



Berner Fachhochschule
Haute école spécialisée bernoise
Bern University of Applied Sciences



Zukunft der Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen

Eine repräsentative Studie zur Pflegekulturellen Orientierung und Solidaritätsbereitschaft

Schlussbericht

Matthias Riedel

Inhaltsverzeichnis

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	3
Danksagung	4
1. Ausgangslage	5
2. Fragestellung und Methode	6
2.1 Zielsetzung und Beschreibung der Studie	6
2.2 Methodisches Vorgehen	8
3. Soziodemographische Merkmale	12
3.1 Erhebungsregionen	12
3.2 Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe	13
3.3 Persönliche Verhältnisse der Befragten	15
4. Pflegebiographie der Befragten	30
Art und Umfang der Pflegeerfahrungen	30
Wer hat selber gepflegt?	31
Wer war pflegebedürftig?	33
Wo wurde gepflegt?	34
Wer hat geholfen?	35
Wie belastend war die Pflege?	36
5. Pflegekulturelle Orientierung (PKO)	38
Bewältigung zukünftiger Pflegesituationen	38
Präferenzen in der Pflegeversorgung: Dilemma-Situation	41
Index für die Pflegekulturellen Orientierungen (PKO)	44
6. Perspektiven im Falle eigener Pflegebedürftigkeit	53
Wie bewusst sind sich die Befragten über das Risiko einer Pflegebedürftigkeit?	53
Als wie gesichert wird die eigene Versorgung angesehen?	54
Welche Personen würden pflegen oder die Pflege organisieren?	57
Welche Versorgungsformen würden die Befragten für sich selber akzeptieren?	59
7. Zusammenfassende Empfehlungen	61
7.1. Überschätztes Risiko zukünftiger Pflegebedürftigkeit: Aufklärungsarbeit um Sorgen abzubauen	61
7.2. Wenn der Pflegefall eintritt: Risikogruppen bei der Versorgungssicherheit identifizieren und unterstützen	62
7.3. Auch im gesellschaftlichen Wandel die Pflegebereitschaft von Angehörigen erhalten	64
7.4. Nachhaltige Alterspolitik setzt im mittleren Lebensalter an und muss die Unterschiede zwischen den Regionen und sozialen Milieus berücksichtigen	67
Literaturhinweise	68

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1:	Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential	7
Abbildung 2:	Erhebungsregionen	12
Abbildung 3:	Altersklassen: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe	13
Abbildung 4:	Zivilstand: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe	14
Abbildung 5:	Haushaltstypen	16
Abbildung 6:	Zivilstand	16
Abbildung 7:	Bildungs-/Ausbildungsabschlüsse	17
Abbildung 8:	Erwerbspensum	18
Abbildung 9:	Haushaltseinkommen	19
Abbildung 10:	Pro-Kopf-Einkommen	20
Abbildung 11:	Sozialer Status	21
Abbildung 12:	Lebensentwurf	23
Abbildung 13:	Soziale Milieus – Schematische Darstellung	24
Abbildung 14:	Soziale Milieus	25
Abbildung 15:	Kirchliche Bindung	26
Abbildung 16:	Soziales Netzwerk	27
Abbildung 17:	Verbundenheit mit den Eltern	28
Abbildung 18:	Räumliche Distanz zu Eltern	29
Abbildung 19:	Pflegeerfahrungen I	31
Abbildung 20:	Pflegeerfahrungen II	32
Abbildung 21:	Sozialer Status von Unterstützungspersonen	33
Abbildung 22:	Unterstützungsbedürftige in früheren Pflegesituationen	34
Abbildung 23:	Orte früherer Pflegesituationen	35
Abbildung 24:	Unterstützungspersonen in früheren Pflegesituationen	36
Abbildung 25:	Belastungen in früheren Pflegesituationen	37
Abbildung 26:	Bewältigungskompetenz von Pflegesituationen	39
Abbildung 27:	Bewältigungskompetenz von Pflegesituationen II	40
Abbildung 28:	Dilemma-Frage	41
Abbildung 29:	Dilemma-Frage nach Sozialem Status	42
Abbildung 30:	Dilemma-Frage nach Lebensentwurf	43
Abbildung 31:	Dilemma-Frage nach Sozialem Milieu	43
Abbildung 32:	Indexfrage für Pflegekulturelle Orientierung I	44
Abbildung 33:	Indexfrage für Pflegekulturelle Orientierung II	44
Abbildung 34:	PKO und Erhebungsregionen	46
Abbildung 35:	PKO und frühere Pflegeerfahrungen	47
Abbildung 36:	PKO und Lebensentwurf	48
Abbildung 37:	PKO und Sozialer Status	49
Abbildung 38:	PKO und Soziale Milieus	50
Abbildung 39:	PKO und emotionale Bindung an Mutter und Vater	51
Abbildung 40:	PKO und räumliche Distanz zu Mutter und Vater	52
Abbildung 41:	Prospektion auf eigene Pflegebedürftigkeit	53
Abbildung 42:	Mögliche Unterstützungspersonen	55
Abbildung 43:	Versorgungssicherheit I	56
Abbildung 44:	Versorgungssicherheit II	56
Abbildung 45:	Mögliche Unterstützungspersonen	58
Abbildung 46:	Mögliche Organisatoren der Pflege	59
Abbildung 47:	Mögliche Versorgungsmodelle	60
Tabelle 1:	Geschlechterverteilung: Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe	14

Danksagung

Die vorliegende Studie wäre ohne die aktive Mitwirkung und wichtige Feedbacks verschiedener Expertinnen und Experten nicht erfolgreich abzuschliessen gewesen. Zuvorderst gebührt mein besonderer Dank **Baldo Blinkert**, Prof. Dr. em. an der Albert Ludwigs-Universität Freiburg i.Br. und **Thomas Klie**, Prof. Dr. habil. an der Evangelischen Hochschule Freiburg i.Br., die im Gespräch den Anstoss dazu gaben, dass von Ihnen entwickelte Konzept der „Pflegekulturellen Orientierungen“ für die Schweiz zu untersuchen und wertvolle Anregungen zur Interpretation der im Verlauf der Studie generierten Ergebnisse beisteuerten. Baldo Blinkert sei zudem für seinen massgeblichen Einsatz bei der statistischen Auswertung des Datensatzes, und Thomas Klie (wie auch Pablo Rischard) für die Koordination der Dateneingabe und -kontrolle durch das Team am Institut für angewandte Sozialforschung AGP Freiburg gedankt. Für die wichtige Unterstützung von Seiten des Instituts Alter der Berner Fachhochschule danke ich stellvertretend meinem Fachkollegen Prof. Dr. **Jonathan Bennett** und für administrative Belange **Simon Foppa** und **Pamela Fecke**.

Zum Schluss gilt mein ganz besonders herzlicher Dank dem **Alters- und Behindertenamt** (ALBA) der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kanton Bern, welches vertreten durch **Katharina Frischknecht** (lic. phil./Gerontologin MAS), diese Studie durch den Mitfinanzierungsbeitrag sowie die ausserordentlich kompetente und vertrauensvolle Projektbegleitung erst ermöglicht hat.

„Die Möglichkeit, auch im Alter ein selbstständiges Leben in den eigenen vier Wänden führen zu können, hängt nicht zuletzt vom Engagement von Angehörigen und Freiwilligen ab. (...) Eine umfassende Bestandesaufnahme der Pflege- und Betreuungssituation ist eine wichtige Grundlage, um sinnvolle alterspolitische Massnahmen gezielt zu treffen.“

*Bericht zur Alterspolitik im Kanton
Bern 2011*

1. Ausgangslage

Die Sicherstellung der Pflege und die damit verbundene Kostenentwicklung ist gerade im Hinblick auf die demographische Alterung der Schweizer Bevölkerung eine grosse Herausforderung. Es ist mit einer Kostenexplosion zu rechnen, wenn der steigende Pflegebedarf primär durch stationäre Pflege abgedeckt werden muss. Der Betreuung von pflegebedürftigen älteren Menschen zuhause durch Angehörige, kommt daher ein hoher Stellenwert zu (Kruse & Martin, 2004; Höpflinger & Hugentobler, 2005). In den vergangenen Jahren wurden deshalb zahlreiche Anstrengungen unternommen, um die Rahmenbedingungen für pflegende Angehörige zu verbessern – sei es z.B. in den kantonalen Alterspolitiken oder durch Forschungs- und Praxisprogramme wie Work & Care (Careum).

Neben einem verbesserten „Möglichkeitsrahmen“ für die Pflege durch Angehörige gilt es auch die komplementäre Seite des „Wollens“, d.h. der Pflegebereitschaft, nicht ausser Acht zu lassen. Mit Blick auf die zukünftige Entwicklung der ambulanten Altenpflege zeigen hierbei zahlreiche Studien aus Deutschland, dass die **Pflegebereitschaft von Familienangehörigen abnehmen wird, während die formalen Unterstützungsleistungen der Spitex wichtiger werden** (Spangenberg et al. 2012, Rothgang et al. 2011, Blinkert/Klie 1999).

2. Fragestellung und Methode

2.1 Zielsetzung und Beschreibung der Studie

Die aus Deutschland vorliegenden Daten geben zur Sorge Anlass, dass zukünftig auch in der Schweiz mit einer nachlassenden Pflegebereitschaft von Familienangehörigen zu rechnen ist. Da ein betreuendes und stützendes Umfeld wesentlich zur Erhaltung der Autonomie im Alter beiträgt, würde dies einen wichtigen Pfeiler der kantonalen Alters- und auch Finanzpolitik gefährden.

Die von uns ab Mai 2013 durchgeführte Studie nimmt erstmals in der Schweiz eine **repräsentative Bestandesaufnahme des zukünftig zu erwartenden Pflegepotentials** von Familienangehörigen sowie Freiwilligen in der ambulanten Betreuung älterer Menschen vor. Auf dieser Datengrundlage können sinnvolle alterspolitische Massnahmen frühzeitig und gezielt eingeleitet werden. Die Studie schliesst dabei inhaltlich nahtlos und notwendig an unser Forschungsprojekt zur ambulanten Alterspflege und -hilfe an (welche u.a. auch vom Kanton Bern unterstützt wurde): Während die 2011 abgeschlossene Studie den Status Quo der ambulanten Alterspflege aus Sicht der zuhause betreuten älteren Menschen (Alter 70+) erfasst hat (vgl. Fluder, Hahn, Bennett, Riedel & Schwarze 2012), ermöglicht die vorliegende Anschlussstudie einen „Zukunftsblick“ durch Befragung der 40- bis 65-Jährigen.

Die Eingrenzung auf diese Altersgruppen erfolgte, weil sich die 40- bis 65-Jährigen als "pflegenähe Jahrgänge" bezeichnen lassen – und zwar in einem doppelten Sinne: In dieser Altersgruppe muss man damit rechnen, dass in absehbarer Zeit Versorgungsverpflichtungen „auf einen zukommen“ – derart, dass eine nahestehende Person pflegebedürftig wird und man entscheiden muss, in welcher Weise eine Versorgung sichergestellt werden kann. Zum anderen aber rücken Personen in diesem Alter einer Lebensphase immer näher, in der mit einem erhöhten Risiko der eigenen Pflegebedürftigkeit zu rechnen ist. Es ist deshalb nahe liegend, in dieser Altersgruppe auch die Frage nach Vorstellungen über eine eigene Versorgung bei Pflegebedürftigkeit zu stellen.

