieses Phänomen im internationalen Vergleich nicht im gleichen Maße verteilt. Während in Kanada (55% weibliche Pflegenden) und Australien (56% weibliche Pflegenden) nahezu eine gleichberechtigte Aufteilung der Pflegeverantwortung zwischen den Geschlechtern zu erkennen ist, weist zum Beispiel Japan mit einem Frauenanteil von 85% in der Pflege deutlich größere geschlechtsspezifische Unterschiede auf (Jensen & Jacobzone 2000). In Kapitel 6 wird genauer eruiert, welche Rolle der Geschlechteraspekt in der familialen Pflege spielt.

*Alter:* Wie bereits erwähnt, sind laut den Ergebnissen der deutschen MUG III-Studie etwa 64% aller privaten Hauptpflegepersonen unter den Leistungsbeziehern aus der Pflegeversicherung und 62% der Hauptpflegepersonen sonstiger Hilfebedürftiger im erwerbsfähigen Alter (bis 64 Jahre). Knapp ein Drittel von ihnen findet sich in der Altersphase zwischen 55 und 64 Jahren, aber auch 16% der unter 45jährigen Hauptpflegepersonen unterstützt eine pflegebedürftige Person (Schneekloth & Wahl 2005). Im Hinblick auf das Alter von erwerbstätigen Pflegeleistenden belegen die vorliegenden Untersuchungen, dass diese durchschnittlich *jünger* sind als pflegende Angehörige im Allgemeinen (u.a. Fredriksen-Goldsen & Scharlach 2001; Masuy 2009; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007; Stephens et al. 2001). Während etwa 40% der nicht-erwerbstätigen Pflegenden sich im Alter von über 60 Jahren befinden, sind die meisten erwerbstätigen Pflegenden zwischen 40 und 49 Jahre alt (Czekanowski 2006; Evandrou & Glaser 2005; MetLife 2006; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007; Schneider et al. 2006; Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008; Tué 2002; Trukeschitz et al. 2009). Masuy (2009) zeigt in ihrer Analyse, dass in Belgien das Median-Alter von nicht erwerbstätigen Pflegenden bei 56 Jahren liegt, während erwerbstätige Pflegende im Schnitt etwa 45 Jahre alt sind. Bernard und Phillips (2007) errechnen in ihrer britischen Untersuchung ein Durchschnittsalter von 48 Jahren bei erwerbstätigen Pflegenden (vgl. für die USA auch Atienza & Stephens 2000), die US-amerikanische Studie von Stephens et al. (2001) stellt ein Durchschnittsalter von 43,6 Jahren bei erwerbstätigen pflegenden Töchtern und Schwiegertöchtern fest. Auf der Grundlage einer Analyse von "long-distance caregiving" (MetLife & NAC 2004) konnte ermittelt werden, dass diese Pflegenden im Schnitt 51 Jahre

alt sind. Dieses Alter mag angesichts einer tendenziell immer weiter hinausgezögerten Mutterschaft möglicherweise künftig absinken.

*Familienstand und Kinder:* In Bezug auf den Familienstand von Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen ist festzustellen, dass die weit überwiegende Mehrheit verheiratet ist: Die Rate liegt in den meisten Fällen zwischen 70-80% (Atienza und Stephens 2000; Bernard und Phillips 2007; Czekanowski 2006; Schneider et al. 2006). Folgt man den Angaben der kanadischen CARNET-Untersuchung sind sogar 84% der erwerbstätigen Pflegenden verheiratet (Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008). Dabei zeigen sich kaum signifikante Unterschiede zu nicht-erwerbstätigen Pflegenden, obgleich der Anteil Alleinstehender im Vergleich zu den nicht-erwerbstätigen Pflegenden etwas höher ist (Keck & Saraceno 2009; Scharlach, Gustavson & Dal Santo). Dies lässt sich durch den Umstand erklären, dass bei Daten zu Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung häufiger die Pflegesituation zwischen Kindern und Eltern repräsentiert ist, während bei Daten, die sich auf nicht-erwerbstätige Pflegende beziehen, häufiger die Partnerpflege dominiert. In der qualitativen Untersuchung von Keck und Saraceno (2009) sind alleinstehende pflegende Erwerbstätige mit knapp 57% deutlich überrepräsentiert (N=26). In Relation zum durchschnittlichen Alter der erwerbstätigen Pflegenden handelt sich zumeist um bereits länger andauernde Ehen. Im Schnitt sind die Partner dabei seit etwa 20 Jahren verheiratet (Atienza & Stephens 2000; Stephens et al. 2001). So verwundert es auch nicht, dass erwerbstätige Pflegeleistende mit der gleichen Wahrscheinlichkeit wie andere Beschäftigte auch Kinder haben, die mit ihnen im gemeinsamen Haushalt leben. Atienza und Stephens (2000) demonstrieren anhand der Ergebnisse ihrer US-amerikanischen Studie, dass 80% der befragten erwerbstätigen weiblichen Pflegenden Kinder haben – die mit einem Anteil von 44% noch im selben Haus leben. Auch Bernard und Phillips (2007) können bezogen auf Großbritannien nachweisen, dass vier von zehn Befragten mit einer Person unter 18 Jahren in demselben Haushalt wohnen, bei Keck und Saraceno (2009) lebt knapp die Hälfte der Befragten zusammen mit den Kindern unter einem Dach. Auch Williams (2004) kommt in ihrer kanadischen Untersuchung zu dem Ergebnis, dass eine Reihe von Pflegenden doppelt belastet ist (vgl. auch Kotowska et al. 2007). Laut ihrer Analyse tragen etwa drei Viertel ihrer Befragten zwischen 45 und 64 Jahren eine parallele Verantwortung für ein Kind und einen älteren Menschen:

Abb. 6: "Sandwich"-Situation



Quelle: Williams 2004: 5

Die Frage nach der Anzahl von Kindern im selben Haushalt beantworten Stephens et al. (2001) mit Hilfe ihrer US-amerikanischen Studie: Im Schnitt lebt ein Erwerbstätiger mit Pflegeverantwortung für einen Älteren mit zwei Kindern unter 25 Jahren im selben Haushalt. Natürlich ist in Bezug auf die zweifache familiäre Beanspruchung durch die Pflege eines älteren Menschen und die Versorgung von Kindern mitentscheidend, wie selbständig der Nachwuchs agieren kann. Entsprechend den vorwiegend länger andauernden Ehepartnerschaften sind die Kinder, die in einem Haushalt mit Pflegeverantwortung für ältere Angehörige leben, mit im Schnitt 14-15 Jahren bereits in der Teenagerphase bzw. Postadoleszens (Atienza & Stephens 2000; Stephens et al. 2001). Obgleich es sich zum einen um bereits autonom agierende Familienmitglieder handelt, so sind die Kinder zumeist noch minderjährig und durchleben gerade die Pubertät, so dass sich durch die mehrfachen Belastungen im Pflegearrangement Potenziale für familiäre Konflikte ergeben können. Diese Daten können folglich als Belege dafür angesehen werden, dass Kindererziehung und die Versorgung älterer Menschen häufig nicht zeitlich nacheinander folgen, sondern von einem Teil der Erwerbstätigen parallel ausgeführt werden. Als Angehörige der sogenannten "Sandwich-Generation" haben diese Betroffenen vielfältige familiäre Aufgaben, die möglicherweise miteinander und/oder

mit der Erwerbstätigkeit konkurrieren – insbesondere vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl von "dual earner"-Haushalten und späteren Mutterschaften (Allmedinger et al. 2006; Backes 2007; Hasseler & Görres 2005; Kröger 2003; Zechner 2005). Es lassen sich aber auch gegenteilige Forschungsergebnisse zur Doppelbelastung finden. Künemund (2006) kommt beispielsweise auf der Basis seiner Analysen von Daten des Alterssurvey zu dem Ergebnis, dass die Prävalenzrate doppelt belasteter Frauen in der mittleren Lebensphase in Deutschland vergleichsweise gering ist und zeigt in seiner Untersuchung zur Belastungssituation der weiblichen "Sandwich-Generation", dass nur 14% der erwerbstätigen Frauen zwischen 40 und 54 Jahren (und 4% der gleichaltrigen Männer) gleichzeitig Kinder und ältere Angehörige pflegen bzw. betreuen (vgl. auch Evandrou & Glaser 2005).

Fasst man diese Befunde zusammen, so zeigen die durchgeführten Studien, dass eine Reihe von Erwerbstätigen, die ältere Menschen unterstützen, gleichzeitig auch Versorgungsaufgaben gegenüber Kindern im eigenen Haushalt haben. Diese Doppelbelastung trifft auf die Gruppe der erwerbstätigen Pflegenden aufgrund ihres geringeren Alters häufiger zu als auf nicht-erwerbstätige Pflegende (Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). Demzufolge stellt die doppelte Belastung für viele pflegende Erwerbstätige eine Herausforderung dar (vgl. Allmedinger et al. 2006; Backes 2007; Hasseler & Görres 2005; Kröger 2003; Neal & Hammer 2006; Stephens et al. 2001; Williams 2004). Das Alter der Kinder spielt eine große Rolle, was den Grad der Belastung betrifft, denn schließlich können erwachsene Kinder auch eine Entlastung im Pflegeprozess darstellen, wie in Abschnitt 4.6 ebenfalls gezeigt wird (Keck & Saraceno 2009).

An dieser Stelle sei auch auf die zunehmende Pluralisierung von Lebensformen hingewiesen. Angesichts neuer Familienmuster gilt es zu überdenken, den Familienbegriff weiter zu fassen und damit auch nicht-verheiratete Lebenspartner, Stiefeltern und angeheiratete Geschwister in die Beschreibungen von Pflegearrangements einzubeziehen (vgl. Allmedinger et al. 2006; BMFSFJ 2008 und 2009; Fredriksen-Goldsen & Scharlach 2001; Grundy et al. 2006; Wagner 2006).

## **2.2.2 Berufsbezogene Charakteristika**

Ogleich die aktuellen gesichteten Studien durchaus einige Informationen – vor allem zum Qualifikationsniveau und zeitlichen Umfang – geben können, existieren insgesamt recht wenige nähere Beschreibungen der Beschäftigungssituation, z.B. zur Dauer der Erwerbstätigkeit und zur Motivation, trotz einer Pflegeverpflichtung weiterzuarbeiten. Im Folgenden sollen die zentralen berufsbezogenen Merkmale, die sich in der aktuellen Literatur finden lassen,



näher erläutert werden.

*Qualifikationsniveau:* Eine Anzahl von Untersuchungsergebnissen verweist darauf, dass es eher die höher qualifizierten Beschäftigten sind, die Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Menschen vereinbaren (können/müssen oder wollen) (Czekanowski 2006; Fredriksen-Goldsen & Scharlach 2001; Quattrini et al. 2006; Trukeschitz et al. 2009). Dagegen scheint ein eher niedriger Bildungsabschluss und damit korrelierend eine entsprechende vorwiegend durch Routinearbeiten gekennzeichnete Erwerbstätigkeit die Wahrscheinlichkeit für eine Aufgabe der Erwerbstätigkeit zu erhöhen (vgl. Abschnitt 4.3). Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) kommen beispielsweise zu dem Ergebnis, dass 49% der erwerbstätigen Pflegenden in den USA über einen College-Abschluss verfügen, während dieser Anteil bei den nicht-erwerbstätigen Pflegenden nur 30% beträgt. Masuy (2009) demonstriert, dass 94% der belgischen erwerbstätigen Pflegenden eine höhere Schule besucht haben, hingegen nur 28% der nicht-erwerbstätigen Pflegenden. Ein höherer Ausbildungsabschluss spricht für eine längere Ausbildungszeit. So haben erwerbstätige pflegende Frauen im Schnitt eine Ausbildungszeit von etwa 15 Jahren absolviert (Atienza & Stephens 2000; Stephens et al. 2001).

Stephens et al. (2001) geben auch Informationen über den beruflichen Status erwerbstätiger Pflegenden. Die Autoren untersuchten explizit die Situation U.S.-amerikanischer erwerbstätiger Frauen mit Pflegeverantwortung für Eltern und Schwiegereltern (N=278) und kommen zu folgendem Schluss: Von allen Frauen, von denen entsprechende Informationen vorlagen, waren 46% Akademiker ("professional occupations") oder Führungskräfte im Management ("management occupations"), 44% waren Angestellte im Dienstleistungsbereich ("technical, sales or administrative support occupations") und 10% in der Produktion tätig ("production or service occupations") (s.a. Atienza & Stephens 2000; Quattrini et al. 2006). Im Allgemeinen findet man erwerbstätige Pflegende am häufigsten im öffentlichen Dienst – erst dann folgt die Privatwirtschaft (Quattrini et al. 2006). Trukeschitz et al. (2009) kommen auf der Basis ihrer Daten in Österreich zu dem Ergebnis (N=612), dass erwerbstätige Pflegende vergleichsweise häufig selbständig sind und führen dies auf die erweiterten Möglichkeiten der eigenen Arbeitszeitgestaltung zurück. Signifikante Wirtschaftsbereiche, in denen erwerbstätige Pflegende besonders häufig tätig sind, wurden nicht gefunden (ebd.).

Stephens et al. (2001) waren darüber hinaus an den Konflikten im Pflegearrangement im Hinblick auf die verschiedenen Rollen als Erwerbstätige, Pflegende, Ehefrau und Mutter interessiert (vgl. auch Flieder 2008). Dabei fanden sie heraus, dass diese Rollenkonflikte im engen Zusammenhang mit einer eher niedrigen Qualifikation und einem geringeren beruflichen Status sowie begrenzten ökonomischen Ressourcen einhergehen (ebd.). Es ist zu vermuten,

dass in diesem Fall ein eingeschränkter Handlungsspielraum zu Spannungen führt.

Die Gründe für die oben genannten einschlägigen berufs- und qualifikationsspezifischen Kennzeichen erwerbstätiger Pflegenden sind vielfältig und sollen im Hinblick auf ihren Einfluss auch in Abschnitt 3.4.3 thematisiert werden. Andererseits gibt es auch an dieser Stelle abweichende Ergebnisse. So sind Scharlach, Lowe und Schneider (1991) der Ansicht, dass die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege älterer Menschen bestimmte Berufsgruppen *nicht* mehr als andere betrifft. Die oben genannten Untersuchungsergebnisse ließen sich ihrer Argumentation folgend z.B. insofern begründen, dass höher Qualifizierte in einem größeren Ausmaß bereit seien, über die Vereinbarkeitsproblematik zu sprechen bzw. an etwaigen Umfragen teilzunehmen.

*Zeitlicher Umfang und Dauer der Erwerbstätigkeit:* In Bezug auf den zeitlichen Umfang der Erwerbstätigkeit zeigt sich im internationalen Vergleich kein gänzlich einheitliches Bild. Während in den USA, Kanada und in einigen europäischen Ländern die überwiegende Mehrheit noch mit voller Stundenzahl berufstätig ist, trifft dies auf Deutschland beispielsweise nicht zu. Die Studie "Caregiving in the U.S." geht u.a. der Frage nach, welche Charakteristika Vollzeit-Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung auszeichnen. Dabei zeigt sich, dass es vor allem Männer sind, die noch mit voller Stundenzahl beschäftigt sind. Anhand der unten stehenden Tabelle lässt sich auch die Aussage treffen, dass insbesondere Pflegepersonen, die nicht in unmittelbarer Nähe des zu Pflegenden wohnen bzw. die jemanden versorgen, der in einem geringen Maße pflegebedürftig ist, eher einer Vollzeit-Erwerbstätigkeit nachgehen können:

Tab. 5: Merkmale von erwerbstätigen Pflegenden

|  | <b>Vollzeitbeschäftigte</b> |
|--|-----------------------------|
| <b>Gesamt</b>                                | 48%                         |
| Männer                                       | 60%                         |
| Frauen                                       | 41%                         |
| Weiß   | 49%                         |
| Afroamerikaner                               | 51%                         |
| Lateinamerikanisch                           | 41%                         |
| Asiatischamerikanisch                        | 44%                         |
| 18-34  | 52%                         |
| 35-49  | 64%                         |
| 50-64  | 48%                         |
| 65 und älter                                 | 3%                          |
| Pflegeempfngeralter 19-49                   | 54%                         |
| Pflegeempfngeralter 50+                     | 47%                         |
| Pflegeempfänger wohnt<br>im eigenen Haushalt | 39%                         |
| < 1 Stunde entfernt                          | 48%                         |
| 1 Stunde und weiter entfernt                 | 63%                         |
| Stufe 1 Pflege                               | 53%                         |
| Stufe 5 Pflege                               | 33%                         |

Quelle: Eigene Darstellung nach NAC & AARP 2004: 31

Laut Schneekloth und Wahl (2005) arbeitet in Deutschland knapp die Hälfte der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen mit voller Stundenzahl. Keck und Saraceno (2008) kommen in ihrer qualitativen Untersuchung (N=26) zu dem Ergebnis, dass etwa 60% der befragten erwerbstätigen Pflegenden mit voller Stundenzahl beschäftigt sind und 40% auf Teilzeitarbeit reduziert haben. Der Mikrozensus allerdings geht von einer weitaus höheren Vollzeitquote unter den erwerbstätigen Pflegenden aus. Dort wird als Ergebnis eine Vollzeitquote von knapp 63% errechnet (zitiert nach Keck & Saraceno 2009; vgl. Abb. 4). Auch Bernard und Phillips (2007) zeigen, dass in ihren beiden untersuchten Organisationen zwei Drittel der pflegenden Erwerbstätigen mit voller Stundenzahl beschäftigt ist. In diesem Zusammenhang sind allerdings länderspezifische Besonderheiten im Hinblick auf die wöchentliche Arbeitszeit und jährlichen Urlaubsanspruch zu beachten. Stephens et al. (2001) zeigen am Beispiel der USA, dass erwerbstätige Pflegende im Durchschnitt 36,7 Stunden pro Woche arbeiten und dies im Schnitt in 48,9 Wochen im Jahr (vgl. auch Atienza & Stephens 2000). Dieser Befund wird von der CARNET-Studie bestätigt: Hier wird eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit

von 44,2 Stunden bei erwerbstätigen Pflegenden errechnet (Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008).

Was die Beschäftigungsdauer angeht, so ist zu vermuten, dass erwerbstätige Pflegeleistende – vor allem bedingt durch ihren höheren Altersdurchschnitt – zumeist zu den Erwerbstätigen gehören, die bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber schon über einen längeren Zeitraum tätig sind. Daher können sie auch eher der Gruppe der erfahrenen und loyalen Mitarbeiter/innen eines Unternehmens zugerechnet werden (vgl. Barkholdt & Lasch 2006).

### **2.3 Merkmale der Pflegesituation**

Die untersuchte Literatur zeigt, dass sich in den Pflegearrangements von erwerbstätigen Pflegenden typische Merkmale aufzeigen lassen, die sowohl das Verhältnis von Pflegenden zu Pflegebedürftigen als auch Art und Umfang der Pflege determinieren. Allerdings muss jedoch bedacht werden, dass eine Pflegesituation nicht kontinuierlich gleichbleibend verläuft. Bezogen auf seine Untersuchung in Norwegen verweist Romoren (2003) auf verschiedene Phasen, die einen Pflegeprozess kennzeichnen: 1) Long main support phase (längere Unterstützungsphase im häuslichen Bereich, in der insbesondere instrumentelle Hilfen gewährt werden), 2) Escalation phase (Krisensituation und Notwendigkeit, das Pflegearrangement umzustrukturieren) und 3) Institutionalisierung (Verschlechterung der Pflegesituation erfordert professionelle Langzeitpflege, z.B. durch einen ambulanten Pflegedienst). Diese verschiedenen Phasen sind eines der herausragendsten Kennzeichen der Pflegesituation und insbesondere auf die Krisenanfälligkeit von Pflegearrangements wird in der Literatur immer wieder hingewiesen. Pflege ist als dynamischer Prozess zu charakterisieren (Barkholdt & Lasch 2006; Flieder 2008; Keck & Saraceno; Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008):

*"Care arrangements, however, are no static packages." (Keck & Saraceno 2009: 23)*

Im Folgenden sollen wichtige Merkmale der Pflegesituation aufgegriffen und ausführlicher beschrieben werden. Es muss auch hier vorweggenommen werden, dass es nicht viele Studien gibt, die differenziertere Aussagen über den Umfang, die Art der Unterstützung aber auch die Häufigkeit der pflegerischen Tätigkeiten erwerbstätiger Pflegenden geben.

### 2.3.1 Personen im Pflegearrangement

Vorwiegend werden pflegebedürftige Personen von den eigenen (Ehe-)Partnern oder den eigenen Töchtern gepflegt (Schneekloth & Wahl 2005). (Schwieger-)Söhne spielen keine bzw. nur eine untergeordnete Rolle. Ähnliches gilt für die Unterstützung von sonstigen Personen: In den meisten Fällen zeigt sich die Kernfamilie als zuständig für die Versorgung von Pflegebedürftigen (vgl. auch Czeknowski 2000). Der prozentuale Anteil weiterer Pfleger ist aus Tabelle 6 zu entnehmen, die den Ergebnissen der MUG III-Studie folgt:

Tab.6: Pflegeverantwortung

|  |     |
|--|-----|
| Ehepartner/in  | 28% |
| Töchter  | 26% |
| Söhne  | 10% |
| Schwiegertöchter   | 6%  |
| Mütter   | 12% |
| Väter  | 1%  |
| Enkelkinder  | 2%  |
| sonstigen Verwandte oder sonstige Pflegenden (Nachbarn, Freunde) | 7%  |

Quelle: Eigene Darstellung nach Schneekloth und Wahl 2005

Bei den Hilfebedürftigen zeigt MUG-III, dass die Pflege größtenteils von den Ehepartnern verrichtet wird (36% Ehepartner/in, 20% Töchter, 8% Söhne, 5% Schwiegertöchter, 7% Mütter, 1% Väter, 2% Enkelkinder, 8% sonstige Verwandte, 12% Freunde) (Schneekloth & Wahl 2005). Betrachtet man nun allein die intergenerationelle Pflegebeziehung, so zeigt sich, dass die Pflege überwiegend von den Töchtern übernommen wird – wenngleich eine steigende Tendenz von pflegeleistenden Söhnen zu beobachten ist (Schneekloth & Wahl 2005; Schneekloth 2006).

Die intergenerationelle Pflegebeziehung ist in der Gruppe der erwerbstätigen Pflegenden am weitesten verbreitet, während bei den nicht-erwerbstätigen Pflegenden die Partnerpflege überproportional vertreten ist (Lamura et al. 2006; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007; Synak 2000, Zych 2002).

Doch was sagt der aktuelle Forschungsstand über das Zustandekommen dieser Pflegearrangements? Wer in einer Familie die Pflege übernimmt, wird im Allgemeinen durch einen besonderen Aushandlungsprozess im Kontext von Erwerbstätigkeit, Gesundheitsstatus, Geschlecht und räumlicher Distanz bestimmt, der noch ungenügend erforscht ist (Gröning 2007; Gröning & Kunstmann 2008; vgl. Kapitel 4):

*"[...] studies are needed that examine family interactional and decision-making processes regarding the division of care responsibilities and the use of external care resources." (Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007: 761)*

Innerhalb eines Familiengefüges existiert nach dem Modell von Cantor eine beziehungs-spezifische Hierarchie der gewünschten Pflegeperson, an deren erster Stelle der Partner/ die Partnerin, an zweiter Stelle die Kinder, an dritter Stelle Nachbarn/ Freunde und zum Schluss eine professionell organisierte Pflege steht (Li 2004). Auch Johnson und Lo Sasso (2000) erklären, dass insbesondere Kinder erst dann die Pflege übernehmen, wenn Partnerpflege nicht möglich ist (vgl. auch Bonsang 2008; Kröger 2003). Darüber hinaus beeinflussen nicht nur ökonomische Argumente die Pflegeübernahme, sondern auch kulturelle und persönliche Werte, Normen und Rollen (vgl. Bubolz-Lutz 2006; Höpflinger & Hugentobler 2005; Lettke & Lange 2007; Salomon 2005; Scharlach, Gustavson & Da Santo 2007; Stephens et al. 2001). Die Entscheidung bestimmt sich z.B. durch die persönliche Zuneigung zum Pflegebedürftigen, familiäre Reziprozität oder den ökonomischen Handlungsraum (Reißmann 2005). So fühlen sich viele Angehörige der zweiten Generation "verpflichtet", den Älteren beizustehen bzw. möchten für ihre eigene Erziehung etwas zurückgeben und wollen nicht als schlechte/r Tochter oder Sohn dastehen (Gröning & Kunstmann 2008). In Kapitel 7 wird dieser Gesichtspunkt als die traditionell verankerte "filial piety" in asiatischen care-Regimen aufgegriffen (vgl. Lai 2007; Shenwang 2000; Zavoretti 2006). Blinkert und Klie (2000, 2001, 2004) demonstrieren in ihrer Kasseler Studie, dass die Motivation zur Pflege in Deutschland aber auch durchaus milieuabhängig ist. So zeigt sich im traditionellen Unterschichtenmilieu eine größere Bereitschaft zur Übernahme der häuslichen Pflege als im bürgerlich-liberalen Milieu. Dieser Punkt, der Einfluss postmoderner Werte und ökonomischer Spielräume, soll ebenfalls an anderer Stelle (Abschnitt 4.5) vertieft werden. Insgesamt hat sich die Befürchtung von Kritikern, der Wohlfahrtsstaat verdränge mit seinen Leistungen die Familienpflege, dennoch keinesfalls bewahrheitet. Vielmehr findet eine sich gegenseitig ergänzende Praxis öffentlicher Angebote und familialer Pflege in einem Wohlfahrtsmix statt (Daatland & Löwenstein 2005).

Keck und Saraceno (2009) verweisen in diesem Zusammenhang auch auf die Entwicklungen in postmodernen Familien. Sie geben zu bedenken, dass bei einer Scheidung der Eltern in der Regel die emotionale Verbindung zum Vater, in Anbetracht des praktizierten Vormund-schaftsrechts, tendenziell abschwächt. Eine weitere Überlegung betrifft die Kindesseite: In Anbetracht steigender Scheidungsraten führt die Scheidung des Sohnes zu einem schrump-fenden Pflegepotenzial durch den quasi "Wegfall" der Schwiegertochter als Pflegeunterstüt-

zung. Überhaupt kann die steigende Scheidungsrate und das Phänomen des Alleinlebens im Alter auch als ein Indiz für eine zukünftig rückläufige Partnerpflege gewertet werden (vgl. Schneekloth & Wahl 2005; Schneekloth 2006).

Gemäß den vorliegenden Ergebnissen tragen Erwerbstätige die Pflegeverantwortung in erster Linie für enge Familienmitglieder, d.h. insbesondere für die eigenen Eltern- und/oder Schwiegereltern. Die typische pflegebedürftige Person ist dabei im Schnitt 76 Jahre alt. Damit sind die pflegebedürftigen Personen von erwerbstätigen Pflegenden im Schnitt etwas jünger als bei nicht-erwerbstätigen Pflegenden (Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). Allerdings stellt die bereits mehrfach erwähnte Studie zu "long-distance-carers" fest, dass die pflegebedürftigen Personen im Schnitt bereits 89 Jahre alt sind (MetLife & NAC 2004). Am häufigsten wird die eigene Mutter oder Schwiegermutter gepflegt, d.h. in 70% der Fälle ist die pflegebedürftige Person weiblich (Atienza & Stephens 2000; Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008). Dies lässt sich u.a. durch die längere weibliche Lebenserwartung sowie die gleichzeitige Favorisierung gleichgeschlechtlicher Pflege begründen – dies gilt insbesondere für Alleinlebende (Czekanowski & Bień 2006; Höpflinger & Hugentobler 2005; Matthews 2002). Auch Stephens et al. (2001) zeigen, dass in 68% der Fälle die eigene Mutter, in 19% der Fälle der Vater, bei 10% die Schwiegermutter und bei 3% der Schwiegervater gepflegt wird. Atienza und Stephens (2000), die sich in ihrer US-amerikanischen Studie allein auf die elterliche Pflege in direkter Linie beziehen, belegen, dass in über acht von zehn Pflegesituationen die eigene Mutter versorgt wird. Meistens bezieht sich die Pflegeverantwortung auf eine Person, es gibt allerdings auch Erwerbstätige, die mehrere ältere Menschen zu versorgen haben (Williams 2004). Fredriksen-Goldsen und Scharlach (2001) stellen bezogen auf die USA eine mehrdimensionale Pflegeverantwortung beispielsweise häufiger bei asiatisch- oder afrikanisch-stämmigen US-Amerikanern fest. Laut Bernard und Phillips (2007) pflegt etwa jede/r Fünfte eine ältere Person sogar länger als 10 Jahre. Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass eine Reihe der pflegeleistenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer regelmäßig nicht nur eine, sondern gar zwei bzw. drei und mehr ältere Personen betreuen. Bernard und Phillips (2007) kommen in Bezug auf diesen Aspekt zu folgenden Ergebnissen: ca. 57% der Betroffenen helfen mindestens einer älteren Person, etwa jede/r Dritte unterstützt mehr als eine Person und 14% sogar mehr als drei ältere Menschen. Weitergehende wissenschaftliche Untersuchungen über Art, Umfang und Involviertheit dieser, von der Pflege mehrfach betroffenen Menschen, fehlen jedoch bislang.

Übergreifend zeigt die gesichtete Literatur, dass Pflege nicht immer innerhalb des gleichen Haushaltes geleistet wird: Nur weniger als ein Viertel der erwerbstätigen Pflegenden teilt sich die Wohnung mit der pflegebedürftigen Person (Atienza & Stephens 2000; MetLife 2003;

Scharlach, Gustavson und Dal Santo 2007; Trukeschitz et al. 2009). Laut einer Studie von Bernard und Phillips (2007) leben sogar nur etwa 8% der erwerbstätigen Pflegenden mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt. Dabei zeigen sich auch Unterschiede im Stadt-Land Kontinuum: So lässt sich auf Basis der gesichteten Literatur schließen, dass ein gemeinsamer Haushalt in ländlichen Regionen wahrscheinlicher ist (Kotowska et a. 2008). Vergleicht man die Wohnsituation von erwerbstätigen mit nicht-erwerbstätigen Pflegepersonen, so zeigt sich, dass nicht-erwerbstätige Pflegeleistende in etwa vier von zehn Fällen mit der pflegebedürftigen Person im gleichen Haushalt leben und damit weitaus häufiger als erwerbstätige Pflegenden (Atienza & Stephens 2000; MetLife 2003; Trukeschitz et al. 2009; Scharlach, Gustavson und Dal Santo 2007). Überraschend dagegen ist der Befund der qualitativen Analyse von Keck und Saraceno (2009): In ihrer Studie lebt knapp die Hälfte der befragten erwerbstätigen Pflegenden (N=26) mit der pflegebedürftigen Person zusammen. Dieser Sachverhalt ist insofern wichtig, als dass die Distanz zwischen den Haushalten und dem Arbeitsplatz das Pflegeverhältnis stark sowohl positiv als auch negativ beeinflussen können (vgl. Abschnitt 4.2).

### **2.3.2 Art der geleisteten Unterstützung**

Watson und Mears (1999) unterscheiden unterschiedliche Pflgetypen: 1) "major carers", die besonders bei ADL-Tätigkeiten Unterstützung leisten, 2) "semi-carers", die vor allem bei IADL-Tätigkeiten behilflich sind, 3) "monitoring carers", die vor allem durch Besuche und/oder Telefonanrufe dem Pflegebedürftigen beiseite stehen und 4) "short-term crisis carers", die vor allem in akuten Bedarfssituationen unterstützen. Diese Typologie zeigt deutlich, wie unterschiedlich Pflegeaufgaben verteilt sein können. Es existieren insgesamt nur wenige aktuelle Studien darüber, ob und inwiefern erwerbstätige dieselbe Art von Unterstützung leisten wie nicht-erwerbstätige Pflegepersonen. Eine Betrachtung der aktuellen Forschungsliteratur zeigt, dass erwerbstätige Pflegenden ein umfassendes Spektrum an Unterstützung erbringen, das von finanzieller und emotionaler Unterstützung über gelegentliche Einkäufe bis hin zu "hands-on personal care", d.h. bis hin zur Hilfe bei der Verrichtung von Grund- und Körperpflege reicht. So zeigen Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007), dass mehr als 80% alten Menschen beim Einkaufen und beim Transport helfen, 70% unterstützen sie bei der Haushaltsführung und bereiten Mahlzeiten zu, 72% regeln finanzielle Angelegenheiten, 80% kümmern sich um die Organisation der Pflege und 69% helfen im Umgang mit Medikamenten und Hilfsmitteln. Damit stehen bei erwerbstätigen Pflegenden insgesamt instrumentelle Hilfen im Vordergrund, aber ein nicht unerheblicher Teil der Betroffenen unterstützt ältere Menschen auch bei der Ausführung von ADL-Aktivitäten: 64% helfen ihren Angehörigen bei "personal care" (ebd.). Auch die Studie von Stephens et al. (2001) belegt die Vielfalt der Unterstützung und zeigt, dass pflegende Erwerbstätige im Durchschnitt bei 6,1 von insge-



samt 8 Aktivitäten laut IADL-Skala und immerhin bei durchschnittlich 1,9 von 7 Aktivitäten der ADL-Skala behilflich sind.

Neben den personellen, emotionalen und instrumentellen Hilfen spielen auch finanzielle Unterstützungsmaßnahmen eine wichtige Rolle. Die MetLife Studie "Sons at Work" (MetLife et al. 2003) stellt z.B. fest, dass 48% der weiblichen und 42% der männlichen untersuchten pflegeleistenden Erwerbstätigen ihre Angehörigen auch finanziell unterstützen (z.B. durch Begleichung der Rechnungen), wobei sich der aufzuwendende Betrag den Berechnungen zufolge auf durchschnittlich \$ 273 im Monat bzw. \$ 3.300 im Jahr beläuft.

Auch wenn Erwerbstätige im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Pflegenden nicht im gleichen Maße personenbezogene Pflege leisten, so zeigt sich dennoch ein interessanter Aspekt: Im Falle eines Pflegeeintritts sehen sich auch erwerbstätige Angehörige zunächst einmal selbst in der Verantwortung, die Pflege zu übernehmen. Erst wenn dieses Arrangement nicht möglich ist, werden z.B. professionelle Dienste abgerufen. Freunde oder Nachbarn spielen in der persönlichen Pflege nur eine geringe Rolle: Ihre Unterstützung begrenzt sich auf vereinzelte instrumentelle Hilfen (Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). Betrachtet man die Arten von pflegerischer Tätigkeit genauer, lassen sich geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen: So leisten Frauen nicht nur, wie oben bereits erwähnt, kollektiv ein Mehr an Pflege, sondern sie sind zugleich in den meisten Fällen die Hauptverantwortlichen, wenn es um die Unterstützung bei ADL-Hilfen geht. Laut einer australischen Untersuchung leisten Frauen doppelt so häufig "intensive care" wie Männer (Bittmann, Hill & Thomson 2007). Während Frauen ergo mehr an der persönlichen Pflege ("personal eldercare") beteiligt sind, übernehmen Männer in der Regel eher Aufgaben, die als "general eldercare" oder "management care" bezeichnet werden können, z.B. Unterstützung von Angehörigen bei Transportproblemen, bei Finanzen und/oder bei der Organisation von Dienstleistungen (Czekanowski & Bien 2006; Jenson & Jacobzone 2000; Keck & Saraceno 2009; MetLife et al. 2003; Schneekloth 2006; Schneider et al. 2006). Auch die britische Untersuchung von Mooney & Statham (2002) zeigt, dass die in die Untersuchung einbezogenen Männer zu 13% "personal eldercare" leisten (Frauen zu 20%), aber zu 60% bei Transporthilfen (Frauen zu 58%) und zu 49% bei "Helping to manage finances" (Frauen zu 35%) involviert sind.

Die Pflege aus der Distanz umfasst ebenfalls nicht nur instrumentelle Hilfen. Die Studie zu "long-distance-caregiving" des MetLife-Instituts (MetLife & NAC. 2004) zeigt, im Übrigen bei einer Erwerbstätigenquote von 80% unter den Pflegenden, dass 72% der long-distance-carers die pflegebedürftige Person bei IADL-Hilfen unterstützen und sogar 40% auch personenbezogene Hilfen (ADL) leisten.

Chesley und Poppie (2009) untersuchten in ihrer Analyse bezogen auf die USA auch den Aspekt der emotionalen Unterstützung, ein Bereich der Pflege, der bislang in der Diskussion nur wenig Beachtung findet (Heinemann-Knoch, Knoch & Korte 2006). Die beiden Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es auch hier häufiger Frauen sind, die den Angehörigen z.B. durch Zuhören, Ratschläge und Rückhalt beistehen (vgl. auch Matthews 2002). Beide Autoren stellen zudem fest, dass sich Unterstützungsleistungen für Eltern und Schwiegereltern unterscheiden. So werden Schwiegereltern gemeinhin weniger unterstützt als die eigenen Eltern, was auch bedeutet, dass verwandtschaftliche Beziehungsmuster und Verpflichtungen unter allen Familienmitgliedern nicht beliebig austauschbar zu sein scheinen. Was die emotionale Unterstützung betrifft, so wird diese häufiger von den Schwiegertöchtern als von den Schwiegersöhnen erbracht, allerdings sind die Unterschiede zwischen elterlicher und schwieger-elterlicher Versorgung bei den instrumentellen Hilfen weitaus weniger ausgeprägt. Daraus schließen Chesley und Poppie (2009), dass die Hilfeleistungen für Schwiegereltern weitaus fragiler sind als für die leiblichen Eltern. Dieser Meinung können sich Sarkisian und Gerstel (2004) in ihrer ebenfalls US-amerikanischen Untersuchung nicht ohne Weiteres anschließen. Sie stellen den Faktor Erwerbstätigkeit in den Vordergrund und kommen zu dem Schluss, dass bei exakt gleichen Bedingungen in der Erwerbstätigkeit beider Partner, es keine Unterschiede in der Unterstützung sowohl für die eigenen Eltern als auch die Schwiegereltern gibt. Die Autoren verweisen allerdings auf unterschiedliche Unterstützungsleistungen in Abhängigkeit von der Einkommensstruktur des Haushaltes (die Höhe des Einkommens wurde nicht berücksichtigt, vgl. Abschnitt 4.5). So leisten laut Sarkisian und Gerstel Angehörige aus Ein-Verdiener-Haushalten im Vergleich zu jenen aus Doppelverdiener-Haushalten eher unbezahlte Unterstützung an die Schwiegereltern und im Gegenzug finanzielle Unterstützung an die eigenen Eltern. Interessanterweise fließt aus Ein-Verdiener-Haushalten mehr Geld an die eigenen Eltern als aus Doppelverdiener-Haushalten. Dieser Umstand lässt sich möglicherweise dadurch begründen, dass bei Ein-Verdiener-Haushalten ein Partner die (unbezahlte) Pflege leistet, während Doppelverdiener-Haushalte über die ökonomischen Ressourcen verfügen, professionelle Hilfe einzukaufen, so dass direkte finanzielle Hilfen weniger notwendig sind (vgl. auch Reißmann 2005). Dies weist darauf hin, dass erwerbstätige Pflegende – sofern dies möglich ist – einen Pflege-Mix favorisieren, der sich aus eigenen, innerfamiliaren und professionellen Leistungserbringern zusammensetzt (Daatland & Löwenstein 2005; Schneider et al. 2006). Mit Hilfe der kanadischen Daten in Tabelle 7 können nicht nur die verschiedenen Arten von Pflege, sondern zugleich der zeitliche Umfang der einzelnen Tätigkeiten verdeutlicht werden:

Tab. 7: Pflegeart und -umfang von pflegenden Berufstätigen

|   | Berufstätig             |          |        |         |                         |        |        |
|---|-------------------------|----------|--------|---------|-------------------------|--------|--------|
|   | Beide Ge-<br>schlechter | Sandwich |        |         | Nur Altenpflege         |        |        |
|   |                         | Männer   | Frauen |         | Beide Ge-<br>schlechter | Männer | Frauen |
|   |                         |          |        | %       |                         |        |        |
| Häusliche Pflege                            | 36,2                    | 35,4     | 64,6   |         | 39,4                    | 34,2   | 65,8   |
| Haushalt                                    | 43,6                    | 69,0     | 31,0   |         | 34,7                    | 67,5   | 32,5   |
| Fahrdienste                                 | 33,3                    | 64,6     | 35,4   |         | 31,1                    | 53,9   | 46,1   |
| Körperpflege                                | 15,5                    | 21,5     | 78,5   |         | 15,6                    | 29,8   | 70,2   |
|   |                         |          |        | Stunden |                         |        |        |
| <b>durchschnittliche<br/>Zeit pro Monat</b> | 19,6                    | 12,5     | 29,0   |         | 26,4                    | 19,7   | 33,1   |
| Häusliche Pflege                            | 25,1                    | 15,1     | 30,6   |         | 31,6                    | 21,9   | 36,6   |
| Haushalt                                    | 6,5                     | 6,9      | 5,7    |         | 11,7                    | 12,3   | 10,4   |
| Fahrdienste                                 | 8,0                     | 7,8      | 8,3    |         | 7,1                     | 7,5    | 6,6    |
| Körperpflege                                | 13,0                    | 12,6     | 13,1   |         | 17,5                    | 17,9   | 17,4   |

Quelle: Williams 2004: 8, eigene Darstellung

Interessanterweise beleuchten die Zahlen nicht nur die Pflegeverantwortung von Erwerbstätigen für einen älteren Menschen, sondern darüber hinaus wird die gleichzeitige Versorgung von Kindern berücksichtigt. Betrachtet man nur die verschiedenen Arten von Pflege, so wird auch hier die bereits oben genannte Tendenz bestätigt, dass bei der Pflege älterer Menschen eine geschlechtsspezifische Arbeitsteilung besteht. So leisten männliche Pflegenden vor allem außerhäusliche instrumentelle Unterstützung (z.B. Besorgungen, Einkaufen, Behördengänge) und Transport, während die weiblichen Pflegenden vor allem bei innerhäuslichen Tätigkeiten (z.B. Kochen, Putzen) und "personal care" übernehmen. Betrachtet man allein die prozentualen Angaben, so sind die männlichen Pflegenden zu etwa 67% bei den außerhäuslichen Hilfen vertreten und damit in einem deutlich höheren Ausmaß als weibliche Pflegepersonen. Vergleicht man diese prozentualen Angaben mit dem tatsächlichen Stundenumfang relativiert sich diese Aussage jedoch. Mit einem zeitlichen Volumen von 36,6 Stunden pro Monat im Vergleich zu 21,9 Stunden pro Monat investieren weibliche Arbeitnehmerinnen mit Pflegeverantwortung letztlich nämlich dennoch deutlich mehr Zeit in "outside chores". Dies gilt auch für den gesamten pflegerischen Zeitaufwand: Männer sind 19,7 Stunden pro Monat mit der Pflege befasst, Frauen hingegen 33,1 Stunden. Es wird deutlich, dass Personen, die im Rahmen von "personal eldercare" helfen, oft auch gleichzeitig "general eldercare"-Aufgaben übernehmen (müssen). Um die Pflege Tätigkeit einer Person fassen zu können, sind darum nicht nur Art der Pflege bzw. Anteile am Pflegeprozess, sondern auch die tatsächlich geleisteten Stunden relevant. Dieser Aspekt wird im folgenden Abschnitt weiter vertieft.

### 2.3.3 Zeitlicher Umfang und Dauer der Pflegeleistungen

Von großem Interesse ist an dieser Stelle auch die Frage, ob Erwerbstätige, die ältere Menschen unterstützen, mehr oder weniger Hilfe geben als jene, die nicht im Erwerbsleben stehen. Eine Anzahl von Studien untersuchte daher diese Themenstellung, wobei einerseits belegt werden konnte, dass erwerbstätige Pflegeleistende im gleichen zeitlichen Umfang Unterstützung leisten wie Pflegenden, die nicht erwerbstätig sind, andere Studien allerdings zu genau den gegenteiligen Ergebnissen kommen (s.u.). Auch hier spielen die Definitionen von Pflege bzw. Pflegenden eine gewichtige Rolle. Je breiter die Definitionen umso mehr dürften erwerbstätige und nicht-erwerbstätige Pflegenden sich in Bezug auf den zeitlichen Umfang angleichen (vgl. Abschnitt 2.1). Diesbezüglich ist auch zu beachten, dass erwerbstätige Pflegenden häufig auch die Personen sind, die hauptsächlich für die pflegerische Versorgung verantwortlich sind. In einer Untersuchung am Forschungsinstitut Altersökonomie in Wien ist etwa ein Viertel der befragten erwerbstätigen Pflegenden gleichzeitig die Hauptpflegeperson (Trukeschitz et al. 2009). Bernard und Phillips (2007) sowie Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) berichten, dass sich in ihren Untersuchungen 44% bzw. 50% der Befragten – die überwiegende Zahl davon Frauen – als "primary carer" bezeichnen. Die Daten des Alterssurvey bestätigen diese Prozentsätze<sup>12</sup> ebenfalls, denn danach sind 49% der unterstützungsleistenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer als Hauptpflegeperson zu charakterisieren, wobei davon wiederum 60% Frauen sind (Keck & Saraceno 2009). Dass die pflegebezogenen Aufgaben mit Personen gleichmäßig geteilt werden, trifft nach Bernhard und Phillips nur auf 25% der untersuchten Frauen zu. Eine differenziertere Analyse zum Zusammenhang zwischen Art der geleisteten Unterstützung und zeitlichem Aufwand lässt sich in der neueren Forschungsliteratur jedoch nicht finden. Quantitative Unterschiede zwischen erwerbstätigen und nicht erwerbstätigen Pflegenden sind möglicherweise in Bezug auf "personal care" zu vermuten, wobei Johnson und Lo Sasso (2000) in ihrer Untersuchung<sup>13</sup> belegen, dass sich der prozentuale Umfang an personenbezogenen Hilfen bei den erwerbstätigen Frauen nicht wesentlich von dem Ausmaß der nicht-erwerbstätigen Frauen unterscheidet (26% zu 27%). Gerstel und Gallagher (2001) schließen aus ihren Ergebnissen, dass sich bei männlichen Arbeitnehmern das Arbeitsvolumen als nicht signifikant zum zeitlichen Umfang der Pflege verhält und negieren damit einen reduzierten Umfang an Pflegeleistungen bei Erwerbstätigen per se.

Andere Untersuchungen kommen allerdings zu dem Schluss, dass erwerbstätige Pflegeleistende durchaus in einem geringeren zeitlichen Ausmaß an der Pflege ihrer Angehörigen be-

---

<sup>12</sup>Dabei ist allerdings zu beachten, dass der Alterssurvey auf der Zuordnung zu einer der drei Pflegestufen basiert.

<sup>13</sup> Gemessen wurde die Unterstützung von Frauen zwischen dem 53. und 63. Lebensjahr für die Eltern im Kontext der eigenen Erwerbstätigkeit.

teiligt sind und insbesondere bei Tätigkeiten im Spektrum der ADL-Skala häufiger auf professionelle Dienste zurückgreifen (Kotowska et al. 2006; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). So wenden die meisten nicht-erwerbstätigen Pflegenden ca. 40 Stunden und mehr pro Woche für die Pflege auf, während erwerbstätige Pflegenden am häufigsten zwischen vier und 13 Stunden pro Woche für die Pflege veranschlagen (Romoren 2003; Schneider et al. 2005; Trukeschitz et al. 2009; Williams 2004). Eine genauere Betrachtung lässt erkennen, dass bei den Pflegearrangements von nicht-erwerbstätigen Pflegenden zumeist der Bedarf der pflegebedürftigen Person höher ist, so dass die Unterschiede relativiert werden müssen (ebd.). Dennoch können auch Chesley und Poppie (2009) anhand ihrer Analyse belegen, dass Erwerbstätigkeit sich generell auf den zeitlichen Umfang von Pflege auswirkt. Sie zeigen z.B., dass Personen aus Ein-Verdiener-Haushalten 38% mehr Zeit für "unpaid assistance" an die Schwiegereltern aufwenden als Personen aus Doppelverdiener-Haushalten. Diese zeitlichen Differenzen wirken sich jedoch nur auf die Schwiegereltern aus, jedoch nicht auf die eigenen Eltern und beziehen sich auch nur auf einen bestimmten Ausschnitt pflegerischer Unterstützung. So wird bspw. durch erwerbstätige Pflegenden weniger "personal care" geleistet, doch nach wie vor werden finanzielle Hilfen und emotionaler Rückhalt gegeben. Diese Untersuchung hat somit als wesentliches Ergebnis, dass je höher die Anzahl an geleisteten Erwerbsarbeitsstunden ist, desto weniger Zeit wird für die personenbezogene Pflege der älteren Angehörigen aufgewendet. In der bereits oben zitierten Studie von Sarkisian und Gerstel (2004) lassen sich keine Unterschiede im zeitlichen Umfang von Pflege bei Eltern und Schwiegereltern finden, wenn die Determinanten der Erwerbstätigkeit im Doppelverdienerhaushalt identisch sind. Dagegen zeigt ihre Analyse, dass der Familienstand "verheiratet" den zeitlichen Umfang der Pflege zu reduzieren scheint. So unterstützen Frauen in einer Partnerschaft 1 Stunde und 26 Minuten weniger als Frauen ohne Partner. Für Männer ergibt sich ein ähnlicher, wenngleich nicht signifikanter Unterschied. Bei Männern ist es eher das Vorhandensein eigener Kinder, die den Umfang der Pflege reduzieren. Sarkisian und Gerstel (2004) begründen diese Ergebnisse mit einem Null-Summen-Spiel für Männer, die sich entweder der Kinderbetreuung oder der Elternpflege widmen, während Frauen den Spagat wagen müssen (ebd.: 447). Wie bereits erwähnt, sind Art der pflegerischen Tätigkeit und zeitlicher Umfang nicht logisch kongruent. So sind Männer beispielsweise weitaus häufiger als Frauen bei außerhäuslichen instrumentellen Hilfen für ältere Menschen vertreten, allerdings keineswegs auch in einem entsprechend größerem zeitlichen Umfang. Frauen leisten dagegen nicht nur in einem größeren Ausmaß personelle Pflege – und damit die besonders belastende Form der pflegerischen Unterstützung – , sondern auch insgesamt mit einer höheren Stundenzahl. Zusammengerechnet wenden laut Williams' Untersuchung in Kanada die dortigen Arbeitnehmerinnen 104,1 Stunden/Monat für Pflege auf, was etwa 3,47 Stunden am Tag entspricht. Die Unterstützungsleistungen männlicher Erwerbstätiger beläuft

sich dagegen auf 79,3 Stunden im Monat, d.h. 2,64 Stunden am Tag (Williams 2004). Romoren (2003) kann auf der Basis der eigenen Daten keine geschlechtsspezifischen Signifikanzen zu Beginn einer Pflegesituation feststellen (N=434):

*“The sequences and content of the care-giving activities differed little for son or daughter care-givers, except during a short escalation phase. The average duration of informal home care was shorter for sons than for daughters, primarily because a minority of the daughters had very long care-giving careers. The duration of the care recipients' stays in acute or long-term care institutions before death did not differ by the gender of the carer.”(Romoren 2003: 471)*

Der zeitliche Umfang, der für die Pflege von Angehörigen aufgewandt wird, variiert beträchtlich und ist zudem abhängig davon, welche Arten von Unterstützung erbracht werden (vgl. Abschnitt 2.3.2). So wirken sich z.B. demenzielle Erkrankungen, die in der Regel einen hohen Pflegeaufwand erfordern, auf das Zeitbudget aus (Heinemann-Knoch, Knoch & Korte 2006). Nach der Untersuchung von Bernard und Phillips (2007) pflegen die meisten Erwerbstätigen zwischen vier bis neun Stunden pro Woche. Diese Durchschnittswerte verdecken allerdings, dass mit 13% ein nicht unbeträchtlicher Teil der befragten Frauen mehr Stunden pro Woche in die Pflege involviert waren (vgl. auch Jung, Trukeschitz & Schneider 2007). Zu einem höheren Stundenumfang pro Woche kommen auch Schneider et al. (2006), denn gemäß ihrer Daten versorgen Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung ihre Angehörigen drei bis vier Stunden pro Tag. Auch Stephens et al. (2001) stellten fest, dass erwerbstätige Pflegenden wochentags durchschnittlich 2,8 Stunden und an Wochenenden 3,4 Stunden pro Tag in die Pflege ihres älteren Angehörigen investieren. Es überrascht nicht, dass Frauen mehr Zeit für die Unterstützung ihrer Angehörigen aufwenden als Männer. Nach Sarkisian und Gerstel (2004) sind Frauen damit im Schnitt 3,8 Stunden und Männer drei Stunden pro Woche befasst (vgl. auch Bernard & Phillips 2007, Schneider et al., 2006).