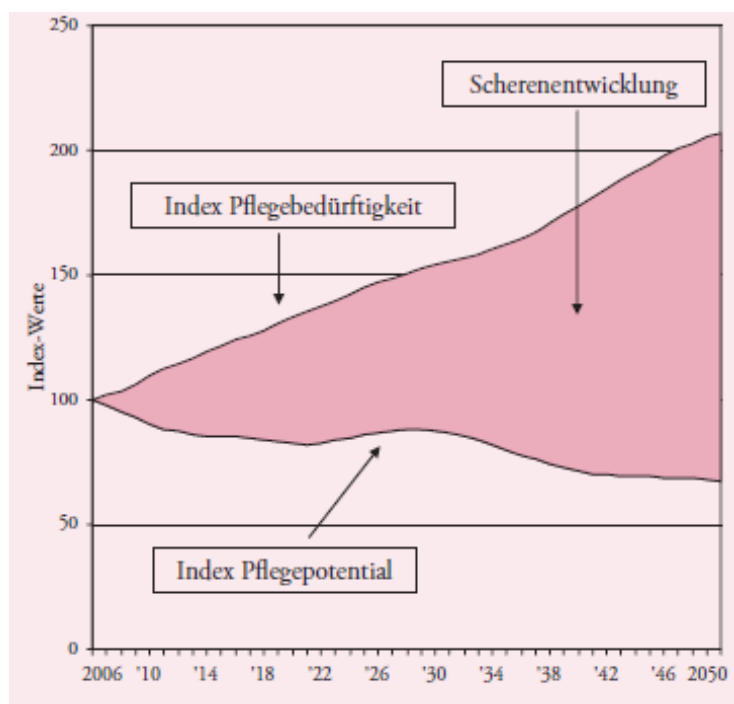
Von zentraler Bedeutung für unsere Untersuchung ist hierbei das Konzept der **„Pflegekulturellen Orientierung“**. Während sich die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Pflege meist auf die (berufliche) Fachpflege (nursing) richtet, bezieht sich der Begriff der „Pflegekulturellen Orientierung“ auf die Gesamtheit aller Präferenzen und Absichten der Pflegebedürftigen *und* ihrer Familien im Hinblick auf die Versorgung im Falle von Pflegebedarf (care):

„Wo soll gepflegt werden – zuhause oder in einem Heim? Wer soll für die Pflege verantwortlich sein, wer soll an ihr beteiligt sein? Welchen Stellenwert sollen informell geleistete Hilfen gegenüber fachlich-professionellen Leistungen haben? Welche Ver-

pflichtung soll die Allgemeinheit übernehmen? Wer soll die Kosten der Versorgung tragen?“ (Blinkert & Klie 2006:1).

Pflegekulturelle Orientierungen entstehen dabei zum einen in einem jeweils spezifischen biografischen Kontext, zum anderen sind sie aber auch in der Sozialstruktur (z.B. den sogenannten *sozialen Milieus*) verankert (vgl. Blinkert & Klie 2006). Da sich aufgrund weitreichender sozialer und demographischer Wandlungsprozesse in vielen Teilen Europas längerfristig eine Schrumpfung der „pflegebereiten“ Milieus abzeichnet bzw. bereits vollzieht (vgl. Abbildung 1), stellt sich für die Zukunft die Frage nach dem Umgang mit Pflegeaufgaben. Diese durch stationäre Versorgungsformen aufzufangen ist angesichts des zu erwartenden Volumens finanziell nicht tragbar und würde zudem zu einer kulturellen Desintegration von Menschen mit Pflegebedarf führen. Es gilt vielmehr, auf der Basis soziokultureller Gegebenheiten alle vorhandenen Potentiale von Pflege und sozialer Fürsorge im Alter zu stärken. Dies schliesst neben den Familien weitere Netzwerke ein, die im „sozialen Nahraum“, also der Nachbarschaft, in Freundeskreisen oder Freiwilligenorganisationen verankert sind. Aus diesem Grund spielt freiwilliges Engagement in Pflegekontexten, aber auch unabhängig davon, eine immer grössere Rolle. Freiwilliges Engagement ist ein wichtiger Aspekt des Zusammenhalts einer Gesellschaft.

Abbildung 1: Zahl der Pflegebedürftigen und informelles Pflegepotential – Schätzwerte für die Entwicklung in Deutschland von 2006 bis 2050 (Blinkert & Klie 2008: 25)



Diese Thematik verdient es, aufgrund ihrer zunehmenden gesellschaftspolitischen Relevanz, vertiefend und vergleichend für die Schweiz untersucht zu werden. Auf diese Weise kann das in der Forschungslandschaft bisher einmalige Konzept der „Pflegekulturellen Orientierung“ auf die Schweiz übertragen und weiterentwickelt werden.

Mit den erarbeiteten Ergebnissen können Politikempfehlungen zur nachhaltigen Sicherung der Versorgung und Pflege älterer Menschen auf der Basis familiärer Unterstützungsbereitschaften sowie professioneller Angebotsstrukturen gegeben werden. Sowie Hinweise für die Förderung von freiwilligem und nachbarschaftlichem Engagement.

2.2 Methodisches Vorgehen

a) Entwicklung und Testung des Fragebogens

Der Entwicklung des Erhebungsinstrumentes (Fragebogens) und den diesbezüglichen Tests wurde ein grosser Stellenwert beigemessen. Hierfür wurde zunächst eine eingehende Sichtung der Literatur und der bestehenden Erhebungsinstrumente zu den Themenbereichen Angehörigenpflege (insbesondere Pflegebereitschaft von Angehörigen und Freiwilligen, ambulanter und/oder stationärer Unterstützungsformen sowie Pflegearrangements) und Freiwilligenarbeit (z.B. Freiwilligenmonitor der Schweiz) vorgenommen. Auf dieser Basis wurden die im Erhebungsinstrument zu berücksichtigenden Aspekte und Fragedimensionen gesammelt und eine erste Priorisierung der zentralen Elemente des Fragebogens vorgenommen.

Wie ursprünglich geplant, enthält die zweifach getestete Endversion (siehe unten) des Fragebogens folgende Themenbereiche:

- Erhebung soziodemographischer Basisdaten, d.h. Merkmale und Bedingungen, durch die sich Pflegekulturelle Orientierungen erklären lassen (persönlich-biographische Verhältnisse, Verankerung im gesellschaftlichen Umfeld: Erwerbstätigkeit, Kirchliche Bindung, soziale Milieus).
- „Pflegebiographie“ der Befragten
- Wie würde mit der Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen umgegangen werden (Entscheidung in einer Dilemma-Situation, Bewältigungskompetenz, Versorgungspräferenzen, Pflegebereitschaft)?
- Welche Versorgungsformen würden bei eigener Pflegebedürftigkeit bevorzugt werden (Wahrscheinlichkeit der eigenen Pflegebedürftigkeit, Sicherung der Versorgung)?

- Freiwilliges Engagement als Sozialkapital und gesellschaftliche Ressource (Erhebung von aktuellen Gemeinschaftsaktivitäten und Ehrenamt).

In einer ersten Testphase wurde der Fragebogen einem sogenannten **Qualitativen Pretest** unterzogen: Dafür wurde der neuentwickelte Fragebogen zusammen mit einem Kommentarfragebogen an zehn, per Gelegenheitsstichprobe ausgewählte Personen verteilt. Im Kommentarfragebogen sollten die Teilnehmer/innen Bewertungen und Anregungen in Freitextnennungen festhalten: einerseits zur formalen Seite z.B. dem Layout des Fragebogens (Übersichtlichkeit, Verständlichkeit etc.), andererseits vor allem aber auch zu inhaltlichen Gesichtspunkten. Im Zentrum der inhaltlich-orientierten Testung stand dabei eine qualitative Rückmeldung zu neuentwickelten Fragebogenformulierungen bzw. angepassten Frageitems (z.B. wenn Fragen aus dem Englischen übersetzt wurden oder an den Schweizerischen Kontext angepasst wurden). Aufgrund der Anregungen konnten zahlreiche Detailverbesserungen in den Fragebogen eingearbeitet werden.

Nachdem im ersten Pretest die qualitative Testung des Fragebogens erfolgreich abgeschlossen war, ging es im darauffolgenden **Feldpretest** um eine quantitative Überprüfung des gesamten Erhebungsverfahrens. Damit sind vor allem folgende zentrale Aspekte zu verstehen:

- Erfüllt die postalische Rekrutierungs- und Befragungsmethode der Studienteilnehmer/innen ihre Funktion bzw. welche Probleme treten auf? (vor allem Höhe des Rücklaufs, Zeitrahmen des Rücklaufs, Nutzung der Hotline, Wirkung des Incentives)
- Erfüllen die Befragungsunterlagen ihre Funktion bzw. welche Probleme treten auf? (Begleitschreiben und Fragebogen)

Um diese Zielsetzungen zu erreichen, wurde das für die Haupterhebung geplante Erhebungsverfahren 1:1 an einer kleineren Stichprobe (N= 360) getestet.

Die Zielgruppe für den Feldpretest bestand, analog zur Haupterhebung, aus den sog. pflegenahen Altersgruppen der 40 bis 65-Jährigen aus dem Kanton Bern und den anderen Kantonen der Deutschschweiz. Die Gesamtstichprobe in Höhe von N=360 Personen wurde mittels einfacher Zufallsstichprobe aus dem, für diese Zielgruppe rund 1,1 Mio. Fälle umfassenden Datenregister der Firma Schober Media Group gezogen. Um zu testen, inwieweit die Teilnahmebereitschaft, schwankt je nachdem ob Einwohner des Kantons Bern oder Personen aus anderen Kantonen angeschrieben werden, erfolgte ein sog. Sample-Split: Je zur Hälfte wurden Personen aus innerhalb und ausserhalb des Kanton Berns ausgewählt. Ein zweiter Sample-Split erfolgte, um allfällige negative Auswirkungen der Fragebogenlänge (15 Seiten) auf die Response Quote zu testen. Zu

diesem Zweck wurden je zur Hälfte ($n=180$) Fragebögen mit 15 Seiten und zur anderen Hälfte eine Fragebogenkurzversion mit nur 11 Seiten verschickt.

Alle 360 im Rahmen des Feldpretests per Post angeschriebenen Personen erhielten ein Begleitschreiben mit Hinweisen zu Inhalt und Ablauf der Studie sowie auf das Incentive (Wettbewerb für ein Wochenende in Bad Ragaz im Wert von Fr. 800,-), ein Exemplar des Fragebogen (15 bzw. 11 Seiten) sowie ein Rückantwortkuvert zum kostenlosen Retournieren des Fragebogens. Der Erstversand erfolgte im April 2013. Und im Mai 2013 wurde ein „Reminder“ an diejenigen verschickt, die bis dahin noch nicht geantwortet hatten. Insgesamt beteiligten sich am Feldpretest 107 Personen, was nach Abzug der nicht zustellbaren Briefe, einer sehr erfreulichen Rücklaufquote von rund 30% entspricht. Ebenso erfreulich war das Ergebnis, dass weder die Fragebogenlänge noch der Wohnkanton einen signifikant negativen Einfluss auf die Resonanz hatten.

b) Durchführung der Haupterhebung

Da der Feldpretest das geplante Erhebungsdesign vollumfänglich bestätigte, konnte die Haupterhebung ohne methodische Änderungen direkt im Anschluss an den Feldpretest starten. Im Verlaufe des Erstversandes im Juni 2013 wurden insgesamt rund 3000 Personen aus dem Kanton Bern und rund 1500 Personen aus den anderen Kantonen der Deutschschweiz angeschrieben ($N=4478$). Im Juli erhielten zudem knapp über 3900 Personen einen Reminder, mit der Bitte (falls bis dato nicht geschehen) den Fragebogen noch zurückzusenden. Bis zum Abschluss der Befragung gegen Ende August 2013 (wegen der Ferienzeit wurde die „Feldzeit“ der Befragung verlängert) haben insgesamt rund 1100 Personen an der Haupterhebung teilgenommen, was nach Abzug aller „stichproben-neutralen Ausfälle“ einer abermals sehr erfreulichen Rücklaufquote von deutlich über $\frac{1}{4}$ aller kontaktierten Personen entspricht (ohne Ferienzeit wäre mit einer noch höheren Response zu rechnen gewesen). Somit liegen für die Auswertung rund 1200 vollständig ausgefüllte Fragebögen (Feldpretest und Haupterhebung) vor. Damit wurde die im Mitfinanzierungsgesuch genannte Mindestfallzahl des Datensatzes von $N=1000$ um fast ein $\frac{1}{5}$ übertroffen. Wie vorgesehen stammen rund $\frac{2}{3}$ der Befragten aus dem Kanton Bern, was die gewünschten Detailauswertungen z.B. im Hinblick auf „Stadt-Land-Unterschiede“ ermöglicht. Das andere Drittel der Fragebögen mit Befragten aus den anderen Deutschschweizer Kantonen liefert eine ausreichende Datengrundlage für eine komparative Betrachtung dieser Angaben und der aus dem Kanton Bern.

c) Dateneingabe, -aufbereitung und Entwicklung von Handlungsempfehlungen

Um die in den postalisch durchgeführten Interviews erhobenen Daten mit statistischen Verfahren analysieren zu können, wurden die Antworten der befragten Personen codiert und in das Statistikprogramm SPSS eingegeben. Mittels einer Doppeleingabe von 10% der vorliegenden 1197 Fragebögen (n=119) wurde die Zuverlässigkeit der Dateneingabe überprüft und es zeigten sich erfreulicherweise keine gehäuften Eingabefehler, die grundsätzliche Massnahmen oder Korrekturen notwendig gemacht hätten.

Mit Hilfe der Ergebnisse können Aussagen bezüglich der „Pflegekulturellen Orientierung“ und im weiteren Sinne der „Nahraum- und Fernraumsolidarität“ und ihrer Verankerung in der Sozialstruktur gemacht werden. Durch die Befragung von Personen aus unterschiedlichen Gemeindetypen sind zudem direkte Vergleiche zwischen einer „städtischen“ und einer „ländlichen“ Pflegekultur möglich. Auf Basis dieser Ergebnisse können schliesslich Aussagen darüber gemacht werden, welche Perspektiven es für Pflege- und Solidaritätsbereitschaften in der Deutschschweiz und speziell im Kanton Bern geben kann. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in der nachfolgenden Ergebnisdarstellung keine statistischen Kennwerte, wie z.B. Korrelationskoeffizienten oder Signifikanzniveaus, genannt. Als „signifikant“ werden im Text nur solche Zusammenhänge bezeichnet, deren Irrtumswahrscheinlichkeit weniger oder gleich 1% beträgt.

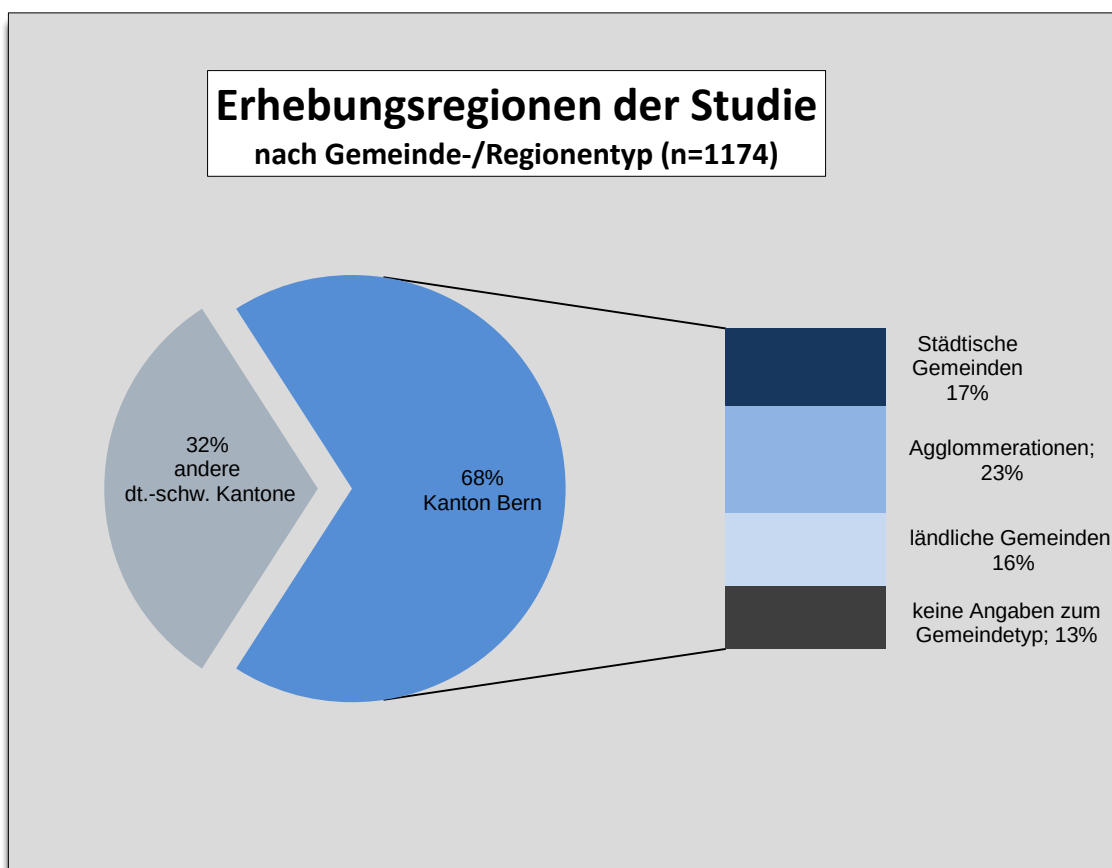
Durch die, nach Abschluss der vorliegenden „Berner Studie“ angestrebte Ausweitung der Datenerhebung auf weitere Kantone, könnten auch diesen Kantonen detaillierte Auswertungen und Szenarien für eine erfolgreiche zukünftige Alterspolitik zur Verfügung gestellt werden.

3. Soziodemographische Merkmale

3.1 Erhebungsregionen

Da der Kanton Bern im Zentrum der vorliegenden Untersuchung steht, lag auch bei der Rekrutierung der Befragungsteilnehmer/innen (wie bereits in Kapitel 2.2.b erwähnt) das Hauptgewicht auf Personen aus dem Kanton. Von den insgesamt 1197 Befragten stammen fast 800 Befragte oder rund zwei Drittel aus dem Kanton Bern. Dies ermöglicht für den Kanton Bern die gewünschten statistischen Detailauswertungen, z.B. im Hinblick auf „Stadt-Agglomeration-Land-Unterschiede“ (für 13% der Befragten aus dem Kanton Bern ist leider keine regionale Zuordnung möglich, da hier keine ausreichenden Angaben vorliegen). Das letzte Drittel der Befragten stammt aus den anderen deutschsprachigen Regionen der Schweiz, was zahlenmässig eine gute Datengrundlage für eine komparative Betrachtung mit den „Berner Datenwerten“ liefert.

Abbildung 2: Erhebungsregionen



3.2 Vergleich Grundgesamtheit – Stichprobe

Um zu überprüfen, ob es zulässig ist, auf der Grundlage des gewonnenen Datensatzes Repräsentanzschlüsse von der Stichprobe auf die Grundgesamtheit zu ziehen, wurde eingangs in Bezug auf drei zentrale soziodemographische Variablen (Alter, Geschlecht und Zivilstand) ein Vergleich von Stichprobe und Grundgesamtheit vorgenommen. Als Grundgesamtheit gilt hierbei die ständige Wohnbevölkerung des Kantons Berns im Alter zwischen 40 und 65 Jahren. Gemäss Bundesamt für Statistik waren dies im Jahr 2012 insgesamt 369.237 Personen.¹

Wie die nachfolgende Abbildung 3 verdeutlicht, liegen bei keiner der fünf verglichenen Altersklassen gravierende Abweichungen zwischen der Grundgesamtheit und der Stichprobe vor (ablesbar an den nahezu gleich hohen dunkel- und hellblauen Säulen), wenngleich die jüngeren Personen in der Stichprobe leicht unter- und die Älteren ab 56 Jahren leicht überrepräsentiert sind (alle nachfolgend berichteten Ergebnisse wurden in Bezug auf die Altersvariable statistisch kontrolliert).

Abbildung 3: Altersklassen: Vergleich Grundgesamtheit - Stichprobe

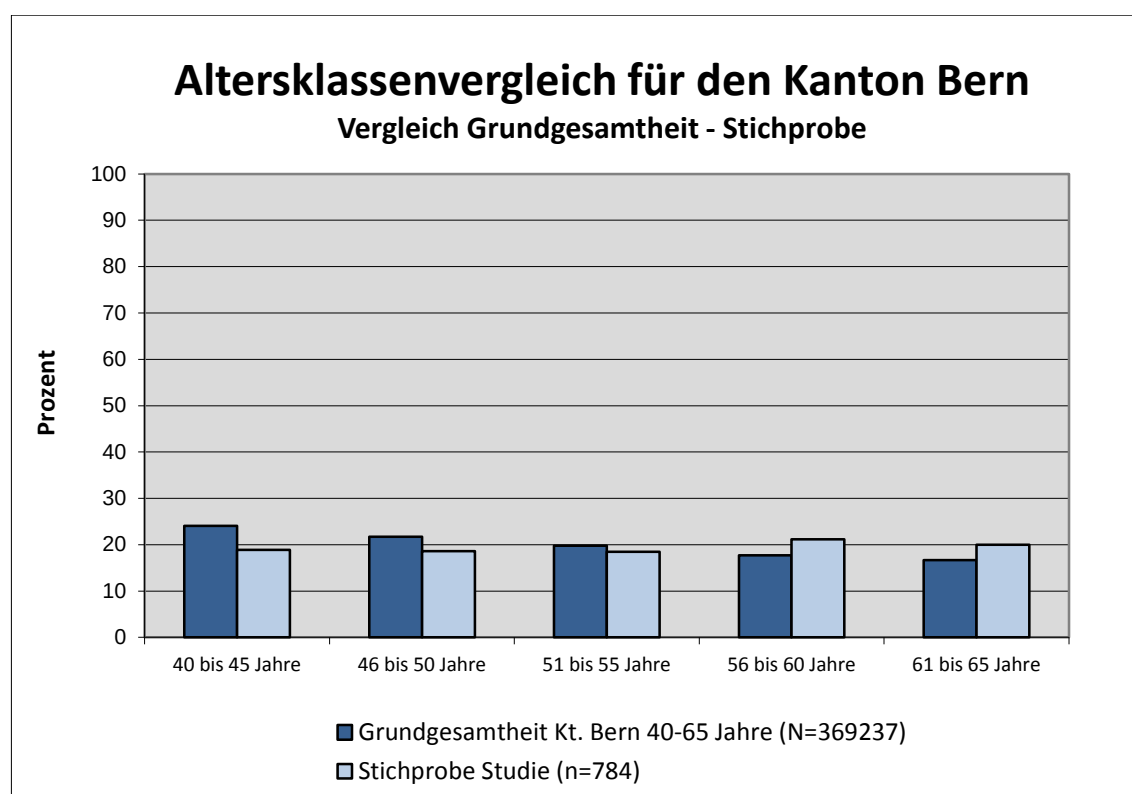


Tabelle 1 zeigt, dass die Teilnahmebereitschaft von Männern deutlich geringer ausfiel als die von Frauen und dementsprechend der Männeranteil in der Stichprobe mit rund 35% merklich unter dem männlichen Bevölkerungsanteil in der Grundgesamtheit liegt. Da die Teilnahmebereitschaft an einer Studie massgeblich vom untersuchten Thema