Die qualitative Untersuchung von Keck und Saraceno (2009) macht deutlich, dass die Wohnsituation den zeitlichen Umfang der Pflege wesentlich mit beeinflusst. Sie kommen zu dem Schluss, dass erwerbstätige Pflegenden, die gemeinsam mit dem Pflegebedürftigen in einem Haushalt wohnen, durchschnittlich fünf Stunden täglich Unterstützungsleistungen erbringen, während sich die Stundenzahl bei getrennten Haushalten auf drei Stunden am Tag reduziert. Dieses Ergebnis legt einen Zusammenhang zwischen Pflegebedarf des älteren Menschen und Wohnsituation nahe: Je größer der Bedarf des Pflegebedürftigen, je größer die Wahrscheinlichkeit, mit dem Pflegenden in einem Haushalt zu leben (ebd.; vgl. Abschnitt 4.1).

Betrachtet man nun wieder die Gruppe der "long-distance-caregiver", so verwenden diese durchschnittlich 3,4 Stunden für das "Pflegemanagement" und weitere vier Stunden pro Wo-

che für Hilfeleistungen vor Ort. Damit ist auch ein Teil weiter entfernt wohnender Erwerbstätiger in die personenbezogene Pflege engagiert. So summieren sich IADL-Hilfen auf etwa 22 Stunden, ADL-Hilfen auf 12 Stunden im Monat, wobei erneut die bereits berichteten Unterschiede zwischen Männern und Frauen deutlich werden: Frauen unterstützen Angehörige bei ADL-Tätigkeiten 14,5 Stunden monatlich, Männer 11 Stunden (MetLife & NAC 2004). Heinemann-Knoch, Knoch und Korte (2006) geben in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass viele pflegerische Tätigkeiten von weiblichen Pflegenden bei Befragungen gar nicht als solche angegeben werden, da Frauen sie häufig als "natürlichen" Bestandteil, z.B. der partnerschaftlichen oder eben familialen Zuwendung begreifen. Mit anderen Worten: Der geschlechtsspezifische Unterschied in Bezug auf den zeitlichen Pflegeumfang dürfte noch größer sein. Es zeigt sich also, dass Frauen nicht nur – wie bereits erwähnt – in einem höheren Maße die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege bewältigen (müssen), sondern auch wesentlich mehr Zeit dafür verwenden (vgl. Kapitel 6).

In Anbetracht eines fragilen Gesundheitszustandes des Pflegebedürftigen, lässt sich schwer voraussagen, wie lang eine Pflegesituation andauern kann. Dennoch können Durchschnittswerte eine gewisse Auskunft über die Dauer der Pflege geben. So ermittelten Atienza und Stephens (2000) aus den USA einen Durchschnitt von 5,6 Jahren, während die Studie "Caregiving in the U.S." auf 3,7 Jahre kommt (MetLife 2006).

Die in dem Abschnitt 2.3 dargelegten Informationen zu den wesentlichen Charakteristika erwerbstätiger Pflegenden und zur Pflegesituation zusammenfassend, lässt sich zunächst festhalten, dass sich Personen, die sowohl einer Erwerbstätigkeit nachgehen als auch ihre Angehörigen unterstützen, wie folgt charakterisieren lassen: Bei dieser besonderen Gruppe von Arbeitnehmer/innen handelt es sich vorwiegend um verheiratete Frauen im Alter von 40 bis 50 Jahren. Sie sind zumeist beruflich höher qualifiziert und Vollzeit erwerbstätig. Über einen Zeitraum von durchschnittlich 5,6 Jahren werden überwiegend Eltern oder Schwiegereltern betreut, die primär bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützt werden. Hierfür werden durchschnittlich sechs Wochenstunden aufgewandt. Bei dieser Beschreibung typischer Betroffener, darf allerdings nicht übersehen werden, dass sich hinter diesen Durchschnittsangaben eine große Variation im Hinblick auf Personenmerkmale und Pflegesituationen verbirgt, die sich – wie in den folgenden Abschnitten auszuführen sein wird – unterschiedlich auf eine Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege bzw. auf das Privatleben des Pflegeleistenden und ihre berufliche Tätigkeit auswirken können.

### **3. Auswirkungen der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auf das Privatleben und den Arbeitsplatz der betroffenen Personen**

Wie auch aus der Literatur zu pflegenden Angehörigen bekannt ist, kann die Unterstützung und Hilfe für ältere Menschen alle Lebensbereiche des Pflegenden berühren, so dass u.U. ein hohes Maß an Belastungen erlebt wird (z.B. im Hinblick auf den Gesundheitszustand, auf das soziale Umfeld; vgl. Barkholdt 2005; Gröning 2002; Keck & Saraceno 2009; Koppelin 2008; Theobald 2006). Ursache und Wirkung dieser Belastungen sind dabei nicht isoliert zu verstehen, sondern bedingen und beeinflussen sich gegenseitig. In Bezug auf erwerbstätige Pflegeleistende, die beruflichen, familiären und pflegerischen Anforderungen begegnen müssen – die also vielfach einer Dreifachbelastung ausgesetzt sind –, könnte dies in besonderem Maße gelten.

*"...our findings suggest that the point in the life course at which a woman provides care to an impaired parent may help to determine the configuration of conflict she experiences between her parent care role, and her mother, wife, or employee roles." (Stephens et al. 2001: 33)*

Die vorliegenden Forschungsergebnisse werden daher in der weiteren Darstellung in Bezug auf die Frage analysiert, ob und welche Auswirkungen die Verknüpfung von Erwerbstätigkeit und Pflege für Angehörige a) auf das Privatleben der Betroffenen und b) auf ihren Arbeitsplatz hat bzw. welche typischen Stress- und Konfliktsituationen auftreten.

#### **3.1 Auswirkungen der Vereinbarkeit auf das Privatleben**

Da die meisten Untersuchungen die Auswirkungen der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auf den Arbeitsplatz in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen gestellt haben (vgl. Abschnitt 3.2), ist noch relativ wenig darüber bekannt, wie sich die Vereinbarkeitsproblematik auf das Privat- bzw. Familienleben von Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen auswirkt. So gibt es z.B. wenige Studien darüber, wie sich die Pflegesituation über den Zeitverlauf verändert bzw. welche Phasen durchlaufen werden oder wie sich plötzliche pflegebedingte Krisensituationen auswirken (vgl. Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008) und welche Rollenkonflikte innerhalb des Pflegearrangements sichtbar werden (vgl. Flieder 2008, Stephens et al. 2001; Norton et. al 2002). Letztlich stellt sich zudem die Frage, ob Pflege ausschließlich im Belastungsdiskurs behandelt werden sollte:



*"This existing research on later life caregiving has been based on the assumption that a woman's role as caregiver will necessarily conflict with her other roles, but this assumption has received little empirical attention." (Stephens et al. 2001: 25)*

Tatsächlich stellen Mooney et al. (2002) in ihrer Untersuchung fest, dass viele Pflegende auch positive Aspekte der Pflege erwähnen, wie bspw. eine gute Beziehung zur pflegebedürftigen Person oder eine persönliche Befriedigung durch die Pflegearbeit. Hinzu kommt, dass die vorhandenen Ergebnisse über den Zusammenhang von Erwerbstätigkeit und erlebten Belastungen nicht eindeutig sind. In der Mehrzahl der Studien wird zwar nachgewiesen, dass Erwerbstätige mit entsprechenden Verpflichtungen stärker belastet sind als diejenigen, die keiner Erwerbstätigkeit nachgehen. Andererseits liegen aber auch Untersuchungsergebnisse vor, die Belege für eine gegenteilige Behauptung gefunden haben, z.B. indem auf die entlastende Funktion der Erwerbstätigkeit hingewiesen wird (vgl. Kapitel 3.1.3). Dennoch stellt die Mehrzahl der gesichteten Studien fest, dass die Pflegeübernahme an sich mit unterschiedlichen Belastungen verbunden ist und Hauptverantwortlichen in der Regel stärker betroffen sind als Personen, die "nur" sekundär zum Kreis der Pflegenden gehören (vgl. Barkholdt & Lasch 2006; Grammer 2008; Minghong et al. 2007; MetLife & NAC 2004; Schneekloth & Wahl 2005). Wie stark sich erwerbstätige Pflegende belastet fühlen, hängt auch von den jeweiligen unterstützenden Ressourcen ab:

*"Factors affecting role strain vary, and much depends on what resources people have available to counteract the demands made upon them" (Phillips & Bernard 1995: 12).*

Häufig sind zudem die Auswirkungen einer Pfl egetätigkeit im privaten Umfeld stärker zu spüren als am Arbeitsplatz (Barkholdt & Lasch 2006; Mooney et al. 2002). Laut Buckner und Yeandle (2006) bspw. sind erwerbstätige Pflegende mit drei Mal so hoher Wahrscheinlichkeit gesundheitlich beeinträchtigt wie Erwerbstätige ohne Pflegeverantwortung. Die Belastungen sind dabei sowohl emotionaler wie physischer Art, häufig wird bspw. zu wenig Zeit für sich selbst und soziale Kontakte sowie Übermüdung, Ungeduld und Schuldgefühle beklagt (Mooney et al. 2002:17). In der Studie von Phillips et al. (2002), die auf einem Survey von 2.432 erwerbstätigen Pflegenden basiert, stimmen drei Viertel den folgenden Aussagen zu:

- a. *"I am too tired because of work to do family things and feel that the family is missing out on my input.*
- b. *My job prevents me from spending as much time as I would like with my family.*
- c. *I don't have much time to socialise with my partner or family in the week.*
- d. *Relaxing and forgetting about work issues is hard to do" (Phillips et al., 2002: 8).*

In der italienischen Untersuchung von Tué (2001) empfindet etwa ein Drittel der Befragten<sup>14</sup> eine konstante Stressbelastung aufgrund der Vereinbarkeitsproblematik, während etwa 58% die Situation als gelegentlich anstrengend bezeichnen. Haller et al. (2004) unterscheiden in diesem Zusammenhang vier Typen von erwerbstätigen Pflegenden (vgl. auch Lehner et al. 2004):

- die Mehrfachbelasteten, die insgesamt eine starke/sehr starke Beeinträchtigung verspüren;
- die dominant Pflegebelasteten, die sich vor allem durch die Pflege beeinträchtigt fühlen;
- die dominant Berufsbelasteten, die vor allem durch die Erwerbstätigkeit Konflikte wahrnehmen;
- Survivors, die insgesamt recht gut mit der Situation zurechtkommen.

Mit dieser Typologie drücken die Autoren aus, dass Belastungen von erwerbstätigen Pflegenden unterschiedlich wahrgenommen und verarbeitet werden: Lehner et al. (2004) haben eine Quantifizierung dieser Gruppen vorgenommen und kommen zu folgendem Ergebnis: Die "Mehrfachbelasteten" sind mit 44% am häufigsten vertreten, danach folgen mit 35% die "dominant Pflegebelasteten" und mit 15% die "Survivors". Überraschenderweise fühlen sich nur 6% der Gruppe zugehörig, die vor allem Probleme am Arbeitsplatz erleben und die als "dominant Berufsbelastete" bezeichnet werden. Kuhnert (2005) vermutet auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede. Laut ihren Ergebnissen weisen Männer in einem geringeren Maße Belastungserscheinungen auf. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass sie häufiger auf externe Unterstützung bei der Pflege zurückgreifen und Phasen zur Regeneration nutzen. Da Männer vorwiegend "management-care" leisten, sind sie zudem weniger mit der u.U. aufreibenden persönlichen Pflege konfrontiert (Thompson 2002). Bei Kotowska et al. (2008) empfinden 8% der Frauen und 4% der Männer die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege als problematisch. Für relativ schwierig halten sie 29% der Frauen und 19% der Männer, für leicht oder sehr leicht sogar 30% der Frauen und 38% der Männer. Auch fühlen insbesondere Frauen sich häufiger emotional unter Druck gesetzt und leiden unter Schuldgefühlen, wenn ihnen die Vereinbarkeit nicht gelingt (Tesauro 2008). Besonders belastet können sich sogar Mehrgenerationenhaushalte erweisen, in denen nicht nur die älteren Angehörigen, sondern darüber hinaus auch Kinder oder Enkelkinder zu versorgen sind (Del Boca 2007).

Williams (2004) wiederum demonstriert, dass die Auswirkungen der Pflege auf den eigenen Gesundheitszustand und auf das Wohlbefinden bei nicht-pflegenden Erwerbstätigen und

---

<sup>14</sup> N= 113 erwerbstätige Frauen mit Pflegeverantwortung

Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung nur in einem relativ geringen Ausmaß variieren (siehe Tab.8):

Tab. 8: Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden des Pflegenden

|  | <b>Berufstätig</b>  |                          |                   |
|--|---------------------|--------------------------|-------------------|
|  | <b>"sandwiched"</b> | <b>Altenpfle-<br/>ge</b> | <b>Weder noch</b> |
| <b>Gesundheit allgemein</b>              |                     | <b>%</b>                 |                   |
| Hervorragend/<br>Sehr gut                | 74,3                | 73,5                     | 73,4              |
| Gut                                      | 21,7                | 21,2                     | 20,9              |
| Ausreichend/<br>Schlecht                 | 4,0                 | 5,1                      | 5,0               |
| <b>Belastungslevel</b>                   |                     |                          |                   |
| Sehr/ etwas                              | 70,1                | 64,1                     | 61,0              |
| Nicht sehr                               | 21,3                | 25,4                     | 26,3              |
| Überhaupt nicht                          | 7,2                 | 9,9                      | 10,2              |
| Weiß nicht/keine Meinung                 | F                   | F                        | F                 |
| <b>Balance zwischen Pflege und Beruf</b> |                     |                          |                   |
| Sehr zufrieden                           | 21,0                | 28,1                     | 28,5              |
| Zufrieden                                | 60,8                | 56,9                     | 56,7              |
| Weder noch/ keine Meinung                | 4,8                 | 5,1                      | 4,4               |
| Unzufrieden                              | 10,7                | 7,8                      | 8,0               |
| Sehr unzufrieden                         | F                   | F                        | F                 |
| <b>Zufrieden mit dem Leben</b>           |                     |                          |                   |
| Sehr zufrieden                           | 34,4                | 32,2                     | 29,2              |
| Zufrieden                                | 60,5                | 62,4                     | 64,6              |
| Keine Meinung                            | F                   | F                        | F                 |
| Nicht sehr zufrieden                     | 3,4                 | 4,0                      | 2,9               |
| Überhaupt nicht zufrieden                | F                   | F                        | F                 |

Quelle: Williams 2004: 7

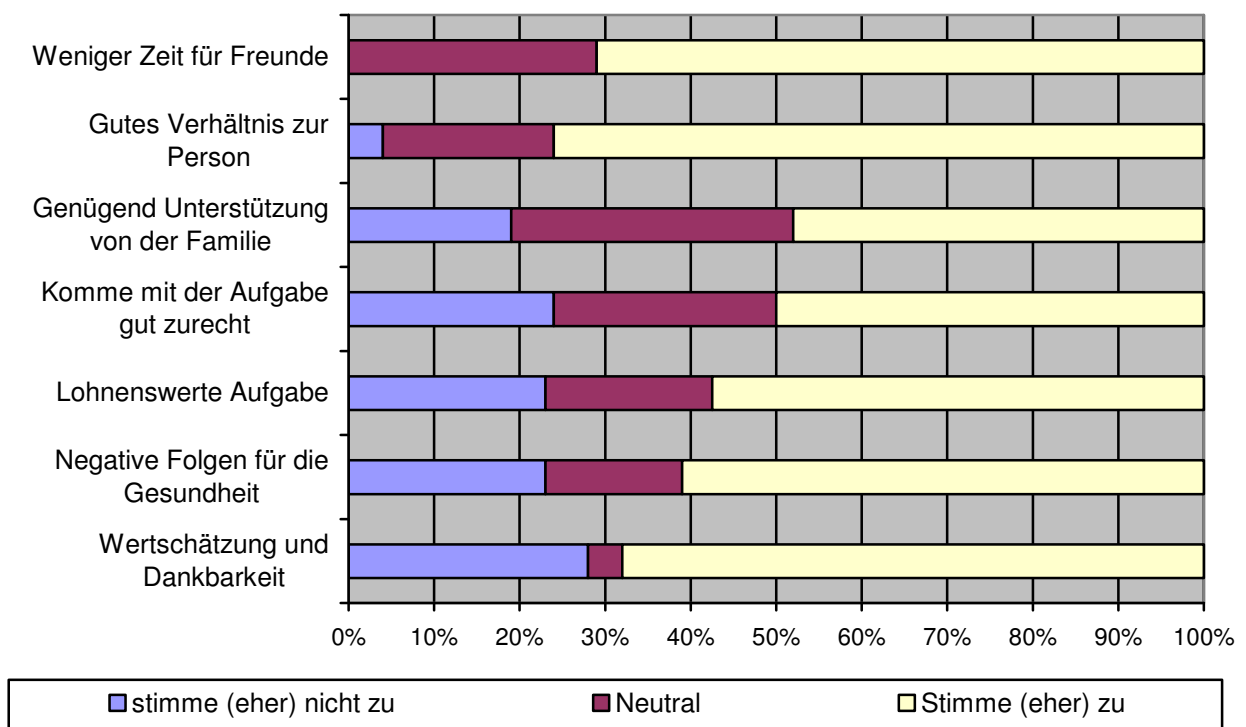
Die Daten zeigen, dass Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung (insbesondere jene in der "sandwich"-Position) sich mehrheitlich zwar gestresst fühlen, ihre Lebenszufriedenheit jedoch höher ist als bei Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die weder Kinder noch ältere Pflegebedürftige zu betreuen haben. Was die Zufriedenheit mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben betrifft, so geben die meisten Betroffenen zwar an zufrieden zu sein; gleichwohl gibt es in allen drei Gruppen ca. 8% bzw. 10% Unzufriedene. Buckner und Yeandle (2006) vertreten dagegen die Meinung, dass Pflegenden, die gleichzeitig einer Erwerbsarbeit nachgehen mit doppelter bis dreifacher Wahrscheinlichkeit eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in Kauf nehmen müssen als nicht-erwerbstätige Pflegenden.

Betrachtet man die unterschiedlichen Belastungen genauer, so lassen sich verschiedene Dimensionen ausmachen, die von innerfamiliären Konflikten bis hin zum Verlust sozialer Kontakte führen. Eine besondere Rolle spielt auch die Beziehung zwischen Pflegebedürfti-

gem und Pflegeperson (vgl. Reißmann 2005). In der neuen Konstellation kann es zu bislang unterdrückten Spannungen kommen, insbesondere wenn eine Anerkennung der pflegerischen Arbeit ausbleibt oder wenn die Akteure trotz einer neuen Situation an alten Rollenmustern verhaftet bleiben (Flieder 2008; Gröning 2007; Gröning & Kunstmann 2008; Pillemer & Müller-Johnson 2007).

Welche Auswirkungen die Pflege auf das Leben haben kann, wird auch aus Abbildung 7 deutlich. Auch wenn sich die Mehrheit der erwerbstätigen Pflegenden insgesamt gesehen relativ gut mit der Pflegesituation arrangiert, so zeigen die Daten deutlich, dass etwa jede/r dritte Pflegenden über eine mangelnde Wertschätzung, nicht ausreichende Unterstützung durch die Familie und negative Folgen für die eigene Gesundheit berichtet:

Abb. 7: Auswirkungen der Pflege auf das Privatleben



Quelle: gaus & Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit 2007: 4.

Unstrittig dürfte sein, dass ein gutes Verhältnis von Pflegendem und Gepflegten auch die Motivation zur Pflege erhöhen kann. In diesem Zusammenhang stellten Lyonette und Yardley (2003) fest, dass erwerbstätige Unterstützungsleistende dann besonderen Stress erleben, wenn die Pflege extrinsisch motiviert ist, also eher unfreiwillig erfolgt, und die Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem (seit längerem) gestört ist (vgl. auch Kröger 2003). Andererseits kann sich eine zuvor gefestigte Beziehung auch im Laufe des Pflege-

prozesses verschlechtern und zur besonderen Bürde werden.

*“These results suggest that many working carers take on caring for an older person as a result of feeling of guilt, duty, responsibility and lack of choice, associated with the growing dependence of the older person, the older person’s expectation of care and the perceived disapproval of others if they do not take on the care” (ebd.: 499).*

Tabelle 9 – sie basiert auf einer Untersuchung von Williams (2004) – weist auf weitere Belastungen hin. So geben 12,7% der Befragten, die sowohl Kinder als auch ältere Menschen betreuen und 11,4% derjenigen, die "nur" in die Pflege eines älteren Menschen involviert sind, an, durch den Versuch, Pflege und Beruf parallel auszuüben, kontinuierlich gestresst zu sein. Weitere Auswirkungen der Versorgung von Angehörigen beziehen sich vor allem auf eine Reduzierung der sozialen Aktivitäten, zusätzliche finanzielle Aufwendungen und auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes (s.u.). Hinzu kommen Schuldgefühle, die sich in dem Wunsch äußern, noch mehr tun zu können und/oder die pflegerischen Tätigkeiten noch besser auszuführen (vgl. auch Grammer 2008). Es verwundert also nicht, dass die 46% bzw. 43% der Befragten angeben, mehr oder weniger stark belastet zu sein.

Tab. 9: Auswirkungen der Pflege auf das Privatleben der Pflegenden

|  | Berufstätig |          |
|--|-------------|----------|
|  | "Sandwich"  | Nur Alte |
|  | %           |          |
| <b>Fühlt (fast) immer...</b>   |             |          |
| Keine Zeit für sich selbst   | 9,1         | 8,3      |
| Angespannt zwischen helfen, arbeiten und Verantwortung für die Familie | 12,7        | 11,4     |
| Hilft, um etwas zurückzugeben  | 49,7        | 56,0     |
| Verärgert, wenn man geholfen hat                                       | F           | F        |
| Helfen ist zurückgeben, was das Leben einem gegeben hat                | 61,9        | 67,1     |
| Wünscht sich, dass jemand anderes die Pflege übernimmt                 | 2,8         | 2,8      |
| Die Beziehung zu dem Pflegebedürftigen wurde gestärkt                  | 69,9        | 70,3     |
| Sollte mehr tun  | 23,8        | 21,5     |
| Könnte es besser tun   | 10,5        | 11,4     |
| <b>Die Pflege verursacht ...</b>                                       |             |          |
| Angeschlagene Gesundheit   | 12,5        | 12,8     |
| Veränderte Schlafgewohnheiten  | 13,3        | 15,7     |
| Extra Kosten   | 40,6        | 39,6     |
| Wandel der sozialen Gewohnheiten                                       | 35,7        | 35,7     |
| Wandel der Urlaubsgewohnheiten   | 26,3        | 24,3     |
| Aufschub von Weiterbildung   | 3,3         | 3,7      |
| Pflegebedürftige Person zog in die Nähe                                | 7,9         | 8,1      |
| Pflegender zieht mit Pflegebedürftigem zusammen                        | 2,6         | 2,8      |
| <b>Gesamtbelastung</b>   |             |          |
| Keine  | 51,8        | 54,5     |
| Mittlere   | 41,9        | 38,6     |
| Hohe/Extreme   | 4,2         | 5,5      |

Quelle: Williams 2004: 10, eigene Darstellung

Auch andere Studien können die vielfältigen Belastungen von erwerbstätigen Pflegenden belegen. Keck und Saraceno (2009) verweisen z.B. darauf, dass rund die Hälfte der von ihnen befragten erwerbstätigen Pflegenden erleben, nicht mehr genügend Zeit für sich selbst, für die Familie und/oder für soziale Aktivitäten zu haben. So gab knapp ein Viertel der von ihnen Befragten an, dass der Kontakt zu Freunden seit Eintritt des Pflegefalls deutlich abgenommen habe. Zu ähnlichen Aussagen kommen auch Bernard und Phillips (2007). In ihrer Untersuchung weisen über drei Viertel der Befragten darauf hin, aufgrund der Vereinbarkeitsproblematik zu erschöpft zu sein, um Familienmitgliedern die gewünschte Aufmerksamkeit geben zu können. 35% der Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer wiederum

erklären, sich durch das Arbeitspensum, aber auch die mangelnde Unterstützung durch die Familie und das ständige "managen" der Pflegesituation belastet zu fühlen. Dabei wird nicht selten das "bürokratische Gehäuse" der Pflege, der Aufwand bei der Kommunikation mit Krankenkassen und anderen Kostenträgern sowie die schlechte Qualität der Leistungserbringung durch ambulante Dienste kritisiert (Lamura et al. 2006; Schneider et al. 2005 und 2006). Es ist daher ein – nicht selten zu findendes – Paradoxon, dass Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung sich durch die Organisation bzw. Inanspruchnahme von professioneller Pflege eher be- als entlastet fühlen können.

Einschränkungen der psychischen Gesundheit (z.B. durch die Konfrontation mit der Krankheit und dem Leiden des Pflegebedürftigen oder durch Rollenkonflikte) und der physischen Gesundheit zählen ebenfalls zu den weit verbreiteten Begleiterscheinungen einer mangelnden Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege (vgl. auch Brückner 2004; Evercare & NAC 2006; Höpflinger & Hugentobler 2005; Minhong et al. 2007; Koppelin 2008; Oura et al. 2007; Reißmann 2005). Zum erstgenannten Aspekt sei beispielhaft auf die schon mehrfach zitierte Untersuchung von Keck und Saraceno (2009) verwiesen. Hier bezeichneten zwar von 26 Befragten 21 ihre gesundheitliche Situation als stabil, die restlichen fünf fühlten jedoch die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Wichtig ist zudem folgendes Resultat: Die beschriebene Stabilität konnte bei acht Befragten nur durch eine Reduzierung der Arbeitszeit erreicht werden.

Stephens et al. (2001) untersuchten die Rollenkonflikte von Frauen, die ältere Angehörige versorgen. Sie stellten dabei fest, dass die Konflikte recht unterschiedlich gestaltet sind und können belegen, dass 62% der Befragten negative Auswirkungen der Pflegerolle auf ihre Rollen als Ehefrau, Mutter und Arbeitnehmerin verspüren. Knapp vier von 10 Frauen beschrieben explizit einen Konflikt zwischen ihrer Rolle als Pflegeperson auf der einen und ihrer Rolle als Arbeitnehmerin auf der anderen Seite. Zum Vergleich: "nur" 34% fühlten sich in ihrer Doppelfunktion als Pflegende und Mutter bzw. 28% als Pflegende und Ehefrau beeinträchtigt. Norton et al (2002) erklären ein solches Ergebnis damit, dass Frauen bestimmten Rollen unterschiedliche Prioritäten einräumen. Eine andere Interpretationsmöglichkeit verweist auf die einfachere Vereinbarkeit von Rollen im privaten Bereich im Vergleich zu Rollen, die gleichzeitig im privaten wie beruflichen Kontext eingenommen werden müssen.

Es wurde bereits gezeigt, dass für einen Teil der pflegeleistenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer die Unterstützung älterer Menschen auch mit finanziellen Aufwendungen verbunden ist. Nach Williams (2004) haben 40% der erwerbstätigen Pflegeleistenden zusätzliche Kosten, die mit der Pflege in Verbindung stehen: für die sogenannten "long-distance-carers" beispielsweise, belaufen sich diese Kosten auf insgesamt \$ 392 im Monat (MetLife &

NAC 2004). Etwa jede/r Zehnte muss darüber hinaus – nicht zuletzt aufgrund einer Arbeitszeitreduzierung – einen Einkommensverlust hinnehmen (vgl. auch Reißmann 2005; Trukeschitz et al. 2009). Die Kosten bzw. Verluste werden naturgemäß umso gravierender, je länger die Pflegesituation andauert. Allerdings weisen Kotowska et al. (2007) darauf hin, dass sich die Kosten durch die Rentenansprüche der Pflegebedürftigen im Vergleich zu Kinderbetreuung deutlich reduziert zeigen.

Zwar ist (bzw. muss) der Alltag erwerbstätiger Pfleger in der Regel sehr gut organisiert (sein), entsprechend kraftraubend sind aber unvorhergesehene Schwierigkeiten und Krisen- bzw. Notfallsituationen, die das mühsam errichtete Pflegearrangement zerbrechlich machen (Schneider et al. 2005; 2006). Diese Krisen können dabei je nach Verlauf (akut, temporär begrenzt, vorhersehbar, andauernd) unterschiedliche Belastungen und Bewältigungsstrategien hervorrufen (Flieder 2008; Soms-Gould; Martin-Matthews & Gignac 2008). Da sich nach Eintritt einer krisenhaften Situation in aller Regel weder der Zeitaufwand für die Pflege noch die berufliche Arbeitszeit ohne weiteres reduzieren lassen, besteht eine Strategie der Betroffenen zur Bewältigung aller an sie herangetragenen Anforderungen zunächst darin, die eigene "Freizeit" sowie – wie bereits berichtet – die außerfamiliären sozialen Beziehungen zu vermindern. Laut der kanadischen CARNET-Studie reduzierten 26% der pflegenden Erwerbstätigen, die innerhalb der letzten sechs Monate vor dem Befragungszeitraum eine Krisensituation erleben mussten ihre Freizeitaktivitäten, weitere 16% klagten über Schlafverzicht. Diese Ergebnisse verweisen darauf, dass eine Krise entweder zu Belastungen führt bzw. diese verschärft. Sims-Gould, Martin-Matthews und Gignac (2008) schreiben zu diesem Themenkomplex:

*"Crises occurred in the lives of the caregiver and the care recipient. They often disrupted an already fragile balance between work and caregiving responsibilities and required additional time and energy to manage" (ebd.: 135).*

Zeitmangel sowie Zeitdruck ist ein großes – wenn nicht das größte – Problem vieler pflegenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. So kann die Diskrepanz zwischen empfundenem Zeitdruck und notwendiger Nachsicht mit dem Pflegebedürftigen zu einer Zerreißprobe werden (Flieder 2008). Des Weiteren fehlt es aufgrund des engen Zeitrahmens häufig an Erholungspausen und Regenerationszeiten. Nach den Ergebnissen von Schneider et al. (2005; 2006) verzichtet etwa jede/r dritte Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung auf einen Erholungsurlaub bzw. nutzt diese freien Tage, um Dinge nachzuarbeiten – die entsprechenden Konsequenzen für das Belastungserleben liegen auf der Hand.

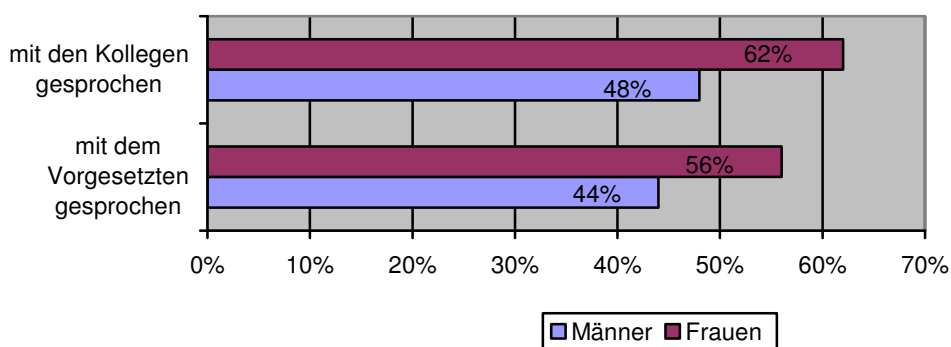


### 3.2 Auswirkungen der Vereinbarkeit auf den Arbeitsplatz

Die Auswirkungen der Mehrfachbelastung bei einem Versuch, Erwerbstätigkeit und Pflege zu vereinbaren, werden nicht nur im persönlichen Bereich und im familiären Alltag der betroffenen Personen, sondern – wie eine Anzahl von wissenschaftlichen Untersuchungen dokumentiert – auch an ihrem Arbeitsplatz deutlich (MetLife & NAC 2004; Schneider et al. 2005; 2006; Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008). Laut einer italienischen Studie wünschen sich 30,4% der erwerbstätigen Pflegenden<sup>15</sup> eine Veränderung in der Balance zwischen Pflege und Erwerbstätigkeit: Während 6,4% die Situation erleben, dass sie aufgrund ihrer Pflegesituation nicht genügend Zeit für ihre Arbeit aufbringen können, befinden sich 24% in der umgekehrten Situation, nämlich dass aufgrund des Arbeitsvolumens zu wenig Zeit für die Pflege bleibt (ISTAT 2008). Insgesamt sind ca. 62% der erwerbstätigen Pflegenden durch die Pflegesituation in ihrer Rolle als Arbeitnehmerin oder Arbeitnehmer beeinflusst – sei es durch eine Umgestaltung der Erwerbstätigkeit oder gar durch die Aufgabe der Erwerbstätigkeit (ebd.).

Oftmals verbleibt das Thema Pflege im privaten Bereich und wird aus Sorge um negative berufliche Konsequenzen nicht an den Arbeitsplatz getragen. Gehen pflegende Angehörige, und hier insbesondere männliche erwerbstätige Pflegenden, mit ihrer Situation wenig offensiv um (vgl. auch Abbildung 10), so kann dies nichtsdestotrotz auch zu Beeinträchtigung am Arbeitsplatz auch zu Unmut bei Kolleginnen bzw. Kollegen und Vorgesetzten führen (vgl. Bernard & Phillips 2007; Keck & Saraceno 2009, Schneider et al. 2005; 2006). Durch die Tabuisierung der familialen Pflege kann es zu Missverständnissen und Spannungen mit Kolleginnen bzw. Kollegen sowie mit Vorgesetzten kommen, wenn pflegebedingt z.B. Arbeitszeiten versäumt oder Aufgaben nicht rechtzeitig erledigt werden können (s.u.).

Abb. 8: Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten über die Pflegeverantwortung

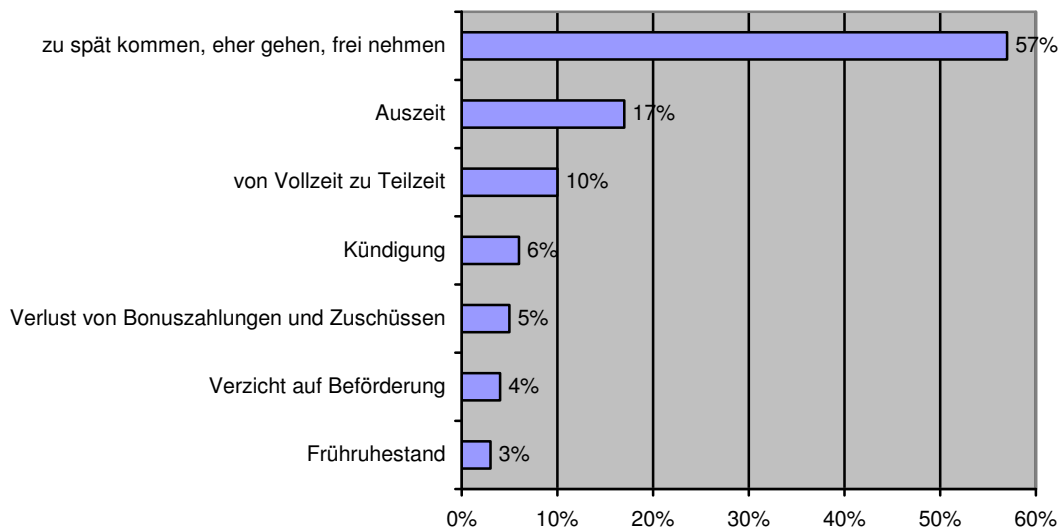


MetLife et al. 2003: 7, eigene Darstellung

<sup>15</sup> In diesem Fall wurden nur Frauen befragt.

Darüber hinaus lassen sich weitere Folgen für die Erwerbsarbeit feststellen, die auf die Pflegeübernahme zurückzuführen sind (vgl. Abbildung 9):

Abb. 9: Auswirkungen der Pflege älter Angehöriger auf die Arbeitssituation



Quelle: NAC & AARP 2004: 64, eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt, dass sich die Vereinbarkeit in unterschiedlicher Weise auf die Berufstätigkeit auswirkt, z.B. durch gestörte Arbeitsabläufe, Auszeiten, Arbeitsreduzierung, Kündigung, Verlust von Bonuszahlungen und Beförderungsmöglichkeiten bis hin zum vorgezogenen Ruhestand (vgl. auch Phillips et al. 2002). Phillips et al. (2002) stellen fest, dass pflegende Arbeitnehmer/innen insbesondere nicht direkt arbeitsplatzbezogene, aber soziale Veranstaltungen mit Kolleg/innen ausfallen lassen, wie Betriebsausflüge oder informelle Treffen. Die Wahrscheinlichkeit für diese mehrheitlich als negativ empfundenen Auswirkungen erhöht sich, wenn die erwerbstätige Person die Hauptpflegeperson ist, sie weiblich ist, die Belastungen durch die Pflege besonders hoch sind (wie z.B. bei Demenzerkrankungen), sie zwischen 50 und 64 Jahre alt ist und wenn die pflegebedürftige Person im gleichen Haushalt bzw. in der näheren Umgebung wohnt (NAC & AARP 2004).

Wie bereits dargelegt, hängt das Belastungserleben deutlich von der Stabilität der Pflegesituation ab, wobei Angehörige im Falle einer Krisensituation zunächst versuchen, Lösungen im privaten Umfeld zu finden, um Konflikte am Arbeitsplatz zu vermeiden. Die folgende Tabelle zeigt, dass mit steigendem Belastungsgrad (1 bis 5) die Folgen auf die berufliche Tätigkeit gravierend zunehmen. So lassen sich beispielsweise nur 8% der pflegenden Angehörigen mit einer geringen Pflegebelastung (Level 1) freistellen, während in der Gruppe mit ei-

nem hohen Belastungsgrad (Level 5) schon über 40% von dieser Option Gebrauch machen.

Tab. 10: Auswirkungen der Pflege auf den Arbeitsplatz

|  | <b>Gesamt</b> | <b>Stufe 1</b> | <b>Stufe 2</b> | <b>Stufe 3</b> | <b>Stufe 4</b> | <b>Stufe 5</b> |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Kommt später, geht eher, etc.            | 57%           | 40%            | 51%            | 63%            | 75%            | 83%            |
| Fehlzeit                                 | 17%           | 8%             | 17%            | 14%            | 22%            | 41%            |
| Wechsel von Vollzeit zu Teilzeit         | 10%           | 3%             | 7%             | 9%             | 15%            | 37%            |
| Kündigung                                | 6%            | 1%             | 3%             | 4%             | 4%             | 35%            |
| Verlust aller Bonusansprüche             | 5%            | 2%             | 2%             | 5%             | 9%             | 15%            |
| Keine Beförderung                        | 4%            | 2%             | 3%             | 5%             | 6%             | 14%            |
| Früheruhestand                           | 3%            | 1%             | 1%             | 2%             | 3%             | 12%            |
| Keine der genannten Antwortmöglichkeiten | 38%           | 57%            | 44%            | 31%            | 21%            | 8%             |

Quelle: NAC & AARP 2004: 65, eigenen Darstellung

Im Folgenden soll auf die arbeitsplatzbezogenen Auswirkungen im Einzelnen eingegangen werden, zunächst bezogen auf die Leistungsfähigkeit und damit auf die Qualität der Arbeit der von der Pflege betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.

### 3.2.1 Beeinträchtigungen der Leistungsfähigkeit

In einigen diesbezüglichen Untersuchungen wird darauf hingewiesen, dass sich ein Teil der erwerbstätigen Pflegeleistenden über mangelndes Leistungsvermögen, Konzentrationschwäche und eine allgemein geringere Belastbarkeit beklagt (Schneider et al. 2005; 2006). Häufig sind es aber auch Gedanken und Sorgen, die um den Pflegebedürftigen kreisen – z.B. hervorgerufen durch beunruhigende Telefonate –, die eine Konzentration auf die zu bewältigende Arbeit erschweren (Phillips 1995). So fühlt sich z.B. laut Keck und Saraceno (2009) ca. ein Drittel der Betroffenen durch ständiges Nachdenken bzw. Grübeln über den Zustand der pflegebedürftigen Person beeinträchtigt. Vor allem Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die von "long-distance-caregiving" betroffen sind, schildern derartig verursachte Konzentrationsprobleme und ein konstantes Schuldgefühl den pflegebedürftigen Angehörigen gegenüber (MetLife & NAC 2004).

Eine Reduzierung des Leistungsvermögens erleben insbesondere Erwerbstätige, die ein großes Ausmaß an intensiver persönlicher Pflege leisten oder jemanden versorgen, der psychisch beeinträchtigt, desorientiert und fordernd ist, denn diese Aufgaben erfordern in der Regel sehr viel physische und psychische Energie (Stephens et al. 2001). Wie bereits be-

richtet, haben erwerbstätige Pflegeleistende aufgrund ihrer vielfältigen Verpflichtungen darüber hinaus oft nur wenig freie Zeit, um sich zu erholen und zu entspannen, d.h. die Betroffenen beginnen den Arbeitstag u.U. schon kraftlos und emotional ausgelaugt. Hinzu kommt, dass ein Teil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die die Verantwortung für die Pflege ihrer Angehörigen tragen, auch ihren Urlaub oder die Wochenenden nicht zur Erholung nutzen können. Im Gegenteil, häufig werden freie Tage dazu verwandt, um sich intensiver um den Pflegebedürftigen zu kümmern bzw. um Termine, die im Zusammenhang mit den Pflegeverpflichtungen stehen, wahrzunehmen (Phillips 1995; Schneider et al. 2006). Die Besorgnis, allen Anforderungen – und insbesondere den beruflichen – nicht länger entsprechen zu können, trägt u.U. ebenfalls mit dazu bei, dass Beeinträchtigungen des Leistungsvermögens und der Produktivität am Arbeitsplatz durchlebt werden.

### **3.2.2 Versäumen von Arbeitszeit**

Eines der größten Probleme von erwerbstätigen Pflegeleistenden ist – wie bereits erwähnt – der *Zeitdruck*, denn die zur Verfügung stehende Zeit muss für die Aufgaben und Anforderungen in den Bereichen Familie, Pflege und Beruf exakt eingeteilt werden. Kommt es zu unvorhergesehenen Zwischenfällen (z.B. plötzliche Krankheit des Pflegebedürftigen) oder ist es unmöglich, Termine, die mit der Hilfe und Pflege zusammenhängen, außerhalb der regulären Arbeitszeit wahrzunehmen (z.B. Arztbesuche), gerät nur allzu oft die mühsam und auf die Minute geplante Organisation ins Wanken, sind Absentismus, Arbeitsunterbrechungen und/oder verspätetes Eintreffen am Arbeitsplatz bzw. früheres Verlassen das Ergebnis (Phillips 1995; Phillips et al. 2002). Insofern überrascht es wenig, dass fast 80% der erwerbstätigen Pflegenden (78% der Männer und 84% der Frauen) angeben, gerade Letzteres praktiziert zu haben (MetLife et al. 2003; 2006). In Bezug auf "long-distance-carers" liegen diesbezüglich folgende Daten vor: 25% waren häufiger zum "zu spät kommen" bzw. zum "eher gehen" gezwungen, für 36% waren Fehltag nicht unüblich und ca. 12% haben sich unerwartet einen Tag frei nehmen müssen (MetLife & NAC 2004). Was den Umfang der versäumten Arbeitszeit betrifft, so wurde in der Studie "Caregiving in the U.S." hochgerechnet, dass diese eine Stunde wöchentlich bzw. 50 Stunden pro Jahr beträgt (MetLife 2006).

Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die Arbeitszeit für Pflegeverpflichtungen nutzen müssen, versuchen im Allgemeinen, den dadurch gestiegenen Arbeitsdruck und die verlorene Zeit zu kompensieren, indem sie Überstunden machen, Arbeit mit nach Hause nehmen und/oder in der verbliebenen Zeit mehr oder schneller arbeiten. Dies wird natürlich um so schwieriger, je mehr familiäre Verpflichtungen die Betroffenen haben, je weniger die berufsbezogene Tätigkeit außerhalb der normalen Arbeitszeit ausgeübt werden kann oder je rigider

die Arbeitszeiten sind. Die verlorene Arbeitszeit wieder auszugleichen, ist daher für jene Arbeitnehmer/innen besonders problematisch, deren Tätigkeit eine Vielzahl unaufschiebbarer Termine beinhaltet und/oder die wenig Kontrolle über die individuelle Arbeitsgeschwindigkeit haben (vgl. Cornelißen 2008). Diesbezüglich sollte Erwähnung finden, dass nach der Untersuchung von MetLife (2006) 22% der pflegenden Arbeitnehmer/innen die verlorene Arbeitszeit nicht mehr nachholen können. Etwa 38% der männlichen und 27% der weiblichen Pflegenden versuchen ferner, Geschäftsreisen wenn möglich zu vermeiden (ebd.). Laut Sims-Gould, Martin-Matthews und Gignac (2008) trifft dies auch auf 10% aller pflegenden Erwerbstätigen zu, die innerhalb der letzten sechs Monate eine pflegebezogene Krise erlebt haben.