¹ Eigene Berechnungen mithilfe der Statistischen Online-Datenbank des Bundesamtes für Statistik:
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/onlinedb/stattab/01.html>

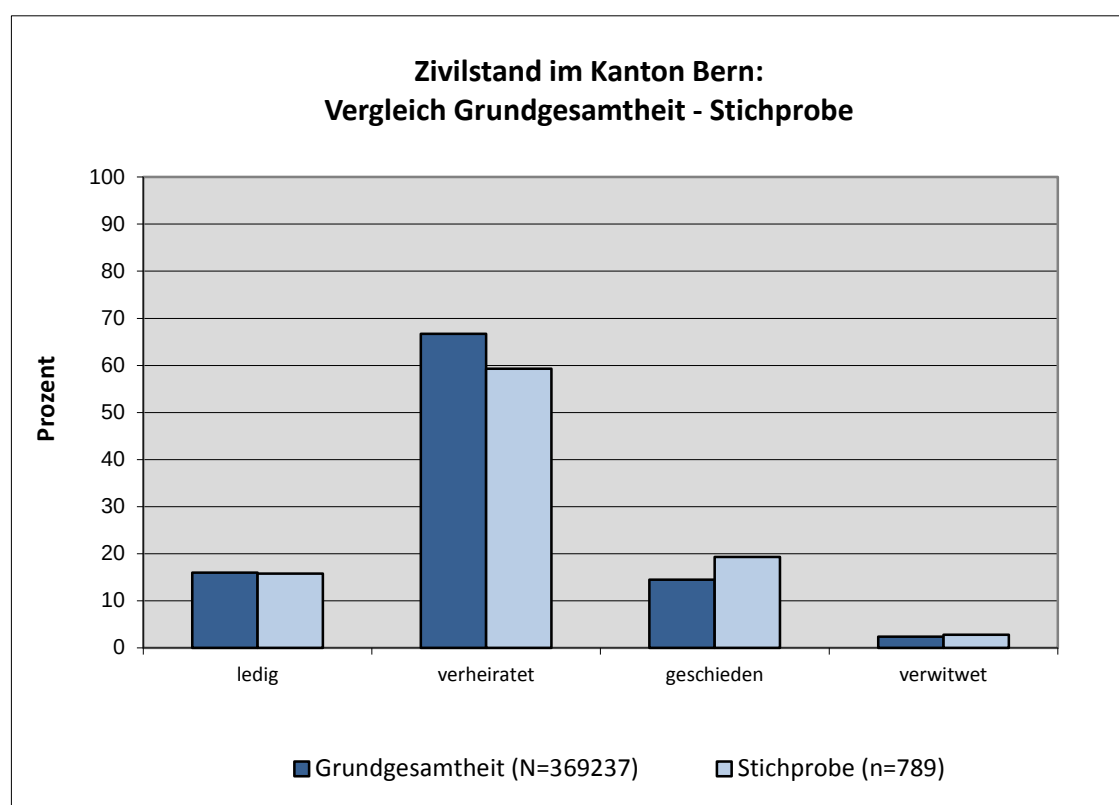
abhängt, ist der niedrigere Response bei Männern – in Anbetracht der traditionell deutlich geringeren Involvierung von Männern (insbesondere Söhnen) bei der Betreuung naher Angehöriger (vgl. Fluder et al. 2012) – jedoch nicht weiter verwunderlich. Für die Validität der Studienergebnisse stellt diese Abweichung von der Grundgesamtheit keine Hürde dar, weil alle Ergebnisse auf einen signifikanten Einfluss der „Geschlechtsvariable“ überprüft werden können. Wo geschlechtsspezifische Unterschiede im Antwortverhalten auftreten, werden diese im Text bzw. in den Abbildungen sichtbar gemacht.

Tabelle 1: Geschlechterverteilung: Vergleich Grundgesamtheit - Stichprobe

	Kanton Bern			
	Grundgesamtheit (Quelle: BFS 2014)		Stichprobe	
Geschlecht	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
weiblich	185.332	50.2%	491	64.9%
männlich	183.905	49.8%	277	35.1%
Total	369.237	100%	790	100%

Analog zum Vergleich der Altersklassen werden erfreulicherweise auch im Hinblick auf den Zivilstand der befragten Personen keine gravierenden Unterschiede zur Grundgesamtheit des Kantons Bern sichtbar: Während die Werte bei ledigen und verwitweten Personen nahezu Deckungsgleich sind, ist die Gruppe der Verheirateten im Datensatz leicht unter-, die der Geschiedenen überrepräsentiert (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Zivilstand: Vergleich Grundgesamtheit - Stichprobe



3.3 Persönliche Verhältnisse der Befragten

Neben den – bei empirischen Untersuchungen standardmässig erhobenen Angaben zu Wohnregion, Alter, Geschlecht und Zivilstand – wurden bei der vorliegenden Studie umfangreiche weitere soziodemographische Merkmale erfasst. Dieses Merkmalsset aus persönlichen, sozialen, ökonomischen etc. Angaben der Befragten stellt die notwendige Datenbasis dar für die spätere Beschreibung und Erklärung der pflegebezogenen Verhaltensweisen und Einstellungen. Deshalb ist an dieser Stelle eine Vorstellung der Angaben angezeigt.

a) Haushalts- und Familiensituation

Eine zentrale Frage der Studie ist, wie sich die Befragten im Pflegefalle die eigene Versorgung vorstellen (vgl. Kapitel 6). Auch wenn für die befragten 40- bis 65-Jährigen die eigene Pflegebedürftigkeit – „gefühltermassen“ und auch faktisch – noch weit in der Zukunft liegen mag, so ist trotzdem davon auszugehen, dass sich die aktuelle Familien- und Haushaltssituation auf die perspektivische Planung und Vorstellung dieses Ereignisses auswirkt: Hegen z.B. Personen, die *heute* verheiratet oder in einer festen Partnerschaft sind, signifikant häufiger die Vorstellung, dass diese/r auch bei einem zukünftigen eigenen Pflegebedarf zur Verfügung steht? Oder: Nur wenn Kinder vorhanden sind, kann auch die Pflege(-organisation) von diesen mitgestaltet werden.

Wie die nachfolgenden zwei Abbildungen plastisch aufzeigen, wird auch in unseren Daten das „typische Stadt-Land-Gefälle“ hinsichtlich dem Anteil der Alleinlebenden, Alleinerziehenden und Paaren mit (noch zuhause wohnenden) Kindern bzw. der ledigen und verheirateten Personen sichtbar (vgl. Abbildungen 5 und 6).

Dass alleine leben oder unverheiratet sein jedoch nicht „automatisch“ bedeuten muss auch alleinstehend zu sein, zeigte sich bei einer Zusatzfrage zum Personenanteil mit einem „festen Lebenspartner“ (mit und ohne „Tauschein“). Dieser liegt sowohl im Kanton Bern wie auch in den anderen deutschsprachigen Regionen der Schweiz bei rund 77%. Und auch im Stadt-Land-Vergleich innerhalb des Kanton Berns liegt die „Single-Quote“ (=Personen ohne festen Lebenspartner) in den städtischen Gemeinden mit 26% nur unwesentlich höher als in den ländlichen Gemeinden (22%).