### **3.2.3 Eingeschränkte Möglichkeit zur Fort- und Weiterbildung**

Für einige Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer kann die Übernahme von Pflegeverpflichtungen zur Folge haben, dass sie – bedingt durch Zeitmangel und/oder aber aufgrund fehlender physischer und psychischer Ressourcen – nicht an notwendigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen teilnehmen können (Bernard & Phillips 2007; Keck & Saraceno 2009; Phillips 1995; Schneider et al. 2005 und 2006). Dies betrifft nach Keck und Saraceno sowohl Personen mit höheren wie auch mit geringeren Bildungsabschlüssen (ebd. 2009). Laut der MetLife-Studie von 2003 waren ca. 6% der erwerbstätigen Männer und 7% der erwerbstätigen Frauen pflegebedingt nicht in der Lage, ein Fort- und Weiterbildungsangebot in Anspruch zu nehmen (MetLife et al. 2003). Die eingeschränkte Gelegenheit zur Fort- und Weiterbildung kann wiederum zur Konsequenz haben, dass erwerbstätige Pflegeleistende verminderte Chancen in Bezug auf eine Beförderung erfahren bzw. mögliche Aufstiegschancen gar nicht erst wahrnehmen, weil sie glauben, den neuen beruflichen Aufgaben nicht gewachsen zu sein (Keck & Saraceno 2009). In der bereits mehrfach zitierten MetLife-Studie gaben jeweils 8% der Befragten an, eine Beförderung ausgeschlagen zu haben (MetLife et al. 2003). Auch eine belastungsbedingte geringere Teilnahme an berufsbezogenen sozialen Aktivitäten kann negative Folgen für einen Karriereaufstieg haben, denn dies kann dazu führen, dass pflegende Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter weniger sichtbar sind und somit schlichtweg "vergessen" werden, wenn es um den beruflichen Aufstieg geht (Bernard & Phillips 2007; Schneider et al. 2005 und 2006). Sims-Gould, Martin-Matthews und Gignac (2008) zeigen anhand von Daten der CARNET-Untersuchung, dass Krisen eine wichtige Rolle spielen, wenn es um die Teilnahme an so genannten "social events" mit Berufsbezug geht. Ihren Ergebnissen gemäß mussten 10% der erwerbstätigen Pflegenden, die innerhalb der letzten sechs Monate eine Krise im Pflegeprozess durchlebt hatten, solche Treffen absagen; auf pflegende Angehörige in einer stabilen Pflegesituation traf dies im Übrigen auf 4% der Fälle

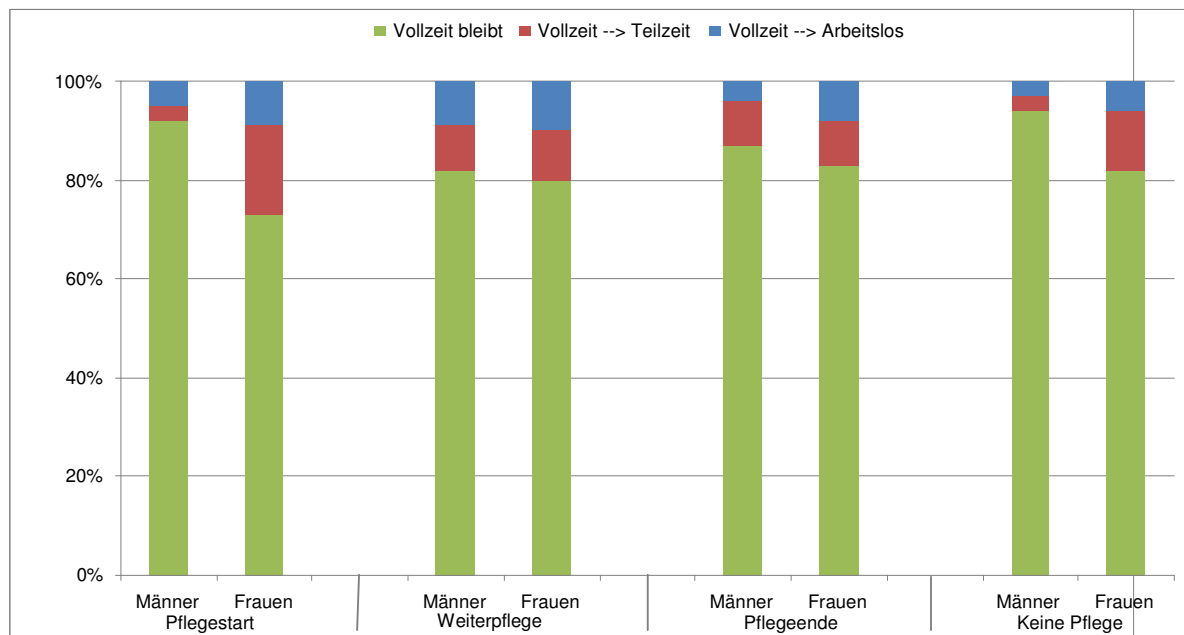
zu (vgl. Phillips et al. 2002).

Diese Ausführungen abschließend lässt sich festhalten, dass vor allem erfolgsorientierte Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darunter leiden, geringere Möglichkeiten zur Teilnahme an Fort- und Weiterbildung sowie an beruflich wichtigen informellen Treffen zu haben. Letztlich kann sich dieser Belastungsaspekt demotivierend auf das allgemeine berufliche Engagement auswirken, aber auch die Pflegesituation bzw. das Verhältnis zum Pflegebedürftigen negativ beeinflussen.

### **3.2.4 Arbeitszeitreduzierung und -reorganisation**

Wenn die gleichzeitige Ausübung von Erwerbstätigkeit und Pflege zunehmend schwieriger wird bzw. mit negativen Konsequenzen in einem oder gar beiden der genannten Bereiche einhergeht, besteht eine vielfach angewandte Strategie der betroffenen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer darin, die Arbeitszeit zu reduzieren (Phillips 1995). So geben z.B. in der Untersuchung von Keck und Saraceno (2009) acht von 26 erwerbstätigen Pflegenden an, eine stabile Vereinbarkeit nur durch die Reduzierung der Arbeitszeit erreicht zu haben. Drei weitere Befragte würden gerne die Arbeitszeit reduzieren, was sich allerdings aus finanziellen Gründen nicht realisieren lässt (vgl. auch ISTAT 2008). Während Williams (2004) zu dem Schluss kommt, dass 18% der in ihrer Studie Einbezogenen die Gesamtarbeitszeit herabsetzen konnten, haben nach Schätzungen der MetLife Caregiving Cost Study etwa jede zehnte Arbeitnehmerin bzw. jeder zehnte Arbeitnehmer ihre berufliche Tätigkeit auf die Hälfte der ursprünglichen Stundenzahl reduziert (MetLife 2006; vgl. auch Quattrini et al. 2006). Im Allgemeinen sind es vor allem Frauen, die sich zu diesem Schritt entscheiden: Nach den Ergebnissen der MUG III-Studie schränkten 18,2% der weiblichen und 6,6% der männlichen Pflegenden die eigene Berufstätigkeit ein (Schneekloth & Wahl 2005). Abbildung 10 illustriert, dass bereits zu Beginn einer Pflegesituation etwa jede fünfte Arbeitnehmerin von einer Vollzeit- auf eine Teilzeitstelle wechselt, für pflegende Männer ist hingegen das Beibehalten der vollen Erwerbsarbeit kennzeichnend (Bittman, Hill & Thomson, 2007).

Abb. 10: Veränderungen des Arbeitsvolumens in Bezug auf Pflegestatus



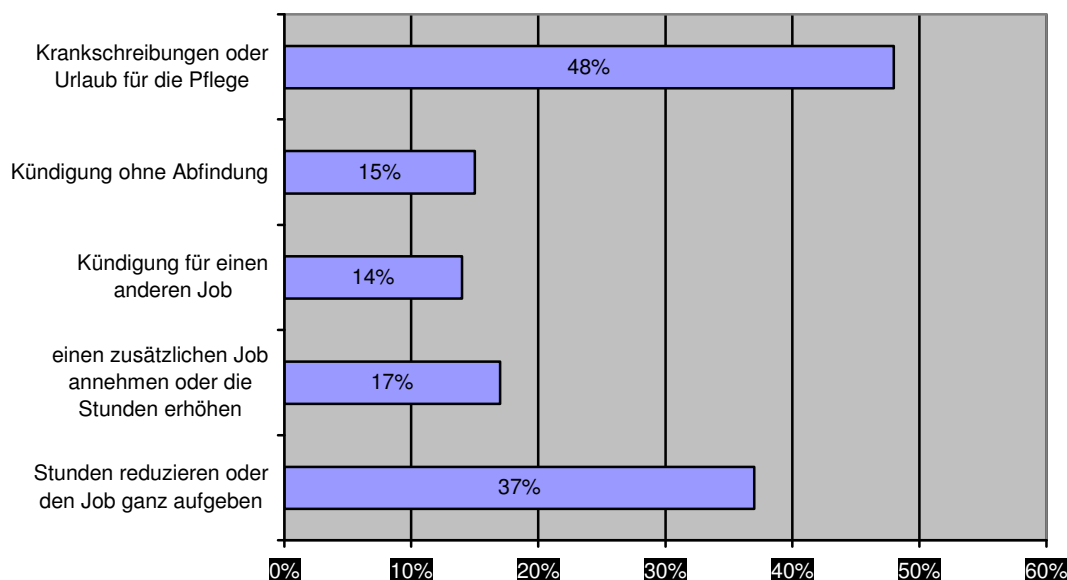
Quelle: Bittmann, Hill und Thomson (2007): 266, eigene Darstellung

Johnson und Lo Sasso (2000) kommen in ihrer Studie zu folgendem Ergebnis: Weibliche Pflegerinnen, die ihre Eltern mit mindestens zwei Stunden pro Woche unterstützten, senkten ihr Arbeitsvolumen um 43%, männliche Pflegerinnen dagegen nur um 28%. In diesem Zusammenhang sind jedoch kulturell unterschiedliche Arrangements zu beobachten (vgl. Kapitel 7). Die europäische Studie EUROFAMCARE konnte bspw. in Italien keine signifikanten Unterschiede in der Arbeitszeitreduzierung zwischen männlichen und weiblichen Arbeitnehmern feststellen (Quattrini et al. 2006). In Deutschland wiederum dominiert ein Modell, in dem weibliche Angehörige die pflegerische Versorgung übernehmen und dafür die eigene Erwerbstätigkeit aufgeben bzw. unterbrechen. Häufig hat dies zur Folge, dass Berufsrückkehrerinnen die ursprüngliche Tätigkeit nicht wieder aufnehmen können, sondern stattdessen nur die Möglichkeit einer geringfügigen Beschäftigung bleibt (Bäcker 2003). Dabei sind auch sozialpolitische Besonderheiten nicht zu unterschätzen, denn in Deutschland wird ab einer Erwerbstätigkeit von mehr als 30 Stunden pro Woche die Pflegetätigkeit nicht mehr in der Rentenversicherung berücksichtigt.

Bezogen auf die Umstrukturierung der Arbeitszeit stellen Spiess und Schneider (2003) auf Basis des European Community Household Panels fest, dass in Nordeuropa gleich zu Beginn der Pflegesituation die Arbeitszeit reduziert wird, während beispielsweise in den Ländern des Mittelmeerraumes bei Eintritt des Pflegefalls die aktuelle Arbeitszeit nur im geringen Maße verändert wird. Daraus schließen die beiden Autorinnen, dass in Skandinavien der Eintritt, in Südeuropa eher der wachsende Pflegebedarf den Umfang der geleisteten Arbeits-

stunden beeinflusst. Diese Unterschiede können auf die länderspezifischen Optionen der Arbeitszeitreduzierung, aber auch die jeweilige finanzielle Notwendigkeit, die Erwerbstätigkeit fortzusetzen, zurückzuführen sein (vgl. Abschnitt 4.5). Eine besondere Situation ergibt sich für die Gruppe "long-distance carers", denn nach den Ergebnissen der MetLife-Studie haben nur etwa 3%, und auch hier wieder vorwiegend die Frauen, von einer Vollzeit- auf eine Teilzeitstelle gewechselt (MetLife & NAC 2004). Unterstützungsleistungen, die auf Distanz erbracht werden, beziehen sich – wie berichtet – häufig eben nicht auf die sogenannten Aktivitäten des täglichen Lebens, was nicht zwangsläufig eine Arbeitszeitreduzierung nach sich ziehen muss. Neben einer verminderten Arbeitszeit werden – durchaus auch zusätzlich – weitere Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gewählt. Dazu gehören vor allem die Nutzung von Urlaubs- und Krankheitstagen sowie unbezahlte Auszeiten für die Pflege Tätigkeit. Aber auch ein Arbeitsplatzwechsel bzw. die Übernahme einer anderen beruflichen Tätigkeit, die Vereinbarkeit eher gewährleisten soll, kann in Erwägung gezogen werden (vgl. auch Abb. 11).

Abb. 11 Auswirkungen der Pflege auf die Berufstätigkeit



Quelle: Evercare & NAC 2007: 21, eigene Darstellung

So geben gemäß einer Studie des MetLife-Instituts 17% der Männer und 13% der Frauen mit Pflegeverantwortung an, ggf. einen berufsbedingten Umzug abzulehnen und 16% der Männer und ein Viertel der Frauen verzichten auf Überstunden (MetLife 2003; vgl. auch Bernard & Phillips 2007). Prekär wird die Situation jedoch, wenn Überstunden obligatorisch sind und der Arbeitgeber beispielsweise eine hochmobile und flexible Arbeitsorganisation besitzt, die



eine vorausschaubare Planung im Sinne der Pflegesituation erschwert.

Auch eine berufliche (in aller Regel unbezahlte) Auszeit wird von einigen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern praktiziert, um den pflegerischen und familiären Verpflichtungen nachzukommen, wobei es wiederum vor allem die Frauen sind, die diese Strategie wählen (10% Frauen vs. 5% Männer; ebd.). Auch auf berufsbedingte Reisen wird nach Möglichkeit vielfach verzichtet: knapp 40% der Arbeitnehmer und knapp jede dritte Arbeitnehmerin verzichtet auf Grund der Pfl egetätigkeit darauf (MetLife et al. 2003; vgl. auch Cornelißen 2008; Klenner 2007). Diese Tendenz schwächt sich – wie zu erwarten – bei Personen mit Pflegeverantwortung "aus der Ferne" ab: hier haben nur etwa 7% das Ausmaß von Geschäftsreisen begrenzt (MetLife and NAC 2004).

Wichtig ist auch eine generelle Reorganisation der beruflichen Tätigkeit. So hat knapp die Hälfte der 26 von Keck und Saraceno (2009) befragten erwerbstätigen Pflegenden arbeitsplatzbezogene Veränderungen vorgenommen. Auch Williams (2004) verweist darauf, dass ca. 23% ihrer Untersuchungsteilnehmerinnen und -teilnehmer arbeitsplatzbezogene Umstrukturierungen vorgenommen haben. In diesem Kontext können neue Arbeitsformen – falls eine Inanspruchnahme besteht – sehr unterstützend wirken: Heim- bzw. Telearbeit oder verkürzte Arbeitswochen werden beispielsweise als sehr entlastend erlebt (BMFSFJ 2004; 2005; Klenner 2007). Hilfreich zur Bewältigung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege sind darüber hinaus problemloser Überstundenabbau und/oder die Gelegenheit, kurzfristig Arbeitstage frei nehmen zu können (vgl. Bernard & Phillips 2007). Wie bedeutungsvoll die Art der Erwerbstätigkeit, aber auch die arbeitsplatzbezogenen Rahmenbedingungen, sind wird anhand der Studie "Sons at Work" deutlich. Nach den vorliegenden Ergebnissen denken etwa 25% der unterstützenden Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer über einen Arbeitsplatzwechsel nach, um Pflege und Beruf besser vereinbaren zu können (MetLife et al. 2003). Mit den bislang genannten Strategien versuchen die Betroffenen ihre Arbeitssituation soweit wie möglich von den pflegerischen Aufgaben zu trennen. Bernard und Phillips (2007) stellen diesbezüglich fest:

*"Thus it appears that carers primarily choose to forego the „rewards“ of their work in order to provide care (ebd.: 146)*

### 3.2.5 Einkommenseinbußen

Mit der Arbeitszeitreduzierung, den "verpassten" Karrierechancen und insbesondere der Berufsaufgabe (vgl. Abschnitt 3.2.6) sind für die Betroffenen – nicht zuletzt auch im Hinblick auf die Altersvorsorge – wesentliche Einkommenseinbußen verbunden (Crompton et al. 2003; Di Nicola 2003). Hinzu kommen auf der anderen Seite höhere Kosten, die durch die Pflege selbst entstehen, wie bspw. Heizkosten, spezielle Nahrungsmittel und pflegegerechte Ausstattungen im Wohnraum (Glendinning 1992). Interessanterweise gibt es zu dieser Auswirkung einer mangelnden Vereinbarkeit nur wenige Untersuchungen, und dies obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, dass finanzielle Verluste und die damit einhergehenden Probleme durchaus ein Stressfaktor für Pflegende darstellen können (vgl. Abschnitt 4.5).

Laut Evandrou und Glaser (2005) sind besonders diejenigen Pflegenden von Einkommenseinbußen betroffen, die den Hauptanteil der Pflege übernehmen. Joshi (1995) stellt fest, dass Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung einen deutlich niedrigeren Stundenlohn ausgezahlt bekommen: Er reduziert sich bei den männlichen Pflegenden um 12%, bei den Frauen um 17%. Dieser Anteil wächst proportional mit der Länge der Pflegeperiode (ebd.). Für die USA wird geschätzt, dass Pflegehaushalte im Vergleich zu Haushalten, in denen nicht gepflegt wird, durchschnittlich ein um 15% reduziertes Haushaltseinkommen besitzen (Wang 2005). Bezogen auf die Situation in Australien belegen Bittmann, Hill und Thomson (2007), dass erwerbstätige Männer, die mit einem hohen Aufwand von mindestens 20 Stunden pro Woche pflegen, nur 70% des Einkommens Nicht-Pflegender erzielen. Für Frauen wirkt sich dieser Unterschied nicht ganz so gravierend aus: Immerhin verdienen Pflegendе 80% des durchschnittlichen Einkommens von Frauen ohne Pflegeverpflichtung. Diesbezüglich ist allerdings das generell niedrigere Einkommen von weiblichen Arbeitnehmerinnen und ihre starke Präsenz im Niedriglohnssektor zu beachten. Auch Johnson und Lo Sasso (2000) können den Einkommensverlust quantifizieren und kommen zu dem Ergebnis, dass pflegende Angehörige im Alter von 53 bis 63 Jahren bei einer durchschnittlichen Arbeitsreduzierung von 459 Stunden im Jahr einen Verlust von etwa jährlich \$ 7800 verkraften müssen.

Tab. 11: Auswirkungen der Pflege auf die Einkommenssituation (Währung: Australische Dollar)

|  | Keine Pflege-<br>tätigkeit in<br>vier Jahren | 1<br>Jahr    | 2<br>Jahre   | 3<br>Jahre   | 4<br>Jahre   | F-<br>Statistik | P       |
|--|--|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|---------|
| Durchschnittliches<br>Jahreseinkommen          | 35936  | 29870        | <b>25475</b> | <b>25148</b> | <b>23919</b> | 13.36           | <0.0001 |
| N  | 7512   | 454          | 196          | 115          | 109          |                 |         |
| Durchschnittlicher<br>Jahreslohn (brut-<br>to) | 27516  | <b>19619</b> | <b>14458</b> | <b>14107</b> | <b>9743*</b> | 31.08           | <0.0001 |
| N  | 7538   | 454          | 197          | 115          | 109          |                 |         |

Anmerkungen: Die fett unterlegten Zahlen zeigen den signifikanten Einkommensunterschied zwischen Erwerbstätigen mit und ohne Pflegeverantwortung. Zahlen mit \* zeigen, dass dieses Einkommen sich signifikant von allen anderen unterscheidet. Pflege ist definiert als 5 und mehr Stunden pro Woche mittlere und intensive Pflege.

Quelle: Bittman, Hill & Thomson 2007: 264, eigene Darstellung

Bei Pflege über eine weitere räumliche Distanz zeigen sich insgesamt geringere Einkommenseinbußen, da in den meisten Fällen eine Vollzeitstelle beibehalten werden kann (siehe Abschnitt 3.2.4). In der Untersuchung von MetLife und NAC (2004) beklagen nur etwa 3% der Befragten Einkommensverluste erlitten zu haben (MetLife & NAC 2004; vgl. auch Hutton & Hirst 2001). Anzumerken ist schließlich, dass a) die finanziellen Einbußen naturgemäß umso größer sind, je länger die Pflegesituation andauert und b) auch mit dem Grad der Pflegebedürftigkeit zusammen hängen (vgl. Abschnitt 4.1). Besonders gravierend sind diese Einkommenseinbußen nicht zuletzt projiziert auf die künftige Alterssicherung der pflegenden Angehörigen (Evandrou & Glaser 2005; Mooney et al. 2002). Die aktuelle und künftige finanzielle Situation wird dabei kaum durch staatliche Leistungen kompensiert (Carers UK 2007b; Yeandle et al. 2007b).

### 3.2.6 Berufsaufgabe

Durch die Entscheidung zur Berufsaufgabe kann nicht nur die finanzielle Basis der Pflegeperson gefährdet sein (auch im Hinblick auf ihre Alterssicherung), sondern viele Pflegenden fühlen sich in dieser Situation gesellschaftlich isoliert (Mozerys 2008). Gleichzeitig liegen Produktivitätspotenziale brach, die insbesondere im Kontext des vielbeschriebenen Fachkräftemangels immer wieder angemahnt werden und der Staat sieht sich mit erhöhten Sozialausgaben konfrontiert (Barkholdt & Lasch 2006). Wenngleich die Konsequenzen einer mangelnden Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege – wie weiter oben beschriebenen – gravierend sein können, so gilt es dennoch Folgendes festzuhalten: Nur eine Minderheit von Pflegenden fühlt sich durch die Erwerbstätigkeit negativ beeinträchtigt, *wenn* die Balance

zwischen Beruf und Pflege gelingt (Lehner et al. 2004; Keck & Saraceno 2009). Reichen aber die bislang beschriebenen arbeitsplatzbezogenen Strategien nicht aus, um alle Anforderungen in Beruf, Familie und Pflege zu bewältigen oder fühlen sich die erwerbstätigen Pflegenden nicht genügend durch den öffentlichen Sektor unterstützt, so kommt es zur nachhaltigsten und häufig am wenigsten gewünschten Auswirkung: der Beendigung der Erwerbstätigkeit (Marenzi & Pagani 2003; Masuy 2009).

*"It is reasonable to think, that the decision to cease working will in many cases not be taken immediately a care episode begins. Most probably, the decision comes later, when the working-and-caring woman becomes aware that she can no longer manage the two roles". (Masuy 2009: 748).*

Die Studie EUROFAMCARE kommt zu dem Ergebnis, dass etwa 8% der nicht-erwerbstätigen Pflegenden aufgrund der Vereinbarkeitsproblematik keine Stelle antreten können, während etwa 5% die Erwerbstätigkeit zu Gunsten der Pflege aufgeben mussten (Czekanowski 2006; Döhner et al. 2008; Quattrini et al. 2006). Yeandle et al. (2007b) zeigen in ihrem Report für die Organisation Carers UK, dass etwa ein Viertel aller befragten erwerbstätigen Pflegenden über eine Berufsaufgabe nachdenkt, sich dann die meisten jedoch zunächst für eine Reduzierung der Arbeitszeiten entscheiden.

Schneider, Drobníč und Blossfeld (2001) stellen in ihrer Untersuchung auf Basis des sozio-ökonomischen Panels fest, dass insbesondere bei verheirateten Frauen die Wahrscheinlichkeit erhöht ist, die Erwerbstätigkeit bei Übernahme der Pflege für einen älteren Angehörigen aufzugeben. Dieses Ereignis führt den Ergebnissen dieser Studie gemäß in gleichem Maße zu einer Erwerbsunterbrechung wie das Vorhandensein von Kindern im Vorschul- und Grundschulalter. Dies gilt im Übrigen sowohl für Vollzeit- als auch Teilzeiterwerbstätige. Ob die Berufstätigkeit beibehalten wird, hängt aber auch von Faktoren wie Dauer der bisherigen Erwerbstätigkeit oder der Verfügbarkeit weiterer Einkommen, z.B. durch den Partner, ab. Frauen mit langen Erwerbsphasen, die sich eine berufliche Position erarbeitet haben, geben diese nicht ohne Weiteres auf ebenso wenig wie Frauen, die auf keine zusätzlichen Haushaltseinkommen zurückgreifen können.

Dass allerdings die Berufsaufgabe für einen Teil der erwerbstätigen Pflegeleistenden auch als eine Lösungsstrategie gesehen wird, um die Mehrfachbelastung zu reduzieren, belegen die Forschungsergebnisse von Schneekloth und Wahl (2005). Demnach haben etwa 10% der Hauptpflegepersonen ihre Arbeitsstelle gekündigt, um sich intensiver der Versorgung ihrer älteren Angehörigen widmen zu können. Genauer betrachtet gilt dies für 16,2% der weiblichen und 7,7% der männlichen Pflegenden (ebd.; vgl. auch Quattrini et al. 2006). Auch

der Survey "Caregiving in the U.S. " kommt zu dem Ergebnis, dass 9% der Befragten aufgrund der Pflegetätigkeit ihre Erwerbstätigkeit beendet haben, 3% nutzten den Vorruhestand und weitere 17% dachten über die Möglichkeit nach, aus dem Erwerbsleben auszuschneiden (Wagner 2006, MetLife 2006). Interessanterweise sind es häufiger Frauen, die ihren Beruf aufgeben bzw. sich arbeitslos melden, während Männer eher den vorzeitigen Ruhestand wählen (ebd.). Zu ähnlichen Ergebnissen kommt MetLife-Studie: Hier sind es 10% der Erwerbstätigen, die aufgrund der Pflegeübernahme die Möglichkeit zur Frühverrentung nutzen. Auch hier entscheiden sich Frauen doppelt so häufig wie Männer für einen Ausstieg aus dem Erwerbsleben (MetLife et al. 2003; vgl. auch Evandrou & Glaser 2005).

Die Analyse des European Community Household Panel (ECHP) von Kilpeläinen (2005) belegt, dass "Carework"<sup>16</sup> der häufigste Grund ist, warum Frauen nicht erwerbstätig sind, 78% der Frauen und 11% der Männer arbeiten deshalb nicht mit voller Stundenzahl. Diese Tendenz zur Nichterwerbstätigkeit bzw. zur Teilzeitarbeit ist insbesondere in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Frankreich sowie Irland und weniger in den skandinavischen Staaten zu beobachten. Die Erbringung von Unterstützungsleistungen für Kinder und für ältere Menschen betrifft laut Kilpeläinen vor allem Frauen zwischen dem 30. und 54. Lebensjahr. Insgesamt stellen die Pflegeaufgaben für 0,7% der pflegenden Arbeitnehmerinnen und 0,2% der pflegenden Arbeitnehmer einen Grund dar, die berufliche Karriere zu beenden. Dieser Prozentsatz steigt in der Altersgruppe der 55- bis 59-Jährigen auf 4,3% an. Insgesamt scheiden Frauen doppelt so häufig aus dem Erwerbsleben aus wie Männer, wenn Pflegeaufgaben bewältigt werden müssen. Maatz gibt diesbezüglich zu bedenken, dass die innerfamilialen Pflegeaufgaben Frauen durchschnittlich 14 Jahre vom Arbeitsmarkt ausschließen (ebd. 2001).

Keck und Saraceno (2009) kommen im Hinblick auf die Berufsaufgabe zu folgenden Resultaten: Die qualitative Befragung von 26 erwerbstätigen Pflegeleistenden ergab, dass zwei (oder anders ausgedrückt etwa 8%) ihre Unterstützungsverpflichtungen gegenüber einer pflegebedürftigen Person als Motiv für die Aufgabe der Erwerbstätigkeit nannten. Beide Personen sind auch der Ansicht, ihre Pflegeverpflichtungen würden sie davon abhalten, eine neue Arbeitsstelle zu suchen.

Sarkisian und Gerstel (2004) können auf der Basis ihrer Untersuchungsergebnisse eine Korrelation zwischen Aufgabe der Erwerbstätigkeit und Arbeitszufriedenheit konstatieren: die Wahrscheinlichkeit aus dem Erwerbsleben auszuschneiden steigt, je geringer die Zufriedenheit im Beruf ist oder je schwieriger eine Umstellung der Arbeitsorganisation angenommen

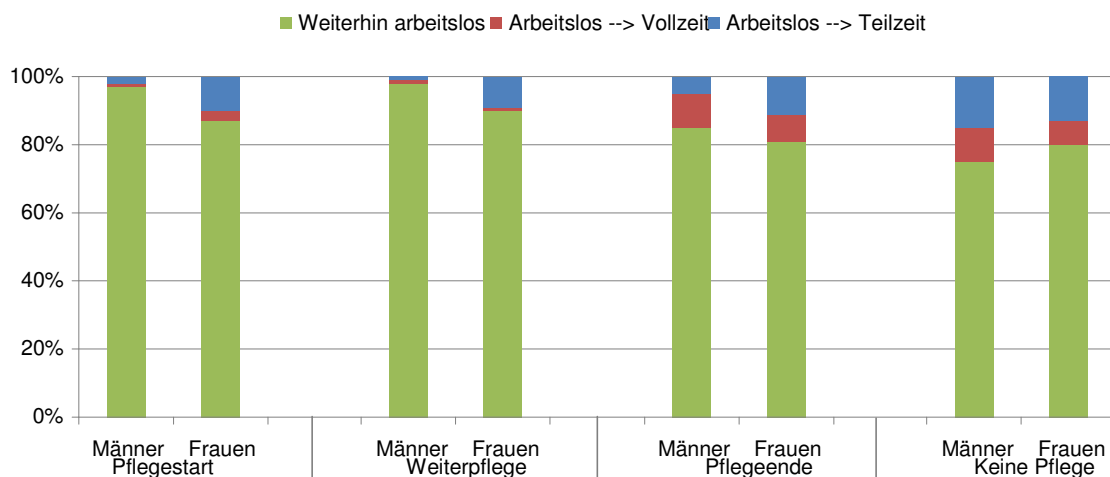
---

<sup>16</sup> Hier: „looking after children“ und „looking after other people“

wird. Darüber hinaus lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen Qualifikationsniveau und Berufsaufgabe insofern feststellen, als das Pflegende mit einem eher niedrigen Qualifikationsniveau, mit vorwiegend routinemäßigen Arbeitsaufgaben und einer geringeren Arbeitsmotivation sehr viel eher bereit sind, ihre Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege zu beenden (vgl. auch Mestheneos & Triantafillou 2005). Nicht zu letzt sind eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Pflegenden und/oder des Pflegebedürftigen sowie längerfristige krisenhafte Situation eine wesentliche Ursache für die Berufsaufgabe (Sims-Gould, Martin-Matthews & Gignac 2008; vgl. auch Sarkisan & Gerstel 2004).

Bleibt die/der Pflegende dem Arbeitsmarkt mehrere Jahre fern – wovon in der Regel ausgegangen werden kann, wenn man sich die durchschnittliche Pflegedauer vor Augen hält –, gehen berufsspezifisches Wissen, professionelle Fähigkeiten und womöglich Kontakte zum Arbeitsplatz verloren – eine langfristige Dequalifizierung des Humankapitals ist die Folge. Wie die entsprechenden Studien belegen, ist eine Rückkehr auf den Arbeitsmarkt unter solchen Umständen schwer zu bewerkstelligen (Glaser & Evandrou 2005; Grammer 2008; Hutton & Hirst 2001). Die Wiedereingliederung wird nicht nur umso schwieriger, je länger die Pflegephase dauert, sondern auch, je älter der/die betroffene pflegende Angehörige ist (Cornelißen 2008; Spiess & Schneider 2003). Abbildung 12 auf der Basis der Untersuchung von Bittmann, Hill & Thomson (2007) illustriert am Beispiel Australien, dass die meisten Pflegenden in der Arbeitslosigkeit verbleiben, wenn sie die Erwerbstätigkeit bereits zu Beginn der Pflege aufgegeben hatten. Gerade mal 10% der männlichen und ca. 7,5% der weiblichen pflegenden Angehörigen treten nach Beendigung der Pflegesituation wieder eine Vollzeitstelle an (Teilzeitstelle: 10% der Frauen und 3,75% der Männer). Insgesamt nehmen laut dieser Studie nur 17,5% der weiblichen und 13,75% der männlichen Pflegenden ihre Erwerbstätigkeit nach Beendigung der Pflege wieder auf. Die schlechten Chancen auf dem Arbeitsmarkt dürften ein wesentlicher Grund hierfür sein.

Abb. 12: Veränderungen der Erwerbstätigkeit in Bezug auf Pflegestatus



Quelle: Bittmann, Hill & Thomson 2007: 266, eigene Darstellung

An dieser Stelle soll auch auf die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Frühverrentung hingewiesen werden: Sind die Schwellen an dieser Stelle niedrig, erhöht sich je nach Alter der Pflegenden die Wahrscheinlichkeit, dass die Erwerbsarbeit gänzlich aufgegeben wird (vgl. Masuy 2009; Kotowska et al. 2005).

### 3.3 Entlastende Funktion der Erwerbstätigkeit

Viele der bislang diskutierten Studien haben eindrucksvolle Belege dafür geliefert, dass ein großer Teil der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer aufgrund von Pflegeverpflichtungen erhebliche und mannigfaltige Belastungen am Arbeitsplatz verspürt, wenn Möglichkeiten einer effektiven Entlastung nicht gegeben sind. Dennoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die Erwerbstätigkeit – und dies sei explizit betont – eine entlastende Funktion haben kann und mit ihr durchaus auch positive Aspekte verbunden sind, die immer wieder übersehen werden (Neal & Wagner 2002; Phillips et al. 2002). So kann die Erwerbstätigkeit auch als Ausgleich zur aufreibenden Pflegezeit empfunden werden, bei der man Anerkennung und Selbstbestätigung erhält, die von pflegerischen Problemen ablenkt und soziale Kontakte fördert (Au & Sowarka 2007; Edwards et al. 2002; Grammer 2008; Joshi 1995; Masuy 2009; Mooney & Statham 2002; Mooney et al. 2002; Norton et al. 2002; Keck und Saraceno 2009; Schneider et al. 2005; 2006). Bernard und Phillips (2007) gehen davon aus, dass die Erwerbstätigkeit – gekoppelt mit entsprechenden Coping-Strategien und hilfreichen betrieblichen Maßnahmen – die pflegebedingten Belastungen abschwächen kann. Das Zitat einer Befragten aus der Studie der beiden Autorinnen belegt eindrucksvoll den Stellenwert

der Berufstätigkeit:

*"I think work probably is a buffer. You know, I can relate to different things here and think, „Oh yes, that happened at work and I did such and such thing“. And then I pass on that knowledge to people at home you know". (Bernard & Phillips 2007: 153).*

Bernard und Phillips (2007) können zudem feststellen, dass etwa 90% der Befragten ihre Berufstätigkeit als wichtigen Bestandteil der eigenen Identität empfinden und damit vor allem intrinsisch motiviert sind, weiterhin beschäftigt zu bleiben. So würden 60% auch ohne ökonomische Zwänge weiterhin der Erwerbsarbeit nachgehen. Diese Motivation steht zweifelsohne im Zusammenhang mit den beruflichen Charakteristika, dem persönlichen Aufgabenbereich, der Branche, dem kollegialen Umfeld etc. (vgl. Abschnitt 4.3). Dennoch zeigt dieser Prozentsatz, dass sich hinter einer Erwerbstätigkeit mehr als nur ökonomische Notwendigkeiten verbergen.

Die positive bzw. "puffernde" Wirkung der Erwerbstätigkeit scheint insbesondere dann zum Tragen zu kommen, wenn ältere Personen unterstützt werden, die z.B. aufgrund einer psychischen Erkrankung ein problematisches Verhalten zeigen und die Pflegenden Gefahr laufen depressiv zu werden (Edwards et al. 2002). Diese Untersuchungsbefunde – wenngleich im scheinbaren Widerspruch zu den Ausführungen in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.6 – belegen somit die Annahme, dass dem Arbeitsplatz für besondere Gruppen von erwerbstätigen Pflegeleistenden eine sogenannte "respite function" zukommt (Reichert 2007). Der Arbeitsplatz wird für diese Personen vielfach zu einem Ort, an dem man sich für eine gewisse Zeit von den familiären Verpflichtungen zurückziehen, an dem man eine "Pause" von der Pflege machen kann.

In Verbindung mit der entlastenden Funktion der Erwerbstätigkeit verweisen weitere Studien darauf, dass ihre Aufrechterhaltung trotz vorhandener Pflegeverpflichtungen auch deshalb einen positiven Effekt haben kann, weil die Pflegeleistenden

- das Gefühl haben, ihre Lebensumstände noch kontrollieren zu können und unabhängig zu sein,
- ihre beruflichen Ziele weiter verfolgen können,
- soziale Unterstützung durch Kollegen erfahren und damit den pflegebedingten Wegfall sozialer Kontakte kompensieren können,
- auf andere Ideen kommen und neue Gesprächsthemen entwickeln können,
- über ein höheres Familieneinkommen verfügen, das es wiederum ermöglicht, professionelle Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen und



- ein höheres Ausmaß an Hilfe durch andere Familienangehörige erhalten (vgl. Bernard & Phillips 2007; Keck & Saraceno 2009; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007; Schneider et al. 2005).

Eine befragte Person aus der Studie von Keck und Saraceno (2009: 34) fasst für sich zusammen:

*"At the workplace I focus on my job, that is my field and I have my private life."*

Dass sich die Zufriedenheit am Arbeitsplatz zudem positiv auf die Pflegesituation auswirken kann, zeigt die Studie von Sarkisian und Gerstel (2004). Dabei konnte auch die These, dass Erwerbstätige, die sehr zufrieden in ihrer beruflichen Situation sind, ihre (Schwieger-)Eltern weniger unterstützen, nicht bestätigt werden. Allerdings mag die abfedernde Wirkung der Erwerbstätigkeit nicht für alle Berufsgruppen im gleichen Maße gelten. So sind z.B. Arbeitnehmer/innen aus dem Bereich der Pflege-/Gesundheitsberufe möglicherweise sowohl im Berufs- wie Privatleben konstant mit "Pflege" konfrontiert und erleben in diesem Sinne kaum einen Abstand von der pflegerischen Belastung (Keck & Saraceno 2009; vgl. auch INQA 2004; Ludwig 2004).

#### **4. Wesentliche Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige**

Die bisher präsentierten Untersuchungsergebnisse verweisen darauf, dass die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige eine differenzierte Betrachtung erfordert. So sind die beschriebenen Auswirkungen, die die Kombination beider Bereiche mit sich bringen kann bzw. das Ausmaß der erlebten Belastungen und Nachteile von bestimmten Faktoren abhängig, die im Weiteren genauer spezifiziert werden sollen (vgl. Bäcker 2003). Dazu gehören u.a. der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person, das berufliche Qualifikationsniveau, die Situation am Arbeitsplatz sowie mögliche Unterstützungsoptionen durch Dritte. Dabei ist zu beachten, dass sich diese Faktoren gegenseitig bedingen können und hier lediglich aus Gründen der Übersicht analytisch voneinander getrennt betrachtet werden.

#### 4.1 Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit des Angehörigen

Eine bedeutsame – wenn nicht sogar die bedeutsamste – Variable, die entscheidend das Ausmaß der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegetätigkeit bestimmen kann, ist der Grad der Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit der zu unterstützenden Person (u.a. Bittmann, Hill & Thomson 2007; Carmichael et al. 2005; Crespo 2006; Kotowska et al. 2008; Kröger 2003; Lamura et al. 2006; Mnich & Döhner 2005; Spiess & Schneider 2003, Stephens et al. 2001). Diese flexible Einflussgröße bestimmt das Ausmaß emotionaler Belastung, Sorge um den Angehörigen bis hin zur Organisation der Pflegesituation. Dass die Aktivität am Arbeitsmarkt von dem Ausmaß an pflegerischer Verantwortung abhängt, wird auch aus Tabelle 12 auf der Basis der MUG III-Studie deutlich:

Tab.12 : Merkmale der Hauptpflegeperson im Hinblick auf Demenz

| Merkmale der Hauptpflegeperson   | Demenz<br>gesamt | Keine De-<br>menz | Leichte De-<br>menz | Mittelschwere<br>und schwere<br>Demenz |
|--|------------------|-------------------|---------------------|--|
| Beziehung zu Hilfs- und Pflegebedürftigem,<br>%  |                  |                   |                     |  |
| - (Ehe-) Partner/in  | 38,5             | 35,7              | 43,1                | 34,9                                   |
| - Tochter/ Sohn  | 39,2             | 41,7              | 36,9                | 41,0                                   |
| - Schwiegertochter/ -sohn  | 13,5             | 13,0              | 13,8                | 13,3                                   |
| - Enkel/in   | 4,1              | 3,5               | 1,5                 | 6,0                                    |
| - Sonstige/r Verwandte/r   | 4,1              | 2,7               | 3,2                 | 4,8                                    |
| - Nicht verwandte Person   | 0,7              | 3,4               | 1,5                 | -                                      |
| Geschlecht<br>Frauenanteil, %  | 73,0             | 73,0              | 67,7                | 77,1                                   |
| Durchschnittsalter in Jahren (SD)  | 61,3 (14,3)      | 58,0 (14,2)       | 62,8 (14,5)         | 60,1 (14,1)                            |
| Familienstand, %   |                  |                   |                     |  |
| - Ledig/geschieden   | 13,1             | 17,8              | 13,0                | 13,3                                   |
| - Verheiratet/ in fester Partnerschaft   | 82,1             | 74,7              | 83,8                | 86,7                                   |
| - Verwitwet  | 4,8              | 7,5               | 3,2                 | -                                      |
| Anteil Erwerbstätiger, %   | 26,9             | 40,8              | 33,9                | 21,7                                   |
| Bisherige mittlere Dauer der Pflege in Jah-<br>ren (SD)  | 4,1 (3,7)        | 3,4 (3,1)         | 3,6 (3,3)           | 4,4 (4,0)                              |
| Median   | 3,0              | 2,1               | 2,5                 | 3,0                                    |
| Durchschnittlicher Zeitaufwand für Hilfe und<br>Pflege<br>(Stunden pro Woche) (SD) <sup>17</sup> | 42,5 (36,8)      | 27,9 (22,5)       | 36,1 (35,9)         | 47,0 (37,1)                            |
| Median   | 35,0             | 25,0              | 27,0                | 35,0                                   |

Quelle: Schneekloth & Wahl 2005: 121

Hier wird illustriert, wie sich der Grad einer demenziellen Erkrankung auf die Erwerbstätigenquote auswirkt. Liegt diese bei einer Pflegeperson ohne demenzielle Erkrankung noch bei

<sup>17</sup> Diese Fragen wurden nur im Bogen für die private Hauptpflegeperson gestellt. Da dieser nicht von allen HauptPflegerinnen ausgefüllt wurde, gibt es hier viele fehlende Werte.

über 40%, so sind im Falle einer demenzerkrankten pflegebedürftigen Person nur noch zwischen 20-30% erwerbstätig. Laut Christakis und Allison (2006) erleben insbesondere jene Arbeitnehmer/innen besondere Belastungen emotionaler und physischer Art, die schwer Pflegebedürftige und/oder Angehörige mit "problematischen" Verhaltensweisen versorgen. Stephens et. al. (2001) betonen dabei auch den inneren Konflikt, wenn die eigenen Eltern plötzlich hilflos werden:

*"...our findings suggest that the point in the life course at which a woman provides care to an impaired parent may help to determine the configuration of conflict she experiences between her parent care role, and her mother, wife, or employee roles." (Stephens et al. 2001: 33)*

Mit steigendem zeitlichen Aufwand plus Länge der Pflegeperiode sinkt darüber hinaus die kontinuierliche Integration in den Arbeitsmarkt sowie auch der zeitliche Umfang der Erwerbsarbeit (Hutton & Hirst 2001). So stellen z.B. Bittmann, Hill & Thomson (2007) fest, dass knapp die Hälfte aller Pflegenden in Australien, die mehr als 20 Stunden pro Woche pflegerische Unterstützung leisten müssen, nicht mehr erwerbstätig ist. Auf der anderen Seite sind bei einem leichten Pflegebedarf von unter 5 Stunden pro Woche über 90% der Pflegenden beschäftigt. Personen mit einer Pflegeanforderung unter 5 Stunden pro Woche arbeiten etwa zur Hälfte mit voller Stundenzahl, bei einem Pflegeaufwand zwischen 5-20 Stunden pro Woche sind noch etwa 30-40% in Vollzeit beschäftigt. Steigt der Aufwand auf über 20 Stunden/Woche sind nur noch zwischen 10-15% in Vollzeit erwerbstätig. Die Vollzeitquote sinkt demzufolge mit steigendem Pflegebedarf und liegt in der Gruppe der intensiv-Pflegenden ca. 3-5mal unter der Quote der Erwerbstätigen ohne Pflegeanforderungen. Dabei ist die Bereitschaft einer Berufstätigkeit nachzugehen bei den Pflegenden mit hoher Pflegeauslastung nicht zu unterschätzen. Die Autoren kommen diesbezüglich zu dem Ergebnis, dass ca. 10-15% der Pflegenden aus ihrem Sample mit hohem Pflegeaufwand durchaus Berührungspunkte mit dem Arbeitsmarkt haben, d.h. dass sie eigentlich gerne erwerbstätig sein würden oder sogar aktiv auf Arbeitssuche sind. Die Arbeitszeit von Pflegenden mit erhöhtem pflegerischen Aufwand liegt laut dieser Studie 10 Stunden unter dem Arbeitsvolumen von Erwerbstätigen ohne Pflegeverantwortung.

Johnson und Lo Sasso (2000) kommen zu dem Ergebnis, dass bei einem schlechten Gesundheitszustand der Eltern eher die Neigung besteht, selbst die Pflege zu übernehmen als bei einer guten körperlichen Verfassung. Ihre Untersuchung zeigt, dass bei einem pflegerischen Aufwand, bei dem z.B. die pflegebedürftige Person nicht alleine gelassen werden kann und einer konstanten Überwachung bedarf, nur noch knapp die Hälfte der Pflegenden zwischen 53 und 63 Jahren erwerbstätig ist.

Während die kognitiven und verhaltensspezifischen Beeinträchtigungen der pflegebedürftigen Person signifikant mit Stress- und Depressionssymptomen der Pflegeleistenden zusammenhängen, so zeigt sich, dass ein höherer Aufwand allein bei instrumentellen Hilfen vor allem das Zeitbudget der erwerbstätigen Pflegenden verringert und z.B. weniger Zeit für Erholungsphasen am Wochenende lässt (Stephens et al. 2001). In Ihrer Datenanalyse kommt Masuy (2009) zu dem Ergebnis, dass der Eintritt eines Pflegefalls an sich für die Altersgruppe der 31- bis 49jährigen Frauen keinen Einfluss auf die Aufgabe der Erwerbstätigkeit darstellt. Teilt man die Pflege in verschiedene Schweregrade ein (leicht = bis zu 2 Stunden Pflegebedarf/ Tag; schwer = mehr als 2 Stunden Pflegebedarf/ Tag) zeigt sich, dass bei steigendem Pflegebedarf für Frauen ab dem 50. Lebensjahr die Wahrscheinlichkeit zunimmt, die Erwerbstätigkeit aufzugeben (ebd.):

*"...the effect of being a carer lost significance, but when care intensity was considered, providing light care did significantly decrease the likelihood of ceasing work." (Masuy 2009: 758)*

Masuy kommt daher zu dem Schluss, dass für die Altersgruppe zwischen 31-49 Jahren weniger der Grad der Pflegeanforderung signifikant auf die Erwerbstätigkeit einwirkt, als vielmehr der Arbeitszeitumfang (Teilzeit), die Branche, in der man erwerbstätig ist, der eigene Anteil am Haushaltseinkommen sowie der Bildungsabschluss (ebd.) und benennt damit Einflussgrößen, die im Folgenden ebenfalls näher betrachtet werden. Insgesamt wird deutlich, dass Arbeitnehmer/innen, deren ältere Angehörige sehr viel Hilfe bei der Ausführung von ADL-Aktivitäten benötigten oder nicht alleine gelassen werden dürfen, nicht nur am ehesten ihre Arbeitszeit reduzieren, sondern auch diejenigen sind, die die größten Belastungen beklagen und am meisten Schwierigkeiten haben, Erwerbs- und Pflege Tätigkeit zu kombinieren. Ist der Pflegebedürftige noch in der Lage, sich weitestgehend selbständig zu versorgen oder ist nur in einem geringen Maße hilfebedürftig, scheint dies für die Vereinbarkeit durchaus erleichternd zu sein. Es geht also nicht nur um einen konkreten Stundenumfang, der für Pflegeleistungen verwandt wurde, sondern auch die Art der Pflegebedürftigkeit, die Anzahl an Krisensituationen und die persönlichen Lösungsoptionen.

## **4.2 Räumliche Distanz**

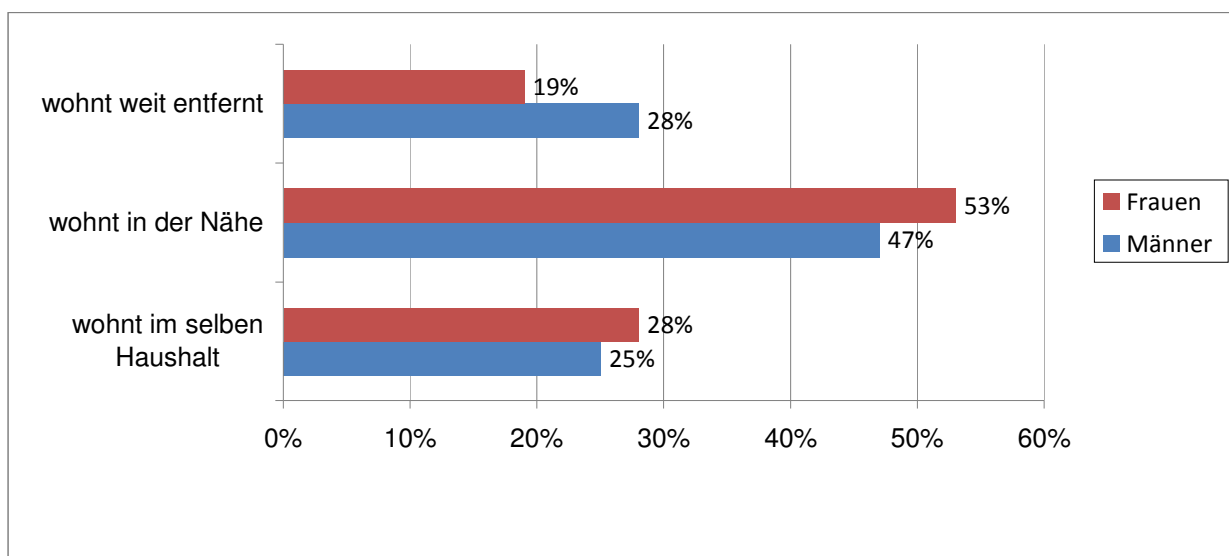
Die räumliche Distanz spielt eine wesentliche Rolle im familialen Pflegearrangement (Mooney et al. 2002; Kotowska et al. 2008; Phillips et al. 2002). Sie ist nicht nur im Aushandlungsprozess bedeutungsvoll bei der Frage, wer den Hauptanteil der familialen Pflege übernimmt, sondern gilt zugleich als wichtiger Faktor, wenn es um die mobile Vereinbarkeit zwischen Beruf, Pflege und eigenem Wohnort geht. So wird beispielsweise die Entscheidung

unter Geschwistern, wer den Hauptteil der Pflege übernimmt, häufig von der räumlichen Nähe abhängig gemacht und manchmal weniger von beruflichen Belastungen (Stern 1996 zitiert nach MetLife & NAC 2004). Diese Prozesse können zu innerfamiliären Spannungen führen, wenn die in unmittelbarer Nähe wohnenden Angehörigen (in den meisten Fällen die Töchter) die Hauptlast der Pflege zu tragen haben, die dann – anders als bei "long-distance carers" – auch in großen Teilen ADL-Tätigkeiten beinhaltet (Bernard & Phillips 2007; MetLife et al. 2003).

Philips (2007) unterstreicht diese Bedeutung, indem sie eine Studie von Joseph und Hallmann (1996) zitiert, die den Wohnort der Pflegeperson, den Wohnort der/des Pflegebedürftigen und den Arbeitsort bildlich als "locational triangle" verstehen (zitiert nach Philips 2007; vgl. auch Kröger 2003). Die Frage, an welchen Orten Wohnen, Pflege und Arbeiten stattfinden, gewinnt vor dem Hintergrund zweier Phänomene an Bedeutung: Zum einem im Zuge einer wachsenden weiblichen Erwerbsbeteiligung (und damit einem schwindenden Pflegepotenzial direkt vor Ort), zum anderen im Zuge einer wachsenden beruflichen Mobilität, die entweder verstärkt Wohnortwechsel oder längere Pendelstrecken produziert.

In den meisten Fällen wohnen erwerbstätige Pflegenden nicht (mehr) im selben Haushalt mit der pflegebedürftigen Person, da es sich vorwiegend um eine Pflegebeziehung zwischen Elterngeneration und Kindern handelt (vgl. Abschnitt 2.3.1). Nur in etwa einem Viertel der Fälle teilen Pflegenden und Pflegebedürftige miteinander den Haushalt (Jung, Trukeschitz & Schneider 2007; MetLife 2003). Am häufigsten kann eine Konstellation angetroffen werden, in der die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen in der näheren Umgebung wohnen:

Abb. 13: Wohnsituation von Pflegenden und Pflegeempfängern



MetLife et al. 2003: 6

Die Literatur zeigt, dass sich sowohl eine zu große Nähe wie auch Entfernung negativ für die pflegenden Erwerbstätigen auswirken kann:

*“If the distance is very great, this can have severe impact on work as days and even weeks (for international travel) may have to be taken off work.” (Phillips 2007: 117).*

Immerhin pendelt laut einer Studie von Bernard und Phillips (2007) etwa jede/r zehnte Arbeitnehmer/in länger als 40 Minuten zur Arbeit. So wirkt sich die Fahrtzeit, die man vom eigenen Wohnort zur Arbeit benötigt vor allem auf die Situation am Arbeitsplatz aus, während weite Strecken zwischen dem Wohnort der pflegebedürftigen Person und dem eigenen Zuhause insbesondere die familiäre Seite belasten (Phillips 2007). Als besonders erschwerend stellt sich eine Situation dar, in der die Pendelzeiten zwischen Arbeit, eigenem Wohnort und Wohnort der pflegebedürftigen Person mit unflexiblen Arbeitszeiten und Überstunden kollidieren (Bernard & Phillips 2007).

Während bei größeren Distanzen lange Pendelzeiten in Kauf genommen werden müssen, so kann sich das direkte Zusammenleben mit der pflegebedürftigen Person im selben Haushalt auf das physische Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen auswirken, wenn zu wenig Abstand von der Pflegesituation besteht. Im letzten Falle bestehen kaum Möglichkeiten, sich der Pflegesituation bzw. sich dem Pflegebedürftigen mit seinen Wünschen und Forderungen zu entziehen, um neue Energien zu sammeln oder um Zeit für sich, andere Familienangehörige, Freunde oder Hobbies zu haben (Eberhardt 2005; Neal et al. 2008; Phillips & Bernard 2008). Dies wiederum kann – wie in Abschnitt 3.1. dargelegt – die Vereinbarkeitsproblematik verschärfen. Keck und Saraceno (2009) stellen zudem fest, dass Arrangements, bei denen der Pflegebedürftige im selben Haushalt wohnt, nicht zuletzt häufig mit einem erhöhten Pflegebedarf einhergehen, so dass sich nicht nur die psychische Belastung, sondern auch der zeitliche Umfang an intensiver Pflege erhöhen. Ihren Ergebnissen zufolge pflegen erwerbstätige Angehörige, die mit der/dem Pflegebedürftigen im selben Haushalt wohnen rund fünf Stunden am Tag und damit zwei Stunden mehr als erwerbstätige Pflegenden, die in einiger Entfernung leben (ebd.). Ob nah oder fern: Insgesamt wirkt sich die Entfernung der Wohn- und Arbeitsorte in aller Regel auch auf die Situation am Arbeitsplatz aus:

*“Those caregivers who live closer to the care recipient are most likely to report that they have come in late or left work early. Those who live farther away are more likely to report that they have missed workdays as a result of caregiving” (MetLife et al. 2004: 9).*

Diese Aussage macht deutlich, dass der Faktor "Distanz" nicht nur unterschiedliche Folgen auf die Arbeitssituation oder das private Umfeld nach sich zieht, sondern dass zugleich ver-

schiedene Instrumente und Maßnahmen gefragt sind, um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verwirklichen zu können. Es ist schließlich zu vermuten, dass langfristig mit einer höheren Anzahl an "long-distance carers" gerechnet werden muss, für die sich ganz andere Pendelarrangements ergeben (vgl. Baldassar, Baldock. & Wilding 2007). So benötigen "long-distance carers"<sup>18</sup> im Durchschnitt 450 Meilen (= ca. 724 Kilometer) und 7,23 Stunden für eine Strecke zwischen eigenem Wohnort und dem Zuhause der/des Pflegebedürftigen. Dabei ist es umso erstaunlicher, dass sich dennoch knapp ein Viertel der Distanzpflegenden als Hauptpflegepersonen bezeichnet – es handelt sich dabei allerdings in den meisten Fällen um Angehörige, die einen vergleichsweise kurzen Anfahrtsweg haben, bei etwa drei Vierteln beschränkt sich die Pflege auf instrumentelle Hilfen (MetLife & NAC 2004). Größere Distanzen bedeuten nicht zuletzt aber auch eine größere finanzielle Belastung durch Pendelkosten. Im Schnitt wenden "long-distance carers" monatlich \$ 392 auf, was sich letztendlich wiederum nur durch eine konstante Erwerbsarbeit stemmen lässt; rund 80% dieser Gruppe von Pflegenden sind erwerbstätig (ebd.). Bei großer räumlicher Distanz bedarf es darüber hinaus eines besonderen Netzwerkes, welches die Pflege des älteren Angehörigen garantiert. Dabei wird die Unterstützung durch anwohnende Dritte wie Nachbarn und Freunde zum Schlüssel, um erwerbstätige Pflegende zu entlasten (ebd.). An dieser Stelle machen sich auch Stadt-Land-Unterschiede bemerkbar, z.B. hinsichtlich der Wohnformen im Alter. So existieren in ländlichen Regionen häufiger Mehrgenerationenhaushalte, während ältere Menschen in der Stadt eher in Zwei-Personen-Haushalten oder alleine leben (Heinemann-Knoch, Knoch & Korte 2006). Hinzu kommt die mitunter prekäre Versorgung mit pflegerischen Serviceangeboten im ländlichen Raum. Schneider et al. (2005) beschreiben die mangelnde Infrastruktur und die langen Wege, die im Zuge dessen in Kauf genommen werden müssen, um professionelle Hilfe zu erhalten, als große Herausforderung für pflegende Erwerbstätige. Durch die z.T. lückenhafte Versorgung in ländlichen Regionen wird der oder die erwerbstätige Pflegende immer wieder in die Situation gebracht, lange Fahrtwege zu Institutionen auf sich nehmen zu müssen, wie beispielsweise zu Krankenkassen oder Pflege- und Beratungseinrichtungen. Die spezifischen Haushaltsformen sowie die diffizile Bereitstellung professioneller Dienste führen zu dem Ergebnis, dass auf dem Lande in einem größeren Maße rein innerfamiliär gepflegt wird, während in der Stadt häufiger auch professionelle Hilfen genutzt werden (ebd.). Diese Diskrepanz ist umso bedeutender, wenn ländliche Regionen durch die Fortzüge Jüngerer, wie aktuell bspw. in einigen asiatischen Ländern zu beobachten ist, "veralten", so dass nicht auf informelle Unterstützung ohne Weiteres zurückgegriffen werden kann (vgl. Jenson & Jacobzone 2000; Schneekloth 2006; Shengwan 2000).

---

<sup>18</sup> d.h. Pflegende, die mindestens eine Stunde Fahrtweg zur pflegebedürftigen Person benötigen

### **4.3 Bildungsstand und berufliches Qualifikationsniveau**

Die Forschungsliteratur zeigt, dass die Erwerbsbeteiligung in enger Verbindung mit dem eigenen Qualifikationsniveau und der beruflichen Stellung steht (Crompton et al. 2003; Engstler 2006). Interessant ist in diesem Zusammenhang ein Blick auf Pflegearrangements vor dem Hintergrund unterschiedlicher Milieus (Blinkert & Klie 2000, 2001, 2004; Höpflinger & Hugentobler 2005). So kann Heusinger (2006) in ihrer Studie, in der 28 Interviews mit Pflegebedürftigen sowie mit deren Pflegenden in den alten und neuen Bundesländern durchgeführt wurden, nachweisen, dass im gehobenen Milieu viel selbstverständlicher professionelle Dienste eingekauft werden. Die Familie gilt in diesem Milieu zwar als ein Ort emotionaler Unterstützung, sie wird aber weniger in der Verantwortung gesehen, praktische Hilfen zu gewähren. Demgegenüber ist im sogenannten traditionellen Unterschichtenmilieu die Pflege vor allem innerhalb der Familie organisiert. Beachtenswert sind in diesem Milieu allerdings pflegebezogene Informationsdefizite (vgl. auch Hoff 2006). Auch in der so genannten "Kasseler Studie" zeigen Blinkert und Klie (2004), dass sich die Pflegebereitschaft innerhalb der verschiedenen Milieus deutlich unterscheidet. Während im traditionellen Unterschichtenmilieu 19% bei Eintritt eines Pflegefalls selbst pflegen würden, wird diese Aussage nur in einem Prozent der Fälle von Angehörigen des liberal-bürgerlichen Milieus geteilt. Vor dem Hintergrund eines schrumpfenden Unterschichtenmilieus verweisen diese Ergebnisse auf die Notwendigkeit einer gelungenen Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, die gegebenenfalls durch professionelle Hilfe unterstützt wird. Dies vor allem deshalb, weil die milieuspezifisch unterschiedliche Bereitschaft zur Pflege weniger eine Frage moralischer Werte als vielmehr eine Frage der Opportunitätskosten ist. Diese Kosten dürften im liberal-bürgerlichen Milieu bei einer pflegebedingten Berufsaufgabe – bedingt durch das dort verstärkt anzutreffende höhere Bildungs- und Qualifikationsniveau - höher ausfallen und zu dem Wunsch der Fortsetzung der Berufstätigkeit führen (vgl. Blinkert & Klie 2000; Grundy et al. 2006; Hasseler & Görres 2005). Je höher also der Bildungsabschluss und damit i.d.R. auch der berufliche Status, desto unwahrscheinlicher ist beispielsweise eine Aufgabe der Berufstätigkeit. Während die persönliche Ausbildung insbesondere bei Frauen zu einer erhöhten Erwerbsneigung führt, ist bei Männern vor allem die Schichtzugehörigkeit ausschlaggebend, ob eine Erwerbstätigkeit konstant bis zum Eintritt des Rentenalters beibehalten wird (Engstler 2006). Keinen Einfluss scheint dagegen der Qualifikationslevel auf den zeitlichen Umfang der Pflege zu haben – anders verhält es sich bei der Variable der beruflichen Stellung (Kotowska et al. 2008).

Welche wichtige Rolle die berufliche Qualifikation bzw. die berufliche Position bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege spielt, wird von einer Reihe von Untersuchungen eindrucksvoll bestätigt (Blinkert & Klie 2004; CSO 2006; Masuy 2009; Mestheneos & Trianta-



fillou 2005; Sarkisian & Gerstel 2004; Schneekloth 2006). Sarkisian und Gerstel (2004) halten beispielsweise berufsspezifische Merkmale (z.B. Status oder Einkommen) im Hinblick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Pflege für ausschlaggebender als die Faktoren "Wohnortnähe" der Angehörigen oder den "Grad der Pflegebedürftigkeit". Der aktuelle Forschungsstand zeigt quasi durchgängig, dass mit steigendem Bildungsniveau zum einen die eigene Pflegebereitschaft nachlässt bzw. das Aussetzen der eigenen Berufstätigkeit zugunsten der Pflege weniger wahrscheinlich wird, auch wenn der Wunsch besteht, die Pflege innerhalb der Familie zu organisieren (Blinkert & Klie 2004, Heusinger 2006; Höpflinger & Hugentobler 2005; Hoff 2006). Der Bildungsabschluss wirkt sich der Studie von Tué (2002) zufolge auch auf die Zufriedenheit der Pflegenden aus: Von den Befragten, die ihre Vereinbarkeit als unbefriedigend erleben, verfügen 80% nur über einen mittleren Schulabschluss.

Masuy (2009) kommt zu dem Schluss, dass bei einem höheren Bildungsabschluss die Wahrscheinlichkeit, die Berufstätigkeit zu beenden, um ca. 40% sinkt. In ihrer Untersuchung haben 94% der erwerbstätigen weiblichen Pflegenden eine höhere Schule besucht, während der Anteil jeweils hoch Qualifizierter unter den nicht-erwerbstätigen Pflegenden nur knapp 30% ausmacht. Auch Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) weisen bezogen auf die USA nach, dass etwa jede/r zweite erwerbstätige Pflegende über einen College-Abschluss verfügt, während dieser Anteil bei den nicht-erwerbstätigen Pflegenden nur 30% beträgt (vgl. auch Atienza & Stephens 2000; Stephens et al. 2001). Die Opportunitätskosten, die durch eine gänzliche Übernahme der Pflege und die gleichzeitige Beendigung der Berufstätigkeit entstehen, scheinen dabei maßgebend für das Pflegearrangement.

Stephens et al. (2001) z.B. geben mit Hilfe ihrer Studie auch Informationen über den beruflichen Status erwerbstätiger Pflegepersonen: Von den befragten Frauen gehörten knapp 90% zu den Erwerbstätigen mit "professional occupations" oder "management occupations". Auch die Phase der Berufstätigkeit, in der eine Pflegesituation eintritt, kann entscheidend sein. Zum Ende einer Berufskarriere hin steigt die Wahrscheinlichkeit, den Arbeitsmarkt frühzeitig zu verlassen.

Eine wichtige Einflussgröße ist dabei auch die *Erwerbsorientierung*, die generell positiv mit einem steigenden Qualifikationsniveau korreliert. So fassen Schneider, Drobnič und Blossfeld (2001) zusammen, dass Frauen mit einer geringen Erwerbsorientierung relativ zeitnah nach Eintritt der Pflegesituation ihren Beruf aufgeben, während Frauen mit hoher Erwerbsorientierung ihre Erwerbstätigkeit eher beibehalten möchten und den Spagat zwischen Beruf und Pflege versuchen. Wird der Bedarf an Hilfe für die pflegebedürftige Person größer, so suchen erwerbsorientierte Pflegende eher die Hilfe durch professionelle Serviceeinrichtun-

gen. Generell lässt sich Folgendes vermuten: Je unzufriedener der/ die pflegende Arbeitnehmer/in im Beruf ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Erwerbstätigkeit aufgeben wird (Sarkisian & Gerstel 2004). Der Ausstieg aus dem Arbeitsmarkt kommt z.B. besonders häufig dann vor, wenn die pflegenden Arbeitnehmer/innen vorwiegend in Routine-Jobs oder im Niedriglohnbereich tätig sind - vermutlich weil diese Berufe in der Regel weniger hoch angesehen sind und die Arbeitnehmer/innen tendenziell über ein geringeres Arbeitseinkommen verfügen (Henz 2004). Hinzu kommen – zumindest bezogen auf Deutschland – weitere sozialpolitische Instrumente wie das Ehegattensplitting. Dadurch sinkt die Erwerbsorientierung und die Wahrscheinlichkeit, sich "full-time" dem pflegebedürftigen Angehörigen zu widmen – insbesondere bei Einkommensersatzleistungen z.B. in Form von Pflegegeld, das möglicherweise den eigenen Arbeitslohn übersteigt. Stephens et al. (2001) zeigen in diesem Kontext, dass sich die gering Qualifizierten mit einem niedrigen beruflichen Status und ökonomischen Spielräumen obendrein in ihren verschiedenen Rollen überfordert fühlen.

Es sollte nicht unerwähnt bleiben, dass pflegende Arbeitnehmer/innen, die eine höher qualifizierte Tätigkeit ausüben, freilich eher in der Lage sind, Freiräume hinsichtlich der flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit und der individuellen Arbeitsgeschwindigkeit zu nutzen – beides Faktoren, die eine Balance zwischen beruflichen und familiären Anforderungen wesentlich erleichtern können (vgl. Spiess & Schneider 2003; Trukeschitz et al. 2009). Ein höheres Einkommen, das in der Regel mit einer höheren Qualifizierung einhergeht, erlaubt zudem den Einkauf von pflegerischen Dienstleistungen (Crespo 2007; Sarkisian & Gerstel 2004; Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). Demgegenüber haben so genannte "Blue collar"-Beschäftigte weniger Chancen, flexible Arbeitszeitarrangements zu nutzen – sie nehmen stattdessen unbezahlte freie Tage oder geben ihre Berufstätigkeit ganz auf, um ihren älteren Angehörigen die benötigte Unterstützung zuteil werden zu lassen (vgl. Abschnitt 3.2.6). Es ist daher nicht erstaunlich, dass – wie bereits in Abschnitt 2.2.2 ausgeführt – beruflich höher qualifizierte innerhalb der Gruppe pflegeleistender Arbeitnehmer/innen überrepräsentiert sind (Fredriksen-Goldsen & Scharlach 2001).

#### **4.4 Arbeitsplatz und Branche**

Für Evandrou (1995) sind Erwerbsarbeit und Pflege in doppelter Weise verbunden: Zum einen wirkt sich die Entscheidung zu pflegen auf die Einkommenssituation, Beförderungen und Arbeitszeiten aus, andererseits hat der Erwerbsstatus Einfluss auf die Entscheidung, ob die Pflege überhaupt übernommen wird. Auch die Branche, in dem die Erwerbstätigkeit ausgeübt wird, bestimmt die Möglichkeiten und Grenzen der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. So haben Arbeitnehmer/innen, die z.B. im öffentlichen Dienst arbeiten oder gar verbeamtet sind, weitaus größere Spielräume, ihre Arbeitszeiten zu organisieren. So kann Masuy (2009)

belegen, dass bei einer Erwerbstätigkeit im öffentlichen Dienst die Wahrscheinlichkeit, die Erwerbstätigkeit zugunsten der Pflege aufzugeben, um etwa 30% sinkt (vgl. auch Döhner et al. 2008; Mestheneos & Triantafillou 2005; Spiess & Schneider 2003). Gegenüber anderen Beschäftigten haben diese Erwerbstätigen in der Regel den Vorteil, weniger Überstunden und spontane berufliche Einsätze leisten zu müssen – dies erleichtert das Organisieren und Planen der Pflege ungemein. Insgesamt lässt sich feststellen, dass der Trend hin zur Dienstleistungsgesellschaft für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eher förderlich wirkt, da er im Vergleich zu Tätigkeiten in der Industrie eine größere Flexibilität und Möglichkeiten der Arbeitsreduzierung zulässt (Crompton et al. 2003; Mooney et al. 2002; Phillips 1995; Phillips et al. 2002; Yeandle et al. 2002). Der Wandel vom lebenslangen Arbeitsplatz in einem Unternehmen hin zu "Portfolio-Karrieren" kann dabei auch als Unabhängigkeit der Angestellten interpretiert werden (Crompton et al. 2003). Es verwundert nicht, dass Erwerbstätige, die in besonderem Maße zusätzliche Arbeitsstunden aufbringen müssen, weniger häufig pflegen als regulär Vollbeschäftigte (Sarkisian & Gerstel 2004). Da Selbständige in der Regel überdurchschnittlich viele Arbeitsstunden leisten, ist diese Gruppe von Erwerbstätigen in der Pflege weniger engagiert als abhängig Beschäftigte (ebd.). Andererseits gibt es vereinzelt auch Erwerbstätige, denen gerade die selbständige Tätigkeit ein gewisses Maß an Flexibilität bietet (vgl. Keck & Saraceno 2009; Tué 2000). Auch wenn insbesondere Beamte und Angestellte am wahrscheinlichsten eine Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren können, so sei an dieser Stelle auf die Familienfreundlichkeit von Unternehmen hingewiesen, die sich bereits mit dem Thema "Work-Life Balance" beschäftigen und die geeignete Rahmenbedingungen für eine Vereinbarkeit schaffen (können). Ein wichtiger Faktor ist dabei auch die Altersstruktur sowie die Verteilung der Geschlechter unter den Angestellten. So argumentieren Yeandle et al. (2002), dass in Betrieben mit jüngerer Altersstruktur und einer hohen Anzahl weiblicher Mitarbeiterinnen das Thema Kinderbetreuung forciert wird, während Unternehmen mit einer hohen Anzahl älterer Mitarbeiter/innen (wie dies bspw. im öffentlichen Dienst der Fall ist) offener für Fragen der Betreuung älterer Angehöriger sind.

#### **4.5 Ökonomische Situation**

Die ökonomische Lage bzw. die Höhe des Haushaltseinkommens der/des pflegenden Angehörigen – in der Regel verbunden mit der beruflichen Qualifikation – ist ebenfalls eine Größe, der die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für Angehörige beeinflussen kann (Keck & Saraceno 2009; Kotowska et al. 2006). Joshi stellt dahingehend fest:

*"Whether she or he was expecting to be in employment in any case, how much they might earn, how easy it is to combine employment and caring, at what cost in terms of hours and rates of pay, as well as how they perceive their alternatives" (Joshi, 1995: 109).*

Einerseits deuten eine Reihe von Studien auf eine intrinsische Arbeitsmotivation hin (Schneider et al. 2005 und 2006), andererseits lässt sich vermuten, dass (zumindest in einigen Wohlfahrtsstaaten) eine Erwerbstätigkeit nicht zuletzt aufgrund der hohen Kosten einer Pflege beibehalten wird. Im Vergleich zu nicht-erwerbstätigen Pflegenden verfügen Pflegende, die gleichzeitig noch einer Beschäftigung nachgehen über ein höheres Einkommen:

*“[t]hose in manual social classes and pensioner couples on low incomes, often at poverty levels, are disproportionately likely to take on a caring role. A trend towards longer spells of more intensive care-giving means that those under pension age (mainly women) will find it increasingly difficult to regain the ground lost while providing care in terms of labour market participation and income” (Hutton and Hirst, 2001: 72).*

Aus dieser Aussage lässt sich entnehmen, dass Familien mit niedrigen Einkommen wahrscheinlicher eine Pflege übernehmen, obgleich ihre Rückkehrmöglichkeiten in den Arbeitsmarkt später besonders schwierig sind. Joshi (1995) geht dabei von drei Faktoren aus, die die Bewertung der Vereinbarkeit beeinflussen: 1) Grad, in der durch die Pflegeübernahme das Arbeitsvolumen und damit das Einkommen berührt wird, 2) ob der pflegende Angehörige nach Beendigung der Pflege in die vorherige Position zurückkehren kann und 3) ob sich die beruflichen Aussichten durch die Auszeit verschlechtern. Im Übrigen zeigt sich, dass ein Pflegefall durch einen älteren Angehörigen sich aufgrund der damit verbundenen Rentenansprüche weniger stark reduzierend auf das Haushaltseinkommen auswirken kann, als dies bei Kinderbetreuung der Fall ist (Kotowska et al. 2007).

Johnson und Lo Sasso (2000) können, wie bereits in Abschnitt 3.2.6 erwähnt, Belege dafür finden, dass ein unterdurchschnittliches Einkommen die Wahrscheinlichkeit für eine Berufsaufgabe erhöht – allerdings nur bei Frauen. Hier lässt sich ein höheres Maß an Routine-Tätigkeiten und mangelnder Arbeitszeitflexibilität vermuten. Stephens et al. (2001) kommen auf Basis ihrer Untersuchung zu der Aussage, dass insbesondere Frauen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss, einem geringeren beruflichem Status und einem begrenzten Haushaltseinkommen ihre Rolle als pflegende Angehörige als konfliktreich erleben (vgl. auch Pillemer & Müller-Johnson 2007). Da es insbesondere Frauen sind, die im Niedriglohnssektor arbeiten, wird die ökonomische Argumentation an dieser Stelle auch eine Frage der Geschlechtergerechtigkeit. Zum anderen ist die Einkommenssituation auch mit der eigenen ethnischen Zugehörigkeit verknüpft. Bezogen auf die USA sehen Sarkisian und Gerstel (2004) die ethnische Herkunft des pflegenden Angehörigen als bedeutsame Einflussgröße:

*“With regard to characteristics of the adult child, one variable is race. Research has suggested that African Americans, especially women, even when employed, are much more likely than Europ-Americans to help their parents” (ebd: 435)*

Diese Aussage wird durch die ebenfalls US-amerikanische Untersuchung von Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) ergänzt. Beim Vergleich zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Pflegenden zeigt sich hier, dass 46% der "Non-White"- Pflegenden bzw. 51% der "White"-Pflegenden noch erwerbstätig sind. Gleichzeitig setzt sich die ethnische Zugehörigkeit bei den nicht-erwerbstätigen Pflegenden aus 64% "White" und 36% "Non-White" zusammen. Nicht-Weiße US-Amerikaner sind demzufolge mit nahezu gleichen Teilen trotz Pflegeverantwortung erwerbstätig und gleichzeitig unterdurchschnittlich bei den nicht-erwerbstätigen Pflegenden vertreten. An dieser Stelle lässt sich eine möglicherweise größere ökonomische Notwendigkeit bei den "Non-White" vermuten, weshalb die Erwerbstätigkeit beibehalten wird. Dieser Aspekt ist allerdings – insbesondere in Deutschland – bislang nur punktuell untersucht worden.

Es zeigt sich insgesamt, dass Personen mit einem höheren Einkommen schon deshalb eher in der Lage sind, ihre Doppel- oder Dreifachbelastung zu reduzieren, da sie die Hilfen anderer Personen auch vergüten können (Scharlach, Gustavson & Dal Santo 2007). So leisten sich pflegende Angehörige mit einem höheren Einkommen häufiger finanzielle Unterstützung und/oder organisieren bzw. "kaufen" häufiger professionelle Hilfen.

#### **4.6 Familienstand und Kinder**

Die Frage, ob pflegeleistende Arbeitnehmer/innen, die verheiratet sind oder die mit einem Partner zusammenleben, Erwerbs- und Pflegefähigkeit problemlos kombinieren können als jene, die alleinstehend sind, lässt sich nicht eindeutig beantworten. Falls ein/e Partner/in vorhanden ist, so kann diese/r einerseits wesentlich zur Entspannung der Vereinbarkeitsproblematik beitragen, indem er oder sie z.B. bestimmte Aufgaben, die mit der Pflege, der Haushaltsführung, der Kindererziehung etc., einhergehen, übernimmt und/oder indem er/sie dem Pflegeleistenden mit Trost und Rat zur Seite steht (Grammer 2008; Keck & Saraceno 2009). Das bedeutet: je höher der Pflegebedarf, desto wichtiger wird das soziale Umfeld für die Pflegeleistenden (Blinkert & Klie 2006). Darüber hinaus stellen die Partner, aber auch die Kinder der Pflegenden bzw. Enkel der pflegebedürftigen Person, häufig eine wichtige Unterstützung im Pflegearrangement dar (Keck & Saraceno 2009; Metzging 2007). Insgesamt scheint grundsätzlich das Vorhandensein weiterer Hilfeleistender ("secondary caregiver") die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass die Hauptpflegeperson einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann:

*“Having a support network which provides not only general, but also emergency support and constitutes a reserve for various kinds of emergencies helps not only to lighten the everyday caring work, but also the psychological stress of constant worry and of difficult re-arrangements.” (Keck & Saraceno 2009).*

Doch so hilfreich eine Unterstützung durch die Familie sein kann, so belastend können sich familiäre Spannungen auf das Pflegearrangement auswirken (Keck & Saraceno 2009; Salomon 2005), die sich auch nicht ohne Weiteres durch professionelle Unterstützung kompensieren lassen (Blinkert & Klie 2006; Pillemer & Müller-Johnson 2007). Mangelndes Verständnis, wenig Anerkennung und hohe Ansprüche an das Zeitbudget des Pflegeleistenden können zusätzliche Belastungsaspekte bedeuten und so den Balanceakt zwischen Beruf und Familie zuspitzen (Sarkisian & Gerstel 2004). Auch eine schlichtweg mangelnde Anerkennung der eigenen Leistung kann das Familiengefüge belasten (Reißmann 2005). Die Vereinbarkeitsproblematik kann – und dies erscheint unmittelbar plausibel – insbesondere für jene Arbeitnehmer/innen brisant werden, die sowohl Kinder als auch ältere Angehörige betreuen und versorgen müssen (vgl. Abschnitt 2.2.1; Allmedinger et al. 2006; Backes 2007; Hasseler & Görres 2005; Johnson & Lo Sasso 2000; Neal & Hammer 2006; Williams 2004). Johnson und Lo Sasso (2000) können Nachweise dafür finden, dass das Vorhandensein von Kindern unter 22 Jahren im selben Haushalt die Wahrscheinlichkeit, die Pflege für einen älteren Angehörigen zu übernehmen ebenso negativ beeinflusst wie die zusätzliche Versorgung eines pflegebedürftigen (Ehe-)Partners.

#### **4.7 Verfügbarkeit und Hilfen durch Dritte**

Wie in Abschnitt 4.6 angedeutet, können Familienmitglieder – vor allem Ehepartner/in, aber auch Freunde und Bekannte – eine entscheidende Rolle bei der erfolgreichen Bewältigung der hier diskutierten Vereinbarkeitsproblematik spielen. Insgesamt verfügen erwerbstätige Pflegende in der Regel über eine größere Anzahl an familiären Helfern als z.B. ältere Menschen in der Partnerpflege. Diese Unterstützung kann durchaus praktisch sein, in dem die dritte Person aktiv bei ADL-Tätigkeiten behilflich ist, aber auch durch emotionale Unterstützung und organisatorische Hilfen in der Pflegesituation (Bernard & Phillips 2007). Sich mit einer Person unterhalten und austauschen zu können, wird von erwerbstätigen Pflegenden als sehr hilfreich empfunden. Eine herausragende Rolle spielen neben dem/ der Partner/in und den eigenen Kindern der Pflegenden auch die Geschwister, Freunde und Nachbarn (Phillips et al. 2002). Yeandle et al. (2007b) fanden heraus, dass drei Viertel der erwerbstätigen Pflegenden auf die Hilfe durch Andere (Familienmitglieder oder Dritte) angewiesen sind.

Dass "Geschlecht" auch bei der Behandlung des Aspekts "Unterstützung durch Dritte" einen

entscheidenden Einfluss darauf hat, in welchem Ausmaß die soziale Umwelt einen Beitrag zur Erleichterung der Pflegesituation leistet, zeigt die Studie von Johnson und Lo Sasso (2000). Auf Basis ihrer Untersuchung fanden sie heraus, dass bei Frauen mit Schwestern die Wahrscheinlichkeit geringer ist, dass sie die Pflege der Eltern überhaupt übernehmen müssen als bei Personen ohne weibliche Geschwister. Diese Tatsache konnte umgekehrt bei vorhandenen Brüdern nicht nachgewiesen werden:

*...“perhaps because men and women tend to provide different types of help to their parents, so that only same-sex siblings are close substitutes.” (Johnson & Lo Sasso 2000: 19).*

Folglich stellt nur die Existenz von Geschwistern weiblichen Geschlechts Einflussgröße für die Wahrscheinlichkeit der Pflegeübernahme dar.

Die MetLife-Untersuchung zu "long-distance caregiving" (MetLife & NAC 2004) verdeutlicht, dass nicht nur die Geschwister des Pflegeleistenden, sondern auch andere Verwandte ein hohes Maß an Hilfe bieten. So werden zwar die meisten Pflegebedürftigen auch aus der Entfernung heraus von den Töchtern bzw. Schwiegertöchtern gepflegt, allerdings wird diese Möglichkeit erst durch die Entlastung durch dritte Personen real: So wird etwa ein Drittel der Pflegenden von einem nahewohnenden Geschwisterteil unterstützt, gefolgt vom (Ehe)Partner des Pflegenden und dem Partner der pflegebedürftigen Person. Mit diesem pflegerischen Beistand zeigen sich über 90% der "long-distance carers" zufrieden, bezahlte Helfer dagegen sind vor allem dann wertvoll, wenn es nur eine einzige Pflegeperson gibt (ebd.). Auch die Verfügbarkeit professioneller Dienste spielt eine wichtige Rolle. Keck und Saraceno (2009) konnten bspw. in ihrer Untersuchung feststellen, dass drei Viertel der befragten erwerbstätigen Pflegenden von Dritten (professionellen Diensten oder Freunden etc.) unterstützt werden. Teilweise werden auch Möglichkeiten, eine private Pflegeperson einstellen zu können als hilfreich empfunden (Tesauro 2008; Bettio & Solinas 2009; Lamura et al. 2008). Umgekehrt haben stationäre Einrichtungen – man beachte die länderspezifischen Unterschiede – nur wenig Akzeptanz als Alternative zur ambulanten Pflege in Familienverantwortung (Döhner et al. 2008; Czekanowski 2006).

Obgleich viele erwerbstätige Pflegenden deutlich weniger Konflikte erleben, wenn sie auf ein hohes Maß an sozialer Unterstützung von anderen Personen zurückgreifen, kann die Organisation professioneller bzw. Hilfe durch Dritte für die Pflegenden auch zusätzlichen Stress bedeuten. Dies gilt umso mehr, wenn Schwierigkeiten zum Beispiel in Form von Unzuverlässigkeit, Unpünktlichkeit oder Qualitätsmängeln auftreten (Gould-Sims, Martin-Matthews & Gignac 2008; Schneider et al. 2005 und 2006). Kurzum kann man festhalten, dass, so hilfreich die Unterstützung durch die Familie und das soziale Umfeld sein kann, so belastend

können sich in umgekehrter Weise als ignorant empfundene Haltungen, eine fehlende Anerkennung und mangelndes Verständnis sowie das Unterlassen konkreter Hilfen erweisen.

Resümierend lässt sich aufgrund der bisherigen Literatursichtung festhalten, dass eine konfliktfreie Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen dann eher wahrscheinlich ist, wenn insbesondere eine oder mehrere der im Folgenden genannten Bedingungen vorliegen:

- Geringer Grad der Hilfe-/Pflegebedürftigkeit des Angehörigen,
- höheres berufliches Qualifikationsniveau, verbunden mit der Möglichkeit zur flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit und Arbeitsgeschwindigkeit sowie eine hohe Erwerbsmotivation
- eine räumliche Distanz zum Angehörigen, die ohne lange Pendelzeiten bewerkstelligt werden kann,
- keine minderjährigen Kinder,
- eine günstige ökonomische Lage und
- die Verfügbarkeit von Hilfe und Unterstützung durch Dritte.

Außerdem sei noch ergänzt, dass selbstverständlich auch der Gesundheitszustand des pflegenden Angehörigen eine wichtige Voraussetzung für die Übernahme der Pflege darstellt (Johnson & Lo Sasso 2000). Allerdings ist damit das Wissen um die Vereinbarkeitsproblematik von Beruf und Pflege keinesfalls ausgeschöpft. Scharlach, Gustavson und Dal Santo (2007) fassen dies folgendermaßen zusammen:

*“Of particular relevance for policy and practice is additional research regarding the ways in which formal and informal resources can assist caregivers and their care recipients to avoid breakdowns in employment or care provision when confronted with demanding care situations.” (ibd.: 761).*

Wie bereits deutlich wurde, sind Pflegearrangements, angefangen von der Verteilung der Aufgaben bis hin zu Dauer und Umfang der Pfl egetätigkeiten, bei männlichen und weiblichen Pflegenden ungleich verteilt. In Kapitel 6 wird noch einmal konkret auf die geschlechtsspezifischen Differenzen in der Vereinbarkeit von Beruf und Familie Bezug genommen. Nachdem in diesem Kapitel die unterschiedlichen Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeitssituation einer näheren Betrachtung unterzogen wurden, widmet sich Kapitel 5 der Frage, welche Maßnahmen aus Sicht der erwerbstätigen Pflegenden eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege erleichtern.



## 5. Effiziente politische, betriebliche und gesellschaftliche Unterstützungsleistungen aus der Perspektive der Pflegenden

Die Frage nach den effektivsten Maßnahmen für Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung korrespondiert mit der Frage nach den Forderungen und Wünschen der Betroffenen. Es muss festgestellt werden, dass es dahingehend immer noch an umfassenden Untersuchungen zu den Bedürfnissen und Erwartungen von erwerbstätigen Pflegenden mangelt. Die gesichtete Forschungsliteratur, u.a. die Ergebnisse aus der Untersuchung von Williams (2004), weisen allerdings darauf hin, dass sich die Bedürfnisse von Pflegenden auf einen Mix unterschiedlichster Leistungen sowohl am Arbeitsplatz als auch auf sozialpolitischer und gesellschaftlicher Ebene beziehen. Dies wird durch die folgende Tabelle deutlich:

Tab. 13: Wünsche berufstätiger pflegender Angehöriger:

|   | Berufstätig  |            |
|---|--------------|------------|
|   | „Sandwiched“ | Nur Ältere |
|   | %            |            |
| Kurzzeitpflege                                    | 52,3         | 45,8       |
| Flexible Arbeits- oder Studienarrangements        | 46,2         | 36,4       |
| Informationen zu Langzeitbehinderungen            | 42,6         | 39,0       |
| Informationen zu Pflege allgemein                 | 42,3         | 37,3       |
| Finanzieller Ausgleich oder Steuererleichterungen | 35,9         | 34,8       |
| Beratung  | 27,6         | 24,0       |
| Sonstiges   | 11,9         | 9,9        |

Quelle: Williams 2004: 10

Die Ergebnisse belegen, dass sich über die Hälfte der erwerbstätigen Pflegenden eine Unterstützung in Form einer Kurzzeitpflege wünscht ("respite care"). Auch scheint der Informationsbedarf sehr hoch: Zusammengenommen besteht bei knapp 80% der pflegenden Angehörigen Beratungsbedarf über Krankheitsbilder und die pflegerische Versorgung. Ganz oben auf der Bedürfnisskala stehen zudem flexible Arbeitsformen und eine finanzielle Unterstützung bzw. steuerliche Entlastung der Pflegenden. Die Untersuchung von Williams (2004) weist auf die stärkere Belastung der "Sandwiched"-Pflegenden hin und auch die bereits erwähnte SOCCARE-Studie stellt fest, dass insbesondere "double front carers", sowohl von öffentlichen Unterstützungsangeboten, finanziellen Hilfen als auch einer gleichzeitigen Rücksichtnahme durch den Arbeitgeber profitieren würden (Kröger 2003). Die Typologie von pflegenden Erwerbstätigen aus der Österreichischen Studie von Lehner et al. (2004) weist dar-

auf hin, dass sich 44% der pflegenden Angehörigen mehrfach sowohl durch Beruf wie Pflege belastet fühlen. Es bedarf demzufolge einer *übergreifenden Strategie* aus politischen, gesellschaftlichen und betrieblichen Kräften, um die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege auf allen betroffenen Ebenen hinreichend zu berücksichtigen. Im Folgenden sollen die aus der Literatur abgeleiteten förderlichen Maßnahmen auf diesen drei unterschiedlichen Ebenen näher beleuchtet werden.

### *Politische Instrumente*

Auf der Policy-Ebene werden die Bedürfnisse von Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung bislang nur selten thematisiert. Politische Debatten ranken sich – insbesondere in Ländern ohne eigene politische Interessenvertretung pflegender Angehöriger – wenn überhaupt, dann um die Situation der Pflegebedürftigen, Finanzierungsfragen oder die Qualität in der stationären Pflege (vgl. auch Błędowski 2006; Fusgen 1998; Kotowska et al. 2005; Łuczowska 1999; Mose 2006; ROPS 2007; Szatur-Jaworska 2000; Twardowska- Rajewska 2007). Lewis und Campbell (2008) bewerten politische Vorstöße dabei oftmals eher als "strategischen Impuls" denn als "substantielle Modifikation". So ließ sich bspw. im Vereinigten Königreich in den letzten Jahren ein Wechsel von einem Modell der *familienfreundlichen* Politik hin zu einer Politik der *Work-Life Balance* feststellen, allerdings ohne wirklich tiefgreifende Neuerungen einzubringen (DfEE 2000). Unter den politischen Parteien gibt es kaum einen realen Konsens in Bezug auf erwerbstätige Pflegende, sondern stattdessen werden aus diversen Lagern unterschiedliche Lösungswege favorisiert (Kathmann 2005). Während konservative Parteien und Verbände bspw. eher für einen Anspruch auf eine Pflegeauszeit in Anlehnung an "parental leave", d.h. Auszeiten für Eltern zur Kinderbetreuung, plädieren und damit die Leistung der innerfamiliären Pflege akzentuieren wollen, warnen sozialdemokratische und gewerkschaftliche Vertreter vor einer Entberuflichung und Domestizierung insbesondere weiblicher Erwerbstätiger (vgl. Kapitel 6; Blinkert & Klie 2004; DGB 2005; Wilke 2005). Alternativ werden von dieser Seite ein Ausbau professioneller Dienstleistungen, Möglichkeiten der (kurzfristigen) Arbeitsreduzierung sowie Rückkehr- und Kündigungsschutzregelungen für pflegende Angehörige vorgeschlagen (DGB 2006; Meyer 2006; Wert.Arbeit 2008; Wilke 2005).

Teilweise wird in der aktuellen Forschungsliteratur auch die jeweilige Ausgestaltung von Hilfen und Maßnahmen kritisiert. So existiert derzeit in Polen keine Form der Pflegeversicherung – trotz der entsprechenden Vorstöße des ehemaligen Gesundheitsministers (Błędowski, 2008). In Großbritannien gibt es wiederum Unterstützungsleistungen, die nur dann wirksam werden, wenn pflegende Angehörige mit der/dem Pflegebedürftigen im selben Haushalt wohnen. Eine Öffnung dieser Regelungen wäre im Zuge der wachsenden Mobilität und der

tatsächlich vorhandenen Haushaltsstrukturen allerdings wünschenswert. In eine ähnliche Richtung gehen auch Ideen, direkte finanzielle Hilfen nicht an die pflegebedürftige Person, sondern an den pflegenden Angehörigen zu richten, um so die Position der informellen Pflege zu stärken. Es gibt allerdings auch positive Gegenbeispiele: Als 2004 in Großbritannien der "Carers (Equal Opportunities) Act" implementiert wurde, war das Ziel auch eine stärkere Berücksichtigung von Erwerbstätigkeit und Bildungsmaßnahmen in Bezug auf die dortigen Assessments. In Bezug auf politische Regelwerke kann davon ausgegangen werden, dass die Vorgaben zum gesetzlichen Rentenalter eine große Rolle spielen, wenn es um das pflegerische Potenzial innerhalb der Familie geht (Kotowska et al. 2005).

Eine wichtige Komponente in der Unterstützung von Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung ist die politische Förderung des ehrenamtlichen Engagements, denn die Hilfe durch Dritte kann, z.B. in Form von Transporthilfen oder kleineren Einkaufsdiensten, maßgeblich zur Erleichterung der pflegenden Angehörigen beitragen (vgl. Abschnitt 4.7). Möchte man dem Wunsch der Pflegebedürftigen nach einem möglichst langen Verbleib außerhalb stationärer Einrichtungen entgegenkommen, erweisen sich alternative Wohnmodelle für ältere Menschen, z.B. in Form von Demenz-Wohngemeinschaften, als innovative Ideen, die vonseiten der Politik weiter forciert werden könnten (DGB 2005 und 2006; Hasseler & Görres 2005). Die Förderung und Bereitstellung von Technologien zur Unterstützung in der häuslichen Pflege (ambient assisted living) wird in der Literatur ebenso als politische Aufgabe formuliert (Hasseler & Görres 2005). Eine breite Palette an niedrighschwelligem professionellen Diensten und Serviceangeboten ist ein häufig geäußertes Wunsch pflegender Angehöriger: Ganz oben stehen dabei Kurzzeitpflege und Tagespflegeangebote sowie Möglichkeiten zur Wochenen- und Urlaubsbetreuung (Bojanowska 2008; Daatland & Löwenstein 2005; Hasseler & Görres 2005; Piazza 2000; Schneider et al. 2005 und 2006; Zechner 2005). Dies gilt insbesondere für Hochqualifizierte mit höherem Einkommen in Ein- oder Zweipersonenhaushalten (Kotowska et al. 2008). Blinkert und Klie (2004) plädieren in diesem Zusammenhang für ein Umdenken in Bezug auf das Pflegearrangement hin zu einem Pflege-Mix-Modell bzw. Case-Management (vgl. auch Daatland & Löwenstein 2005). Umgekehrt erschweren eine zu starke Bürokratisierung im Pflegeprozess sowie die schwierige Organisation sozialer Dienste oder die mangelnde Qualität professioneller Pflege in besonderem Maße die Vereinbarkeit (Lamura et al. 2006). In ihrer US-amerikanischen Untersuchung kommen Neal und Hammer (2006) – ebenso wie Williams (2004) – zu dem Ergebnis, dass pflegende Angehörige sich zudem eine höhere finanzielle Unterstützung, z.B. in Form einer direkten Geldleistung oder durch Steuererleichterungen sowie eine stärkere Berücksichtigung der Pflege in der Sozialversicherung wünschen. Bislang werden die Kosten der häuslichen Pflege durch öffentliche Zuschüsse vielfach nur unzureichend gedeckt – flankiert durch ein häufig geringeres Haus-

haltseinkommen als Resultat der Arbeitszeitreduzierung. Die Studie EUROFAMCARE entwickelte auf der Basis ihrer Ergebnisse ebenfalls konkrete Handlungsempfehlungen und spricht sich für eine stärkere lebenslauforientierte Betrachtung von Pflege aus. Die Autoren fordern zudem verstärkt politisch forcierte Möglichkeiten zur Teilzeitarbeit für pflegende Männer und Frauen mit vollen Altersbezügen und Versicherungsschutz (Mestheneos & Triantafillou 2005). Da es erwerbstätigen Pflegenden oftmals an Zeit zur Informationsbeschaffung und Organisation in der Pflege mangelt, erweisen sich bereits niedrighschwellige Informationsangebote, z.B. zu Versicherungsleistungen, sozialen Diensten, Stressmanagement, Patientenverfügung, Notfallpflege, diversen Wohnformen für das Alter, Umgang mit Krankenkassen sowie Rechtsberatung als äußerst unterstützend (Pieper 2008). Speziell in mediterranen Ländern empfinden viele Pflegende die Möglichkeiten, private Pflegekräfte einzustellen als hilfreich – wenngleich es sich in den meisten Fällen um prekäre Beschäftigungsverhältnisse handelt (vgl. Abschnitt 7.1.5).

Politische Maßnahmen können alleine jedoch nur partiell etwas zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beitragen. Erst durch die Verknüpfung mit der betrieblichen und gesellschaftlichen Handlungsebene lassen sich Entlastungsmomente für erwerbstätige Pflegende erzielen. Dies wird beispielsweise durch die Studie von Oura und Washio (2007) eindrucksvoll belegt, die den Gesundheitszustand von depressiven Pflegepersonen vor und nach der Einführung einer Langzeitpflegeversicherung untersuchten: Überraschenderweise zeigen die Ergebnisse der Vorher-Nachher-Situation keine signifikanten Unterschiede auf, so dass an dieser Stelle von weiteren Unterstützungsbedarfen ausgegangen werden kann. Ob sich die aktuellen Regelungen zur Pflegezeit in Deutschland an dieser Stelle zielführend erweisen werden, bleibt vorerst abzuwarten und bedarf künftig einer entsprechenden Evaluation.