Abbildung 5: Haushaltstypen

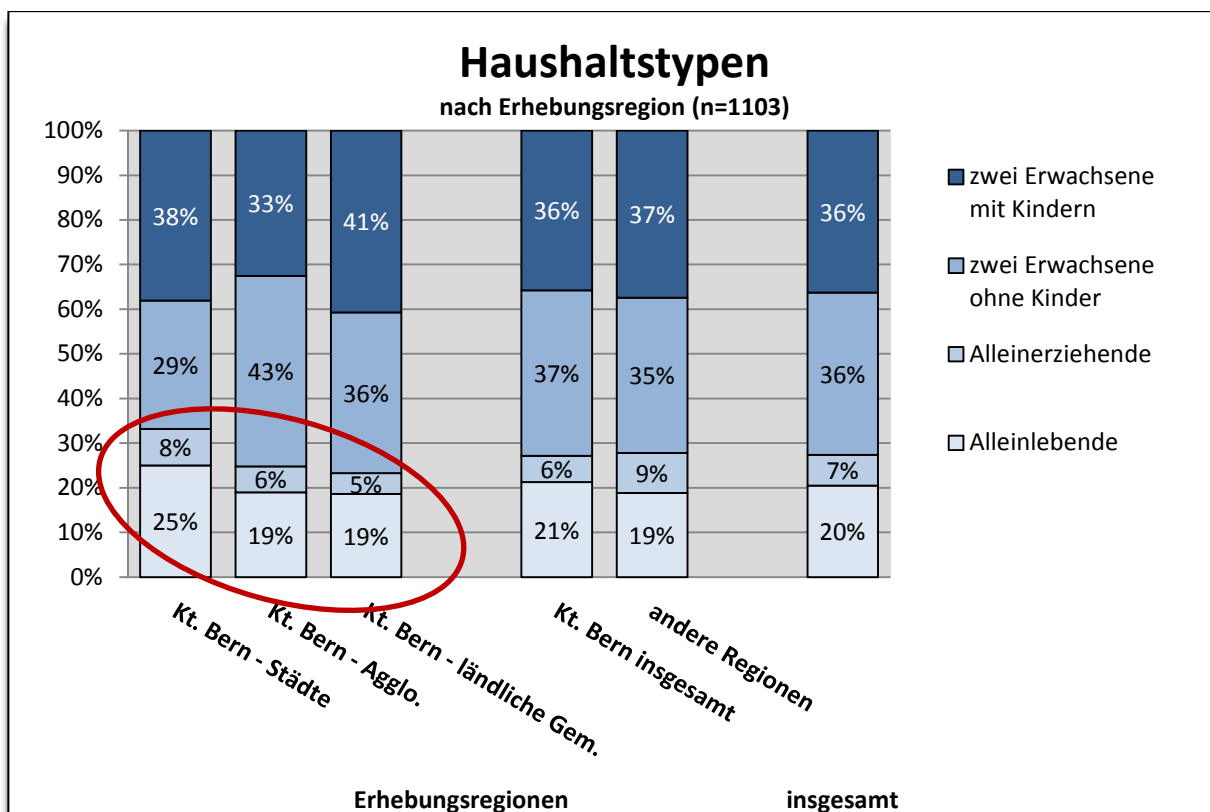
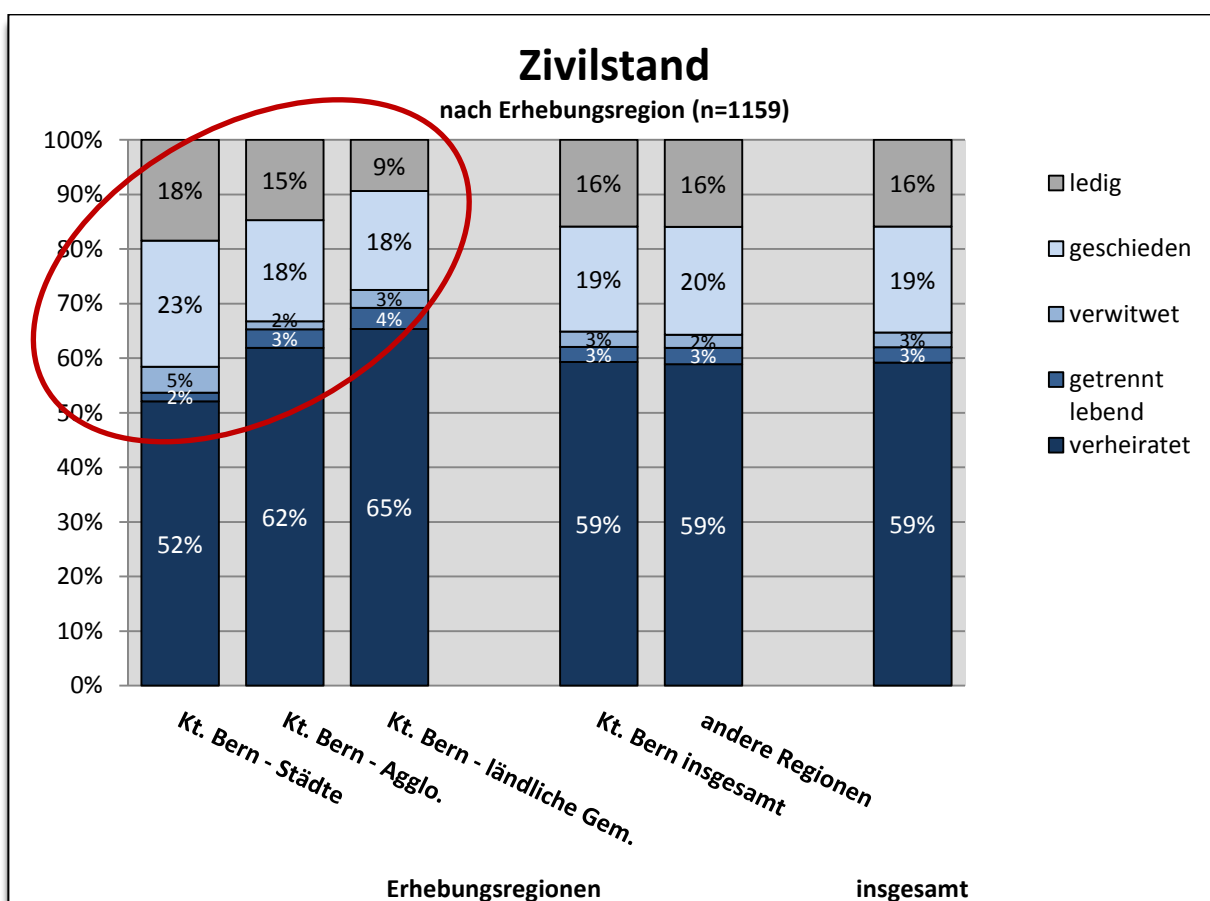


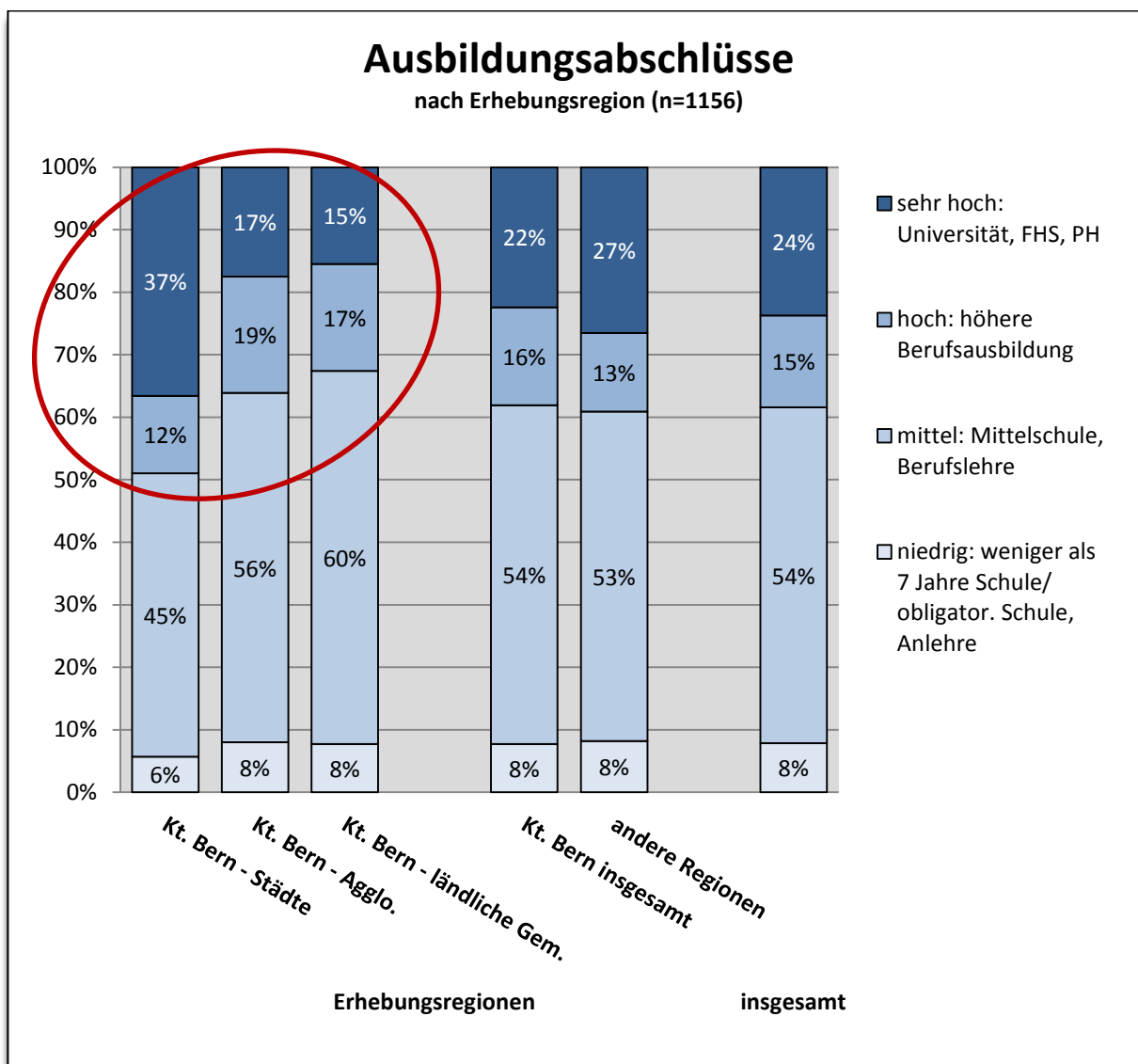
Abbildung 6: Zivilstand



b) Ausbildungsabschlüsse

Hinsichtlich der Ausbildungsabschlüsse zeigt sich bei den Befragten ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, wie durch die rote Markierung in Abbildung 7 eindrücklich sichtbar wird: Während in den Städten über ein Drittel der Bevölkerung tertiäre Abschlüsse erworben haben, liegt der Anteil in den Agglomerations- oder ländlichen Gemeinden bei nur 17% bzw. 15%. Im Vergleich zwischen den anderen Regionen der Deutschschweiz und dem Kanton Bern besteht keine Differenz hinsichtlich der Werte bei niedrigen oder mittleren Abschlüssen. Die Anteile beim sehr hohen Ausbildungsniveau liegen ausserhalb des Kantons Bern höher (27% zu 22%), während beim hohen Niveau der Anteil innerhalb des Kantons leicht höher ausfällt (16% zu 13%).

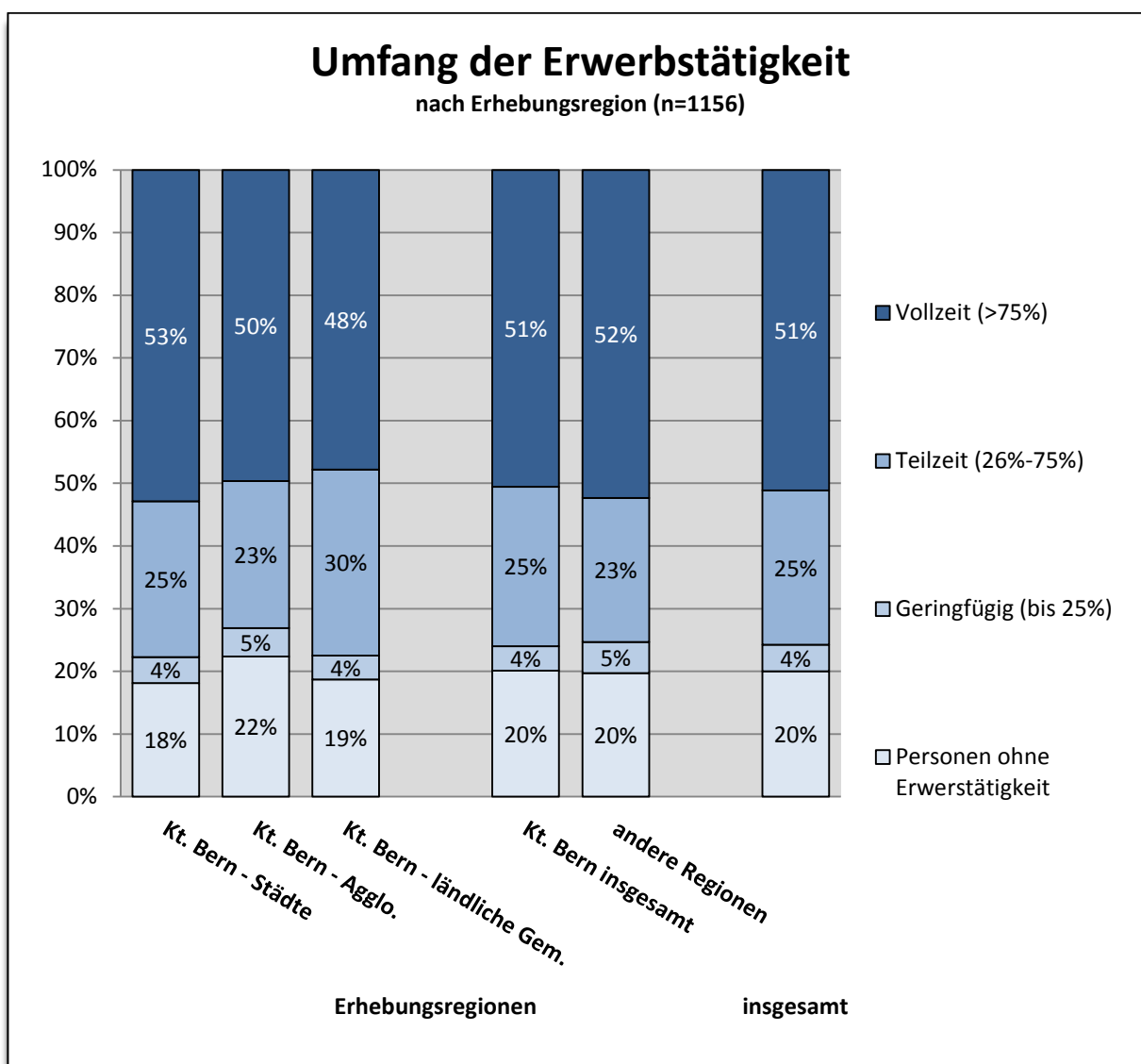
Abbildung 7: Bildungs-/Ausbildungsabschlüsse



c) Erwerbsstatus

Es ist anzunehmen, dass je nach Umfang der Erwerbstätigkeit, auch die Möglichkeit bzw. Bereitschaft deutlich variiert sich an einer (zukünftigen) Pflegesituation aktiv zu beteiligen. Deshalb sollten die Befragten angeben, ob und wenn ja mit vielen Stellenprozent sie einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Wie der nachfolgenden Abbildung 8 zu entnehmen, bestehen sowohl zwischen den drei Gemeindetypen innerhalb des Kantons Bern als auch zwischen dem Kanton Bern und den anderen deutschsprachigen Regionen der Schweiz keine gravierenden Unterschiede.