### *Betriebliche Maßnahmen*

Die *betrieblichen* Maßnahmen sind essentiell für eine gelingende Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege. Dies gilt in besonderem Maße für Wohlfahrtsstaaten mit zurückhaltender staatlicher Unterstützung, wie bspw. in liberalen Wohlfahrtssystemen. Interessanterweise tendieren Arbeitnehmer/innen mit Pflegeverantwortung in Befragungen dazu, vor allem die *helfenden* Maßnahmen herauszustellen. Dies mag insofern nicht verwundern, da es sich bei den Befragten häufiger um Personen handelt, denen eine Vereinbarkeit, zumindest in Teilen, weitestgehend gelingt – schließlich sind sie trotz ihrer Pflegeaufgaben immer noch erwerbstätig (Bernard & Phillips 2007). Dennoch scheint es problematisch, dass die Pflege eines älteren Angehörigen immer noch ein Tabu am Arbeitsplatz darstellt (vgl. Abschnitt 3.2). Insbesondere Männer scheuen sich, das Thema vor Kolleg/innen oder gar Vorgesetzten anzusprechen, obgleich Studien belegen, dass eine offene Umgangsart für die pflegenden Ange-

hörigen und in der Folge die informelle Unterstützung durch Kolleg/innen und Vorgesetzte durchaus entlastend wirken kann (Atienza & Stephens 2000; Bernard & Phillips 2007; Lehner et al. 2004; MetLife et al. 2003; Neal & Hammer 2006). Wenn Kolleg/innen und Vorgesetzte dem Betroffenen die entsprechende instrumentelle und emotionale Unterstützung bieten, leisten sie einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Yeandle et al. 2002). Dies wird durch das folgende Zitat einer Befragten aus der Untersuchung von Bernard und Phillips folgendermaßen ausgedrückt:

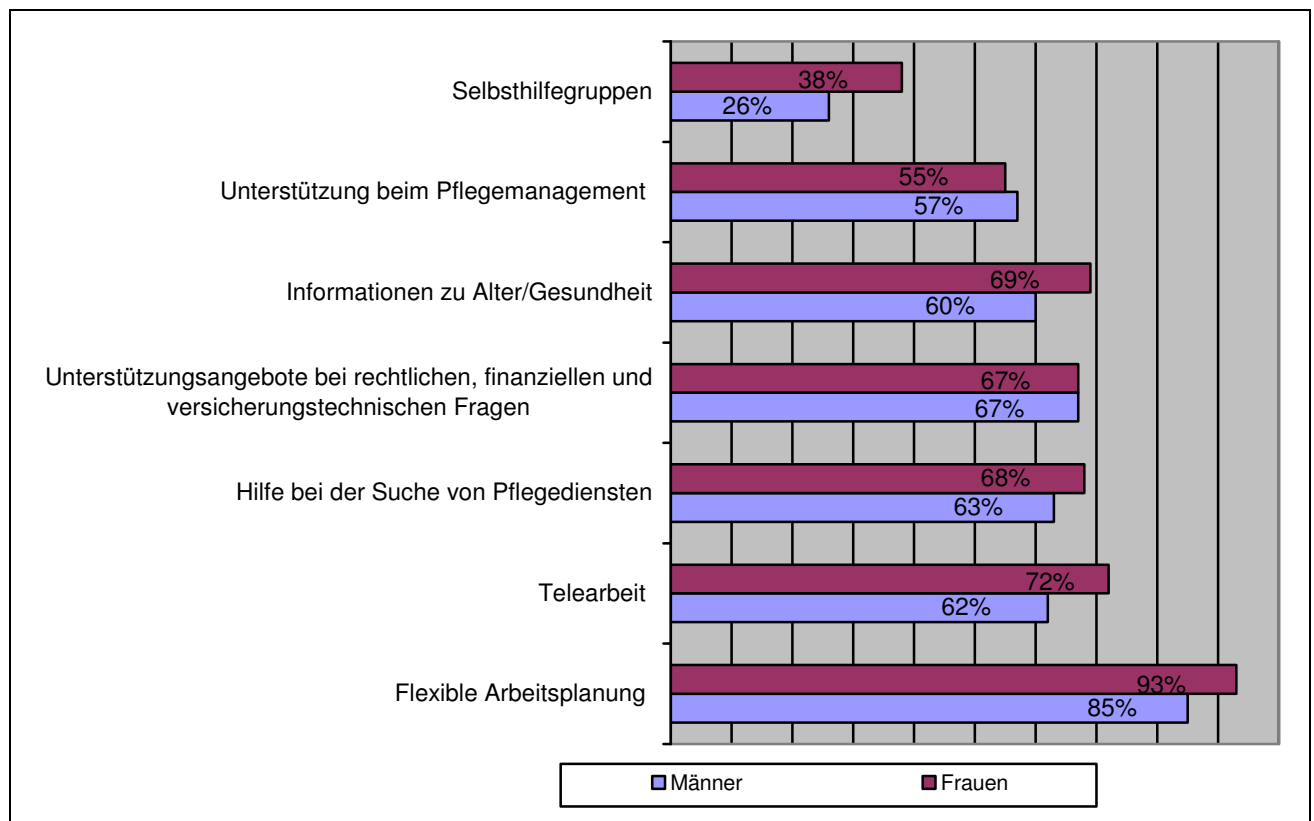
*“My colleagues were absolutely wonderful. You know, they’d listen to me sometimes you know and they’d say, „Are you OK?“” (Bernard & Phillips 2007: 151)*

So kommt den engen Kolleg/innen sowie den unmittelbar Vorgesetzten eine besondere Bedeutung zu. Phillips et al. (2002) stellen vier Faktoren vor, die eine Implementierung vereinbarkeitsfreundlicher Maßnahmen durch die Unternehmensleitung fördern: 1) Die eigene Einstellung und Diskretion gegenüber dem Thema, 2) Wissen über die eigene Mitarbeiterschaft, 3) die Ausbalancierung der Komplexität der Situation, um allen Meinungen gerecht zu werden und 4) Aufmerksamkeit für Subkulturen in der Organisation, die nicht nach Hilfe offen fragen möchten. Allerdings besteht vielfach zu wenig Wissen um die Problematik bzw. um die entsprechenden Maßnahmen (Budd & Mumford 2006). Klarheit ist allerdings von größter Relevanz, wie Phillips et al. formulieren:

*“The lack of clear guidance means that different managers may interpret the same policies in different ways” (Phillips et al., 2002: 15).*

Das Verhältnis zwischen Angestellten und Vorgesetzten sollte von Vertrauen ("bank of trust") geprägt sein (ebd.). In einem informierten und sensibilisierten Arbeitsteam lassen sich schließlich die Aufgaben gezielter den jeweiligen Mitarbeiter/innen anpassen (Yeandle et al. 2002). Hier ist es besonders förderlich, wenn die Belegschaft auf das Thema aufmerksam gemacht wird und eine Rücksichtnahme, z.B. in Bezug auf Urlaubsplanung, Geschäftsreisen und Überstunden erfolgt. Unterstützend für die Erwerbstätigen mit Pflegeverantwortung ist insofern die Schaffung einer pflegesensiblen Atmosphäre und die Entwicklung einer Unternehmenskultur, die das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Pflege offen kommuniziert und praktisch unterstützt, beispielsweise in Form von Vortragsreihen für Führungskräfte (berufundfamilie 2007 und 2009; Mestheneos & Triantafillou 2005; Meyer 2006; Schneider et al. 2005 und 2006). Abbildung 14 illustriert auf Basis einer MetLife-Studie aus den USA weitere Bedarfe von pflegenden Arbeitnehmer/innen an einzelnen betrieblichen Serviceleistungen:

Abb. 14: Nachfrage an Unterstützungsangeboten von berufstätigen pflegenden Angehörigen:



Quelle: MetLife et al. 2003: 8

Die Ergebnisse der Studie sind eindeutig: "Flexibilität" gilt mit etwa 90% als besonders hervorzuhebender Wunsch erwerbstätiger Pflegender. Zwischen den Geschlechtern lassen sich nur geringe Unterschiede in den Bedürfnissen feststellen. Einzig in Bezug auf Selbsthilfegruppen und bei Informationen zu Altern und Gesundheit wird eine deutliche Präferenz weiblicher Pflegender offensichtlich. Die meisten Studien belegen: Hilfreich ist eine auf die Arbeitnehmer/innen zugeschnittene Arbeitsorganisation, die so flexibel wie möglich nutzbar ist und dennoch über konstante Strukturen verfügt. Besonders wichtig ist eine Balance zwischen Räumen für genügend Flexibilität einerseits und einer gleichzeitigen Berechenbarkeit und Planbarkeit von Arbeitsprozessen sowie finanzielle Sicherheit andererseits. Flexibilität darf zudem nicht in arbeitsplatzbezogenen Unsicherheiten oder einem Ausnutzen von Seiten der Arbeitgeber münden (Balcerzak-Paradowska 2008; Juchnowicz 2008; KPP 2007). Eine flexible Arbeitszeit z.B. in Form von Gleitzeit, im Idealfall ohne feste Kernarbeitszeiten, oder eine auf vier Tage komprimierte Arbeitswoche entlasten erwerbstätige Pflegende im Gegensatz zu starren Zeitkorridoren, die keinen Raum für Notfallsituationen oder Krisen lassen (Głogosz 2008; Neal & Hammer 2006; Pieper 2008). Darauf weisen auch die Ergebnisse der qualitativen Studie von Bernard und Phillips (2007) hin: Neben einer generell pflegefreundli-

chen Atmosphäre und Unterstützung von Seiten der Kolleg/innen empfinden es erwerbstätige Pflegende als eine Erleichterung, z.B. den eigenen Jahresurlaub tatsächlich nutzen oder Überstunden abbauen zu können ("Time off in lieu"). Allerdings ist eine unbezahlte berufliche Auszeit nicht unbedingt die erste Wahl für pflegende Angehörige: Die Studie von Wagner (2006) zeigt, dass nur 13% diese Möglichkeit zur Elternpflege nutzen, 6% zur Pflege des Partners. Insgesamt profitieren Pflegende vor allem von niedrigschwelligen Angeboten. Komplizierte und langwierige Antragsverfahren schrecken dagegen viele doppelt Belastete ab (Phillips et al. 2002). Wenn Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung nicht das Gefühl bekommen, dass sie spezielle Maßnahmen ohne negative Konsequenzen annehmen dürfen, bleibt das Thema Vereinbarkeit weiterhin tabuisiert (Yeandle et al. 2002). Des Weiteren gilt es zu beachten, dass es im Zuge des mobileren Arbeitsmarktes zu einer steigenden Anzahl von Pflegenden kommen mag, die nicht im unmittelbaren Umkreis einen Angehörigen zu versorgen haben, sondern unter Umständen lange Pendelzeiten in Kauf nehmen müssen. Diesen bereits erwähnten "long-distance carers", die in der Regel eher ganze Fehltage vorweisen, als dass sie nur früher den Arbeitsplatz verlassen, kommen beispielsweise Optionen, nicht täglich präsent sein zu müssen und sich stattdessen einen ganzen Tag frei nehmen zu können, oder aber ein externer Arbeitsplatz in der Nähe des pflegebedürftigen Angehörigen mehr entgegen als flexible Arbeitszeiten innerhalb einer 5-Tage-Woche mit unbedingter Präsenzzeit (MetLife & NAC 2004). Im Hinblick auf Schichtdienste und Wochenendarbeit scheinen die Vor- bzw. Nachteile für erwerbstätige Pflegende weniger eindeutig. Keck und Saraceno (2009) kommen bspw. zu dem Ergebnis, dass die pflegenden Erwerbstätigen diese Arbeitsformen nicht zwangsläufig als Nachteil empfinden: Schichtdienste und Wochenendarbeitszeiten können durchaus Zeitfenster für eine Betreuung durch Dritte eröffnen, die möglicherweise selbst Betreuungsleistungen nur innerhalb der regulären Arbeitszeit anbieten können (vgl. auch INQA 2004). Andererseits gibt es Untersuchungen, die häufig wechselnden und unregelmäßigen Modellen (z.B. Spontaneinsätze oder unregelmäßige Schichtdienste) eine größere Belastung der Arbeitnehmer/innen bescheinigen (Bäcker 2003; berufundfamilie 2007 und 2009; INQA 2008; Mooney & Statham 2002; Schneider et al. 2005 und 2006). Insgesamt scheint sich eine Work-Life Balance in der lean production oder tayloristisch ausgerichteten Arbeitsstrukturen weniger gut realisieren zu lassen (Valeyre 2009).

Neben einer flexiblen Arbeitszeit besteht vonseiten der Pflegenden vielfach der Wunsch, nach einer insgesamt reduzierten Arbeitsbelastung und Teilzeitarbeit (Balcerzak-Paradowska 2008; Klenner 2007; Kotowska et al. 2005; Yeandle et al. 2007b). Insbesondere Stellen mit 75%iger Auslastung kommen aufgrund vergleichsweise geringer finanzieller Einbußen den Pflegenden entgegen. Weitere wichtige betriebliche Unterstützungsmöglichkeiten können zudem kurzfristige Freistellungsoptionen über längere Zeiträume oder Sonderur-

laubstage ohne administrativen Aufwand sein, die insbesondere in der Anfangs- und Endphase einer Pflege wichtig sind, um sich bspw. Informationen einzuholen und das Pflegearrangement zu organisieren (KPP 2007; CSO 2006). Dabei sollte die Wiedereingliederung durch den Betrieb unterstützt werden, z.B. durch die Rückkehrgarantie auf denselben Arbeitsplatz und einen kontinuierlichen Kontakte während einer Freistellung. Entsprechend zugeschnittene betriebliche Weiterbildungsmaßnahmen (z.B. in Form von Online-Seminaren) können dazu beitragen, das Wissen der Pflegenden auf dem aktuellen Stand zu halten (berufundfamilie 2007 und 2009; Kröger 2003; Phillips et al. 2002). Als hilfreiche Unterstützung haben sich auch Arbeitszeitkonten mit monatlichen oder jährlichen Abrechnungszeitfenstern in der Pflegesituation erwiesen (Klenner 2006). Telearbeit und Heimarbeitsplätze erleichtern Erwerbstätigen den Arbeitsalltag, insbesondere bei Versorgungslücken in der Pflege (Neal & Hammer 2006; berufundfamilie 2007 und 2009; BMFSFJ 2004 und 2005).

Interessanterweise wünschen sich einige pflegende Angehörige über die Betriebe eine Bereitstellung von Infomaterial über Gesundheit und Altern, allgemeine Informationen zur Pflegeversicherung etc. (vgl. auch berufundfamilie 2007 und 2009; Neal & Hammer 2006; Reichert 2007; Sadowska-Snarska 2008). Dabei scheint es über die Möglichkeiten im eigenen Unternehmen ein Informationsdefizit zu geben: Die oben genannte MetLife-Studie konnte feststellen, dass nur etwa ein Drittel der befragten erwerbstätigen Pflegenden über betriebliche Maßnahmen im Hinblick auf die Pflege älterer Angehöriger informiert ist (MetLife et al. 2003). Insofern kann bereits eine größere Transparenz über entsprechende Instrumente hilfreich sein – im Idealfall gibt es sogar konkrete Ansprechpartner/innen im Unternehmen, die Beratung zur Pflegesituation anbieten oder auf externe Expert/innen verweisen können, z.B. psychosoziale Betreuung, Beratung über die Pflegeversicherung etc. (berufundfamilie 2007 und 2009; Mooney et al. 2002). Aufgrund des plötzlichen Eintretens des Pflegefalls und der komplexen Rechtsvorschriften fühlen sich pflegende Angehörige bereits dadurch entlastet, dass ihnen jemand Hilfe bei bürokratischen Modalitäten, z.B. dem Ausfüllen von Anträgen, leistet oder bei der Vermittlung von Pflegeeinrichtungen Ratschläge erteilen kann (Klenner 2007; Wagner 2006). Interessant wären auch Veranstaltungshinweise zum Thema Pflege, Seminare zu Wiedereinstiegsmöglichkeiten und Fachvorträge beispielsweise von Pflegekräften (Bojanowska 2008; Pieper 2008). Meyer (2006) plädiert dahingehend auch für eine steuerliche Berücksichtigung derartiger betrieblicher Maßnahmen für kleine und mittlere Unternehmen in Deutschland (vgl. auch Głogosz 2008).

Neben den oben genannten betrieblichen Möglichkeiten im Rahmen der Arbeitsorganisation und des Ausgleiches von Informationsdefiziten, gibt es noch eine Reihe weiterer Vorschläge in der aktuellen Forschungsliteratur. Dazu gehören bspw. finanzielle Zuschüsse durch den



Arbeitgeber, z.B. für haushaltsnahe Dienstleistungen, die nicht von einer Versicherung abgedeckt werden, oder engere Vernetzungen mit örtlichen sozialen Diensten, z.B. durch Verträge zwischen Unternehmen und Pflegeeinrichtungen für Belegplätze, die bei kurzfristigem Bedarf, z.B. bei Geschäftsreisen, von den pflegenden Angehörigen in Anspruch genommen werden können (berufundfamilie 2007 und 2009; Grammer 2008). Angelehnt an Ideen zur Förderung des ehrenamtlichen Engagements erscheint auch der Vorschlag bedenkenswert, ehemalige Unternehmensmitarbeiter/innen im Rahmen eines "Freiwilligenpools" für kleinere instrumentelle Tätigkeiten einzusetzen (berufundfamilie 2007 und 2009).

Interessanterweise scheinen für die pflegenden Erwerbstätigen informelle Vereinbarungen im Unternehmen hilfreicher zu sein als strikte "top-down-Maßnahmen" (Bernard & Phillips 2007; Schneider et al. 2005 und 2006). So förderlich aber die kollegiale Unterstützung bzw. das Verständnis der direkten Vorgesetzten für die Erwerbstätigen sein kann, so negativ erweist sich die gegenteilige Situation, wenn Unverständnis, Druck und Stress auf die doppelt Belasteten ausgeübt wird. Atienza und Stephens (2000) kommen in ihrer Untersuchung zu der Erkenntnis, dass Krisen und Probleme am Arbeitsplatz die Lebensqualität eines pflegenden Erwerbstätigen stärker negativ beeinflussen als umgekehrt eine gute Atmosphäre begünstigend wirkt.

Insgesamt sind lebenslauforientierte betriebliche Maßnahmen sinnvoll, die den jeweiligen Belastungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern angepasst sind (Klenner 2007). Hier ergibt sich ein wichtiges Handlungsfeld nicht zuletzt für die Interessenvertretungen der Arbeitnehmer/innen. So können Betriebsräte beispielsweise entsprechende Vereinbarungen aushandeln und bei der Arbeitszeitgestaltung verstärkt die Belange von Beschäftigten mit Pflegeverantwortung für einen älteren Menschen berücksichtigen (DGB 2005 und 2006; Wert.Arbeit 2008).

### *Gesellschaftliche Unterstützung*

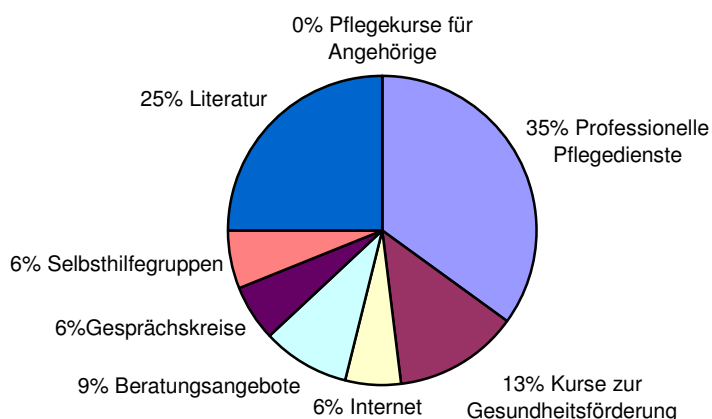
Phillips et al. (2002) leiten aus ihren Forschungsergebnissen ab, dass pflegende Angehörige persönlich folgende Strategien als hilfreich empfinden:

- Mit einer vertrauten Person über das Thema reden.
- Sich ein wenig Zeit für sich selbst zu nehmen
- Auch die heiteren Seiten der Situation nicht zu vergessen
- Den eigenen Erfahrungen und der wachsenden Expertise vertrauen
- Sich die Interessen für Themen außerhalb der Pflege bewahren (Phillips et al. 2002: 8)

Pflegende Angehörige bedauern nicht selten eine mangelnde gesellschaftliche Anerkennung ihrer informellen Pflegeleistungen (Schneider et al. 2005 und 2006). Daraus lässt sich schließen, dass z.B. in Deutschland eine gesamtgesellschaftliche Wahrnehmung von pflegenden Angehörigen als eigene Interessengruppe ein Ziel sein könnte, wie dies z.B. in Großbritannien oder in Skandinavien verstärkt der Fall ist. Neal und Hammer (2006) schlagen dahingehend vor, die Vereinbarkeitsproblematik in ihrer Komplexität transparenter zu machen, um gesellschaftliche Stigmatisierungstendenzen zu vermeiden und das Thema zu enttabuisieren. Die mediale Berichterstattung oder auch regelmäßige öffentliche Informationsveranstaltungen können hierbei in besonderer Weise beitragen. Wichtig scheint zudem eine verstärkte Diskussion um eine geschlechtergerechte Pflegeaufteilung. Entsprechend plädiert Meyer (2006) dafür, nicht nur die Pflegebereitschaft von Männern zu stärken, sondern Pflege endlich eine geschlechterneutrale Konnotation zu geben. Es ist außerdem davon auszugehen, dass sich erwerbstätige Pflegende, die in besonderer Weise auf die Unterstützung durch Dritte angewiesen sind, durch zielgerichtete Netzwerke im Bereich des bürgerschaftlichen Engagements erleichtert fühlen (Kotowska et al. 2008). In Italien kommt in besonderer Weise der Wunsch nach Unterstützung durch private Pflegekräfte zum Tragen: Laut einer Untersuchung von Quattrini et al. (2006) wünscht sich jede/r fünfte pflegende Angehörige Hilfe durch Dritte außerhalb der eigenen Familie – insbesondere während der Arbeitszeit (Mooney et al. 2002). Interessant sind die Ergebnisse einer Studie aus Polen: Ein Drittel der befragten Pflegenden wünschte sich verstärkt Aktionen, die die familiäre Bindung und Verantwortung gegenüber den Eltern thematisieren (Bojanowska 2008).

Eine gesellschaftliche stärkere Praxis alternativer Wohnformen (z.B. in Form von Demenz-Wohngemeinschaften) kann ebenso die Pflegebelastung reduzieren und eine Erwerbstätigkeit leichter ermöglichen, sofern dies nicht nur durch die Politik, sondern auch durch eine gesamtgesellschaftliche Debatte mitgetragen wird (Hasseler & Görres 2005). Insgesamt nutzen erwerbstätige Angehörige nur in geringem Maße öffentliche Angebote im Kontext von Pflege, wie etwa Informationsveranstaltungen oder Kurse, aber auch professionelle Pflegedienste: Vielfach werden die hohen Kosten oder auch ein fehlendes Interesse an den entsprechenden Inhalten als Begründung angegeben (Gaus & Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit 2007; vgl. auch Lamura et al. 2005; Quattrini et al. 2006):

Abb. 15: Welche Unterstützung nutzen pflegende Angehörige?



Quelle: gaus & Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit 2007: 5

Es zeigt sich, dass an diesem Punkt das Angebot vermutlich an den Wünschen – die erwerbstätige Pflegende nachweislich in Untersuchungen äußern – schlichtweg vorbeigeht.

Wie bereits erwähnt, zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass es häufig an Wissen über rechtliche oder finanzielle Fragen mangelt bzw. viele Informationsangebote nicht die entsprechende Zielgruppe erreichen (Blinkert & Klie 2004; Budd & Mumford 2006; Lamura et al. 2006; Pochobradsky et al. 2005, Schneekloth & Wahl 2005). Hier bedarf es also einer verstärkten medialen Thematisierung und Aufklärungsarbeit, aber eben auch einer besseren Kommunikation. Laut Schneider et al. (2005 und 2006) wünschen sich viele erwerbstätige Pflegende in Deutschland bspw. auch eine bessere Kommunikation mit den Krankenkassen und weniger bürokratische Hürden – viele fühlen sich in dieser Situation schlichtweg überfordert durch die Komplexität rechtlicher Vorschriften und die wenige Zeit, die neben Berufstätigkeit und Pflegeanforderung zur Informationsbeschaffung bleibt. Auch das deutsche Einstufungsverfahren in die Pflegestufen und die Qualität der ambulanten Pflege wird häufig als undurchsichtig und stark somatisch orientiert kritisiert (ebd.). Da es pflegenden Erwerbstätigen häufig an Freiräumen zur physischen wie psychischen Regeneration mangelt, wäre es auch eine hilfreiche Option, verstärkt Erholungsangebote, z.B. für Urlaubsreisen mit Pflegenden und Pflegebedürftigen oder Gesprächskreise und psychotherapeutische Hilfen anzubieten (Grammer 2008). Auf den ersten Blick simpel und dennoch logisch erscheint es darüber hinaus, erwerbstätigen Pflegenden an den entscheidenden Anlaufstellen mit entsprechenden Öffnungszeiten entgegen zu kommen, so dass Erledigungen nach Dienstschluss noch mög-

lich sind. Auch Dienstleistungen, die online von zuhause erledigt werden können (bspw. Bankangelegenheiten, Einkaufen) oder der Ausbau von Einkaufs- und Lieferdiensten können eine große Erleichterung darstellen (Mooney et al. 2002).

Resümierend sollen zum Abschluss dieses Kapitels die für eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege förderlichen bzw. hinderlichen Faktoren in unten stehender Tabelle zusammengefasst werden (u.a. Au & Sowarka 2007; Bäcker 2003; Bernard & Phillips 2007; berufundfamilie 2007 und 2009; DGB 2005 und 2006; Familienforschung Baden-Württemberg 2009; gaus & Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit 2007; INQA 2008; Mestheneos & Triantafillou 2005; Mooney & Statham 2002; Neal & Hammer 2006; Phillips et al. 2002; Schneider et al. 2005 und 2006).

Tab. 14: Übersicht über förderliche und hinderliche Faktoren auf politischer, betrieblicher und gesellschaftlicher Ebene:

|                                     | <b>Förderliche Faktoren</b>  | <b>Hinderliche Faktoren</b>   |
|-------------------------------------|--|---|
| Politisch<br>Handlungs-<br>ebene    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bereitstellung institutioneller Hilfen und Dienstleistungen, insb. Kurzzeitpflege</li> <li>- "Pflegejahr"</li> <li>- Ermöglichung eines Pflege-Mix</li> <li>- Förderung alternativer Wohnformen und pflegeunterstützender Technologien</li> <li>- Initiierung von Netzwerken und Förderung des Ehrenamtes</li> <li>- Finanzielle Hilfen (direkt oder durch Steuer-gesetzgebung)</li> <li>- Berücksichtigung der Pflegezeit in der Sozialversicherung</li> <li>- Vereinfachte Antragsverfahren</li> <li>- Niedrigschwellige Beratungsangebote</li> <li>- Lebenslaufpolitische Beachtung von Pflegeaufgaben</li> <li>- Aktivierung männlicher Pflegepersonen</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlende Wahrnehmung auf der politischen Agenda</li> <li>- Starre Abgrenzung zwischen ambulanter und stationärer Pflege</li> <li>- Fehlende Bereitstellung einer Infrastruktur von sozialen Diensten</li> <li>- Mangelnde Qualitätsregelungen in der Pflege durch professionelle Dienste</li> <li>- Komplexe Bürokratie und verwirrende Informationsangebote</li> <li>- Politische Instrumente, die nur im selben Haushalt wohnende Angehörige unterstützen</li> </ul> |
| Betriebliche<br>Handlungs-<br>ebene | <p><u>Unternehmenskultur:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Offener Umgang und Unterstützung von Kolleg/innen und Vorgesetzten</li> <li>- Mitsprachemöglichkeiten</li> <li>- Transparenz</li> <li>- Kommunikation des Themas i.F.v. Schulungen</li> </ul> <p><u>Arbeitszeit:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Flexible Arbeitszeiten</li> <li>- Arbeitsreduzierung/ Teilzeit</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fehlende Offenheit im Unternehmen und mangelnde Unterstützung</li> <li>- Tabuisierung des Themas</li> <li>- Mangelnde Diskretion aufseiten der Vorgesetzten</li> <li>- Fehlende Rücksichtnahme</li> <li>- Starre Arbeitszeitmodelle</li> <li>- Keine Möglichkeiten zur Reduzierung der Arbeitszeit</li> <li>- Spontane Arbeitseinsätze, die eine Planung erschweren</li> </ul>   |

|                               |   |  |
|-------------------------------|---|--|
|                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kurzfristige (unbezahlte) Freistellung</li> <li>- Zugeschnittene Arbeitsformen</li> <li>- Arbeitszeitkonten, die angespart und für Auszeiten abgebaut werden können.</li> <li>- Verlässlichkeit und stabile Abläufe</li> </ul> <p><u>Arbeitsorganisation:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Telearbeit &amp; Homework</li> <li>- Teamarbeit</li> <li>- Sensibilität und Rücksichtnahme (bei Urlaubsplanung, Überstunden, Weiterbildungsmaßnahmen)</li> <li>- Initiierung eines Ansprechpartners</li> </ul> <p><u>Beratung und Information:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beratung und Bereitstellung von Infomaterial</li> </ul> <p><u>Sonstiges:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Selbsthilfegruppen</li> <li>- Telecare für Pflegebedürftige</li> <li>- Angebot von speziell zugeschnittenen Weiterbildungsmaßnahmen (auch während einer Auszeit) ; z.B. in Online-Form</li> <li>- Kontaktangebote während der Freistellung durch Einladungen zu Betriebsfesten, Intranet zuhause, Newsletter etc.</li> <li>- Tagespflege an Arbeitsstätte</li> <li>- Betriebliche Vertragsvereinbarungen mit Pflegeeinrichtungen als Notfallunterkunft</li> <li>- Freiwilligenpool zur Unterstützung bei leichten Tätigkeiten und Patensystem</li> <li>- Mittagessen für Familienangehörige</li> <li>- Innerbetriebliche Ressourcen nutzen wie z.B. Wäsche- und Reinigungsdienste</li> <li>- Heterogenität der Pflegenden untereinander beachten (z.B. "long-distance carers")</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bürokratische Hürden bei Beantragungen (z.B. Freistellungen)</li> <li>- Fehlende Mitsprachemöglichkeiten</li> <li>- Ständige Anwesenheitspflicht</li> <li>- Mindestanzahl Überstunden</li> <li>- Häufige Geschäftsreisen</li> <li>- "Ausgeschlossensein" bei Auszeiten</li> <li>- Keine Beachtung spezieller Bedürfnisse und Pflegekonstellationen</li> <li>- Mangelnde Transparenz über Maßnahmen und Instrumente zur Vereinbarkeit</li> </ul> |
| <p>Soziale Handlungsebene</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesellschaftliche Offenheit und Anerkennung</li> <li>- (regionalbezogene) Informationen zum Thema (z.B. durch die Medien)</li> <li>- Längere Öffnungszeiten von einschlägigen Anlaufstellen</li> <li>- Ausbau spezifischer Dienstleistungen wie Einkaufshilfen</li> <li>- Verstärktes bürgerschaftliches Engagement</li> <li>- Zielgruppengerechte Informationsveranstaltungen</li> <li>- Selbsthilfegruppen und psychosoziale Hilfen</li> <li>- Erholungsangebote</li> <li>- Förderung der Pflegebereitschaft von Männern</li> <li>- Hilfe von Familie und Freunden</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gesellschaftliche Tabuisierung</li> <li>- Stigmatisierung</li> <li>- Fehlende Wahrnehmung und Anerkennung</li> <li>- Keine mediale Resonanz</li> <li>- Mangelnde gesellschaftliche Sensibilität</li> <li>- Komplexe Bürokratie</li> <li>- Kurze Öffnungszeiten</li> <li>- Schwer erreichbare Ansprechpartner</li> <li>- Weiblich dominierte Verantwortung für Pflegeaufgaben</li> </ul>   |

Quelle: Eigene Darstellung

In den vorangegangenen Schilderungen wurde insbesondere auf die Sicht der pflegenden

Erwerbstätigen Bezug genommen. In dem folgenden Kapitel soll nunmehr die Perspektive der Arbeitgeber im Vordergrund stehen und entsprechend die Auswirkungen der Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auf die Unternehmen beschrieben werden.

## **6. Geschlechtsspezifische Ungleichheiten im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Familie**

Wie bereits in Abschnitt 2.2 beschrieben, ist die Variable "Geschlecht" von besonderer Bedeutung, wenn es um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege geht: Alle vorliegenden Untersuchungen belegen, dass die Pflege älterer Angehöriger – einer steigenden Frauenerwerbstätigkeit zum Trotz – immer noch vorwiegend weiblich ist. Dennoch ist eine feministische Betrachtungsweise von "eldercare" im Kontext von Geschlechtergerechtigkeit am Arbeitsmarkt erst vergleichsweise spät entstanden (Radke-Röwenkamp 2008). Dieses Thema schien – im Gegensatz zur Vereinbarkeit von Beruf und *Kinderbetreuung* – lange Zeit kaum relevant für die Arbeitsmarktforschung, da mit dieser Problematik zumeist Frauen im mittleren Lebensalter in Verbindung gebracht wurden, die ohnehin in geringerem Maße noch aktiv erwerbstätig sind. Im Zuge der demographischen Entwicklung und einer steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen erhält die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eines älteren Angehörigen allerdings eine neue Brisanz (vgl. Arber 2003; Arber, Andersson & Hoff 2007; Arntz & Thompson 2008; Grundy et al. 2006; Mooney et al. 2002). Im Folgenden sollen einige Aspekte der geschlechtsspezifischen Ungleichheit bei der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege herausgestellt werden.

Wenngleich der Anteil männlicher Arbeitnehmer mit Pflegeverantwortung in den letzten Jahren auf mittlerweile ca. 30% angestiegen ist, so belegen dennoch zahlreiche Untersuchungen, dass männliche Pflege vor allem eine *Alternative* darstellt, wenn es an weiblichen Pflegepersonen mangelt oder es zu innerfamiliären Konflikten kommt (Buboltz-Lutz 2006; Campbell & Martin-Matthews 2000; Keck & Saraceno 2009; Kramer & Thompson 2002; MetLife 2006; MetLife et al. 2003; Schneekloth & Wahl 2005; Synak et al. 2000). Für Crompton et al. (2003) stellt das Geschlecht die wichtigste Einflussgröße in Bezug auf das Arrangement von Erwerbstätigkeit und Pflegeverantwortung dar. Radke-Röwenkamp (2008) bewertet in diesem Zusammenhang die Geschlechtszugehörigkeit sogar als ausschlaggebenderen Faktor für die Übernahme der Pflege als die eigentliche familiäre Abstammungslinie und argumentiert dabei mit dem hohen Anteil pflegender Schwiegertöchter (vgl. auch Kröger 2003; Lai 2007). In der Konsequenz reduzieren Frauen nicht nur häufiger ihre Arbeitszeit, sondern es sind vorwiegend weibliche Pflegenden, die ihre Erwerbsarbeit langfristig unterbrechen – mit den ent-

sprechenden Wiedereinstiegsrisiken (Grammer 2008). Mit anderen Worten: Bei Eintritt eines Pflegefalls in der Familie wirkt sich dies bei weiblichen Erwerbstätigen in besonderer Weise auf den Arbeitsplatz aus, während Männer häufiger gleichbleibend ihrer Erwerbstätigkeit nachgehen. Wóycicka und Rurarz (2007: 287) etikettieren diese geschlechtsspezifische Konstellation von Erwerbstätigkeit und Pflege bei Frauen als *subsistitiv*, bei Männern dagegen als *komplementär*. Darüber hinaus wird die Pflege je nach Geschlecht der Pflegeperson vom Umfeld ungleich bewertet (Milne & Hatzidimitriadou 2003). Während weibliche Pflege häufig als "Selbstverständlichkeit" wahrgenommen wird, ist die Unterstützung durch einen pflegenden (erwerbstätigen) Mann überaus positiv konnotiert:

*"It also views men who act as carers as something unnatural, a 'Mr. Wonderful', whereas women are simply expected to cope!" (Phillips 2007: 75)*

Diese Selbstverständlichkeit der Pflegeverantwortung kann auch dazu führen, dass (Schwieger-)Töchter sich moralisch stark unter Druck gesetzt fühlen, den älteren Angehörigen beizustehen (Czekanowski 2000; Synak et al. 2000). Eine Teilnehmerin an der bereits erwähnten Untersuchung von Keck und Saraceno versucht diese Gewissheit der Pflege durch die Tochter in Worte zu fassen:

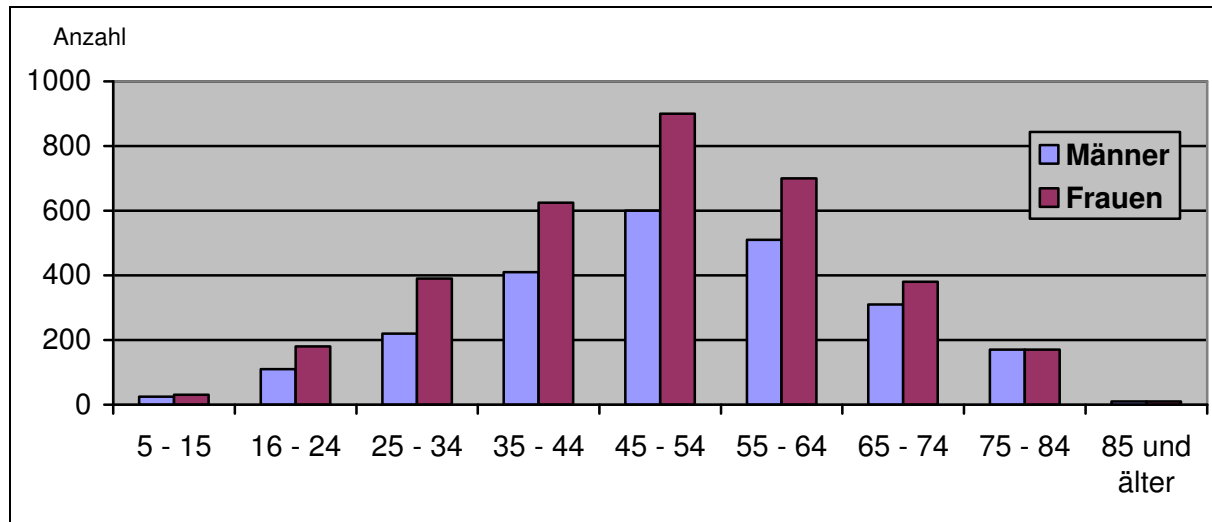
*"It was just normal that I did it. She [the mother] is anyway totally fixated on me." (Keck & Saraceno 2009: 42)*

Umgekehrt wird der weiblichen Pflegeperson sogar oftmals unterstellt, vor allem an Leistungen aus der Pflegekasse interessiert zu sein (Gröning & Kunstmann 2008). Weitere Probleme sieht Gröning (2002) innerhalb der familialen Beziehungen: Da eines der besonderen Kennzeichen problematischer Pflege die Vernachlässigung von Ritualen innerhalb der Familie oder Paarbeziehung (z.B. gemeinsame Feiern, Urlaube, Abendessen etc.) darstellt, diese Handlungen jedoch in den häufigsten Fällen von den weiblichen Familienmitgliedern getragen und organisiert werden, betont Gröning die Gefahr, dass sich innerhalb der durch die Pflege schon zeitlich belasteten Familie nun auch noch weitere Spannungen im Privatleben entladen können (vgl. Lange & Szymenderski 2007).

Auch in Art und Umfang der pflegerischen Unterstützung zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede. So sind Männer zwar in ähnlicher Form an den instrumentellen Hilfen beteiligt und übernehmen auch organisatorische Aufgaben in der Pflege, Frauen leisten allerdings in höherem quantitativen wie zeitlichen Umfang "personal care" und doppelt so häufig intensive Pflege für schwer beeinträchtigte Pflegebedürftige (Bittmann, Hill & Thomson 2007; Keck & Saraceno 2009; Kröger 2003; MetLife et al. 2003; Phillips 1995; Williams 2004). Abbildung 16 stellt heraus, dass Frauen insbesondere im Erwerbstätigenalter die Hauptverantwortung

für die Pflege inne haben, während mit zunehmenden Alter auch der Anteil pflegender Männer (hier insbesondere in der Partnerpflege) ansteigt:

Abb. 16: Informelle Pflege im selben Haushalt nach Alter und Geschlecht (2001)



Quelle: Census 2001, Office for National Statistics; Census 2001, General Register Office for Scotland; Census 2001, Northern Ireland Statistics and Research Agency: <http://www.statistics.gov.uk/StatBase/ssdataset.asp?vlnk=7396&Pos=1&ColRank=1&Rank=272>).

Interessant sind dabei auch die Ergebnisse einer italienischen Studie, die einen unterschiedlichen pflegerischen Aufwand im Ländervergleich feststellt. Dabei zeigt sich, dass Frauen in Italien pro Tag 5 Stunden und 20 Minuten für die Familienarbeit<sup>19</sup> aufwenden, in Spanien dagegen 4 Stunden 55 Minuten, in Deutschland 4 Stunden und 11 Minuten und in Finnland gar nur 3 Stunden und 56 Minuten (ISTAT 2008). Umgekehrt verbringen italienische Männer im Schnitt nur 1 Stunde und 35 Minuten täglich mit Familienarbeit. Fragt man nun nach der täglichen Erwerbsarbeit, so lässt sich diese Zeit bei italienischen Männern auf 4 Stunden und 15 Minuten beziffern, bei Frauen auf ca. 1 Stunde und 52 Minuten (Frauen in Deutschland ebenfalls 1 Stunde und 52 Minuten, Frauen in Spanien 2 Stunden, Frauen in Finnland 2 Stunden und 33 Minuten) (ebd.). Johnson und Lo Sasso (2000) vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit einer geringeren Pflegebeteiligung von Männern mit einem höheren Bedarf des Pflegebedürftigen an ADL-Unterstützung korreliert. Insofern lässt sich daraus folgern, dass insbesondere weibliche Angehörige höhere pflegerische Belastungen aushalten müssen. Eine Untersuchung aus Polen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kommt dahingehend zu dem Ergebnis, dass 8% der Frauen und 4% der Männer die Pflegesituation als "sehr schwierig" beschreiben. Umgekehrt sind es mehr Männer (38%) als Frauen (30%), die in

<sup>19</sup> Aufgaben im Haushalt und Pflegeaufwendungen (care work)



dieser Befragung die Pflege als "einfach" oder "sehr einfach" empfinden (Kotowska et al. 2008: 117). Frauen müssen darüber hinaus auch in einem höheren Maße für die finanziellen Kosten in der Pflege aufkommen: Die MetLife-Studie zu "long-distance caregiving" kommt zu dem Ergebnis, dass Frauen für die Pflege aus der Entfernung fast doppelt so viel Geld aufwenden müssen wie männliche Pfleger (MetLife & NAC 2004). Insgesamt lässt sich somit konstatieren, dass Frauen häufiger, intensiver und mit einem höheren zeitlichen wie finanziellen Aufwand Pflege leisten und sich der Eintritt eines Pflegefalls bei ihnen umso stärker auf die eigene Erwerbstätigkeit, aber auch die Möglichkeiten zur Erholung auswirkt (Himmelweit & Land 2008; ISTAT 2008). Hierzu ein Zitat von Yeandle:

*"Domestic work becomes distributed across women outside of the kin network, creating new class divisions between women and new opportunities for mechanisms of exploitation for men" (Yeandle, 1999: 100).*

Als Ursachen für die geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in der Pflege werden in der aktuellen Forschungsliteratur zum einen kulturelle oder sozialisationsbedingte Faktoren (wie Rollentheoreme und Selbstkonzepte) sowie neo-marxistische Erklärungsansätze angeführt (Lewis & Cooper 1995; Palo-Stoller 2002). So zeigt sich, dass Arbeit mit Beginn der bürgerlichen Familie eher männlich, Familie dagegen eher weiblich konnotiert ist (Lewis & Cooper 1995). Auch Ludwig (2004) sieht die Feminisierung der Pflege in sozial-historischem Kontext: Bereits durch die Krankenbetreuung der Ordensschwestern im 12. Jahrhundert, gefolgt von der Domestizierung der Frau in der bürgerlichen Familie, habe sich eine gewisse "Hierarchie" zwischen der medizinischen und pflegerischen Versorgung ausgebildet, nach der die männlich konnotierte Medizin im Rang höher als die "weibliche Pflege" stehe. Zudem erarbeiten sich Frauen bereits durch die traditionell übertragene Rolle bei der Kinderbetreuung in den Augen der Angehörigen eine Art Professionalität pflegerischer Versorgung, die in der Versorgung älterer Angehöriger wieder abgerufen wird – insbesondere wenn die Erwerbsbiographie bereits von Brüchen gekennzeichnet ist (Bernard & Phillips 2007: 156; Bovenberg 2005; Flieder 2008; Knijn & Kremer 1997; Sarkisian & Gerstel 2004). Frauen durchlaufen demzufolge innerhalb der Familie regelrechte "Pflegekarrieren" oder wie es Bovenberg (2005) bezeichnet *vicious circle*. Innerfamiliäre, aber auch gesellschaftliche Normen und Werte prägen das Pflegearrangement insofern entscheidend mit (Balcerzak-Paradowska 2008; Bien et al. 2004; Budrowska 2008; Haberkern & Szydlik 2008; Kotowska et al. 2005; Kröger 2003; Skarzyński 2008).

Diese Begründungszusammenhänge werden durch die Position von Frauen am Arbeitsmarkt flankiert. So verfügen Frauen über ein vergleichsweise geringeres Erwerbseinkommen, u.a. aufgrund von Teilzeitarbeit bzw. Tätigkeiten im Niedriglohnsektor. Diese Situation führt dazu, dass sich eine Fortführung der Berufstätigkeit haushaltsökonomisch kaum lohnt bzw., dass

eine professionelle Unterstützung einfach nicht finanziert werden kann – eine Konstellation, die die finanzielle Abhängigkeit von Frauen jedoch verfestigt (vgl. di Nicola 2003; Gröning 2007; Himmelweit & Land 2008; Kotowska et al. 2007; Lewis & Lewis 1996; Pfau-Effinger 2005; Pfau-Effinger, Flaquer & Jensen 2008; Philips 2007; Ratdke-Röwenkamp 2008). Eine ökonomische Unselbständigkeit wiederum kann sich als zusätzliche emotionale Bürde herausstellen (Wóycicka & Rurarz 2007: 287). Sarkisian und Gerstel (2004) kommen in ihrer Untersuchung interessanterweise zu dem Schluss, dass der Faktor "Erwerbstätigkeit" den Faktor "Geschlecht" je nach Zusammensetzung des Haushaltseinkommens durchaus neutralisieren kann. Wichtig sind dabei wiederum die geschlechtsspezifischen Zuschreibungen :

*"For men, employment is the key marker of masculinity; for women, employment has assumed greater symbolic salience but has not displaced family obligations from the core of femininity." (ebd.: 445)*

Auch die europäische SOCCARE-Studie stellt fest, dass es vor allem darauf ankommt, wer den größten Anteil zum Haushaltseinkommen beiträgt (Kröger 2003). Erwerbstätigkeit und kontinuierliche Erwerbsbiographien sind demnach immanent: Bei einer tendenziell hohen Erwerbsbeteiligung von Frauen werden Pflegeaufgaben häufiger gleichmäßig zwischen den Familienmitgliedern aufgeteilt als in traditionellen Arrangements (vgl. Abschnitt 4.5). Doch auch postmoderne Familien bleiben oftmals traditionellen Mustern nach dem Motto "Modern denken – traditionell handeln" treu (Gröning & Kunstmann 2008). Dabei werden selbst diejenigen Frauen unter Druck gesetzt, die eigentlich modernen Lebensentwürfen folgen und erwerbstätig sein möchten, aus einem filialen Verantwortungsgefühl heraus jedoch nicht den älteren Angehörigen "im Stich lassen" wollen (Gröning 2007; Pfau-Effinger 2005; Pfau-Effinger, Flaquer & Jensen 2008; Ratdke-Röwenkamp 2008). Wie sich die steigende Frauenerwerbstätigkeit dahingehend auswirken mag, bleibt abzuwarten. Baldwin (1995) stellt in diesem Zusammenhang auch die veränderten Lebensformen und höheren Scheidungsraten heraus:

*"The choice between maintaining secure and well paid employment with good prospects and giving it up to become an unpaid carer will become more stark, and more of a deterrent- not least because awareness of the possibility of divorce has grown, and with it awareness of the need to secure an income and pension independently" (Baldwin, 1995: 136).*

Ein weiterer Punkt ist die Entfernung des Wohnorts innerhalb des familialen Aushandlungsprozesses zwischen Kindern und Eltern (Keck & Saraceno 2009). Da nun – nicht zuletzt vor dem Hintergrund einer geringeren beruflichen Mobilität – die Töchter häufiger im engeren Umkreis der eigenen Eltern leben, wird ihnen infolgedessen vielfach die Hauptverantwortung

für die Pflege unterstellt (Bernard & Phillips 2007; MetLife et al. 2003).

Je nach wohlfahrtsstaatlicher Ausgestaltung wird einerseits eine Erwerbstätigkeit teilweise aufgrund der finanziellen Belastungen durch die Pflege beibehalten, wenn es an monetärer Unterstützung durch die öffentliche Hand mangelt. Andererseits kann sich im Fall einer sozialstaatlichen Lohnersatzleistung ein Ausstieg aus der Erwerbsarbeit unter Umständen gar ökonomisch günstiger erweisen, insbesondere bei niedrig entlohnten Tätigkeiten (vgl. Masuy 2009). Da es, wie bereits erwähnt, nun vorwiegend Frauen sind, die niedrigere Erwerbseinkommen aufweisen, führt dies schließlich zu einer Verstetigung der weiblichen Familienarbeit. Insofern sind staatliche Lohnersatzleistungen für familiäre Pflege und Betreuung, wie wir sie beispielsweise in Deutschland in Form des Pflegegeldes finden, aus feministischer Perspektive umstritten (vgl. Brückner 2008; Dräger, Geister & Kuhlmeier 2003). Auf den ersten Blick familienfreundliche Instrumente wie Möglichkeiten zur Teilzeit-Arbeit oder berufliche Auszeiten können sich als weibliches Stigma zu Perpetuierung von Geschlechterungleichheiten erweisen, wenn weibliche Erwerbstätige als weniger belastbar gelten (Himmelweit & Land 2008; vgl. auch Lewis & Cooper 1995). Lewis bezeichnet dieses Stigma auch als "mommy tracks" (Lewis 1996: 7). Hierzu auch ein Zitat von Leitner:

*"Insofern unterlaufen „payments for care“ aber die Zielsetzung einer Erhöhung der Frauenerwerbsquote, zumindest solange keine Instrumente der Vereinbarkeit von Angehörigenpflege und Beruf bestehen, wie beispielsweise ergänzende Pflegedienstleistungen, Pflegeurlaubsregelungen oder das Recht auf Arbeitszeitverkürzung für pflegende Angehörige.“ (Leitner 2007: 11)*

Diese Perspektive impliziert auf der einen Seite, dass es letztlich nicht das Ziel sein könne, durch öffentliche Unterstützungsleistungen vor allem zu einer Verstetigung traditioneller Pflegemodelle beizutragen (vgl. Kröger 2003). Auf der anderen Seite setzen sich eher konservative Strömungen in der Politik im Gegenzug sogar für eine Erhöhung dieser Lohnersatzleistungen ein, da nur auf diese Weise die pflegerische Arbeit auch genügend Anerkennung erfahren würde. Interessant werden dahingehend die neuen politischen Vorstöße zur Pflegezeit werden.

Die Feminisierung der Pflege ist insgesamt aus sicherungspolitischen Gründen bedenklich. So kann der gestiegenen Eigenverantwortung (man denke an die Hartz IV-Gesetzgebung und das neue Unterhaltsrecht) nur entsprochen werden, wenn familiäre Pflichten gleichberechtigt verteilt werden (Cornelißen 2008). Hinzu kommen langfristige Folgen für die eigene Altersversorgung, denn Brüche in der Erwerbsbiographie stellen ein besonderes Risiko für Armut im Alter dar (Au & Sowarka 2007; Backes 2007; Ginn 2003; Ginn & Arber 2002; Price 2006; Wóycicka & Rurarz 2007). Damit sind Frauen doppelt finanziell benachteiligt: Sowohl

in der Pflegesituation als auch nachhaltig in Bezug auf die eigene Alterssicherung (Evandrou & Glaser 2005; Hutton & Hirst 2001; Mooney et al. 2002). Hierzu ein Zitat von Evandrou (1995: 20):

*“As well as the impact on current employment status, earnings, the capacity to save, and the additional expenditure incurred from caring- all of which affect current consumption- these same factors may affect income resources in later life. Disrupted employment histories amongst carers, particularly for women, may affect their economic status in their own old age in terms of income and pension rights forgone, and lower earnings related benefits in later life”.*

An dieser Stelle sollte auch erwähnt werden, dass weibliche Erwerbstätige durchaus bewusst ihre Benachteiligung wahrnehmen. In einer landesweiten Umfrage in Polen bspw. merkten 42% der weiblichen Befragten an, aufgrund familiärer Verpflichtungen weniger Chancen auf dem Arbeitsmarkt zu haben (Wirecka-Zemsta 2008).

Bedenkt man die in den letzten Jahrzehnten zunehmende Bedeutung von Erwerbstätigkeit als Faktor zur gesellschaftlichen Inklusion, so erweist sich die Ausgrenzung von Frauen auf dem Arbeitsmarkt aufgrund von Pflegerverantwortungen unter Umständen als Gefahr für ihre gesellschaftliche Wahrnehmung:

*“Demands of ‘significant others’ can nowadays only be fulfilled at the cost of what is perceived as the most vital aspect of social citizenship: labor participation. Hence, caregiving leads to a reduction of citizenship status” (Knijn and Kremer, 1997: 331-2).*

Aus den oben genannten Ausführungen wird deutlich, dass geschlechtsspezifische Aspekte in der Angehörigenpflege auch im Kontext der jeweiligen sozialpolitischen Rahmenbedingungen betrachtet werden müssen (vgl. Daly & Rake 2003; Gornick & Meyers 2004; Leitner 2007; Pfau-Effinger & Geissler 2004; Pockock 2005). Die im folgenden Abschnitt beschriebenen Unterschiede unter den verschiedenen Wohlfahrtsstaaten korrespondieren insofern stark mit der Frage nach geschlechtsspezifischen Aufgabenverteilungsprozessen in der Pflege.

## **7. Spezifische Konfliktsituationen und Strategien im Kontext der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in international vergleichender Perspektive**

### **7.1 Überblick und Typologien**

Der Wohlfahrtsstaat und die damit verbundenen sozialpolitischen Implikationen gelten als wesentliche Determinante für die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, da hier die verschiedenen Ebenen von Familie, Arbeitsmarkt und öffentliche Fürsorge tangiert werden. Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über länderspezifische Strategien in der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie entsprechende wohlfahrtsstaatliche Rahmenbedingungen gegeben. Aufgrund der bereits erwähnten Sprachbarrieren musste auf eine allumfassende Globalanalyse verzichtet werden.

Innerhalb Europas treten derzeit zwei Entwicklungslinien zu Tage. Auf der einen Seite ist in den vergangenen Jahren aufgrund einer steigenden Frauenerwerbstätigkeit und im Zuge demographischer Entwicklungen die Nachfrage nach sozialen Diensten gestiegen (u.a. Diemel 2007). Gleichzeitig wird von der Politik durchaus die Stärkung der ambulanten Versorgung in vielen europäischen Ländern forciert: Die Pflege älterer Menschen soll – nicht zuletzt im Hinblick auf potenziell eingesparte Kosten – in die Familie zurück verlagert werden und damit auch dem realen Bedürfnis der Älteren, so lange wie möglich in gewohnter Umgebung verbleiben zu können, entgegenkommen (Jenson & Jacobzone 2000). Im Vergleich zu "child-care" wird "elder-care" erst seit Kurzem als annähernd eigenständige Komponente innerhalb der vergleichenden Wohlfahrtsstaatsforschung beachtet (Bettio & Platenga 2004; Keck & Saraceno 2009). Allerdings unterscheiden zahlreiche Untersuchungen zu "Care-Regimen" trotz der bereits genannten divergierenden Merkmale weiterhin nicht zwischen Kinder- und Altenpflege, sondern subsumieren stattdessen Versorgungsleistungen schlichtweg unter dem Oberbegriff "Care" (vgl. European Community Household Panel/ ECHP, u.a. Bettio & Platenga 2004). Dabei wird jedoch versäumt, dass Wohlfahrtsstaaten in dieser Hinsicht – trotz einer gewissen Tendenz in der sozialpolitischen Ausgestaltung – bei der Pflege von Älteren und Kindern durchaus unterschiedliche Konzepte praktizieren (vgl. Anderson 2003; Leitner 2007).

In der vergleichenden Wohlfahrtsforschung haben sich Typologien als sehr hilfreich erwiesen, die verschiedene Konzepte sozialpolitischer Ausrichtung bündeln, beschreiben und begründen zu können. Nahezu klassisch ist die Einteilung in *sozialdemokratische*, *liberale* und *konservativ-korporatistische* Wohlfahrtsstaaten nach Esping-Andersen (1990). Auf Basis

dieses Modells haben sich im Laufe der Zeit eine Reihe verschiedener Typologien herausgebildet, die jeweils bestimmte Aspekte in der sozialpolitischen Ordnung betonen (vgl. Pfau-Effinger 2000; Pfau-Effinger & Geissler 2005). In Bezug auf die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege wird z.B. die sozialpolitische Verknüpfung von Pflegeaufgaben und Familialisierung in Form von Care-Regimen analysiert. Zu den wichtigsten Gesichtspunkten, nach denen eine Eingruppierung unter Bezugnahme unterschiedlicher Gewichtung erfolgt, gehören die allgemeine *Erwerbstätigenquote* (insbesondere von *Frauen*), Quantität und Qualität in der *stationären pflegerischen Versorgung*, das Angebot an *sozialen* und *ambulanten Diensten*, der Grad der *familiären Verantwortung* für die pflegerische Versorgung sowie die Ausgestaltung von *Lohnersatzleistungen* (Pommer et al. 2007). Typologien, die obendrein die jeweilige Arbeitsmarktstruktur sowie die Instrumente und Maßnahmen in den Unternehmen einbeziehen, sind hingegen kaum zu finden.

Das Modell von Hochschild (zitiert nach Leitner 2007: 5) fokussiert insbesondere auf die (geschlechtsspezifische) Verteilung der Pflegeaufgaben in formelle und informelle Hilfen und zeigt vier Idealtypen auf:

- 1) Das traditionelle Modell: männlicher Ein-Ernährer und erwerbslose Ehefrau, die obligatorisch die Pflege übernimmt.
- 2) Postmodernes Modell: Beide Partner sind erwerbstätig, doch Frauen sind immer noch traditionell für die Pflege verantwortlich und darum in zweifacher Weise belastet.
- 3) Kalt-modernes Modell: Pflege ist institutionalisiert und wird nicht mehr in der Familie geleistet.
- 4) Warm-modernes Modell: für die Pflege sind institutionelle Einrichtungen und Familie einander ergänzend zuständig. Innerhalb der Familie werden pflegerische Aufgaben paritätisch geteilt.

Während man laut Leitner in konservativen Wohlfahrtsstaaten immer noch häufig die Praktizierung des traditionellen Modells vorfindet (hier insb. Südeuropa), so zeigt sich im Zuge der Modernisierung in westlichen Ländern dennoch generell ein Trend zum postmodernem Konzept – verbunden mit einer entsprechenden Doppelbelastung der Frau. Das vierte Modell, ein typisches Muster der Aufgabenteilung, wie man sie vor allem in den skandinavischen Ländern vorfindet, steht für eine besonders günstige Form des Pflegearrangements, da sich hier die Prinzipien der Unterstützung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege, der geschlechtergerechten Aufteilung der Pflegeaufgaben sowie der familialen Verantwortung für den älteren Angehörigen in Form eines Pflege-Mix gegenseitig ergänzen (vgl. auch Gornich

& Meyers 2004).

Eine andere Form der Typologie wählen Maly und Rake (2007) bei ihrer Untersuchung zwischen verschiedenen Care-Regimen in Europa. Bei ihnen steht die Frage im Vordergrund, wem die Hauptverantwortung für die Pflege jeweils zugesprochen wird. Dabei ergeben sich folgende Ländergruppen:

- 1) Schweden als Land, in dem der Staat die Hauptverantwortung für Pflege trägt (Pflege als Bürgerrecht);
- 2) Deutschland und Niederlande als Ländertypen mit einer immer noch starken Familienorientierung in der Pflege;
- 3) Irland, Italien und Großbritannien als Staaten mit zum Teil passiver Haltung gegenüber dem Thema Pflege, zum anderen mit einigen Unterstützungsleistungen;
- 4) Frankreich als ein Modell, in dem die Kinderbetreuung zwar institutionalisiert ist, die Pflege der älteren Angehörigen aber vorwiegend von den Töchtern geleistet wird. Auch die USA gehören nach Ansicht der Autoren zu dieser Gruppe, da sie nur in einem geringen Maße öffentliche Dienstleistungen zur Unterstützung der Pflege anbieten.

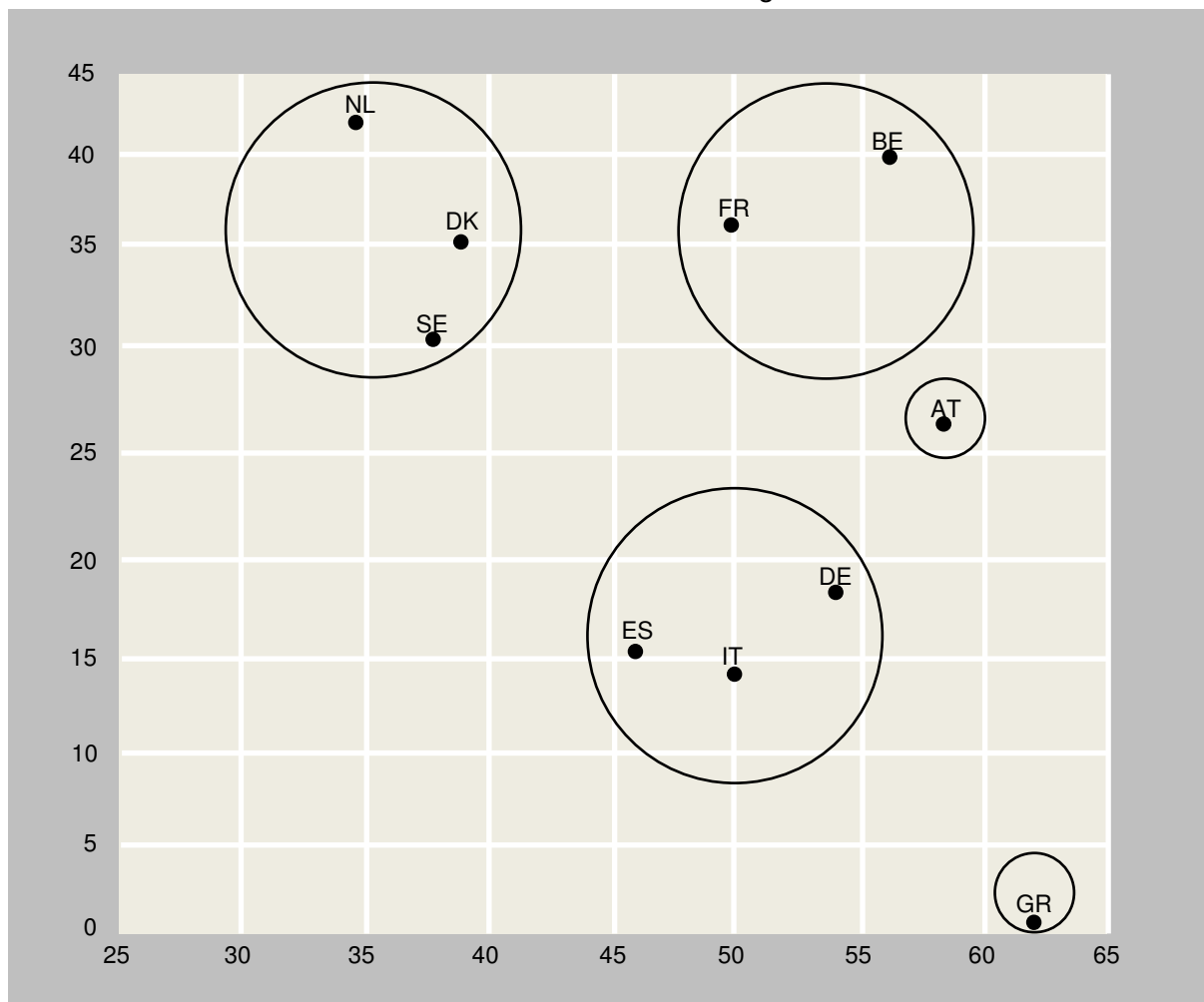
Das Modell von Bettio und Platenga (2004) wiederum basiert auf den länderspezifischen Angebots- und Nutzungsverhältnissen zwischen formeller und informeller Pflege. Sie argumentieren, dass die Frage, wie Pflege organisiert wird, immer auch ein Spiegelbild der kulturellen Einstellung zur Familie darstellt. Unter der Berücksichtigung von Pflegeaufgaben für Kinder und ältere Menschen fassen die Autoren folgende Länder zusammen:

- 1) Italien, Griechenland, Spanien, Portugal und Irland (jegliche Form von familiären Pflegeaufgaben wird informell erbracht);
- 2) Großbritannien und die Niederlande (Einrichtungen für Kinderbetreuung, aber in Bezug auf die Pflege älterer Angehöriger obliegt die Verantwortung der Familie);
- 3) Deutschland und Österreich (Die Pflegeaufgabe wird eindeutig der Familie zugesprochen, allerdings existieren Geldleistungen zum Schutz vor Einkommenseinbußen);
- 4) Belgien und Frankreich (größeres Vertrauen in formelle Hilfen) sowie
- 5) Dänemark, Schweden und Finnland (hoher Grad an formeller Unterstützung).

Die Autoren können auch Hinweise darauf finden, dass die Niederlande eine gewisse Nähe zu den mediterranen Staaten aufweisen, Frankreich und Belgien partiell den skandinavischen Ländern ähneln (vgl. auch Millar 1999). Obgleich aus diesen drei Beispielen bereits deutlich wird, dass sich die meisten wohlfahrtsstaatlichen Typologien in Ansätzen durchaus voneinander unterscheiden, weil beispielsweise unterschiedliche sozialpolitische Aspekte verschiedenartig betont werden, so zeigen die oben genannten Ordnungsmodelle durchaus eine gewisse Tendenz in der Gruppierung der Länder.

Abbildung 17 illustriert auf der Basis einer europäischen Untersuchung von Pommer et al. das jeweilige länderspezifische Mischverhältnis zwischen formeller und informeller Pflege nach Gruppen:

Abb.17: Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege nach Ländern in %



Quelle: Pommer et al. 2007: 27

Interessanterweise weist bspw. Deutschland hier eine größere Nähe zu Italien und Spanien auf. Die beiden gegensätzlichsten Pole stellen Griechenland mit nahezu rein informeller



Pflege und die Niederlande mit einer hohen Rate an formeller Versorgung dar. Diese Studie gibt zudem Aufschluss über Fragen nach Hauptverantwortung, typische Art von Unterstützung sowie Zugänglichkeit in den jeweiligen untersuchten Ländern:

Tab 15: Klassifikation von Ländern nach Hauptverantwortung, Art der Unterstützung und Zugänglichkeit

|         | Hauptverantwortlichkeit |                | Art der Unterstützung |                     | Zugänglichkeit |
|---------|-------------------------|----------------|-----------------------|---------------------|----------------|
| Staat   | DK, SW                  | Sachleistungen | DK, SW, SP, GR        | Universell          | DK, SW, AT, GE |
|         | NL                      |                | NL, BE                |                     | NL, BE, FR     |
|         | BE, FR, GE, AT          |                | GE, FR, IT            |                     | IT             |
| Familie | GR, IT, SP              | Bar            | AT                    | Bedarfs-<br>geprüft | SP, GR         |

Quelle: Pommer et al. 2007: 15

Aus dieser Tabelle wird deutlich, dass sich die Länder je nach Fragestellung unterschiedlich gruppieren. In Bezug auf Hauptverantwortung lässt sich ein eindeutiges Nord-Süd-Gefälle ablesen, in der Art der Unterstützung findet eine unterschiedliche Verteilung innerhalb Europas statt: Während Österreich bspw. allein mit Barauszahlungen unterstützt, setzen Dänemark, Schweden, Spanien und Griechenland auf indirekte Hilfen. Staatliche Unterstützungsleistungen fallen wiederum in Spanien und Griechenland unter die Bedürftigkeitsprüfung, während Dänemark, Schweden, Österreich und Deutschland eine universelle Zugänglichkeit anbieten.

Aufschlussreich sind zudem die Befunde von Kilpeläinen (2005) zu den Ursachen für eine Nicht-Erwerbstätigkeit. In seiner Untersuchung kommt er zu dem Schluss, dass in Deutschland, Österreich, den Niederlanden, Frankreich und Irland "Hausarbeit" den am häufigsten genannten Grund für eine Nicht-Erwerbstätigkeit darstellt. In Belgien, Italien und Spanien dagegen wird am häufigsten die "schlechte Arbeitsmarktsituation" als Begründung für eine Nicht-Erwerbstätigkeit angegeben: Man würde gerne mehr arbeiten, finde jedoch keine passende Tätigkeit. In Dänemark und Finnland zeigt sich wieder ein anderes Bild: Wenn nicht in Vollzeit gearbeitet wird, dann in den meisten Fällen aufgrund von "(Weiter-)Bildungsmaßnahmen". Eine klassische Vereinbarkeitsproblematik zwischen familiären Aufgaben und beruflicher Tätigkeit scheint dort kaum relevant. Freilich werden auch in dieser Untersuchung geschlechtsspezifische Unterschiede sichtbar: Während Frauen häufiger aufgrund von Aufgaben wie "Pflege" oder "Hausarbeit" nicht erwerbstätig sind, wird dies für Männer zumeist mit dem "Eintritt in den Ruhestand" begründet. Damit zeigt sich, wie ver-

gleichsweise kontinuierlich männliche Erwerbsbiographien, zumindest für bestimmte Alterskohorten, verlaufen (ebd.).

Abgesehen von Studien zu den sozialpolitischen Rahmenbedingungen, sind auch kulturelle Kontraste zwischen Ländern spannend. Im Zuge der EUROFAMCARE-Studie ließen sich bspw. Unterschiede in der Selbstzuschreibung von "pflegenden Angehörigen" finden. Während in einigen Ländern nachweisbar schnell ein Bewusstsein für die eigene Pflegerolle einsetzt (z.B. Großbritannien und Polen), scheint in anderen Ländern, womöglich aufgrund des unterstützenden Pflege-Mix-Modells, dieses Rollenverständnis in einem geringeren Maße bzw. erst in einem späteren Stadium der Pflege einzusetzen (Lamura et al. 2006).

Nach diesem ersten Überblick über einige allgemeine Trends und unterschiedliche Klassifizierungsmodelle sollen im Folgenden einige Länder (insbesondere die Projektpartnerländer) genauer im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege beschrieben werden.

### **7.1.1 Skandinavien**

In den skandinavischen Ländern obliegt die Verantwortung für die Pflege dem öffentlichen Sektor. Es gibt bspw. in Dänemark keine rechtlich verankerte Pflicht für Kinder, ihre älteren Angehörigen zu versorgen (Pommer et al. 2007). Schweden, Dänemark, Finnland und Norwegen verfolgen eher das Ziel durch öffentliche Serviceangebote in der Pflege als durch Geldleistungen für die Familien zu unterstützen. Obgleich die Frauenerwerbsquote in Nord-europa außerordentlich hoch ist, so sind weibliche Pflegende laut Crespo und Mira (2008) genauso in intensive Pflegesituationen einbezogen wie pflegende Frauen aus den Mittelmeerländern. Im dünn besiedelten *Finnland* versucht der Staat das Verbleiben des Pflegebedürftigen im eigenen Haushalt, das "Ageing in Place", zu erleichtern (Keefe, Glendinning & Fancey 2008). Dies geschieht vorwiegend durch eine Vielzahl von ambulanten Pflegeangeboten, koordiniert von den Kommunen. Diese sind darüber hinaus verpflichtet, pflegenden Angehörigen mindestens ein freies Wochenende im Monat durch Kurzzeitpflege zu ermöglichen (Dienel 2007). "Family Carers" werden nicht nur als eine besondere Form der Erwerbstätigkeit betrachtet, sondern zugleich auch finanziell unterstützt. Gleichzeitig vermuten Jensen und Jacobzone (2000) darin auch einen Grund für die gesunkene Frauenerwerbsquote in gewissen Alterskohorten (60 und älter). Angesichts der ausgebauten Infrastruktur verwundert es nicht, dass die meisten pflegenden Angehörigen in Vollzeit erwerbstätig sind und der Eintritt einer Pflegesituation in Finnland nicht automatisch mit Einkommensverlusten einhergeht (Kilpeläinen 2005; Zechner 2005). Auch in *Schweden* ist die Verantwortung der familialen Pflege nicht gänzlich weggefallen, unterstützt werden Angehörige allerdings mit Hilfe einer breit ausgebauten öffentlichen Pflegeinfrastruktur und guten Mobilitätshilfen (Lamura et

al. 2006). Diese wurde im Rahmen eines staatlichen Dreijahresplans (1999-2001) entwickelt, der den Pflegenden nicht nur Informationen und Beratung zur Seite stellt, sondern zugleich auch Trainings und Tagespflege anbietet (Mestheneos & Triantafillou 2005). Hinzu kommt, dass Schweden in besonderem Maße Wert auf eine geschlechtergerechte Aufteilung der Pflegeaufgaben legt. Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege scheint in besonderem Maße unterstützt zu werden, was sich an dem relativ hohen Anteil Erwerbstätiger mit Pflegeverantwortung demonstrieren lässt. Dennoch wird die mangelnde Anpassung der Dienste an die Lebensbedingungen und der begrenzte Zugang kritisiert (Lamura et al. 2006). Die Vereinbarungsmöglichkeiten sind freilich im Kontext einer traditionell hohen Frauenerwerbstätigkeit, insbesondere im familienfreundlichen öffentlichen Dienst, zu betrachten (Karch 2007; vgl. auch Keck & Saraceno 2009). Daly und Rake (2003) loben an dem schwedischen Modell, dass es Pflege nicht als privates Thema belässt, sondern zur öffentlichen Aufgabe erklärt. Hier sind es vor allem die Sozialämter, die eine Hauptanlaufstelle für pflegende Angehörige darstellen (Lamura et al. 2006). *Dänemark* setzt in Bezug auf Pflege ebenfalls auf eine professionelle Unterstützung der Familien. Die weibliche Berufstätigkeit wird dabei gestärkt, was sich nicht zuletzt in der hohen weiblichen Erwerbsquote und darüber hinaus in dem hohen Anteil an Arbeitnehmerinnen in Vollzeit niederschlägt. Spiess und Schneider (2003) stellen in einer Sekundäranalyse des European Community Household Panels (ECHP) für die Situation von Frauen zwischen 45 und 59 Jahren fest, dass in Nordeuropa bereits zu Beginn einer Pflegeverantwortung die Arbeitszeit reduziert wird – vermutlich aufgrund der größeren Wahlmöglichkeiten erwerbstätiger Skandinavierinnen. Durch die Flexibilität und die Sicherheit am Arbeitsplatz, aber auch die aktive Arbeitsmarktpolitik wird eine Erwerbsarbeit trotz Pflegeverantwortung gefördert. Möglicherweise liegt darin auch die Ursache für das Phänomen, dass sich Pflegeverantwortungen in Skandinavien nur in geringem Maße auf das Haushaltseinkommen auswirken: Im Gegensatz zu den meisten anderen europäischen Ländern scheinen sich dort die Einkommen der pflegenden Familienangehörigen bei Eintritt einer Pflegeverantwortung nicht zu verringern, sondern gar in einem gewissen Maße zu erhöhen (Bovenberg 2005; Jenson & Jacobzone 2000; Mestheneos & Triantafillou 2005).

### **7.1.2 Kontinentaleuropa**

Die kontinentalen europäischen Staaten bismarckscher Prägung (Niederlande, Belgien, Frankreich, Deutschland, Österreich, Schweiz) orientieren sich noch immer vorwiegend am "male-breadwinner-modell". Selbst in postmodernen Partnerschaften bildet sich – meist mit Eintritt der Elternschaft – vorwiegend ein Leitbild heraus, in dem der männliche Partner kontinuierlich mit voller Arbeitszeit beschäftigt ist, während die Partnerin auf halbe Arbeitszeit reduziert (Bovenberg 2005). Zugleich ist das Angebot an Betreuungseinrichtungen für Kinder, aber auch ältere Angehörige, durchaus ausbaufähig – insbesondere in Deutschland und

Österreich. Etwa drei Viertel der älteren Angehörigen werden in zuhause gepflegt, d.h. im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern spielen stationäre Versorgungsmodelle nur eine untergeordnete Rolle. Neben der Säule "Familie" sind ergänzend die sozialen Dienste in den kontinental-europäischen Staaten von besonderer Bedeutung, stationäre Angebote werden insbesondere für Pflegebedürftige mit besonders hohem Pflegebedarf genutzt (Dienel 2007; Pommer et al. 2007). Finanzielle Hilfen werden vor allem durch die Sozialversicherungen (die Pflegeversicherung in Deutschland) oder durch staatliche Leistungen (Österreich) oder einen Mix aus Eigenmitteln und Krankenversicherungsleistungen (Schweiz) gestellt und fließen häufig, bspw. in Deutschland, Frankreich und Österreich, an die pflegebedürftige Person. Die Höhe der Leistungen ist dabei vom Gesundheitszustand des Pflegebedürftigen abhängig.

Das Bild der *Niederlande* ist in diesem Kontext nicht immer eindeutig. Laut Leitner (2007) kann das Land trotz eines Wohlfahrtsstaates kontinentaler Prägung durchaus mit dem Versorgungsniveau in der Altenpflege in den skandinavischen Ländern Schritt halten (vgl. auch Pommer et al. 2007). Saraceno (2008) wiederum argumentiert, dass sich, obwohl die Niederlande in der Altenpflege lange Zeit auf eine Vergesellschaftung von Pflege gesetzt haben, eine Wende zur verstärkten Familialisierung von Pflegeaufgaben und eine Annäherung an die Mittelmeerländer abzeichnet. Dennoch werden die Niederlande im Vergleich zu anderen kontinentalen Wohlfahrtsstaaten als deutlich innovativer im Bereich der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege wahrgenommen (vgl. Barkholdt 2007). Verschiedene Modelle erleichtern bspw. die Gleichzeitigkeit von Beruf und Pflege und führen sogar dazu, dass die Niederlande bezüglich des Anteils männlicher Pflegenden im europäischen Vergleich eine Spitzenposition einnehmen (Kilpeläinen 2005). Möglicherweise liegen die Gründe dafür in der allgemeinen Förderung der Teilzeit-Erwerbstätigkeit sowie in der arbeitsmarktpolitischen Lebenslaufpolitik (Barkholdt & Lasch 2006). Betriebliche Strategien spielen eine wichtige Rolle im niederländischen Konzept, z.B. haben erwerbstätige Pflegenden die Möglichkeit, sich durch das Ansparen von Arbeitsstunden für einen gewissen Zeitraum beurlauben zu lassen. Auf diese Weise kann eine Freistellung von bis zu anderthalb Jahren gewährleistet werden (Barkholdt 2007). Interessanterweise ist die Pflegebeteiligung in den Niederlanden nicht nur vergleichsweise hoch: Erwerbstätige Pflegenden weisen darüber hinaus das gleiche Qualifikationslevel auf wie Erwerbstätige ohne Pflegeverantwortung, was auf Vereinbarkeitsoptionen relativ unabhängig vom Bildungsstand hinweist (Daly & Rake 2007; Mestheneos & Triantafyllou 2005). *Deutschland* zeichnet sich durch eine lange Tradition in der Sozialversicherung aus, seit 1995 existiert mit der Pflegeversicherung auch eine eigene Säule in Bezug auf die pflegerische Versorgung. Eine besondere Rolle im Hinblick auf Rat und Finanzierung spielen entsprechend die Kranken- bzw. Pflegekassen und die Kommunen (Lamura et al. 2006;

Pommer et al. 2007). Dabei erwerben Pflegebedürftige durch ihre Beiträge zur Pflegeversicherung das Recht auf Leistungen, d.h. das so genannte Pflegegeld fließt nicht dem Pflegenden, sondern der pflegebedürftigen Person zu. Die Höhe der Leistungen aus der Versicherung orientiert sich an dem jeweiligen Pflegebedarf, der durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung festgestellt wird und in drei Stufen aufgeteilt ist. Es handelt sich um Hilfen, die zur Deckung der Kosten für ehrenamtliche Pflege (egal ob Familienangehörige oder Dritte) oder professionelle ambulante oder stationäre Pflege dienen. Hinzu kommen Leistungen für Pflegehilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen. Die vorwiegend somatische Einstufung wird dabei durchaus kritisch betrachtet, insbesondere in Bezug auf die Versorgung von Demenzerkrankten. Um Leistungen als Angehörige zu erhalten, besteht ein zeitlicher Mindestumfang von 14 Stunden pro Woche. Die Pflegepersonen sind innerhalb dieser Regelungen unfall- sowie rentenversichert (wenn eine zusätzliche Erwerbstätigkeit nicht länger als 30 Stunden pro Woche ausgeübt wird). Ambulante Dienste existieren, die Kosten übersteigen jedoch häufig die Versicherungsleistung: So lässt sich in Deutschland eine Polarisierung zwischen denjenigen feststellen, die sich externe Unterstützung erlauben können und denjenigen, die dafür keine Ressourcen mehr zur Verfügung haben (Yeandle 1999). Hinzu kommt – allerdings nicht nur in Deutschland – ein Mangel an Fachkräften in der professionellen Pflege, nicht zuletzt aufgrund der wenig attraktiven Berufsbilder. Obgleich ein steigender Bedarf an professionellen Pflegekräften prognostiziert werden kann, so handelt es sich in der Praxis faktisch um Arbeitsverhältnisse, die durch Unsicherheiten und schlechte Bezahlung gekennzeichnet sind. Vergleicht man die Erwerbstätigenquote unter den Pflegepersonen, so zeigt sich hier ein deutlich geringerer Wert verglichen mit den skandinavischen Ländern (vgl. Abschnitt 2.1.2). In seiner Sekundäranalyse des European Community Household Panel (ECHP) in Bezug auf die Frage, ob und inwieweit Pflegeaufgaben einen Einfluss auf die Erwerbstätigkeit von Frauen zwischen 20-59 Jahren ausüben, erklärt Viitanen (2005):

*"Informal caregiving is found to have a significant, negativ impact on the probability of employment only in Germany."*

Ein weiterer Trend in Deutschland, wenngleich weniger ausgeprägt als in mediterranen Staaten, ist die Beschäftigung von Migrant/innen in der häuslichen Pflege. Mittlerweile geht man von 60.000 bis 70.000 Personen – vorwiegend aus Osteuropa – ohne Arbeitserlaubnis aus, die in Pflegehaushalten eingesetzt werden (Mudulu 2005). In *Österreich* zeigt sich eine ähnliche Situation wie in Deutschland, allerdings weniger versicherungsbasiert, denn durch öffentliche Vorsorgeleistungen geprägt, d.h. hier wird eine staatliche Transferleistung gezahlt, die sich direkt an die pflegebedürftige Person wendet (Pommer et al. 2007). Für die pflegenden Angehörigen besteht bei einem erhöhten Pflegegrad des Pflegebedürftigen die Möglichkeit, sich innerhalb der Rentenversicherung günstig abzusichern. Am häufigsten werden ältere

re Menschen von den eigenen Kindern gepflegt, wobei gemeinsame Haushalte insbesondere in ländlichen Regionen keine Seltenheit sind (Jenson & Jacobzone 2000). Ähnliches gilt für die *Schweiz*. Auch dort wird die Pflege älterer Menschen selbstverständlich der Familie übertragen, nur jeder Vierte ältere Mensch wird stationär versorgt (Höpflinger & Hugentobler 2005). Während im Vergleich zu Österreich die Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen weniger stark ausgeprägt sind, so zeigen sich bei näherer Betrachtung verschiedene Konzepte in den jeweiligen Kantonen. In der italienischsprachigen Schweiz spielt die familiäre Versorgung bspw. eine größere Rolle als in den deutsch- oder französischsprachigen Kantonen. Der Frauenanteil in der Pflege dominiert allerdings übergreifend. Auch in der Schweiz gilt die Pflegeübernahme als eine wichtige Ursache für das vorzeitige Verlassen des Arbeitsmarktes. Im Gegensatz zum skandinavischen Konzept, mit Hilfe sozialpolitischer Instrumente auch zur Geschlechtergerechtigkeit beizutragen, fokussiert *Frankreich* eher auf die Reproduktion der eigenen Nation – entsprechend findet eine institutionalisierte Versorgung älterer Menschen, wie man sie von der französischen Kinderbetreuung kennt, wenig Beachtung (Daly & Rake 2003). Die kommunalen Träger zahlen zur Kostendeckung ein einkommensgeprüftes Pflegegeld an den Pflegebedürftigen. Diese Leistung darf nun jedoch nicht an den Lebenspartner weitergegeben werden, da von diesem eine freiwillige unbezahlte Pflege erwartet wird. Anstelle dessen können aber die eigenen Kinder durchaus als Pflegekräfte "eingestellt" werden (Jenson & Jacobzone 2000; Pommer et al. 2007). Leitner (2007) vermutet, dass dadurch auch ein Anreiz gegeben werden soll, auch ärmere Verwandte in der Pflege zu unterstützen. Gleichzeitig mag sich durch diese Praxis auch der Umstand erklären, dass ältere Franzosen am häufigsten von den eigenen Kindern oder Enkeln gepflegt werden (Jenson & Jacobzone 2000, vgl. dazu Metzling 2007). Obgleich die Familie in Frankreich eine wichtige Rolle innerhalb der pflegerischen Versorgung Älterer spielt, so scheint insbesondere die innerfamiliäre Aufgabenverteilung zu einer vergleichsweise geringeren Belastung der pflegenden Angehörigen beizutragen (Kröger 2003). Ergebnisse der SOCCARE-Studie zeigen, dass die Erwerbstätigkeit bei Eintritt einer Pflegesituation für einen älteren Angehörigen in einem geringeren Maße re-organisiert werden muss, als dies bei Kinderbetreuung der Fall ist (ebd.). Relativ hohe Erwerbstätigenquoten unter den Pflegenden gehen mit einer gleichzeitig hohen Quote an Vollzeitbeschäftigung einher (vgl. auch Dienel 2007). Damit scheint Pflege in Frankreich keinen wesentlichen Einfluss auf die Neustrukturierung der weiblichen Erwerbstätigkeit zu haben (ebd.), auch wenn Jenson und Jacobzone (2000) vermuten, dass Pflegeaufgaben auch in diesem Land zu einer höheren Frühverrentung beitragen. Ebenso wie in Österreich und Deutschland zeigt sich ein steigender Trend zur Beschäftigung von Migrantinnen in der familiären Pflege (Pommer et al. 2007). Während in *Belgien* die Kinderbetreuung ähnlich wie in Frankreich recht umfangreich ausgebaut ist, liegt das Land bezüglich des Anteils an Pflegeplätzen und in der Versorgung mit häuslichen

Dienstleistungen auf deutschem Niveau (Leitner 2007). Darüber hinaus verfügt Belgien nur über eine regionale Pflegeversicherung, die allein auf Flandern begrenzt ist. Geldleistungen für die Pflege existieren nicht (Pommer et al. 2007).

### 7.1.3 Osteuropa

Die meisten Länder Osteuropas stehen vor einschneidenden demographischen Veränderungen in den nächsten Jahren. Eine geringe Geburtenrate, hohe Abwanderungen (insbesondere aus Polen) und eine steigende Lebenserwartung stellen Sicherungssysteme und Familienpflege auf die Probe (Cerami & Vanhuysse 2009). So wird das Thema Pflege teilweise recht unterschiedlich angegangen. Während einige Staaten sich nach dem Zusammenbruch des Sozialismus in eine Richtung, die den wohlfahrtsstaatlichen Konzepten mediterraner Staaten gleicht, bewegen, versuchen andere sich eher am skandinavischen Vorbild zu orientieren (Bovenberg 2005). Mit anderen Worten: Während in einigen Ländern die Pflege als selbstverständliche Aufgabe der Familie gesehen wird, aus der der Staat sich weitestgehend zurückgezogen hat, setzen Andere auf den Ausbau einer unterstützenden Infrastruktur durch die öffentliche Hand. Betrachtet man die Situation in *Polen*, so stellt man einen steigenden Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung, insbesondere in den ländlichen Regionen, fest (CSO 2003). Aufgrund der Verluste im Zweiten Weltkrieg zeichnet sich zudem eine starke Feminisierung des Alters ab, gekoppelt mit einer entsprechend höheren Pflegeverantwortung für die Kinder innerhalb der Familien (Kotowska et al. 2005). Hinzu kommen Prognosen einer steigenden Altersarmut als Folge der hohen Arbeitslosigkeit unter Personen jenseits des 50. Lebensjahres. Die demographischen Veränderungen sowie die abnehmende Anzahl an Mehrgenerationenhaushalten führen in der Konsequenz zu einem künftig steigenden Bedarf an pflegerischer Infrastruktur (Szweda-Lewandowska 2008). Im katholisch geprägten Polen finden sich im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (allerdings ähnlich wie in Irland, Italien oder Spanien) besondere Vorbehalte gegenüber einer pflegerischen Versorgung Älterer außerhalb der eigenen Familie. Die Kinder älterer Pflegebedürftiger fühlen sich selbstverständlich in der Verantwortung gegenüber den (Schwieger-)Eltern – anders als dies in Nord-europa der Fall ist (Mestheanos & Triantafillou 2005). Auf der anderen Seite besteht ein quantitatives wie auch qualitatives Defizit in Bezug auf stationäre Einrichtungen (Styrac 2007). Die finanziellen Hilfen sind nicht besonders hoch, pflegende Angehörige, die aufgrund der Pflegesituation ihre Erwerbstätigkeit aufgegeben haben, sind allerdings über den Staat sozialversichert. 2007 wurde auch durch den damaligen Gesundheitsminister eine Art Pflegeversicherung nach deutschem Vorbild forciert, doch eine konkrete Implementierung wurde bislang durch den Regierungswechsel in Polen unterbrochen (Błędowski, 2008). Die unten abgebildete Tabelle auf der Basis der Untersuchung von Bień et al. (2004) gibt einen Überblick über die verschiedenen Angebote für informell Pflegende:

Tab.16: Unterstützungsangebote für pflegende Angehörige

| Angebote für pflegende Angehörige  | Zugänglichkeit  |                     |           |                       |                             | Freiwilligenarbeit          |                                   |        |
|--|-----------------|---------------------|-----------|-----------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|--------|
|  | nicht vorhanden | teilweise vorhanden | vorhanden | gesetzlich festgelegt | nicht gesetzlich festgelegt | öffentliche Förderprogramme | nicht öffentliche Förderprogramme | privat |
| Bedarfsorientiertes Prüfverfahren (formale, standardisierte Überprüfung der Pflegesituation) |                 | X                   |           | X                     | X                           |                             |                                   |        |
| Beratung und Unterstützung (z.B. beim Ausfüllen von Formularen und Anträgen)                 |                 | X                   |           |                       | X                           | X                           |                                   | X      |
| Selbsthilfegruppen   |                 | X                   |           |                       | X                           | X                           | X                                 |        |
| „Granny-sitting“   |                 | X                   |           |                       |                             |                             | X                                 | X      |
| Praktische Trainings zur Pflegepraxis, Gesundheits- und Entspannungskurse                    |                 | X                   |           |                       | X                           |                             | X                                 |        |
| Wochenendurlaub  |                 | X                   |           |                       |                             |                             |                                   | X      |
| Kurzzeitpflege   |                 | X                   |           |                       |                             |                             |                                   | X      |
| Finanzielle Hilfen   | X               |                     |           |                       |                             |                             |                                   |        |
| Krisenmanagement   |                 | X                   |           |                       | X                           |                             | X                                 |        |
| Ganzheitliche Planung von Pflege für Ältere und Familie (im Krankenhaus oder zu Hause)       |                 | X                   |           |                       |                             | X                           | X                                 |        |
| Spezielle Angebote für pflegende Angehörige verschiedener ethnischer Gruppen                 | X               |                     |           |                       |                             |                             |                                   |        |
| Sonstiges  | X               |                     |           |                       |                             |                             |                                   |        |

Quelle: Bień et al. (2004)

Insbesondere in ländlichen Regionen stellt sich das Problem der Erreichbarkeit von professionellen Serviceeinrichtungen bzw. diese Hilfen werden aufgrund der hohen Kosten kaum abgefragt (Lamura et al. 2006). Stattdessen kommt dem Hausarzt oder dem katholischen Gemeindepriester eine besondere Rolle im Hinblick auf praktische und emotionale Unterstützung der Angehörigen zu (ebd.; Kustra 2007; Perek-Białas 2003). Auch das Freiwilligenengagement besitzt eine lange Tradition in Polen und ist von steigender Bedeutung angesichts staatlicher Einsparungen (Lausch-Chudy 2007; Perek-Białas 2004; Piekarski 2007). In Polen sind nur in begrenztem Maße Re-Organisationen am Arbeitsplatz möglich. Wenn Maßnahmen existieren, dann vor allem in multinationalen Unternehmen (Balcerzak-Paradowska 2008, Głogosz 2008). Obgleich viele Pflegende sich bspw. Möglichkeiten für Homework wünschen, so weisen die Daten einer Analyse des Statistikamtes darauf hin,



dass sich für über 80% der Erwerbstätigen keine derartige Option beim Arbeitgeber finden lässt. 56% können sich nur einen Tag frei nehmen, wenn sie ihren Anspruch auf Urlaub entsprechend einlösen (CSO 2006). Eine Strategie zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, die in Polen im Übrigen durchaus häufiger praktiziert wird, ist der Schritt in die eigene Selbstständigkeit. Mit einer Existenzgründung verbinden viele Angehörige Möglichkeiten, die eigenen Arbeitsstrukturen pflegegerecht zu gestalten und empfinden dies als Alternative zu ihrer Angestelltentätigkeit – obgleich eine Reihe von Hilfen sich allein auf abhängige Beschäftigte beziehen und Selbstständigkeit durchaus risikobehaftet sind (Glogosz 2008).

#### 7.1.4 Großbritannien und Irland

Wie bereits oben erwähnt, ist eine Zuordnung zu einem eindeutigen Care-Regime für *Großbritannien* schwierig. Yeandle (1999) vertritt dahingehend die Meinung, dass Großbritannien in den 1960/70er Jahren durchaus Reformversuche gezeigt hat, die sich an das skandinavische Modell anlehnten, diese Bemühungen jedoch nicht durch entsprechende staatliche Serviceangebote flankiert wurden. Mittlerweile lässt sich ihrer Meinung nach Großbritannien als "dual-earner/ marketized-female-domestic-economy"-Modell charakterisieren. Die Familien von pflegebedürftigen Angehörigen setzten auf professionelle, zugleich stark weiblich dominierte, Unterstützungen:

*"The refusal of the state to accept the burden of care, especially since the mid-1970s, has forced other solutions on UK families. Among middle-income families there is now extensive use of private and often informal solutions to the burden of housework" (Yeandle, 1999: 102).*

Ein weiteres Zitat in diesem Kontext von O'Connor et al. beschreibt auch die geschlechtsspezifische Verteilung von Pflegeaufgaben:

*"'Familist' social policy assigns primary responsibility for care work to 'the family', assuming this contains a breadwinner husband and a wife who has time to attend to (unpaid) caregiving work; this seriously undercuts women's capacities to enter the paid labour force on an equal footing with men" (O'Connor et al. 1999: 21).*

Verschiedene politische Strategien der Konservativen Partei haben zwischen 1979 und 1997 das liberale Gesicht des britischen Wohlfahrtssystems geprägt (Price 2006). Vor 1997 galt die UK als liberale, male-breadwinner-orientierte Nation, und war in ihren staatlichen Zuwendungen sogar inkompatibel mit der EU-Direktive zur Gleichbehandlung zwischen Männern und Frauen in Bezug auf soziale Sicherung (79/7/EEC): So wurde bspw. Jaqueline Drake, die 1986 ihre Berufstätigkeit zugunsten der Pflege der Schwiegermutter aufgegeben hatte,

die "Invalid Care Allowance"<sup>20</sup> verweigert mit der Begründung, dass sie verheiratet sei und in einem Familienhaushalt lebe und dies quasi wie das Einkommen eines Ehemanns zähle (Craig & Búrca 2008). Erst durch die entsprechende rechtliche Intervention wurde Drake stattgegeben. Dennoch kann man Großbritannien durchaus als den eigentlichen Pionier bezeichnen, wenn es um die finanzielle Unterstützung der Pflege von älteren und kranken Menschen im privaten Bereich geht. Mittel fließen jedoch den Pflegenden zu, nicht wie in Deutschland dem Pflegebedürftigen (Barkholdt & Lasch 2006; Daly & Rake 2007; Keefe, Glendinning & Fancey 2008).

Der liberale Fokus Großbritanniens liegt auf der Privatisierung der Familie hinter dem Bereich staatlicher Interventionen. Im Falle des Carers (Recognition and Services) Act (1995) erhielten Angehörige mit beträchtlichen Pflegeaufgaben zwar das Recht auf ein Assessment<sup>21</sup>, aber eben erst danach besteht Anspruch auf Dienstleistungen in der Pflege. Lewis (2006) argumentiert, dass in Wohlfahrtsstaaten mit universalistischer Beveridge-Tradition wie eben in Großbritannien, Frauen als Abhängige behandelt wurden und sich innerhalb der Familien klare Pflegeaufgaben "logisch" herausgebildet haben: (Lewis 1992; Lewis 2006; Joshi 1995). Dies führt in der Konsequenz zu:

*"In many couples, the second earner is a secondary earner. If she is not totally dependent, she is partially dependent on her husband's employment"*  
(Joshi, 1995: 95).

Lewis (2006) macht dabei auf die Tatsache aufmerksam, dass sich durch die sozialdemokratische Regierung jedoch durchaus Fortschritte verzeichnen lassen und die Zuordnung zu einem Wohlfahrtsmodell nicht allzu statisch betrachtet werden sollte. Während in Deutschland die Kranken-/Pflegekassen eine besondere Rolle bei der Beratung von Angehörigen spielen, holen sich Pflegende in Großbritannien vor allem Rat innerhalb der Familie oder bei Freunden ein. Darüber hinaus ist die Unterstützung durch ehrenamtliche Hilfen traditionell bedeutsam (Lamura et al. 2006). Eine Besonderheit ist zudem das starke in Erscheinung treten pflegender Angehöriger als politische Gemeinschaft mit eigenen Ansprüchen (vgl. Anderson 2003). Mit "Carers UK" gibt es einen eigenen Verband, der die Angehörigen in politischen Interessen vertritt. Ebenso wie in Schweden und den Niederlanden erfolgt die Unterstützung weniger auf der Basis direkter finanzieller Transfers als vielmehr über ambulante Serviceeinrichtungen und soziale Dienste (home service) (Maly & Rake 2007) – allerdings wird dabei häufig die Qualität in der Pflege kritisiert (Lamura et al. 2006). Ähnlich wie in anderen liberalen Wohlfahrtsstaaten werden in Großbritannien die Unternehmen stärker in ihrer Pflicht wahrgenommen, einen Beitrag zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu leisten

---

<sup>20</sup> Eine steuerliche Erleichterung für Pflegepersonen

<sup>21</sup> Bestandaufnahme der Lebenssituation, aus der Maßnahmen zur Unterstützung abgeleitet werden können.