Abbildung 8: Erwerbspensum



d) Einkommen

Die „Einkommensfrage“ gilt bei Bevölkerungsumfragen als eine der sensitivsten Fragen, auf die viele Befragte nur ungerne antworten (hier immerhin rund 200 von 1189 Befragten). Und gleichwohl sind die Angaben zum Einkommen, ebenso wie die zu den Ausbildungsabschlüssen, unerlässlich für die Berechnung des „Sozialen Status“ der Befragten. In der vorliegenden Studie wurde das sogenannte Haushaltseinkommen erfragt, d.h. das monatliche Einkommen aller in einem Haushalt lebenden Personen nach Abzug von Steuern und Sozialversicherungen. Wie bereits bei den Ausbildungsabschlüssen werden auch beim Haushaltseinkommen und dem daraus abgeleiteten Pro-Kopf-Einkommen relevante Unterschiede zwischen den Regionen sichtbar: Anders als bei der Bildung verlaufen „die Einkommensgrenzen“ innerhalb des Kantons Bern jedoch zwischen Stadt und Agglomeration auf der einen Seite, und den ländlichen Gemeinden auf der anderen Seite (vgl. die roten Markierungen bei sehr hohen Einkommen in den Abbildungen 9 und 10). Im Vergleich zwischen dem Kanton Bern und den anderen Regionen der Deutschschweiz wird sichtbar, dass in Bern mehr Personen in den beiden unteren Einkommensgruppen angesiedelt sind als ansonsten in der deutschsprachigen Schweiz (49% zu 39%).

Abbildung 9: Haushaltseinkommen

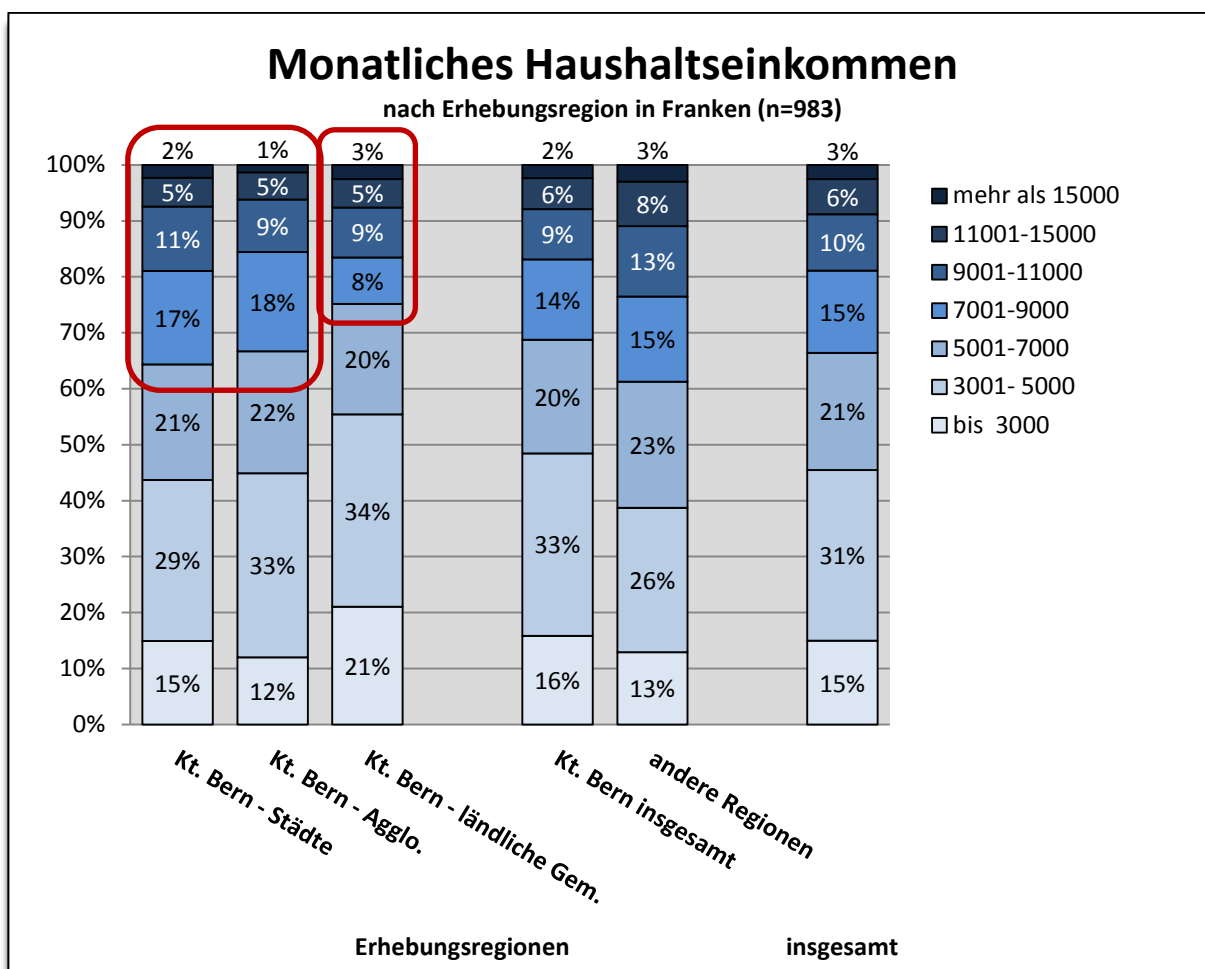
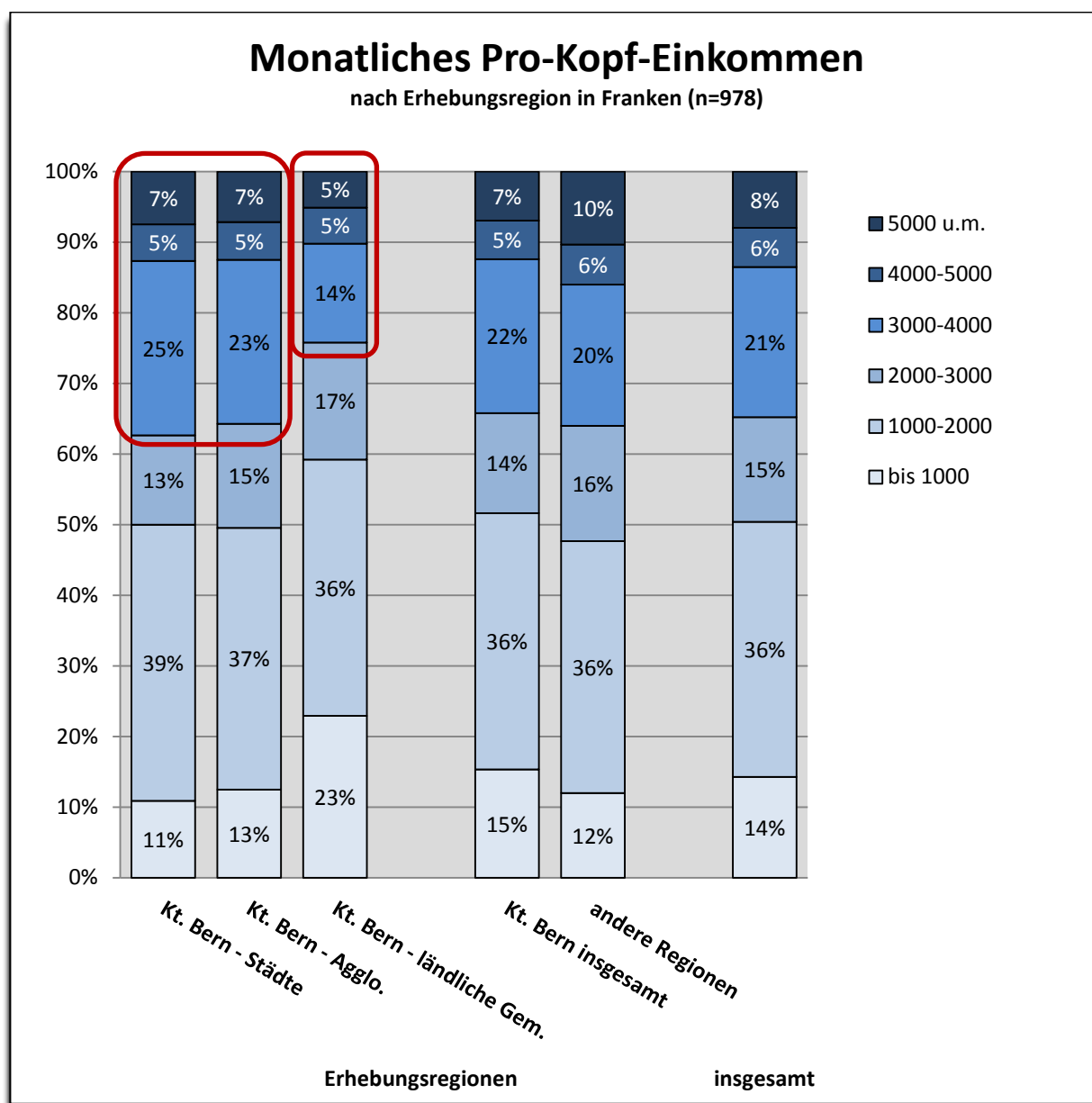


Abbildung 10: Pro-Kopf-Einkommen



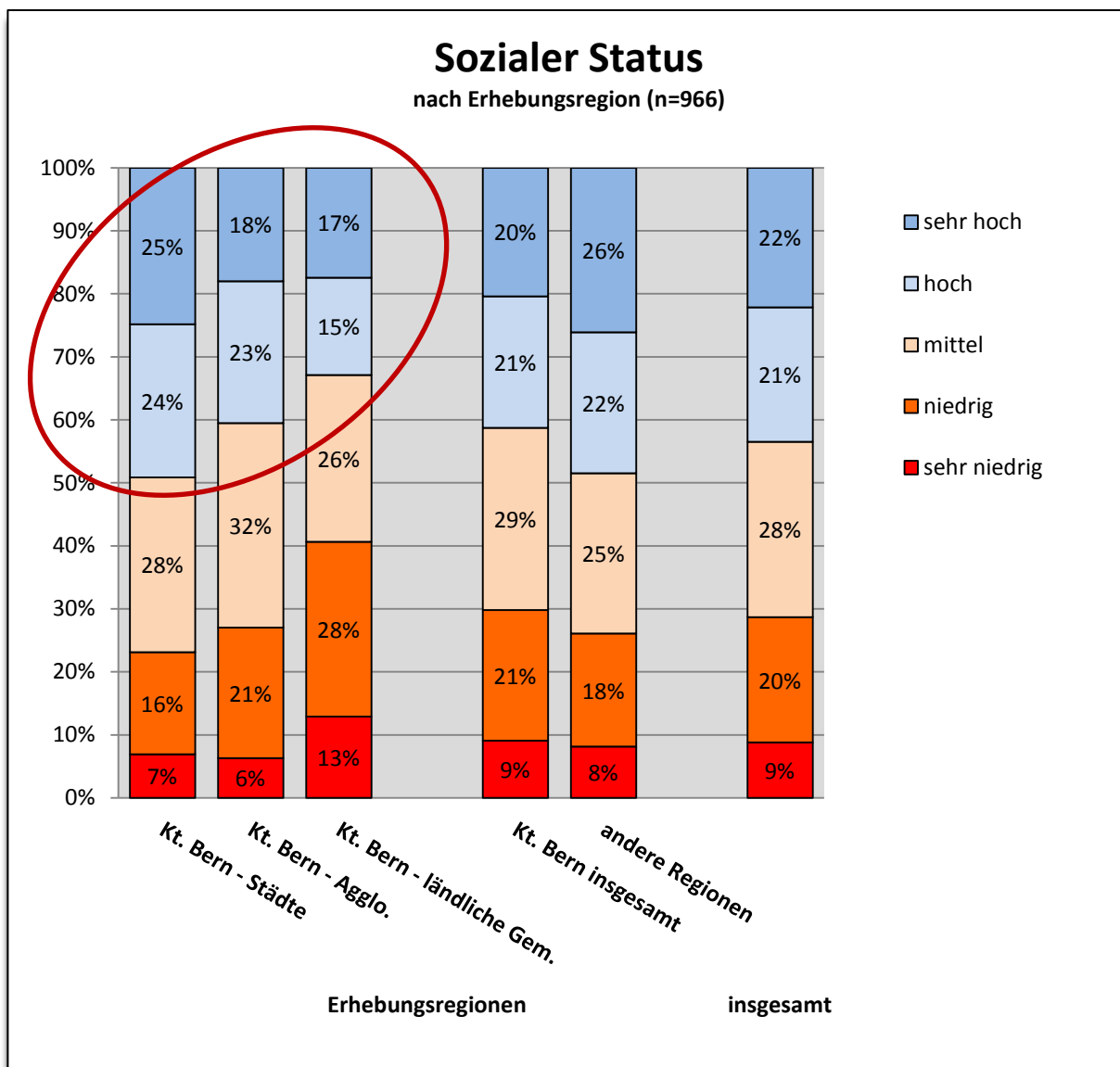
e) Sozialer Status

Um Unterschiede in der sozialen Position der Bevölkerung erfassen und statistisch abbilden zu können, wird in volkswirtschaftlichen und soziologischen Untersuchungen häufig das bewährte Mass des sogenannten „Sozialen Status“ verwendet (vgl. bspw. Stamm & Lamprecht 2005 oder Hermann et al. 2005). Für die Berechnung dieser Skala wurden in der vorliegenden Studie, die in den vorangehenden Teilkapiteln 3b) und 3d) beschriebenen Merkmale Ausbildungsabschluss, Haushaltseinkommen und Pro-Kopf-Einkommen der Befragten herangezogen und durch eine Hauptkomponentenanalyse zu einer 5-stufigen Status-Skala zusammengefasst.²

² Der zum Befragungszeitpunkt ausgeübte Beruf wurde nicht in die Berechnung einbezogen, weil ansonsten zahlreiche Befragte (vor allem Frauen), die aktuell keinen Beruf ausüben statusmässig nicht einzustufen gewesen wären.

Bei der Statusverteilung zeigt sich innerhalb des Kantons Bern ein deutliches Stadt-Land-Gefälle, wie durch die rote Markierung in Abbildung 12 deutlich sichtbar wird: Während in den Städten über die Hälfte der Befragten einen sehr hohen oder hohen Sozialstatus besitzt, liegt der Anteil in den Agglomerations- oder ländlichen Gemeinden bei nur 41% bzw. 32%. Im Interkantonalen Vergleich zeigt sich, dass der Bevölkerungsanteil mit sehr hohem oder hohem Status im Kanton Bern im Gegensatz zu den anderen Regionen der Deutschschweiz merklich niedriger ausfällt (41% zu 48%). Beide Ergebnisse stehen im Einklang mit dem vom Bundesamt für Statistik (BFS) berichteten Trend, wonach „innerhalb der Ballungsräume (...) vor allem die Kernstädte einen starken Statusanstieg verzeichnen (konnten). Zurückgefallen ist der Kanton Bern, der zwischen den beiden Polen Genf-Lausanne und Zürich in sozioökonomischer Hinsicht zunehmend in Rücklage geraten ist.“ (Hermann et al. 2005: 7).

Abbildung 11: Sozialer Status

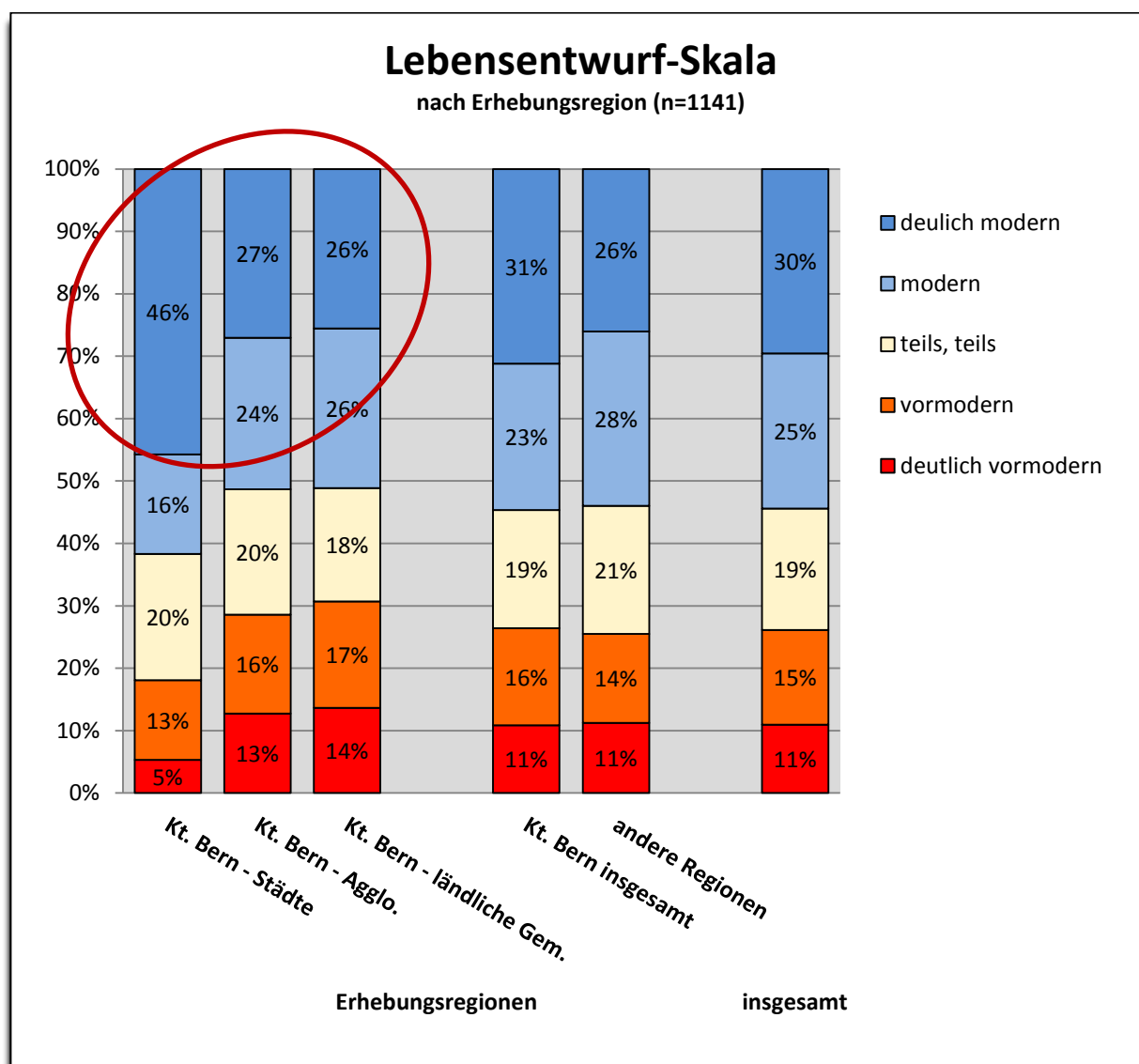


f) Lebensentwurf

Es ist davon auszugehen, dass die (zukünftige) Pflegebereitschaft nicht nur von „Strukturellen Ressourcen“ wie dem Sozialen Status einer Person abhängt, sondern ebenso sehr von „weichen Faktoren“ wie den individuellen Einstellungen und Werten, den sog. „Symbolischen Ressourcen“. Deshalb enthielt der Fragebogen der vorliegenden Studie – der bewährten methodischen Vorgehensweise von Blinkert & Klie (2006) folgend – ein Frageset zur Erfassung des individuellen Lebensentwurfes. „Dazu berücksichtigten wir aus den ALLBUS-Studien [=Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften in Deutschland; M.R.] eine Gruppe von Statements zur Ermittlung von Vorstellungen über die Rolle von Frauen. In der einen Richtung verweist die Zustimmung zu diesen Aussagen auf ein eher konservatives, familienzentriertes Frauenbild [nachfolgend kurz: „vormoderner Lebensentwurf“ genannt; M.R.] und in der anderen Richtung auf das Gegenstück: eine weniger auf die Familie und dafür stärker auf Selbstbestimmung und berufliche Entfaltung ausgerichtete Vorstellung von der Frauenrolle [nachfolgend kurz als „moderner Lebensentwurf“ bezeichnet; M.R.]“ (Blinkert & Klie 2006: 20). Die Antworten wurden statistisch mittels einer Hauptkomponentenanalyse zu einer 5-stufigen „Modernitätsskala des Lebensentwurfes“ zusammengefasst.

Wie in der nachfolgenden Abbildung 12 eindrücklich sichtbar, bestehen markante Unterschiede innerhalb des Kantons Bern: In den städtischen Gebieten besitzt fast die Hälfte der Befragten einen „deutlich modernen Lebensentwurf“ (46%), in Agglomerations- und ländlichen Gemeinden sind dies jedoch nur rund ein Viertel (27% bzw. 26%). Die Unterschiede zwischen dem Kanton Bern und den anderen deutschsprachigen Gebieten der Schweiz hingegen sind sehr gering.