(Barkholdt 2007). In den Unternehmen existieren entsprechend zahlreiche Möglichkeiten, wie z.B. flexible Arbeitszeiten, Heimarbeit oder Job-sharing. Alle Beschäftigten besitzen darüber hinaus einen Anspruch auf Freistellung in Notfallsituationen (Reichert 2007). Die Royal Bank of Scotland stellt sogar zur Unterstützung von Berufsrückkehrer/innen einen eigenen Fond bereit (Barkholdt & Lasch 2006). Ein anderer Punkt, der in der Forschungsliteratur als kennzeichnend für Großbritannien und in gewisser Weise hinderlich für Vereinbarkeit von Beruf und Pflege betrachtet wird, ist die Kultur langer Arbeitszeiten. Viele Arbeitnehmer/innen arbeiten demnach bewusst länger, um auf diese Weise ihre Karrierechancen zu steigern, was sich in Pflegesituationen als schwierig herausstellen kann (Crompton et al. 2002; Himmelweit & Land 2008). *Irland* wird in den oben genannten Typologien häufig dem mediterranen Wohlfahrtsstaatstypus zugeordnet – nicht zuletzt aufgrund der starken katholischen Prägung (Daly & Rake 2007). Insofern verwundert es nicht, dass Pflege vor allem in den Familien bei den weiblichen Angehörigen verortet wird und der Staat sich eher zurückhält. Finanzielle Hilfen werden insbesondere für pflegende Geringverdiener gewährt. Die öffentliche Infrastruktur in der Altenpflege ist vergleichsweise schwach ausgeprägt.

### 7.1.5 Südeuropa

Die Länder im Mittelmeerraum sind durch eine patriarchalisch geprägte Wohlfahrtssicherung gekennzeichnet und so sind es vor allem Frauen, die für die Versorgung der pflegebedürftigen Angehörigen zuständig sind (Haberkern & Szydlik 2008; Quattrini et al. 2006). Die Familie erhält traditionell den Auftrag, sich um pflegebedürftige Angehörige zu kümmern – eine professionelle Pflege, wie sie in den skandinavischen Ländern selbstverständlich ist, wird eher gering geschätzt. In Spanien besitzt der Staat sogar die Möglichkeit rechtlicher Sanktionen, wenn die Angehörigenpflege nicht ausgeübt wird. Erst wenn nicht auf die Pflege durch Angehörige zurückgegriffen werden kann, erhalten auch Dritte als Pflegepersonen in Spanien und Italien eine (bedürftigkeitsgeprüfte) finanzielle Unterstützung (Pommer et al. 2007). Die familiäre Pflegebereitschaft in Südeuropa ist verglichen mit den nordischen Ländern besonders hoch (vgl. auch Crespo 2006; Haberkern & Szydlik; Kröger 2003; Leitner 2007; Pommer et al. 2007). Bettio und Platenga (2004) stellen fest:

*“[...] intergenerational sharing of care is higher where family cohesion is stronger – southern Europa, with Italy in top position – and lower cohesion is weaker, as it is in the Nordic countries.” (ebd.: 89)*

Darüber hinaus betonen die Länder in Südeuropa Leistungen aus der Sozialversicherung, während im Gegenzug steuerlich finanzierte Leistungen kaum eine Rolle spielen. Obgleich die mediterranen Staaten die Rolle der Angehörigen betonen und eine gewisse Familienfreundlichkeit propagieren, werden diese durch Serviceangebote kaum unterstützt (Brandt et

al. 2009). Aufgrund einer teilweise schlechten Infrastruktur und den Mangel an professionellen Hilfen entwickelt sich ein pflegerisches Versorgungsdefizit bei öffentlichen wie privaten Angeboten: Von den älteren Menschen werden keine 10% durch professionelle Hilfe unterstützt (Bettio, Simonazzi & Villa 2004). Darüber hinaus kann die europäische Studie EURO-FAMCARE feststellen, dass insbesondere in Südeuropa Informationsdefizite über pflegerische Versorgungsmöglichkeiten bestehen (Lamura et al. 2006). Dennoch sind die mediterranen Staaten keineswegs homogen oder gar statisch, da auch im Mittelmeerraum die Frauenerwerbstätigkeit steigt und gleichzeitig niedrige Geburtenraten zu verzeichnen sind (vgl. Daatland & Löwenstein 2005). In *Portugal*, einem Land mit der höchsten Frauenerwerbsquote in Südeuropa, setzt man auf einen Mix aus familialer Pflege und sozialen Diensten (Bettio & Platenga 2004). Dieser Befund kennzeichnet eine besondere Ausnahme in Südeuropa. Für *Griechenland* zeigt sich eine nahezu entgegengesetzte Situation (Leitner 2007; Mesthenos & Triantafillou 2005). Die Pflege obliegt hier traditionell den weiblichen Familienangehörigen, soziale Dienste oder stationäre Einrichtungen sind kaum vorhanden und werden eigentlich nur dann als unterstützende Komponente eingesetzt, wenn es an informalen Pflegemöglichkeiten mangelt (Pommer et al. 2007). Darüber hinaus wird in Griechenland die Qualität der (wenigen) professioneller Hilfen als mangelhaft bewertet (Lamura et al. 2006). In *Italien* lässt sich durch eine besonders ungünstige demographische Entwicklung – vor allem die niedrige Geburtenrate – schon jetzt eine Versorgungslücke im pflegerischen Bereich absehen (Bettio, Simonazzi & Villa 2004; Simoni & Trifiletti 2005; Tomassini & Lamura 2009). Laut Giannakouris (2008) gibt es kein Äquivalent innerhalb der Europäischen Union. So ist mittlerweile jede/r fünfte Italiener/in älter als 65 Jahre, wobei auch die Anzahl Hochaltriger in besonderem Maße ansteigt (ISTAT 2009; INTRAGE 2009). In Bezug auf die Lebensformen zeigt sich auch im Süden der Trend einer späteren Mutterschaft (OECD-Vision 2006). Darüber hinaus werden auch im katholisch geprägten Italien eine steigende Anzahl von Ehen geschieden (ISTA 2008). Aufgrund der labilen Arbeitsmarktsituation verbleiben junge Menschen verhältnismäßig lange im Elternhaus, was angesichts einer Pflegesituation zu einer weiteren finanziellen Belastung der Pflegenden führen kann. Die Familie gilt traditionell als primäre Instanz in Bezug auf Pflege und füllt die Versorgungslücke an pflegerischen Unterstützungsangeboten durch spezielle Dienste oder stationäre Einrichtungen (Di Nicola, 2003; Ranci and Pavolini, in Druck; Tesauo 2008; Zechner 2005). Das Angebot an sozialen Diensten ist sehr gering, so dass es kaum verwunderlich ist, dass nur 4 von 5 pflegenden Angehörigen derartige Servicemöglichkeiten nutzen (Quattrini et al. 2006). Ebenso wie in Deutschland werden dabei die bürokratischen Hürden im Pflegeprozess kritisiert, die insbesondere für erwerbstätige Pflegende eine zusätzliche Belastung darstellen (Lamura et al. 2006). Insgesamt sollte auch angemerkt werden, dass Italien an dieser Stelle durchaus ein Nord-Süd-Gefälle aufweist: Je südlicher, desto stärker die Betonung der familialen Verpflichtung und

desto lückenhafter die Infrastruktur für soziale Dienste (Tesauro 2008). Die Erwerbstätigenquote unter den Frauen im erwerbsfähigen Alter ist mit ca. 45% vergleichsweise niedrig, insbesondere unter den Vollzeitbeschäftigten (EUROSTAT 2007; ISTAT 2008; Zechner 2005). Dabei sollte jedoch beachtet werden, dass diese Quote unter den weiblichen Erwerbstätigen Mitte der 1990er Jahre noch bei etwa 37% lag, so dass bei anhaltendem Trend auch mit einem größeren Bedarf an außerfamiliärer Hilfe zu rechnen ist (Piazza 2000). Erstaunlicherweise sind vier von 10 pflegenden Angehörigen gleichzeitig erwerbstätig: Damit scheint sich die Pflegesituation dort kaum auf die Erwerbsbeteiligung per se auszuwirken (Quattrini et al. 2006). Trotz dieser steigenden Erwerbsbeteiligung von Frauen ist in Italien ein besonders hoher gender gap in der Pflege zu konstatieren (Daly & Rake 2007; Pandolfi 2008). Typischerweise greifen informelle Pflegende in Italien in besonderem Maße auf die Beschäftigung von privat bezahlten Pflegekräften – leider nicht immer auf legaler, aber staatlich dennoch intendierte Ebene – zurück (Bettio & Solinas 2009; Lamura et al. 2008; Tesauro 2008). Diese Strategie erweist sich für die Familien als günstige Alternative im Vergleich zu sozialen Serviceangeboten in der Pflege und ist durch einen empfundenen Mangel an Alternativen sowie die Bedürfnisse motiviert, eine konstante Pflege herzustellen, den Pflegebedürftigen nicht in eine stationäre Einrichtung geben zu müssen und weiter seiner Erwerbstätigkeit nachgehen zu können (Da Roit 2006; Spano 2006). Die Studie EUROFAMCARE kommt zu dem Ergebnis, dass ca. 13% der Familien mit pflegebedürftigen Angehörigen, private Pflegekräfte einstellen – insbesondere in der Unterstützung von Personen mit sehr hohem Pflegebedarf (Lamura et al. 2006 und 2008). Obgleich es sich häufig um Migrant/innen ohne Arbeitserlaubnis handelt, die schwarz bezahlt werden und sogar bei den Familien oder der alleinstehenden pflegebedürftigen Person wohnen, wird diese Möglichkeit auch durch die Migrationspolitik indirekt gefördert (Lamura et al. 2007a und 2007b). Die Anzahl dieser pflegenden Migrant/innen wird mittlerweile auf etwa eine halbe Millionen geschätzt – mit einem Frauenanteil von 90% (Bettio, Simonazzi & Villa 2004; Colombo 2003). Tabelle 17 stellt die "ethnification of elder care" (Lamura et al. 2001) in ihrem Trend zwischen 1991 und 2007 dar:

Tab.17: Pflegepersonen in italienischen Haushalten nach Nationalität (1991-2005)

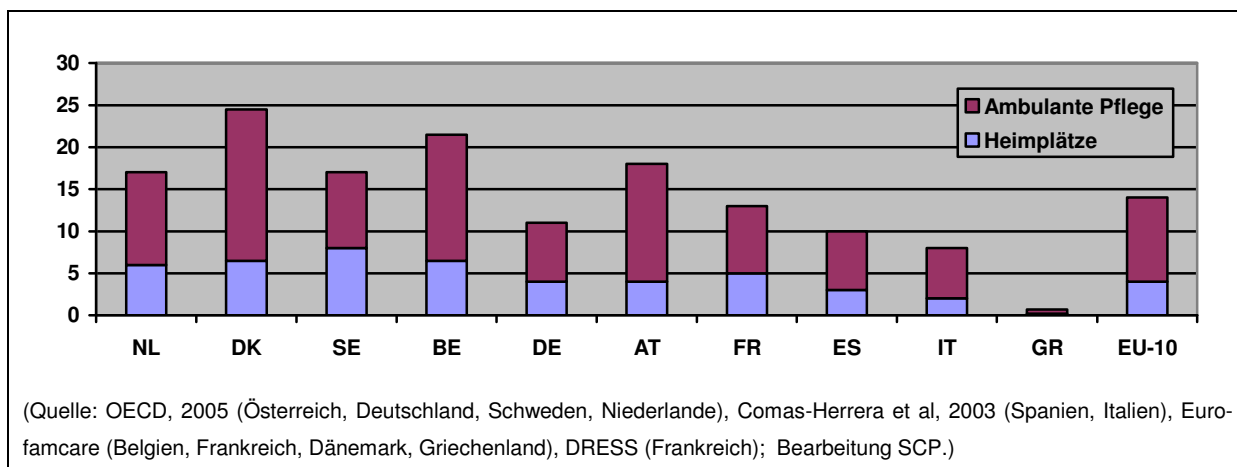
| <b>Pflegepersonen in italienischen Haushalten nach Nationalität (1991-2005)</b> |          |                                      |       |
|---|----------|--------------------------------------|-------|
|   | Gesamt   | Davon mit ausländischer Nationalität | %     |
| 1991  | 181.096  | 35.740                               | 16,5  |
| 1995  | 192.942  | 67.697                               | 35,1  |
| 2000  | 256.803  | 136.619                              | 53,2  |
| 2001  | 268.730  | 139.505                              | 51,9  |
| 2002  | 541.098  | 409.307                              | 75,6  |
| 2003  | 542.651  | 411.425                              | 75,8  |
| 2004  | 502.547  | 371.830                              | 74,0  |
| 2005  | 471.085  | 342.065                              | 72,6  |
| 2007  | 774.000* | 700.000*                             | 90,4* |

Quelle: bis 2005: INPS ; \*2007: Pasquinelli & Rusmini 2008

Freilich sind umfassende Angaben angesichts der Dunkelziffer kaum möglich. Häufig stammen diese Frauen aus Südosteuropa, aber auch aus der Ukraine oder von den Philippinen (Bettio, Simonazzi & Villa 2004; Zechner 2005). Diese Entwicklung führt jedoch nicht nur zu prekären Beschäftigungsverhältnissen ohne eigene soziale Absicherung für diese Personen, sondern zugleich zu pflegerischen Engpässen in den Sendeländern, die sich bislang kaum beziffern lassen. Die Anstellung von Migrant/innen ist charakteristisch für die meisten mediterraneren Staaten: Laut Daten der OECD sind in diesen Regionen überproportional häufig ausländische Arbeitskräfte für haushaltsnahe Dienstleistungen beschäftigt. Betrachtet man alle Arbeitsmigrant/innen in Südeuropa, so machen ausländische Haushaltshilfen zwischen 10 und 20% aus, wobei insbesondere Angehörige aus Italien und Griechenland von dieser Möglichkeit Gebrauch machen. In den anderen europäischen Ländern beträgt dieser Anteil unter 1% (vgl. OECD 2008). Simoni und Trifiletti (2005) fassen das mediterrane Konzept als "neither complete altruists nor free riders" zusammen. Ähnlich wie in Polen wird auch in Italien eine Existenzgründung als mögliche Lösung zur Erleichterung der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege gesehen (Tué 2000).

An dieser Stelle sollen nun einige Ergebnisse aus einer europäischen Studie die in Abschnitt 7.1.1 bis 7.1.5 genannten Ausführungen bildlich ergänzen. So wird aus Abbildung 18 deutlich, wie unterschiedlich sich die Nachfrage nach stationären Einrichtungen und ambulanten Diensten unter den Pflegebedürftigen verteilt. Es zeigt sich dabei, dass insbesondere in Griechenland, Italien, Spanien und Deutschland diese Angebote kaum bzw. selten nachgefragt werden. Anders in Dänemark, Belgien, den Niederlanden und – überraschenderweise – Österreich:

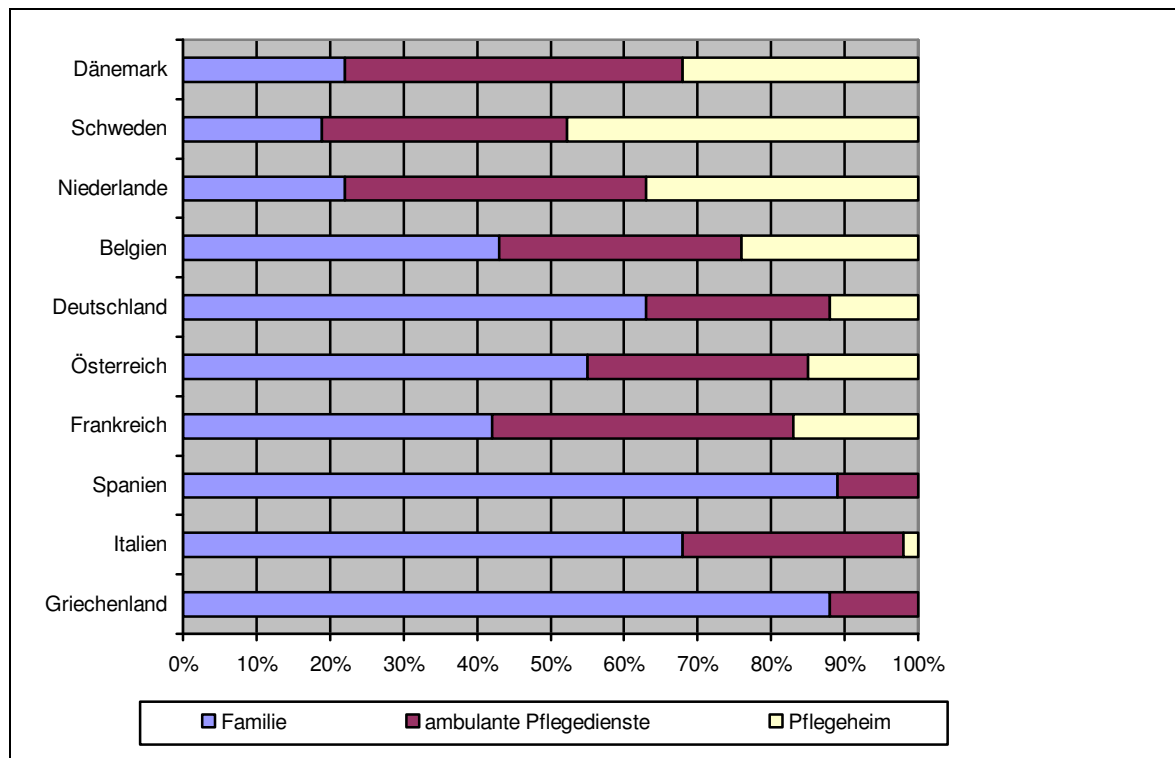
Abb.18: Nachfrage an formeller Unterstützung (öffentlich oder privat) je 100 Pflegebedürftige (65+)



Pommer et al. 2007: 23

Unter den Ländern lassen sich zudem deutliche Präferenzen zwischen stationären und ambulanten Hilfen feststellen: Während insgesamt zwar die Nachfrage nach ambulanten Diensten deutlich höher ist, so fällt dennoch die große anteilige Bedeutung stationärer Pflege in Schweden ins Auge. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der Frage, wer sich nach Meinung der Angehörigen um die pflegebedürftigen Angehörigen kümmern sollte. Die Antworten, die in Abbildung 19 ersichtlich sind, lassen sich auch im Hinblick auf die Pflegebereitschaft interpretieren:

Abb.19: Wer sollte die Hauptverantwortung für die Pflege tragen? Länder in %



Quelle: Pommer et al. 2007: 15

Aus der Graphik lässt sich in besonderer Weise das Nord-Süd-Gefälle in Europa ablesen. Während in Spanien, Griechenland und Italien teilweise 90% die Pflegeverantwortung in der Familie sehen, so kommen Dänemark, Schweden und die Niederlande in dieser Kategorie auf unter 20%. Stattdessen werden stationäre Einrichtungen und ambulante Hilfen präferiert. Nach den ausführlichen Darstellungen europäischer Care-Regime sollen im Folgenden ergänzend noch einige Informationen zu außereuropäischen Ländern gegeben werden.

### 7.1.6 USA, Kanada, Australien

Die USA gehören ebenso wie Großbritannien, Australien und Kanada zu den liberalen Wohlfahrtsstaaten. Der Staat ist allein für eine basale Unterstützung verantwortlich, so dass viele Hilfen für pflegende Erwerbstätige durch spezielle Hilfsorganisationen, Freiwilligendienste oder die eigenen Arbeitgeber abgewickelt werden. Letztlich steht aber das Individuum selbst bzw. die Familie in der Hauptverantwortung. Die USA eröffnen ebenso wie Großbritannien eine Reihe von kurzfristigen und langfristigen Freistellungsmöglichkeiten für Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung, wenngleich in den meisten Fällen unbezahlt (Reichert 2007). Mit Einführung des "Family and Medical Leave Act" besteht z.B. für Unternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten die Verpflichtung, ihren Mitarbeiter/innen im Falle einer Betreuung für



schwerkranke Angehörige eine Freistellung von bis zu 12 Wochen pro Jahr zu gewähren (ebd.). Zu den weiteren betrieblichen Unterstützungsmöglichkeiten gehören die Bereitstellung von Informationsmaterial, die Möglichkeiten einer betrieblichen "Long Term Care Insurance" und die Förderung von Selbsthilfegruppen (ebd.) Ähnlich wie in Südeuropa (insb. Italien) wird auch in den USA die Pflege über privat organisierte Hilfe durch Dritte sichergestellt. Auch hier finden sich viele (z.T. auch illegale) Migrant/innen, häufig aus Süd- und Mittelamerika, die in der familialen Pflege eingesetzt werden und damit zur Entlastung erwerbstätiger Pflegepersonen beitragen (Klie 2006; Lamura et al. 2006; Saraceno 2008). Die Unterstützung für pflegende Angehörige ist in *Kanada* traditionell ein wichtiges Thema. Die Familienpflege wurde in den letzten Jahren als ökonomisch günstigste Form der Pflege gestärkt. Finanzielle Leistungen werden vor allem für einkommensschwache Familien gewährt – insgesamt allerdings weniger in direkter Form als durch das Steuersystem geregelt. Der so genannte "caregiver amount" ist dabei auf etwa \$3.700 begrenzt – ob damit die Kosten, die in einer Pflegesituation anfallen, abgedeckt werden, ist fraglich (Le Goff 2002). Die Erwerbstätigenquote unter den Pflegenden in Kanada ist vergleichsweise gut und umfasst mehr als die Hälfte aller Pflegenden im erwerbsfähigen Alter. Die Aufteilung zwischen den Geschlechtern ist dabei nahezu paritätisch. Interessanterweise sind es dort auch sehr häufig die Geschwister, die die pflegerische Versorgung übernehmen (Jenson & Jacobzone 2000). Auch in *Australien* werden finanzielle Leistungen durch den Staat eher als Ergänzung betrachtet. Allerdings fließen die Mittel direkt dem pflegenden Angehörigen, nicht dem Pflegebedürftigen zu (Keefe, Glendinning & Fancey 2008). Wie in Kanada so sind auch in Australien die geschlechtsspezifischen Ungleichheiten in der Pflege nur gering ausgeprägt (ebd.). Die Erwerbstätigkeit unter den Pflegepersonen ist relativ hoch: Gut die Hälfte der pflegenden Angehörigen in Australien ist in den Arbeitsmarkt integriert (ebd.).

### **7.1.7 Asien**

Pflegearrangements in *asiatischen Staaten* mit konfuzianischer Prägung zeichnen sich trotz einer wachsenden Anzahl an Serviceeinrichtungen für Ältere immer noch durch eine starke Familialisierung der Pflege aus (Lai & Leonenko 2007; Metha & Thang 2008; Zhan & Liu 2005;). So wird die Pflege der Eltern als gerechte Abgeltung der eigenen Versorgung als Kind gewertet. Die so genannte "Xiao", im Englischen "filial piety", d.h. der Respekt vor den Eltern, hat eine besondere Bedeutung innerhalb der konfuzianischen Kultur. Seine Eltern in der Pflegesituation nicht zu unterstützen, kommt diesen Werten zufolge einem nahezu verbrecherischen Akt gleich (Shengwan 2000; Zavoretti 2006). Die Pflegeverantwortung wird in südasiatischen Ländern beim ältesten Sohn gesehen, obgleich es dennoch die Schwiegertöchter sind, die faktisch die persönliche Pflege übernehmen (vgl. auch Kwok 2006; Minhong

et al. 2007; Shengwan 2000). Jenson und Jacobzone (2000) stellen z.B. fest, dass in Japan die Hauptverantwortung in einer Pflegesituation nur von 5% der Männer wahrgenommen wird. Die Schwiegersöhne beteiligen sich dabei so gut wie gar nicht. Diese starke wertorientierte Zuschreibung der familiären Verantwortung sorgt angesichts einer steigenden Lebenserwartung in Asien und einer niedrigen Geburtenrate (bzw. der Ein-Kind-Politik in China) für eine besondere Herausforderung für die weibliche Pflege: So müssen Töchter, die selbst Einzelkind sind, vielfach nicht nur die Schwiegereltern, sondern auch die eigenen Eltern pflegerisch unterstützen. In China spricht man von der 1:2:4-Formel zur Illustration der Folgen der Ein-Kind-Politik für die Pflege, d.h. das Einzelkind muss irgendwann für die Versorgung sowohl der beiden eigenen Eltern sowie der beiden Schwiegereltern Sorge tragen. Das Interesse an der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ist darum in besonderem Maße vor dem Hintergrund der bemerkenswerten Alterung, insbesondere in den ländlichen Regionen Asiens zu bewerten (vgl. Kawaguchi 2008; Shengwan 2000). Kulturelle und mentale Unterschiede sind auch mit Blick auf Migration und Pflege interessant. Verschiedene Studien zeigen beispielsweise auch nach einer Auswanderung einen starken Einfluss der aufgezeigten Traditionen, wie z.B. die Untersuchung von Lai zur Situation chinesischer Migrant/innen in Kanada belegen (Lai 2007; Lai & Leonenko 2007; vgl. auch OECD 2008; Baldassar, Baldock. & Wilding 2007).

Ziel dieses Kapitels war es, in international vergleichender Perspektive einen kurzen Überblick über die verschiedenen Charakteristika wohlfahrtsstaatlicher Rahmenbedingungen und Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege auf der Basis der aktuellen Forschungsliteratur zu geben. Es zeigt sich, dass es unterschiedliche Ansichten und Strategien gibt, die die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege betreffen. Als wichtigste Säulen in Bezug auf die Vereinbarkeit gelten die Familie, staatliche Interventionen oder die Verantwortung der Arbeitgeber – mit jeweils unterschiedlicher Gewichtung. Im nachfolgenden Abschnitt werden in diesem Kontext nun allgemein erkennbare Bedingungen und Faktoren vorgestellt, die bei der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege besonders förderlich bzw. effizient wirken.

## Zusammenfassung

In diesem Bericht wurde der nationale und internationale Forschungsstand zum Thema „Vereinbarkeit von Beruf und Pflege eines älteren Angehörigen“ – unter besonderer Berücksichtigung der Partnerländer Deutschland, Polen, Italien und Großbritannien – aufgearbeitet. Die dargelegte Literaturübersicht verdeutlicht, dass partiell zu einigen themenspezifischen Bereichen – z.B. zu den Auswirkungen der Vereinbarkeitsproblematik am Arbeitsplatz – durchaus eine Fülle von Informationen vorliegt. Gleichzeitig ist jedoch auch zu konstatieren, dass Untersuchungen häufiger die Pflegesituation im Allgemeinen untersuchen, aber seltener speziell die Lage der *Pflegenden* in den Blick nehmen. Daher an dieser Stelle zunächst noch einmal eine thesenartige Zusammenfassung der wichtigsten Rechercheergebnisse:

- Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Arbeitnehmer/innen weltweit leistet Pflege für ihre älteren Angehörigen. Die Prävalenzrate – d.h. der Anteil Erwerbstätiger mit Pflegeverpflichtungen an allen Arbeitnehmer/innen – ist dabei von der verwendeten Definition abhängig und reicht von 6% bis zu 48%. Betrachtet man den Anteil an Pflegenden, die erwerbstätig sind, so lässt sich feststellen, dass die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege kein Einzelphänomen darstellt: die Quote liegt hier zwischen 30-80%.
- Erwerbstätige mit Pflegeverpflichtungen sind überwiegend verheiratete Frauen in der Altersgruppe zwischen 40 und 50 Jahren; in zunehmenden Maße sind jedoch auch Männer in die Versorgung älterer Menschen involviert. Die Pflegeleistenden sind mehrheitlich Vollzeit erwerbstätig und üben häufig eine höher qualifizierte Tätigkeit aus. Ihre Unterstützungsleistungen für Ältere beziehen sich vor allem auf "general elder-care".
- Personen, die Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige vereinbaren (müssen), sind aufgrund der Vielzahl der von ihnen zu bewältigenden Anforderungen oftmals hohen psychischen und physischen Belastungen ausgesetzt, die sich nicht selten in einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und auch in finanziellen Aufwendungen, insbesondere für "long-distance caregiving", manifestieren. Für alle Pflegenden bleibt häufig wenig Zeit für soziale Kontakte, Hobbies und regenerative Phasen.
- Belastungen, die durch eine mangelnde Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegeaktivität entstehen, können sich auch am Arbeitsplatz auswirken. Als negative Folgen sind zu nennen: Absentismus, mangelndes Leistungsvermögen, verminderte Chancen für Karriere und Weiterbildung, erzwungene Arbeitszeitreduzierung und -reorganisation, Einkommenseinbußen und – im Extrem – schließlich die Berufsaufgabe.

- Die Erwerbstätigkeit kann trotz der objektiven Belastung durch die Pflegeverpflichtungen auch eine entlastende Funktion haben. Sie kann z.B. eine Unterbrechung der – u.U. isolierenden und bedrückenden – familiären und pflegerischen Verpflichtungen bedeuten, zur Erhöhung des Selbstwertgefühls und der Kompetenz beitragen sowie soziale Kontakte und soziale Unterstützung ermöglichen.
- Um eine Vereinbarkeit von Beruf und Pfl egetätigkeit zu gewährleisten, setzen erwerbstätige Pfleger auf eine Reihe von Strategien. Dazu gehören neben der Reorganisation der Arbeit auch die Reduzierung der Erwerbstätigkeit sowie der Rückgriff auf Unterstützung von Dritten, wie beispielsweise professionelle Pflege.
- Als wichtige Faktoren, die eine Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pfl egetätigkeit beeinflussen, sind identifiziert worden: der Grad der Pflegebedürftigkeit des älteren Angehörigen, die räumliche Distanz zwischen Arbeitsort, eigenem Wohnort sowie Wohnort der/des Pflegebedürftigen, berufliches Qualifikationsniveau bzw. die Möglichkeit Arbeitszeit und Arbeitsgeschwindigkeit selbst flexibel zu gestalten, ökonomische Lage, Kinderzahl und Verfügbarkeit von Hilfen durch Dritte. Eine erfolgreiche Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen ist dann eher anzunehmen, wenn eine oder mehrere der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
  - der Grad der Pflegebedürftigkeit des Angehörigen ist eher gering,
  - die/der Pflegeleistende verfügt über ein höheres berufliches Qualifikationsniveau und entsprechend einen beruflichen Status, welcher ermöglicht, Arbeitszeit und Arbeitsgeschwindigkeit flexibel zu gestalten,
  - die/der Pflegeleistende hat keine minderjährigen Kinder, die im selben Haushalt wohnen,
  - die/der Pflegeleistende befindet sich in einer ökonomisch günstigen Lage und
  - es sind Hilfe und Unterstützung durch Dritte verfügbar.
- Pflege ist nach wie vor überwiegend weiblich und in der Konsequenz durch eine Reihe von Ungleichheiten gekennzeichnet. So leisten Frauen in Bezug auf den zeitlichen Umfang deutlich mehr Pflege als männliche Pflegepersonen. Zudem handelt es sich meistens um besonders beschwerliche Hilfen im Bereich der „personel care“. Es sind daher häufiger Frauen, die ihre Erwerbsarbeit reduzieren oder gar zugunsten der Pflege aufgeben.

- Pflegearrangements und die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Hilfe für ältere Menschen werden im internationalen Vergleich z.T. recht unterschiedlich praktiziert. Dabei ist die besondere Ausgestaltung des Wohlfahrtsstaates in Form von „care-regimes“ entscheidend.
- Erwerbstätige mit Pflegeverantwortung werden durch eine Reihe von Faktoren in ihrer Doppelbelastung unterstützt oder auch gehemmt. Diese Determinanten beziehen sich auf die politische, betriebliche sowie gesellschaftliche Handlungsebene. Eine bessere Vereinbarkeit ist nur durch eine gemeinsame Anstrengung auf allen drei Ebenen zu realisieren.
- Die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege macht sich auch auf betrieblicher Ebene bemerkbar. Studien (insb. aus den USA) belegen, dass die Auswirkungen einer mangelnden Vereinbarkeit, z.B. in Form von Absentismus, geringerer Produktivität oder Rekrutierungskosten für den Personaleinsatz, sich auf ca. \$2.110 pro erwerbstätigen Pflegenden beziffern lassen. Umgekehrt stellen Untersuchungen fest, dass eine gelungene Work-Life Balance aufgrund der höheren Zufriedenheit und Produktivität bei den Arbeitnehmer/innen sowie das positive Image in Bezug auf Personalrekrutierung durchaus die betriebliche Wertschöpfung steigert.
- Einige größere Unternehmen (insbesondere in den USA, Kanada und Großbritannien) und der öffentliche Sektor haben die betrieblichen Folgen einer mangelnden Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Menschen erkannt und zum Teil darauf reagiert, indem sie betriebliche Maßnahmen zur Erleichterung der Vereinbarkeitsproblematik initiiert haben. Erfahrungen und wissenschaftliche Evaluationen zu diesem Themenkomplex sind jedoch kaum dokumentiert.

Bei Betrachtung der vorliegenden Untersuchungsergebnisse lassen sich daher noch Forschungsdefizite konstatieren, die sich zum einen auf a) inhaltliche Fragestellungen und zum anderen auf b) methodische Aspekte beziehen.

Zu a) Insbesondere in Deutschland mangelt es nach wie vor an vertiefenden Untersuchungen, die beiden Seiten der Vereinbarkeitsproblematik gerecht werden und Aufschluss über die Sicht der Angehörigen und der Betriebe zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege älterer Angehöriger geben könnten. Zukünftige Forschungsarbeiten sollten zunächst eine stärkere Differenzierung der erwerbstätigen Pflegeleistenden vornehmen (z.B. hinsichtlich Art und Umfang der von ihnen geleisteten Unterstützung oder hinsichtlich ihrer Verantwortung für

den Pflegebedürftigen "primary versus secondary caregiver"). Durch dieses Vorgehen könnte genauer ermittelt werden, welche Faktoren der Pflegesituation als besonders belastend erlebt werden bzw. die stärksten negativen Konsequenzen auf Privatleben und Arbeitsplatz haben. Auch der Zusammenhang zwischen betrieblichen und arbeitsplatzbezogenen Variablen in ihrer Wirkung auf die Vereinbarkeitsproblematik sollte stärker in den Vordergrund der Forschungsbemühungen rücken. Interessant wären dahingehend auch Untersuchungen, die Pflegenden in den Blick nehmen, die keine Möglichkeit hatten, Pflege und Erwerbstätigkeit zu vereinbaren und aus diesem Grunde nicht mehr in den Arbeitsmarkt integriert sind. Dabei sollte des Weiteren darauf geachtet werden, dass ein Einbezug auch jener Arbeitnehmer/innen erfolgt, die bislang in den Untersuchungsstichproben unterrepräsentiert sind (z.B. die "blue collar" – Arbeitnehmer/innen). Hinzu kommen neue Entwicklungen und Trends, welche die Versorgung älterer Menschen betreffen. Dazu gehören weitergehende Untersuchungen zu Pflege auf Distanz ebenso wie der Themenkomplex „Migration und Pflege“. Insgesamt gilt es auch den neuen Lebensformen, wandelnden Familienverhältnissen sowie anderen Beschäftigungsformen (z.B. Selbständigkeit) Rechnung zu tragen. Grundsätzlich ist zu empfehlen, noch intensiver die Wechselwirkungen zwischen den Bereichen Erwerbstätigkeit und Pflege und den unterschiedlichen Einflussfaktoren zu untersuchen, die eine Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflegeverpflichtungen fördern oder hemmen können. Auch gilt es, das Augenmerk auf die Konsequenzen der Vereinbarkeit für den privaten und familiären Bereich von Pflegeleistenden zu richten. Neal und Wagner (2002) verweisen auch auf die Fragestellungen von Studien, die sich vor allem mit den negativen Auswirkungen der Pflegesituation beschäftigen. Zudem geben sie zu bedenken, dass viele Studien nur auf Befragungen der pflegenden Angehörigen basieren. Denkbar wären dagegen auch Untersuchungen, die gezielt die Perspektive der Pflegebedürftigen in den Blick nehmen: Wie bewerten gerade die Hilfebedürftigen die Arrangements zwischen Erwerbstätigkeit und Pflege? Zudem wird die betriebliche Sicht der Vereinbarkeit von Beruf und Pflege in den Untersuchungen größtenteils vernachlässigt. Schließlich ist es dringend erforderlich, mehr über die Einstellungen und Reaktionen der Betriebe zur Vereinbarkeitsproblematik sowie über Art und Umfang vorhandener betrieblicher Maßnahmen und über ihre Nutzer zu erfahren. In diesem Zusammenhang ist kritisch anzumerken, dass evaluativ ausgerichtete Studien zu betrieblichen Instrumenten bislang kaum durchgeführt bzw. dokumentiert sind:

*"The effect of workplace eldercare on job performance, retention and productivity indicators is unclear as is the relative importance of these programmes for the users. Do users of workplace eldercare, for example, have an easier time managing the intersection of work and family? Are the models that are in place today, which we developed 20 years ago, appropriate for today's workforce?" (Wagner 2006: 119)*

Zu b) Wie in Abschnitt 2.1 dargelegt, bildet die definitorische Abgrenzung der Zielgruppe "working caregiver bzw. erwerbstätige Pflegeleistende" ein wesentliches Problem, das nicht nur eine Vergleichbarkeit der vorliegenden Studien erschwert, sondern auch praktische Implikationen hat. Es erscheint daher unerlässlich, nach Wegen zu suchen, dieses "Definitionsdiilemma" zu umgehen. In Bezug auf die Methodik von Studien zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für ältere Angehörige verweisen Neal und Wagner (2002) auf die Notwendigkeit von Längsschnitterhebungen. Sie betonen, dass sowohl die Erwerbstätigkeit als auch die Pfl egetätigkeit dynamische Prozesse sind, die in einer Wechselwirkung miteinander stehen. Eine querschnittliche Betrachtung erfasst solche Wechselwirkungen nicht, da sie die Vereinbarkeitsproblematik nur punktuell abbilden kann (vgl. Anderson 2003).

Um wesentliche Einflussfaktoren auf die Vereinbarkeitsproblematik bzw. die Bedingungen, die eine Vereinbarkeit begünstigen, noch genauer identifizieren zu können, erscheint es weiterhin erforderlich, dass zukünftige Forschungsarbeiten ein stärkeres Gewicht auf einen Vergleich zwischen erwerbstätigen Pflegeleistenden und nicht-erwerbstätigen Pflegeleistenden legen bzw. auf einen Vergleich zwischen Erwerbstätigen mit und ohne Pflegeverpflichtungen abzielen, um auch diejenigen Pflegenden zu integrieren, welche die Erwerbstätigkeit zugunsten der Unterstützung älterer Menschen ganz aufgegeben haben.

Unter methodischen Gesichtspunkten könnte hier die Anwendung von Prä-Post-Designs sinnvoll sein. Die vorliegende Analyse der nationalen wie internationalen Forschungsliteratur resümierend bleibt festzustellen, dass die vorgestellten Befunde der mehrheitlich internationalen Quellen auch auf die deutsche Situation von Erwerbstätigen mit Pflegeverpflichtungen bzw. auf tangierte Betriebe zutreffen dürften. Allerdings müssen die jeweils gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Bedingungen am Untersuchungsort beachtet werden, die einer unmittelbaren Übertragbarkeit internationaler Forschungsergebnisse auf Deutschland entgegenstehen.

## Quellen

- Allmendinger, J. (2006). Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit: Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik (7). Berlin: BMFSFJ.
- Amorevole R. (2009). Il tempo non è solo denaro. Banca delle ore, Banca del tempo: quando il tempo non è solo denaro, <http://www.kronoscoordinamento.it/temponodenaro.asp>
- Anderson, R. (2003). Working Carers in the European Union. In: Harper, S. (ed.). Families in Ageing Societies. A Multi-Disciplinary Approach. Oxford.
- Anxo, D., Fagan, C; Smith, M., Letablier, M.-T.; Perraudin, C. (2007). Parental Leave in European Companies. Ed. by the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Arber, S. (2003). Gender and ageing: changing roles and relationships. Maidenhead: Open University Press.
- Arber, S., Andersson, L. & Hoff, A. (2007). Changing Approaches to Gender and Ageing: Introduction. *Current Sociology*, 55, 147-153.
- Arntz, M. & Thomsen, S. L. (2008). Crowding out informal care? Evidence from a Social Experiment in Germany, Discussion paper No.08-113, Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung.
- Atienza, A. & Stephens, M. (2000). Social Interactions at Work and the Well-Being of Daughters Involved in Parent Care. *Journal of Applied Gerontology*, 19(3), 243-263.
- Atsumi, N. (2007). Work-life balance strategies for advanced companies. *Japan labor review*, 4(4), 37-58.
- Au, C. & Sowarka, D. (2007). Die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege. *Informationsdienst Altersfragen*, 3(21), 2-8.
- Bäcker, G. (2003). Berufstätigkeit und Verpflichtungen in der familiären Pflege - Anforderungen an die Gestaltung der Arbeitswelt. In: B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (eds.), Fehlzeitenreport 2003. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Balcerzak-Paradowska, B. (2008). Rozwiązania w zakresie godzenia pracy i życia zawodowego z rodzinnym jako element polityki rodzinnej. [In:] Sadowska-Snarska (Ed). op. cit. Pp.: 15 - 31
- Baldassar, L., Baldock, C. V. & Wilding, R. (2007). Families caring across borders: migration, ageing and transnational caregiving. Basingstoke [u.a.]: Palgrave Macmillan.
- Baldwin, S. (1995). Love and Money: The Financial Consequences of Caring for an Older Relative in Allen, I. and Perkins, E. (eds.) (1995). *The Future of Family Care for Older People*, London: HSMO.
- Barkholdt, C. & Lasch, V. (2006). Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen/ DZA (ed.), Förderung der Beschäftigung älterer Arbeitnehmer - Voraussetzungen und Möglichkeiten. Expertisen zum fünften Altenbericht der Bundesregierung. Münster: LIT.
- Barkholdt, C. (2005). Durchwursteln im Alltag. Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB (2005) (ed.) a.a.O.
- Barkholdt, C. (2007). Wirkungsvolle Entlastung von Pflegenden - Was können wir von anderen europäischen Ländern lernen?. Beitrag im Rahmen der Konferenz „Pflege und Erwerbstätigkeit“ von Bündnis 90/ Die Grünen am 21. Juni 2006 in Berlin.
- Bauer, A.; Gröning, K. (2008). Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt am Main: Mabuse.



- Beckmann, S. (2008). *Geteilte Arbeit?: Männer und care-Regime in Schweden, Frankreich und Deutschland* (8). Westfalen: Westfälisches Dampfboot.
- Benjamin, A., Matthias, R. & Franke T.M. (2000). Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home. *Health Service Research*, 35, 351-366.
- Bernard, M. & Phillips, J. (2007). Working Carers of Older Adults - What helps and what hinders in juggling work and care? *Community, Work and Family*, 10(2), 139-160.
- Berufundfamilie - Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung - , Prognos (2007). *Verinbarkeit von Beruf und Pflege - ein Thema für Unternehmen - Ein Praxisleitfaden*. Frankfurt a. M.
- Berufundfamilie - Eine Initiative der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung - , Prognos (2009). *Eltern pflegen - so können Arbeitgeber Beschäftigte mit zu pflegenden Angehörigen unterstützen – Vorteile einer bewussten Familienpolitik*. Frankfurt a. M.
- Bettio, F., Simonazzi, A. & Villa, P. (2004). Change in care regimes and female Migration - "care drain" in Mediterranean. *Journal of European Social Policy*, 16(3), 271-286.
- Bettio, F. & Plantenga, J. (2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economics*, 10(1), 85-113.
- Bettio F. & Solinas G. (2009). Which European model for elderly care? Equity and cost-effectiveness in home based care in Three European Countries, in [ideas.repec.org/p/mod/depeco/0609.html](http://ideas.repec.org/p/mod/depeco/0609.html),
- Bień, B. et al. (2004). National Background Report for Poland. *Services for Supporting Family Carers of Elderly People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage*. EUROFAM-CARE publication.
- Bień, B. (ed) (2006). *Family Caregiving for the Elderly in Poland*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersyteckie: TRANS HUMANA.
- Bittmann, M., Hill, T. & Thomson, C. (2007). The Impact of Caring on Informal Carers' Employment, Income and Earnings: A Longitudinal Approach. *Australian Journal of Social Issues*, 42(2), 255-272.
- Błędowski, P. (2006). Costs of family caregiving. [In:] Barbara Bień (Ed), *Family Caregiving for...*, op. cit. Pp.: 155-171.
- Błędowski, P. (2008). Ubezpieczenia społeczne i pielęgnacyjne wobec procesu starzenia się społeczeństwa. [In:] A, Karpiński, A. Rajkiewicz (eds.), *Polska w obliczu starzenia ...* Op. cit. Pp.: 89-103.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2000). Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus: Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. *Sozialer Fortschritt : unabhängige Zeitschrift für Sozialpolitik*(10), 237 - 245.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2001). *Zukünftige Entwicklung von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis 2050*. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2004). *Solidarität in Gefahr: Pflegebereitschaft und Pflegebedarftwicklung im demografischen und sozialen Wandel - die 'Kasseler Studie'*. Hannover: Vincentz.
- Blinkert, B. & Klie, T. (2006). Der Einfluss von Bedarf und Chancen auf Pflegezeiten in häuslichen Pflegearrangements. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 423-428.
- Bojanowska, E. (2008). *Opieka nad ludźmi starszymi*. [In:] Piotr Szukalski (ed.), *To idzie starość*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych. Pp.: 87-103.
- Bonsang, E. (2009). Does informal care from children to their elderly parents substitute for formal care in Europe? *Journal of Health Economics*, 28, 143-154.

- Bovenberg, A. (2005). Balancing work and family life during the life course. *De Economist*, 153(4), 399-423.
- Brandt, M.; Haberkern, K. & Szydlik, M. (2009). Help and Care Between Generations in Europe. *European Sociological Review*, forthcoming. DOI:10.1093/esr/jcn076.
- Brückner, M. (2004). Der gesellschaftliche Umgang mit menschlicher Hilfebedürftigkeit. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 29(2), 7-23.
- Brückner, M. (2008). Wer sorgt für wen? In: Bauer & Gröning (2008). a.a.O.
- Bubolz-Lutz, E. (2006). *Pflege in der Familie: Perspektiven (1)*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Buckner, L. & Yeandle, S. (2005a). *We Care. Do You?*, report for Carers UK: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Employmentandcaring/1207233993/WEcaredoyou.pdf>
- Buckner, L. & Yeandle, S. (2005b). *Older Carers in the UK*, report for Carers UK: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Profileofcaring/1207234833/ResearchCarersinolderpeopleNovember2005.pdf>
- Buckner, L. & Yeandle, S. (2006). *More than a Job- Working Carers: Evidence from the 2001 Census*, Carers UK, report for Carers UK, ACE and University of Leeds: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Employmentandcaring/1207231086/Morethanajob.pdf>
- Budd, J. & Mumford, K. (2006). Family Friendly Work Practices in Britain: Availability and Perceived Accessibility, *Human Resource Management*, Vol. 45, No. 1: 23-42.
- Budrowska, B. (2008). Stosowanie rozwiązań z zakresu praca - rodzina jako istotny element polityki promowana równości kobiet i mężczyzn w przedsiębiorstwach. [In:] Sadowska-Snarska (Ed). *Kierunki działań w Polsce...* op. cit. Pp: 61-86.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ BMFSFJ (2004). *Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ BMFSFJ (2005). *Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ BMFSFJ (2008). *Monitor Familienforschung Nr. 16*. Berlin.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/ BMFSFJ (2009). *Familienreport 2009*. Berlin.
- Campbell, L.D. & Martin-Matthews, A. (2000). *Caring sons: Exploring men's involvement in filial care*. *Canadian Journal of Aging* 19(1), 57-79.
- Carers UK. (2007a). *Out of Pocket: A Survey of Carers' Lost Earnings*, <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Financialimpactofcaring/1201109023/ResearchOutofPocket.pdf>
- Carers UK. (2007b). *Real Change, Not Short Change: Time to Deliver for Carers*: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Financialimpactofcaring/1201109152/Realchangenotshortchange.pdf>
- Carers UK. (2008). *Carers in Crisis: A Survey of Carers' Finances in 2008*: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/Financialimpactofcaring/1228318101/CarersinCrisis-Asurveyofcarersfinancesin2008.pdf>
- Carmichael, F., Connel, G., Hulme, C. & Sheppard, S. (2005). *Who cares and what cost? The incidence and opportunity costs of informal care*. Working Paper 209/05. Salford University: Management & Management Science Research Institute.

- Chesley, N. & Poppie, K. (2009). Assisting parents and In-Laws: Gender, Type of Assistance, and Couples' Employment. *Journal of Marriage and Family*, 71(2), 247-262.
- Christakis, N.A. & Allison, P.D. (2006). Mortality after Hospitalization of a Spouse, *New England Journal of Medicine*, 35(7), 719-730.
- Cornelißen, W. (2005). Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. München.
- Cornelißen, W. (2008). Vereinbarkeit von Familie und Beruf. In: B. Badura, H. Schröder & C. Vetter (eds.), *Fehlzeiten-Report 2007. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit; Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. 175-189. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Craig, P. & De Búrca, G. (2008). *EU Law: Texts, Cases and Materials*, Oxford: Oxford University Press.
- Crespo, L. (2006). Caring for Parents and Employment Status of European Midlife Women. Working Paper No. 615, Centro de Estudio Monetarios Y Financieros, University of Alicante, Spain. <http://www.ftp.cemfi.es/wp/06/0615.pdf>.
- Crespo L. & Mira, P. (2008): Caring for Parents and Employment of European Middle-Aged Women. In: A. Börsch-Supan; A. Brugiavini; H. Jürges; A. Kapteyn; J. Mackenbach; J. Siegrist; G. Weber (ed.)(2008). *Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension* Mannheim: MEA.
- Crompton, R. (1999a). The Decline of the Male Breadwinner: Explanations and Interpretations in Crompton, R. (ed.) (1999). *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.
- Crompton, R. (1999b). Discussion and Conclusion in Crompton, R. (ed.) (1999). *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.
- Crompton, R; Dennett, J & Wigfield, A. (2003). *Organisations, Careers and Caring*, The Policy Press for the Joseph Rowntree Foundation: Bristol. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr125-careers-employment-policies.pdf>
- CSO (2003). *Narodowy spis powszechny ludności i mieszkań 2002*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- CSO (2006). *Praca a obowiązki rodzinne w 2005 r.* Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Czekanowski, P. (2000). Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie. [In:] Brunon Synak, *Polska starość*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego. Pp.: 140-173.
- Czekanowski, P. (2006). Family carer of the elderly. [In:] Barbara Bień (ed), *Family Caregiving for...*, op. cit. Pp.: 85-112
- Czekanowski, P., Bień, B. (2006). Older people and their needs for care. [In:] Barbara Bień (Ed), *Family Caregiving for...*, op. cit. Pp.: 66-85
- Da Roit B. (2006). La regolazione del mercato privato di cura: un problema di welfare locale? Università di Milano Bicocca <http://www.qualificare.info/home.php?id=78>
- Da Roit, B. (2007). Changing Intergenerational Solidarities within Families in a Mediterranean Welfare State - Elderly Care in Italy. *Current Sociology*, 55(2), 251-269.
- Daatland, S. & Löwenstein, A. (2005). Intergenerational solidarity and the family-welfare state balance. *European Journal of Ageing*, 2(3), 174-182.
- Daly, M. & Rake, K. (2003). *Gender and the welfare state: care, work and welfare in Europe and the USA*. Cambridge: Polity Press [u.a.].
- Del Boca D. (2007). *Famiglia e lavoro, Conferenza Nazionale della Famiglia, Cresce la famiglia cresce l'Italia*, Firenze

- Dellantonio E., Ceredi A. (a cura di) (2008). Donne e lavoro di cura, Analisi delle attività di assistenza e cura domiciliare di persone con disabilità e anziani non autosufficienti. Identificazione di buone pratiche attraverso case studies di eccellenza, Provincia Autonoma di Bolzano Alto Adige, <http://www.donne-lavoro.bz>.
- Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB (2005) (ed.). Der Pflegefall ausweichen. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin.
- Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB (2006) (ed.). Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin.
- Dex, S. & Scheibl, F. (2001). Flexible and Family-Friendly Working Arrangements in UK-Based SMEs: Business Cases, *British Journal of Industrial Relations*, Vol. 39, No. 3: 411-431.
- Dex, S & Smith, C. (2002). The Nature and Pattern of Family-Friendly Employment Policies in Britain, The Policy Press for the Joseph Rowntree Foundation: Bristol. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr116-family-friendly-employment.pdf>
- DfEE. (2000). Work Life Balance: Changing Patterns in a Changing World, London: HMSO ([http://www.dcsf.gov.uk/consultations/downloadableDocs/52\\_1.pdf](http://www.dcsf.gov.uk/consultations/downloadableDocs/52_1.pdf)).
- Dienel, C. (2007). Die Betreuung älterer Familienmitglieder im europäischen Vergleich — Perspektiven einer europäischen Politik für familiäre Pflege. *Berliner Journal für Soziologie*, 17(3), 281-300.
- Di Nicola P. (2003). Il difficile percorso delle donne tra lavoro produttivo e lavoro di cura in Oggidomani Anziani, AnnoXVI n. 2
- Döhner, H.; Kofahl, C.; Lüdecke, D.; Mnich, E.(2008). Family care for older people in Germany: results from the European project EUROFAMCARE. Berlin [u.a.]: LIT Verlag.
- Dräger, D., Geister, C. & Kuhlmeier, A. (2003). Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die Situation pflegender Töchter. *Pflege*, 16(6), 342-348.
- DSS. (1999). Caring about carers: A national strategy for carers, London: The Stationery Office:[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_4006522](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006522).
- Duncan, S. (2002). Policy Discourses on 'Reconciling Work and Life' in the EU, *Social Policy and Society*, Vol. 1, No. 4: 305-314.
- Eberhardt, B. (2005). Spagat zwischen Arbeit und Pflege. In: Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB (2005) (ed.), a.a.O.
- Edwards, A., Zarit, S., Stephens, M. & Townsend, A. (2002). Employed family members of cognitively impaired elderly: An examination of role strain and depressive symptoms. *Aging & Mental Health*, 6, 55-61.
- Ellingsæter, A. (1999). Dual Breadwinners between State and Market in Crompton, R. (ed.) (1999). *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.
- Engstler, H. (2006). Erwerbsbeteiligung in der zweiten Lebenshälfte und der Übergang in den Ruhestand. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm.(2006)(ed.), *Altwerden in Deutschland*. 85-154. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2008) (ed.). *Living and working in Europe*, Dublin.
- European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (2009) (ed.). *Drawing on experience - older women workers in Europe*. Dublin.

EUROSTAT (2007). The transition of women and men from work to retirement. Statistics in focus. N. 97.

EUROSTAT (2009). Life Expectancy post- 60/ 65 UK: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/extraction/retrieve/en/theme3/demo/demo\\_mlexpec?OutputDir=EJOutputDir\\_25&user=unknown&clientsessionid=4405AF3EBD465927CCF396D0E0DD EF47.extraction-worker-1&OutputFile=demo\\_mlexpec.htm&OutputMode=U&NumberOfCells=88&Language=en&OutputMime=text%2Fhtml&](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/extraction/retrieve/en/theme3/demo/demo_mlexpec?OutputDir=EJOutputDir_25&user=unknown&clientsessionid=4405AF3EBD465927CCF396D0E0DD EF47.extraction-worker-1&OutputFile=demo_mlexpec.htm&OutputMode=U&NumberOfCells=88&Language=en&OutputMime=text%2Fhtml&)

Evandrou, M. (1995). Employment and Care, Paid and Unpaid Work: The Socio-Economic Position of Informal Carers in Britain in Phillips, J. (ed.) (1995). Working Carers, Aldershot: Avebury.

Evandrou, M. & Glaser, K. (2003). Combining Work and Family Life. Ageing and Society, 23, 583-601.

Evandrou, M. & Glaser, K. (2004). Family, Work and Quality of Life: Changing Economic and Social Roles Through the Lifcourse, Ageing and Society, Vol. 24: 771-791.

Evandrou, M. & Glaser, K. (2005). Family, Work and Quality of Life: Changing Economic and Social Roles- Full Research Report ESRC Award No. L480254036: <http://www.esrcsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/ViewAwardPage.aspx?AwardId=839>

Evercare & National Alliance for Caregiving (2006). Study of Caregivers in Decline, Findings from a National Survey. Im Internet unter: <http://www.caregiving.org/data/Caregivers%20in%20Decline%20Study-FINAL-lowres.pdf>

Evercare & National Alliance for Caregiving (2007). Family Caregivers - What they spend, what they sacrifice. Findings from a National Survey. Im Internet unter: [http://www.caregiving.org/data/Evercare\\_NAC\\_CaregiverCostStudyFINAL20111907.pdf](http://www.caregiving.org/data/Evercare_NAC_CaregiverCostStudyFINAL20111907.pdf)

Flieder, M. (2008). Sei doch nicht so ungehalten! Zum Alltag pflegender Töchter und Schwiegertöchter zwischen Geduld und Zeitdruck. In: Bauer & Gröning (2008). a.a.O.

Fredriksen-Goldsen, K. I. & Scharlach, A. E. (2001). Families and work: new directions in the twenty-first century. New York [u.a.]: Oxford University Press.

Frerichs, F. (2008). Demografischer Wandel und Arbeitsmarktpolitik für Ältere Arbeitnehmer/innen. Das Vereinigte Königreich, Japan und Deutschland im Wohlfahrtsstaatvergleich. Berlin/Münster.

Fugsen, I. (1998). Starość pod opieką. Tłumaczył Dariusz Gołka. Warszawa: W.A.B

gaus & Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit (2007): Zwischenergebnisse der Beschäftigtenbefragung im Rahmen des Projektes „Entwicklung von Unterstützungsangeboten für Frauen zur besseren Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. Im Internet unter: <http://www.pflegeundberuf.de/data/zwischenergebnissepub.pdf>

Gazeta Prawna. Ubezpieczenia pielęgnacyjne: projekt trudny do wykonania. Artykuł z dnia 29.08.2007.

George, M. (2001). It Could Be You: A Report on the Chances of Becoming a Carer, London: Carers UK.

Gerlach, I.; Schneider & Juncke, D. (2007). Betriebliche Familienpolitik in auditierten Unternehmen und Institutionen, Arbeitspapier Nr. 3, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.

Ghepardi D. (2004). Attività di cura e lavoro femminile, [www.asl.milano.it/copaop/docpdf/convegna/conv\\_8marzo04\\_4pdf](http://www.asl.milano.it/copaop/docpdf/convegna/conv_8marzo04_4pdf)

Giannakouris K. (2008) Ageing characterises the demographic perspectives of the European societies. Statistics in focus, 72. Eurostat. [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-072/EN/KS-SF-08-072-EN.PDF)

- Glendinning, C. (1992). *The Costs of Informal Caring*, London: HSMO.
- Glendinning, C & Bell, D. (2008). *Rethinking social care and support: What can England learn from other countries?*, The Joseph Rowntree Foundation: <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialcare/2335.asp> (accessed on 13/01/09).
- Głogosz, D. (2008). *Działania na rzecz równowagi praca-życie-rodzina w Polsce*. [In:] Sadowska-Snarska (Ed). op. cit. Pp: 37-51
- Gornick, J. & Meyers, M. (2004). *Welfare regimes in relation to paid work and care*. In: Giele, J.Z.; Holst, E. (Ed.)(2004). *Changing life patterns in Western Industrial Societies*. Oxford, 45-67.
- Grammer, I. (2008). *Berufstätigkeit sein und den eigenen Vater pflegen*. *Neue Caritas : Politik, Praxis, Forschung*, 13, 22-25.
- Gröning, K. (2002). *Häusliche Pflege und familiäre Entwicklung*. *Neue Praxis*, 32(6), 595-601.
- Gröning, K. (2007). *Generative Solidarität, filiale Verbundenheit und Individualisierung - über die Suche nach Lebensstilen mit dem Problem der Pflege für die Generation der Hochaltrigen umzugehen*. In Pasero, U; Backes, G.M. & Schroeter, K.R. (2007). a.a.O.
- Gröning, K. & Kunstmann, A.C.(2008). *Sorge für die alten Eltern und familiäre Entwicklung*. In: Bauer & Gröning (2008). a.a.O.
- Grundy, E., Tomassini, C. & Festy, P. (2006). *Demographic change and the care of older people: introduction*. *European Journal of Population*, 22(3), 215-218.
- Haberkern, K. & Szydlik, M. (2008). *Pflege der Eltern - ein europäischer Vergleich*. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 60(1), 78-101.
- Halicka, M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. Białystok: Akademia Medyczna.
- Haller, R.; Hemedinger, F.; Jenner, E.; Lehner, M. & Stelzer-Orthofer, Ch. (2004). *Vereinbarkeit von Berufstätigkeit und Pflege Angehöriger*, ICW-Forschungsberichte, 4, Linz.
- Hasseler, M. & Görres, S. (2004): *Künftige Bedarfskonstellationen pflegebedürftiger Menschen*. Gutachten für die Enquete-Kommission „Zukunft der Pflege in NRW“. Institut für angewandte Pflegeforschung, Universität Bremen.
- Heinemann-Knoch, M.; Knoch, T. & Korte, E. (2006). *Zeitaufwand in der häuslichen Pflege: Wie schätzen ihn Hilfe- und Pflegebedürftige und ihre privaten Hauptpflegepersonen selbst ein?* *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 413-417.
- Henz, U. (2004). *The effects of informal care on paid work participation in Great Britain: a lifecourse perspective*. *Ageing & Society*, 24(6), 851-880.
- Heusinger, J. (2006). *Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 418 - 422.
- Himmelweit, S.& Land, H. (2008). *Reducing gender inequalities to create a sustainable care system*, The Joseph Rowntree Foundation: <http://www.jrf.org.uk/knowledge/findings/socialcare/pdf/2293.pdf> (accessed on 13/01/09).
- Hoff, A. (2006). *Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel*. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (2006)(Ed.), *Altwerden in Deutschland*. 231-287. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hogg, C. & Harker, L. (1992). *The Family Friendly Employer: Examples from Europe*, London: Daycare Trust.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter: Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hutton, S. & Hirst, M. (2001). *Caring Relationships Over Time- End of Project Report*, SPRU University of York: <http://www.york.ac.uk/inst/spru/pubs/pdf/caringovertime.pdf>

- Infratest Sozialforschung (2003). Hilfe- und Pflegebedürftige in privaten Haushalten. Schnellbericht.
- Initiative neue Qualität der Arbeit/ INQA (2008) (ed.). Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in der Pflege fördern. Dortmund.
- ISTAT (1986). Sommario di statistiche storiche – 1926-1985. Roma.
- ISTAT (2008). Conciliare lavoro e Famiglia. Una sfida quotidiana, Argomenti n. 33, [www.istat.it](http://www.istat.it)
- ISTAT (2009). Struttura per età della popolazione al 1° gennaio. Anni 2006-2009 (valori percentuali). Roma ([http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2008/Tab\\_6.xls](http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2008/Tab_6.xls)).
- Jenson, J. & Jacobzone, S. (2000). Care allowance for the frail elderly and their impact on woman caregivers. Labour Market and Social Policy - Occasional Papers No. 41. Paris: Organisation for Co-Operation and Development.
- Johnson, R. & Lo Sasso, A. (2000). The Trade-off between Hours of Paid Employment and Time Assistance to Elderly Parents at Midlife. Working paper. The Urban Institute: Washington D.C.
- Joseph, A. & Hallmann, B. (1996). Caught in the triangle: The influence of home, work and elder location on work-family balance. Canadian Journal on Aging, 15(3), 393-412.
- Joshi, H. (1995). The Labour Market and Unpaid Caring: Conflict and Compromise in Allen, I. and Perkins, E. (eds.) (1995). The Future of Family Care for Older People, London: HMSO.
- Jung, R.; Trukeschitz, B. & Schneider U. (2007): Informelle Pflege und Betreuung älterer Menschen durch erwerbstätige Personen in Wien. Forschungsinstitut Altersökonomie. Wien.
- Kaiser, H. (2007). Work-Life Balance aus Sicht der Gerontologie. In A. Esslinger & D. Schöber (2008)(eds.), Erfolgreiche Umsetzung von Work-Life Balance in Organisationen. 97-121. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Kalyani, K. & Thang, L. (2008). Visible and Blurred Boundaries in Familial care: The Dynamics of Multigenerational Care in Singapore. In: A. Martin-Matthews & J. Phillips (2008)(eds.), a.a.O., 43-64.
- Karch, S. (2007). Das Schwedische Modell von Pflege und Erwerbstätigkeit. Beitrag im Rahmen der Konferenz „Pflege und Erwerbstätigkeit“ von Bündnis 90/ Die Grünen am 21. Juni 2006 in Berlin.
- Karpiński, A. & Rajkiewicz, A. (eds.) (2008). Polska w obliczu starzenia się społeczeństwa. Warszawa: Polska Akademia Nauk.
- Kathmann, M. (2005). Vernetztes Handeln und gute Praxis. Deutscher Gewerkschaftsbund/DGB (2005)(ed.), a.a.O., 6.
- Kawaguchi, A. (2007). Work-life balance measures and gender division of labor. Population change, labor markets, and sustainable growth. 189-209. Amsterdam u.a.: Elsevier.
- Keck, W. & Saraceno, C. (2009). Balancing elderly care and employment in Germany, Discussion Paper SP I 2009-401: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Keefe, J., Glendinning, C. & Fancey, P. (2008). Financial Payments for Family Carers: Policy Approaches and Debates. In: A. Martin-Matthews & J. Phillips (2008)(Ed.), a.a.O., 185-206.
- Kilpeläinen, R. (2005). Formal and informal work in Europe. Preliminary findings based on the European Community Household Panel (ECHP) data. Hamburg. Im Internet unter: <http://www.sozialwiss.uni-hamburg.de/publish/Isocz/pfau-effinger/fiwe/dp8.pdf>.
- Klammer, U. & Klenner, C. (2003). Geteilte Erwerbstätigkeit - gemeinsame Fürsorge. Strategien und Perspektiven der Kombination von Erwerbs- und Familienleben in Deutschland. Jahrbuch für Europa- und Nordamerikastudien (7), 177-207.

- Klenner, C. (2004). *Erwartungen an einen familienfreundlichen Betrieb. Erste Auswertung einer repräsentativen Befragung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern mit Kindern oder Pflegeaufgaben*. Projektbericht herausgegeben vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Kooperation mit dem Deutschen Gewerkschaftsbund und der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin.
- Klenner, C. (2007). Familienfreundliche Betriebe - Anspruch und Wirklichkeit. *Aus Politik und Zeitgeschichte: Beilage zur Wochenzeitung "Das Parlament"*, (34), 17-25.
- Knijjn, T. & Kremer, M. (1997). Gender and the Caring Dimension of Welfare State: Toward Inclusive Citizenship, *Social Politics*, Fall: 328-361.
- Kodwo-Nyameazea, Y. & Nguyen, P. V. (2008). Immigrants and Long-distance Elder Care: An Exploratory Study. *Ageing International*, 32(4), 279-297.
- Koppelin, F. (2008). *Soziale Unterstützung pflegender Angehöriger: Theorien, Methoden, Forschungsbeiträge*. Bern: Huber.
- Kotowska, I.E., Matysiak, A. & Domaradzka, A. (2005). *Scenariusze polityki ludnościowej dla Polski. Badanie eksperckie Delphi*. Warszawa: SGH.
- Kotowska, I.E., Sztanderska, U. & Wóycicka, I. (eds.) (2007). *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*. Warszawa: Scholar.
- Kotowska, I.E. & Sztanderska, U. (2007). Zmiany demograficzne a zmiany na rynku pracy w Polsce. [In:] I. E. Kotowska et al., *Aktywność zawodowa ...*, op. cit. Pp.: 13-47.
- Kotowska, I.E. & Wóycicka I. (eds.) (2008). *Sprawowanie opieki oraz inne uwarunkowania podnoszenia aktywności zawodowej osób w starszym wieku produkcyjnym. Raport z badań*. Warszawa: Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej.
- Kramer, B. J. & Thompson, E. H. (2002). *Men as caregivers: theory, research, and service implications* (13). New York, NY: Springer.
- Kröger, T. (ed.)(2003): *Familie, Work and Social Care in Europe, SOCCARE Project Report No. 6: Final report*. <http://www.uta.fi/laitokset/sospol/soccare/>
- Kröger, T. & Sipilä, J. (eds.)(2005). *Overstretched: European families up against the demands of work and care*. Malden, Mass. [u.a.]: Blackwell.
- Krzyszowski, J. (2006). Usługi opiekuńcze dla ludzi starych w miejscu zamieszkania w krajach UE i w Polsce. [In:] Jerzy Kowaleski, Piotr Szukalski (eds). *Starość i starzenie się jako doświadczenie jednostek i zbiorowości ludzkich*. Łódź: Wydawnictwo UŁ.
- Krzyszowski, J. (2008). *Between Welfare State and Welfare Society: the case of Home Care Services for the Old People in Poland*. [In:] A. Hoff & J. Perek-Białas (eds), *The Aging Societies of Central and Eastern Europe: Some Problems - Some Solutions*. Krakow: Jagiellonian University Press. Pp.: 143-155.
- Kuhrt, T. (2005). Die unsichtbaren Pfleger. Viele pflegende Angehörige sind Männer, aber niemand spricht über sie. *Männer-Forum*, (32), 24-25.
- Kustra, C. (2007). *Opieka nad ludźmi starymi w Kościele*. [In:] Barbara Kromolicka et al., *Pomoc i opieka w starości*. Szczecin: ZAPOL. Pp: 335-347.
- Künemund, H. (2006). Changing Welfare States and the "Sandwich Generation" - Increasing Burden for the next Generation? *International Journal of Aging and Later Life*, 1(2), 11-29.
- Kwok, H. (2006). The Son also acts as Major Caregiver to Elderly Parents: A study of the Sandwich Generation in Hong Kong. *Current Sociology*, 54(2), 257-272.
- Lai, D. (2007). Cultural Predictors of Caregiving Burden of Chinese-Canadian Family Caregivers. *Canadian Journal of Aging*, 26(1), 133-148.
- Lai, D. & Leonenko, W. (2007). Effects of Caregiving on Employment and Economic Costs of Chinese Family Caregivers in Canada. *Journal of Family & Economic Issue*, 28(3), 411-427.



- Lamura G., Melchiorre M.G., Quattrini S., Mengani M. & Albertini A. (2001). Background report from Italy, In: Philp I. (ed). *Family Care of Older People in Europe*, Amsterdam: IOS Press, pp. 97-133.
- Lamura, G., Mnich, E., Wojszel, B., Nolan, M., Krevers, B., Mestheneos, L. & Döhner, H. für das Projekt EUROFAMCARE. (2006). *Erfahrungen von pflegenden Angehörigen älterer Menschen in Europa bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen - Ausgewählte Ergebnisse des Projektes EUROFAMCARE*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 429-442.
- Lamura G., Melchiorre M.G., Principi A., Lucchetti M., & Polverini F. (2008). *Migrant workers in the eldercare sector: the Italian experience*. *Retraite et Société*. Selection 2008. Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, Paris, 125-152.
- Lange, A. & Szymenderski, P. (2007). *Arbeit ohne Ende? Neue Entwicklungen im Spannungsfeld von Erwerbs- und Familientätigkeit*. In: Lettke & Lange (2007). a.a.O.
- Lausch-Chudy, M. (2007). *Wolontariat w pomocy ludziom starym - rzeczywistość i postulaty*. [In:] Barbara Kromolicka et al., *Pomoc i opieka w starości*. op.cit.. Pp: 249-257.
- Lehner, M.; Stelzer-Orthofer, C.; Jenner, E.; Hemedinger, F.; Haller, R. (2004): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege Angehöriger*. Projektbericht. Linz.
- Leitner, S. (2007). *Das Demografieproblem der Sozialpolitik in Bezug auf 'Geschlecht'. 'konservative' Arrangements der Pflege- und Betreuungsarbeit in Kontinentaleuropa*. *Zeitschrift für Frauenforschung & Geschlechterstudien*, 25(3/4), 5-21.
- Lettke, F. & Lange, A. (2007). *Generationen und Familie. Analysen - Konzepte - gesellschaftliche Spannungsfelder*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lewis, J. (1992). *Gender and the Development of Welfare Regimes*, *Journal of European Social Policy*, Vol. 2, No. 3, 159-173.
- Lewis, J. (2006). *Men, women, work, care and policies*, *Journal of European Social Policy*, Vol. 16, No. 4: 387–392.
- Lewis, S. & Cooper, C. (1995). *Balancing the Work/Home Interface: A European Perspective*, *Human Resource Management Review*, Vol. 5, No. 4: 289-305.
- Lewis, S. (1996). *Rethinking Employment: An Organizational Culture Change Framework in* Lewis, S. and Lewis, J. (eds.) (1996). *The Work-Family Challenge: Rethinking Employment*, London: Sage Publications.
- Lewis, S. and Campbell, M. (2008). *What's in a Name? 'Work and Family' or 'Work and Life' Balance Policies in the UK since 1997 and the Implications for the Pursuit of Gender Equality*, *Social Policy and Administration*, Vol. 42, No. 5: 524-541.
- Li, L. (2004). *Caregiving Network Compositions and Use of Supportive Services by Community-Dwelling Dependent Elders*. *Journal of Gerontological Social Work*, 43(2,3), 147-164.
- Łuczowska, J. (ed). (1999). *Opieka nad starszymi ludźmi*. Poradnik. Gdańsk: Wydawnictwo DJ.
- Ludwig, A. (2004). *Emanzipation in der Pflege - Jenseits von Geschlechtergrenzen*. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.(2004)(ed.), *19 geschlechterspezifische Aspekte*. *Sozialbericht der AWO 2003/2004: Zukunft der Pflege in Deutschland*. Bonn.
- Lyonette, C. & Yardley, L. (2003). *The influence on carer wellbeing of motivations to care for older people and the relationship with the care recipient*. *Aging & Society*, 23(4), 487-506.
- Maatz, L. (2001). *Written Testimony*. Presidents's Commission to Strengthen Social Security. [http://www.ssa.gov/history/reports/pcsss/Lisa\\_Maatz\\_Statement.pdf](http://www.ssa.gov/history/reports/pcsss/Lisa_Maatz_Statement.pdf).
- Magistro G. (2006). *Buone prassi di conciliazione dei tempi di lavoro e dei tempi familiari*, [www.meters.it](http://www.meters.it).

- Marenzi A. & Pagani L. (2004). The Labour market participation of "sandwich generation" Italian women, [http://rlab.lse.ac.uk/lower/final\\_papers/pagani.pdf](http://rlab.lse.ac.uk/lower/final_papers/pagani.pdf).
- Martin-Matthews, A. & Phillips, J. (2008). *Aging and Caring at the Intersection of Work and Home-Life. Blurring the Boundaries*. New York/ London: Psychology Press.
- Masuy, A. J. (2009). Effects of Caring for an older person on womens' lifetime participation. *Work, Ageing and Society*, 29(5), 745-763.
- Mestheneos, E. & Triantafillou, J. (2005). *Supporting Family Carers of older People in Europe (EUROFAMCARE)*. Münster: LIT Verlag.
- Mehta, K & Thang, L. (2008). Visible and Blurred Boundaries in Familial Care: The Dynamics of Multigenerational Care in Singapore. In: Martin-Matthews & Phillips (2008). a.a.O
- MetLife Mature Market Institute & National Alliance for Caregiving & The Center of Productive Aging at Towson University (2003). *The MetLife Study of Sons at Work: Balancing Employment and Eldercare*. <http://www.towson.edu/healthscience/gerontology/documents/sonsatwork.pdf>
- MetLife Mature Market Institute & National Alliance for Caregiving & Zogby International (2004). *Miles away - The MetLife Study of long-distance caregiving*. <http://www.caregiving.org/data/milesaway.pdf>.
- MetLife Mature Market Institute (2006). *The MetLife Caregiving Cost Study: Productivity Losses to U.S. Business*. <http://www.caregiving.org/data/Caregiver%20Cost%20Study.pdf>.
- Metzing, S. (2007). *Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Erleben und Gestalten familialer Pflege*. Bern: Huber.
- Meyer, M. (2006). *Pflegende Angehörige in Deutschland: ein Überblick über den derzeitigen Stand und zukünftige Entwicklungen (10)*. Hamburg: LIT Verlag.
- Millar, J. (1999). *Obligations and Autonomy in Social Welfare* in Crompton, R. (ed.) (1999). *Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.
- Milne, A. & Hatzidimitriadou, E. (2003). "Isn't he wonderful?". *Ageing International*, 28(4), 389-407.
- Minhong, L., Yoon, E. & Kropf, N. (2007). Factors affecting burden of South Koreans providing care to disabled older family members. *International journal of aging & human development*, 64(3), 245-62.
- Mnich, E. & Döhner, H. (2005). *Familiale Pflege von älteren Menschen in Deutschland. Welche Bedarfe an unterstützenden und entlastenden Angeboten werden durch die Pflegesituation bestimmt?* In: Klie T, Buhl A, Entzian H, Hedtke-Becker A & Wallrafen-Dreisow H. (2005)(eds.). *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*, Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Mooney, A; Statham, J with Simon, A. (2002). *The Pivot Generation: Informal Care and Work after Fifty*, Bristol: The Policy Press for the Joseph Rowntree Foundation. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr124-care-work-fifty.pdf>.
- Mose, J. R. (2006). *Opieka nad chorym w domu. Jak pomóc w potrzebie i na starość*. Tłumaczył : Marcin Dąbrówka. Warszawa: Oficyna Wydawnicza ABA.
- Moss, P.; Mooney, A. & Brannen, J. (2005). *An Inter-Generational Family Study of Employment and Care: Looking Forward and Looking Back* ESRC Award No. L212252027: <http://www.esrcsocietytoday.ac.uk/ESRCInfoCentre/ViewAwardPage.aspx?ts=2&data=z8HSv13fWwVY2sDo4JNP8iOLJQdQnq85XXHZBtq2B43Medla2lzZ3U6m4bK8AFgv3gBWq%2FjeDSRGgkgGQNRwRIqUivcHeujE>.
- Mozerys, M. (2008). *Aktywizacja zawodowa opiekunów osób zależnych*. [In:] Sadowska-Snarska (Ed). op. cit. Pp: 278-283.

- Mudulu, C. (2005). Pflege ist nicht marktfähig. Deutscher Gewerkschaftsbund/ DGB (2005)(Ed.), a.a.O., 16.
- National Alliance for Caregiving (NAC) & AARP (2004)(eds.). Caregiving in the U.S. <http://www.caregiving.org/data/04finalreport.pdf>.
- Neal, M.; Chapman, N.; Ingersoll-Dayton, B. & Emlen, A. (1993). *Balancing Work and Caregiving for Children, Adults and Elders*, London: Sage Publications.
- Neal, M. & Wagner, D. (2002). Working Caregivers: Issue, Challenges and Opportunities For The Aging Network. <http://www.caregiverslibrary.org/Portals/0/Working%20Caregivers%20-%20Issues%20for%20the%20Aging%20Network%20Fin-Neal-Wagner.pdf>.
- Neal, M. & Hammer, L. (2006). *Working Couples Caring for Children and Aging Parents: Effects on Work and Wellbeing*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Neal, M., Wagner, D., Bonn, K. & Niles-Yokum, K. (2008). Caring from a Distance: Contemporary Care Issues. In A. Martin-Matthews & J. Phillips (eds.), 107-128.
- Norton, T. R., Parris Stephens, M. A., Martire, L. M., Townsend, A. L. & Gupta, A. (2002). Change in the centrality of women's multiple roles: Effects of role stress and rewards. *Journal of Gerontology*, 57(3), 52-62.
- O'Connor, J.; Orloff, A. & Shaver, S. (1999). *States, Markets, Families: Gender, Liberalism and Social Policy in Australia, Canada, Great Britain and the United States*, Cambridge: Cambridge University Press.
- OECD-Vision (2006). La famiglia del futuro. Position Paper in progress, Approfondimento sull'analisi del tasso di natalità, [www.visionforum.org/filedascicare/Famiglia/fertility\\_rate\\_latestver.pdf](http://www.visionforum.org/filedascicare/Famiglia/fertility_rate_latestver.pdf).
- OECD (2008): International Migration outlook 2008, [http://www.oecd.org/document/3/0,3343,en\\_2649\\_33931\\_41241219\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/3/0,3343,en_2649_33931_41241219_1_1_1_1,00.html).
- Oura, A.; Washio, M; Arai, Y.; Ide, S.; Yamasaki, R. ; Wada, J.; Kuwahra, Y.; Mori, M. (2007). Depression among caregivers of the frail elderly in Japan before and after the introduction of the Public Long-Term Care Insurance System. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 40(2), 112-118.
- Palo-Stoller, E. (2005). Theoretical perspectives on caregiving men. In: Kramer & Thompson (ed.)(2002). a.a.O.
- Pasero, U.; Backes, G.M. & Schroeter, K.R. (2007)(eds.). *Altern in Gesellschaft. Ageing - Diversity - Inclusion*. 211-203. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Pasquinelli S., Rusmini G. (2008). *Badanti: la nuova generazione*. Milano, Istituto per la Ricerca Sociale <http://www.qualificare.info/upload/DOSSIER%20Badanti%20la%20nuova%20generazione.pdf>.
- Perek-Białas, J. (2003). Informal work in Poland: the care for the elderly. Unpublished article.
- Perek-Białas, J. (2004). *Opieka nad ludźmi starymi: społeczeństwo, państwo, rynek*. [In:] A. Karwińska, A. Surdeja, *Wokół zagadnień gospodarki nieformalnej*. Kraków: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej. Pp: 210-223.
- Perek-Białas J. & Ruzik A. (2006). Country report: Aging in Poland: Current State, its Causes and Implications. [In:] Andreas Hoff (ed.), *Newsletter of the Research Committee on Sociology of Ageing of ISA*.
- Pfau-Effinger, B. (1999). *The Modernization of Family and Motherhood in Western Europe in Crompton, R. (ed.) (1999). Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner*, Oxford: Oxford University Press.

- Pfau-Effinger, B. (2005). *Care and social integration in European societies*. Bristol: Policy Press.
- Pfau-Effinger, B., Flaquer, L. & Jensen, P. H. (2008). *Formal and informal work: the hidden work regime in Europe*. London: Routledge.
- Phillips, J. (1995). *Balancing Work and Care in Britain* in Phillips, J. (ed.) (1995). *Working Carers*, Aldershot: Avebury.
- Phillips, J. & Bernard, M. (1995). *Perspectives on Caring* in Phillips, J. (ed.) (1995). *Working Carers*, Aldershot: Avebury.
- Phillips, J.; Bernard, M & Chittenden, M. (2002). *Juggling Work and Care: The Experiences of Working Carers of Older Adults*, The Policy Press for the Joseph Rowntree Foundation: Bristol. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr119-work-carers-adults.pdf>.
- Phillips, J. (2007). *Care*. Cambridge: Polity.
- Phillips, J. & Bernard, M. (2008). *Work and care: Blurring the Boundaries of Space, Place, Time and Distance*. In: Martin-Matthews, A. & Phillips, J. (2008)(eds.), a.a.O., 85-105.
- Piazza M. (2000). *I sistemi di conciliazione tra i tempi del lavoro familiare, i tempi del lavoro professionale e i tempi dei servizi in Osservatorio sulla condizione femminile. Nuove forme di lavoro, sistemi di conciliazione dei tempi, strategie per la carriera*, Quaderni Regionali di Ricerca N.16, IRERE-Regione Lombardia, Milano.
- Piekarski, G. (2007). *Wolontariat jako forma społecznego wspomaganiania ludzi starych*. [In:] Barbara Kromolicka et al. (eds.). *Pomoc i opieka w starości*. Op. cit. Pp: 257-265.
- Pieper, U. (2008). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Eine Analyse aus ganzheitlicher Perspektive mit Blick auf betriebliche Unterstützungsmaßnahmen*. Nürnberg-Erlangen: Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Diplomarbeit, unveröff. Dokument.
- Pietruszek, M. (2006). *Rynek pracy przyszłości wobec starzenia się ludności Polski*. [In:] Jerzy Kowalewski (ed). *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Pillemer, K. & Müller-Johnson, K. (2007): *Generationenambivalenzen. Ein neuer Zugang zur Erforschung familialer Generationenbeziehungen*. In: Lettke & Lange (2007), a.a.O.
- Pochobradsky, E.; Bergmann, F.; Brix-Samoylenko H.; Erfkampf, H.; Laub, R. (2005): *Situation pflegender Angehöriger*. Wien.
- Pommer, E.; Woittiez, I. & Stevens, J. (2007). *Comparing Care*. Den Haag: Social and Cultural Planning Office of The Netherlands.
- Price, D. (2006). *Gender and Generational Continuity: Breadwinners, Caregivers and Pension Provision in the UK*, *International Journal of Ageing and Later Life*, 1(2): 31–66.
- Principi A., Polverini F., Balducci C., Melchiorre M.G., Quattrini S, Gianelli M. V., Lamura G. (2007), *Eurofamcare Rapporto Nazionale per l'Italia (I.N.R.C.A.- Istituto Nazionale di Riposo e Cura degli Anziani "V.E.II")-Dipartimento Ricerche Gerontologiche-Ancona-Italia - Maggio*.
- Quattrini S., Melchiorre M.G., Scrolla C., Caimmi L., Lamura G. (2000), *Conciliare compiti di cura dell'anziano disabile e responsabilità professionali: un binomio possibile a quali condizioni?*, *Giornale di Gerontologia*, Volume XLVIII, n. 11, Novembre.
- Quattrini S., Melchiorre M.G., Balducci C., Spazzafumo L., Lamura G. (eds.) (2006) *National Survey Report (NASURE): Report on the main findings of the EUROFAMCARE survey carried out in Italy*. University of Hamburg-Eppendorf, Hamburg ([http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure\\_it.pdf](http://www.uke.de/extern/eurofamcare/documents/deliverables/nasure_it.pdf)).
- Radtke-Röwenkamp, B. (2008). *Frauen als pflegende Angehörige*. In: Bauer & Gröning (2008). a.a.O.

Ranci C., Pavolini E. (in press). Crisis and transformation of Italian care model: beyond familism?

Regione Marche e Provincia di Pesaro-Urbino (2007). Actions of work and family life reconciliation [www.fanoinforma.it](http://www.fanoinforma.it)

Reichert, M. (2007). Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit - Unterstützungsmaßnahmen und Initiativen im Ausland. Beitrag im Rahmen der Fachtagung Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Familie und Frauen des Landes Rheinland-Pfalz am 2. November 2006 in Mainz.

Reißmann, A. (2005). Pflegebedürftigkeit und Institutionalisierung: Chancen und Grenzen häuslicher Pflege (5). Oldenburg: Paulo-Freire-Verlag.

Riedmann, A. (2006). Working time and work-life balance in European companies: establishment survey on working time 2004 - 2005. Ed. by the European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.

Romoren, T. (2003). The carer careers of son and daughter primary carers of their very old parents in Norway. *Aging & Society*, 23(4), 471-485.

ROPS (2007). W trosce o seniorów. Opieka stacjonarna nad osobami starszymi w województwie małopolskim. Poradnik. Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej.

Salomon, J. (2005). Häusliche Pflege zwischen Zuwendung und Abgrenzung: Wie lösen pflegende Angehörige ihre Probleme? Eine Studie mit Leitfaden zur Angehörigenberatung (195). Köln: Kuratorium Dt. Altershilfe Wilhelmine-Lübke-Stiftung.

Sadowska-Snarska, C. (ed.). Kierunki działań w Polsce na rzecz równowagi praca-życie-rodzina. Białystok: Wydawnictwo Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Białym Stoku.

Saraceno, C. (2008). "Care" leisten und "Care" erhalten. *Berliner Journal für Soziologie*, 18(2), 244-256.

Sarkisian, N. & Gerstel, N. (2004). Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. *Journal of Marriage and Family*, 66, 431-451.

Sarti F.-Agenzia Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna (a cura di) (2005). La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti, Regione Emilia Romagna, Bologna, [www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldos/index.htm](http://www.regione.emilia-romagna.it/agenziasan/colldos/index.htm)

Scharlach, A., Gustavson, K. & Dal Santo, T. (2007). Assistance Received by Employed Caregivers and Their Care Recipients: Who helps Care Recipients When Caregivers Work Full Time? *The Gerontologist*, 47(6), 752-762.

Schneekloth, U. & Wahl, H. W. (2005). Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III) - Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, München.

Schneekloth, U. (2006). Entwicklungstrends und Perspektiven in der häuslichen Pflege. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 39(6), 405-412.

Schneider, T., Dobrič, S & Blossfeld, H. (2001). Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. *Zeitschrift für Soziologie : ZfS*(5), 362 - 383.

Schneider, N., Häuser, J., Ruppenthal, S., Stengel, S. T. & Naderi, R. (2005). Familienfreundliche Gestaltung der Erwerbsarbeit in Rheinland-Pfalz - Abschlussbericht eines Projekts im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Familie und Gesundheit des Landes Rheinland-Pfalz.

- Schneider, N., Häuser, J., Ruppenthal, S. & Stengel, S. (2006). Familienpflege und Erwerbstätigkeit - Eine explorative Studie zur betrieblichen Unterstützung von Beschäftigten mit pflegebedürftigen Familienangehörigen. Mainz.
- Schupp, J. & Künemund, H. (2004). Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland. DIW Berlin Wochenbericht, 71(20), 289-294.
- Sennet, R. (1998). *The Corrosion of Character. The Personal Consequences of Work in the New Capitalism*, New York: Norton.
- Shengwan, Y. (2000). Who takes care of the rural elderly? Analysis of family arrangements for old-age security in rural China, Working paper No. 313: Institute of Social Studies, Netherlands.
- Sims-Gould, J., Martin-Matthews, A. & Gignac, M. A. (2008). Episodic Crises in the Provision of Care to Elderly Relatives. *Journal of Applied Gerontology*, 27(2), 123-140.
- Sims-Gould, J., Martin-Matthews, A. & Rosenthal C.J., (2008). Family caregiving and helping at the Intersection of Gender and Kinship: Social Dynamics in the provision of care to Older Adults in Canada. In: A. Martin-Matthews & J. a. Phillips (2008)(eds.), a.a.O., 65-83.
- Skarzyński, M. (2008). *Równowaga praca-rodzina. Dobre praktyki*. Białystok: Białostocka Fundacja Kształcenia Kadr.
- Spieß, K. & Schneider, U. (2002). Midlife Caregiving & Employment - An Analysis of Adjustments in Work Hours and Informal Care for Female Employees in Europe. Working Paper No. 9, February 2002: European Network of Economic Policy Research Institutes.
- Spieß K. & Schneider, U. (2003). Interactions between Care-Giving and Paid Work Hours among European Midlife Women, 1994 to 1996. *Journal Aging and Society*, 41, 41-68.
- Starr M., Van Lieshout M., Sangers S., Leonardi B., *Lavorare con cura*, in [www.arcopolis.it](http://www.arcopolis.it)
- Statham, J. & Mooney, A. (2005). Transitions after Fifty: the role of informal care responsibilities in decisions about paid work. Im Internet unter: <http://www.did.stu.mmu.ac.uk/cwf/cd/full-papers/June-Statham+Ann-Mooney.doc>.
- Stephens, M., Townsend, A., Martire, L. & Druley, J. (2001). Balancing Parent Care with Other Roles. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 56, 24-34.
- Styrc, M. (2007). Transfery finansowe i opieki w nieformalnych sieciach wsparcia. [In:] I. E. Kotowska et al., *Aktywność zawodowa ...*, op. cit. Pp.: 306-345.
- Szatur - Jaworska, B. (2000). *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*. Warszawa: Dom Wydawniczy ELIPSA.
- Szczerbińska, K. (ed.) (2006). *Dostępność opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dla osób starszych w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szweda-Lewandowska, Z. (2008). Prognoza zapotrzebowania na miejsca w domach pomocy społecznej. [In:] J. T. Kowalewski, P. Szukalski (eds), *Starzenie się ludności Polski - między demografią a gerontologią społeczną*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego. Pp: 125-153.
- Tesauro T. (2008), *Solidarietà intergenerazionale e strategie di cura* in Milione A. e Nicolaus O. (a cura di), *Per un welfare dalla parte dei cittadini. Aspetti territoriali della domanda delle politiche sociali*, Carocci,).
- Theobald, H. (2005). Social exclusion and care for the elderly: theoretical concepts and changing realities in European Welfare States. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public Health, Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

- Theobald, H. (2006). Pflegerressourcen, soziale Ausgrenzung und Ungleichheit: Ein europäischer Vergleich. *Zeitschrift für Frauenforschung*. - Bielefeld : Kleine, 24(2-3), 102-116.
- The Work Foundation. (2003). M&S, <http://www.theworkfoundation.com/Assets/Docs/M&S.pdf>.
- The Work Foundation. (2005a). British Telecom, <http://www.theworkfoundation.com/research/publications/publicationdetail.aspx?oItemId=99&parentPageID=208&PubType=case%20study>
- The Work Foundation. (2005b). KPMG, <http://www.theworkfoundation.com/Assets/Docs/Publications/KPMG.pdf>
- The Work Foundation. (2005c). Good Hope Hospital, <http://www.theworkfoundation.com/Assets/Docs/Publications/GoodHopeHospital.pdf>
- Tobiasz - Adamczyk, B., Woźniak, B. , Kopacz, M. (2008). The relationship between religious practice and quality of life among those at the threshold of older age. [In:] A. Hoff, J. Perek-Białas (eds), *The Aging Societies .... Op.cit.*. Pp.: 91-103.
- Tomassini C., Lamura G. (2009) Population Ageing in Italy and Southern Europe. In: Uhlenberg P. (ed.) *International Handbook of Population Ageing*. New York/Frankfurt, Springer, pp. 69-89.
- Trukeschitz, B.; Mühlmann, R.; Schneider, U.; Ponocny, I.; Österle, A. (2009). *Arbeitsplätze und Tätigkeitsmerkmale berufstätiger pflegender Angehöriger*. Wien.
- Tué P. (2002), *La conciliazione tra lavoro retribuito e lavoro di cura: le imprenditrici e le artigiane in provincia di Milano*, [http://sintesi.provincia.milano.portalemilano/pdf/rapporto\\_it2002%5Cparte5\\_Cap3.pdf](http://sintesi.provincia.milano.portalemilano/pdf/rapporto_it2002%5Cparte5_Cap3.pdf).
- Twardowska-Rajewska, J. (2007). *Senior w domu. Opieka długoterminowa nad niesprawnym seniorem*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Valeyre, A. (2009). *Working conditions in the European Union: work organisation*. Ed. by the European Foundation for the Improvement for Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Viitanen, T. K. (2005). *Informal Elderly Care and Female Labour Force Participation across Europe*. ENEPRI Research Report No. 13/ July 2005.
- Villosio, C.; Di Pierro, D.; Giordanengo, A.; Pasqua, P.; Richiardi, M. (2008). *Working conditions of an ageing workforce*. Ed. by the European Foundation for the Improvement for Living and Working Conditions, Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Wang, Q. (2005). *Disability and American Families: 2000*. Census 2000 special reports. Im Internet unter: <http://www.census.gov/prod/2005pubs/censr-23.pdf>.
- Wagner, D. & Neal, M. (2001). *Working caregivers: Issues, challenges and opportunities for the aging network*. Issue Brief for National Family caregiver Support Program. <http://www.caregiversresourcecenter.com/Portals/0/Working%20Caregivers%20-%20Issues%20for%20the%20Aging%20Network%20Fin-Neal-Wagner.pdf>
- Wagner, D.L. (2006). *Families, Work, and an Aging Population: Developing a Formula That Works for the Workers*. *Journal of Aging and Social Policy*, 18(3,4), 115-125.
- Watson, E. & Mears, J. (1999) *Women, Work and Care of the Elderly*, Aldershot: Ashgate.
- Wert.Arbeit GmbH (2008). *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege - ein Handlungsfeld für Betriebsräte*. Berlin.
- Więckowska, B. (2008). *Ubezpieczeni pielęgnacyjne jako narzędzie wspomagające nieformalnych opiekunów osób niedołączonych*. [In:] Sadowska-Snarska (Ed). *op. cit.* Pp: 255-265.

- Wilke, C. (2005). Damit Pflege nicht zur Falle wird. Deutscher Gewerkschaftsbund/ DGB (2005)(Ed.), a.a.O., 12.
- Williams, C. (2004): The sandwich generation. Statistics Canada – Catalogue No. 75-001-XIE. <http://www.statcan.gc.ca/studies-etudes/75-001/archive/2004/5018660-eng.pdf>
- Wirecka - Zemsta, M. (2008). Aktywizacja kobiet. [In:] M. Skarzyński, Równowaga praca-rodzina... Op.cit. Pp: 241-251.
- Wóycicka, I.& Rurarz, R. (2007). Zapotrzebowanie na opiekę. [In:] I. E. Kotowska et al., Aktywność zawodowa ..., op. cit. Pp.: 269-282.
- Yeandle, S. (1999). Women, Men, and Non-Standard Employment: Breadwinning and Caregiving in Germany, Italy, and the UK in Crompton, R. (ed.) (1999). Restructuring Gender Relations and Employment: The Decline of the Male Breadwinner, Oxford: Oxford University Press.
- Yeandle, S; Wigfield, A; Crompton, R & Dennett, J. (2002). Employed carers and family-friendly employment policies, The Policy Press for the Joseph Rowntree Foundation: Bristol. <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/jr125-carers-employment-policies.pdf>
- Yeandle, S.; Bennett, C.; Buckner, L.; Fry, G. and Price, P. (2007 a). Stages and Transitions in the Experience of Caring, Carers UK/ University of Leeds: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/CarersEmploymentandServices/1201172368/2569-carersukreport1.pdf>
- Yeandle, S.; Bennett, C.; Buckner, L.; Fry, G. and Price, P. (2007 b). Managing Caring and Employment, Carers UK/ University of Leeds: <http://www.carersuk.org/Policyandpractice/Research/CarersEmploymentandServices/1201172424/2648-carersukreport2.pdf>
- Zank, S. & Schacke, C. (2007). Abschlussbericht der Phase 2 der „Längsschnittstudie zur Angehörigenbelastung durch die Pflege demenziell Erkrankter“ (LEANDER). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Zank, S. (2008). Generationen in Familie und Gesellschaft im demographischen Wandel: europäische Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer.
- Zavoretti, R. (2006). Family-based care for China's ageing population. Asia Europe Journal, 4(4), 211-228.
- Zechner, M. (2005). Family Commitments under Negotiation: Dual carers in Finland and Italy, 81-94. In: Kröger, T. & Sipilä, J.. (2005). a.a.O.
- Zhan, H. & Guangya, (2005). Recent Development in Chinese Elder Homes: A Reconciliation of Traditional Culture. Ageing International, 30(2), 167-187.
- Zych, A. (2002). Formy opieki i pomocy dla ludzi starszych w Polsce i innych krajach. [In:] M. Szlązak (ed). Starzenie się populacji wyzwaniem dla polityki społecznej - materiały konferencyjne. Kraków: Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej. Pp.: 41-50.

Internet:

<http://www.meters.it>, Bracco Italia e Whirpool Varese, Buone prassi

<http://www.italialavorosicilia>, Progetto Alfa, Armonizzare lavoro e famiglia