Abbildung 12: Lebensentwurf



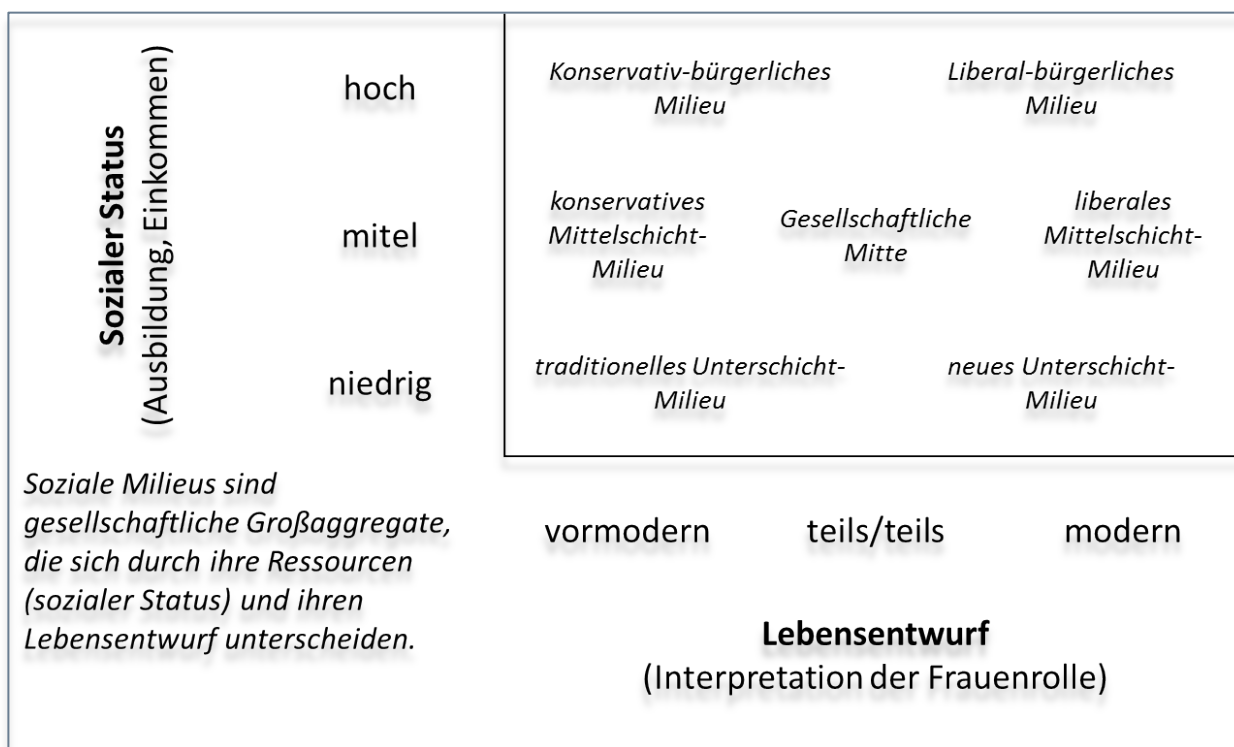
g) Soziale Milieus

Dem gedanklichen Konzept der sog. „Sozialen Milieus“³ folgend, wurden in einem weiteren Auswertungsschritt die strukturellen (Sozialer Status) und symbolischen (Lebensentwurf) Ressourcen zueinander in Bezug gesetzt, was im Hinblick auf die zentrale Ausgangsfrage der Studie zur (zukünftigen) Pflegebereitschaft ein differenzierteres Bild der Befragten ermöglicht als bei separater Betrachtung der beiden Faktoren/Ressourcen. Wie der schematischen Darstellung in Abbildung 13 zu entnehmen, lassen sich die Befragungsteilnehmer damit – je nach „Kombination“ der Angaben zur „Modernität des Lebensentwurfes“ (x-Achse) und der Höhe des Sozialen

³ Zur näheren Erläuterung der verschiedenen, in Sozial- wie auch Marktforschung breit rezipierten und eingesetzten, „Sozial-Milieu-Modelle“, vgl. Geissler 2014.

Status (y-Achse) – zu insgesamt sieben verschiedenen „Soziale Milieus“ zuordnen.⁴ So können beispielsweise Personen bei gleich niedrigem Sozialen Status (also niedrigem Ausbildungsabschluss, Haushalts- und Pro-Kopf-Einkommen), je nach Lebensentwurf entweder dem traditionellen oder dem neuen Unterschichtmilieu zugerechnet werden.

Abbildung 13: Soziale Milieus – Schematische Darstellung



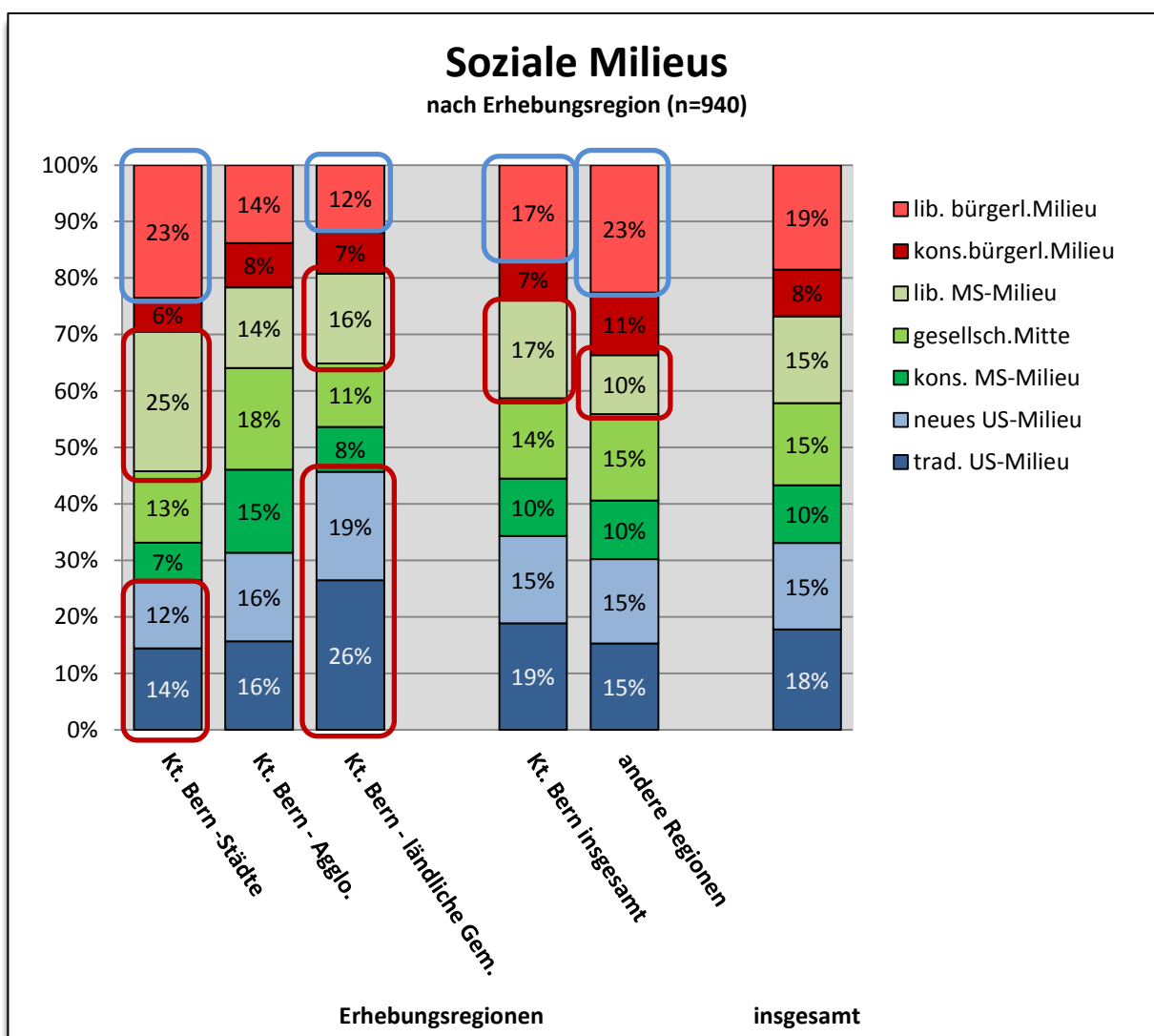
In der Häufigkeitsverteilung der verschiedenen sozialen Milieus (vgl. Abbildung 14) bestehen deutliche Unterschiede innerhalb des Kantons Bern, vor allem zwischen den städtischen Kerngebieten und den ländlichen Gemeinden: So ist der Anteil des sogenannten *liberalen⁵ bürgerlichen Milieus* (23%) wie des *liberalen Mittelschicht-Milieus* (25%) in städtischen Gebieten insgesamt deutlich höher als in den ländlichen Gemeinden (12% bzw. 16%), während in den ländlichen Gemeinden das traditionelle,

⁴ Unter methodischen Gesichtspunkten ist darauf hinzuweisen, dass es sich bei den „sozialen Milieus“ um „analytische Konstrukte“ handelt. D.h. die Befragten haben sich nicht selbst diesen Milieus zugeordnet, sondern aus den Angaben der Befragten wurden Skalen gebildet, diese wurden in verschiedene Wertebereiche unterteilt und die daraus entstandenen sieben Gruppen wurden mit inhaltlich passenden, möglichst prägnanten „Milieubezeichnungen“ versehen. „Wenn wir die Skalen anders unterteilt hätten, wären auch die Anteile der Milieus anders. Gleichwohl gehen wir davon aus, dass diese „Konstruktionen“ einen wesentlichen Aspekt der Strukturierung in unserer Gesellschaft treffen – allerdings nicht in der Weise, dass wir nun z.B. sagen könnten, das 'traditionelle Unterschicht-Milieu' hat einen Anteil von 6 %. Diese Einstufungen sind nur für Vergleiche sinnvoll: Unterscheiden sich pflegekulturelle Orientierungen in diesen Milieus? (...). Haben sich die Anteile von Milieus im Zeitverlauf verändert? Dabei sind wir uns bewusst, dass wir nur grobe Trends beschreiben können, dass eine exakte Quantifizierung der Sache unangemessen wäre (Blinkert & Klie 2006: 23).

⁵ Der Begriff „liberal“ wird hier im Kontrast zu „konservativ“ gebraucht und definiert sich über die Frage zur Rollenzuschreibung an Frauen (vgl. Abschnitt 3f). Dementsprechend ist „liberal“ hier nicht im Sinne einer Präferenz für bestimmte politische Parteien zu deuten.

aber auch das neue Unterschichtmilieu merklich stärker vertreten ist (26% und 19% versus 14% und 12% in städtischen Gebieten). Der Vergleich zwischen dem Kanton Bern und den anderen deutschsprachigen Gebieten der Schweiz zeigt vor allem einen relevanten Unterschied: Während im Kanton Bern der Anteil des liberalen bürgerlichen Milieus mit 17% geringer ausfällt als in den anderen Gebieten (23%), ist umgekehrt der Anteil des liberalen Mittelschicht-Milieus im Kanton Bern mit 17% höher als ausserhalb (10%). Diese Anteilsdifferenz ist darauf zurückzuführen, dass sich das liberale bürgerliche Milieu vom liberalen Mittelschichtmilieu durch die Höhe des Sozialen Status (= Ausbildungs- und Einkommensniveau) unterscheidet und im Kanton Bern der Soziale Status der Bevölkerung) durchschnittlich etwas niedriger ist als in den anderen deutschsprachigen Gebieten der Schweiz (vgl. Abschnitte 3b und 3d).

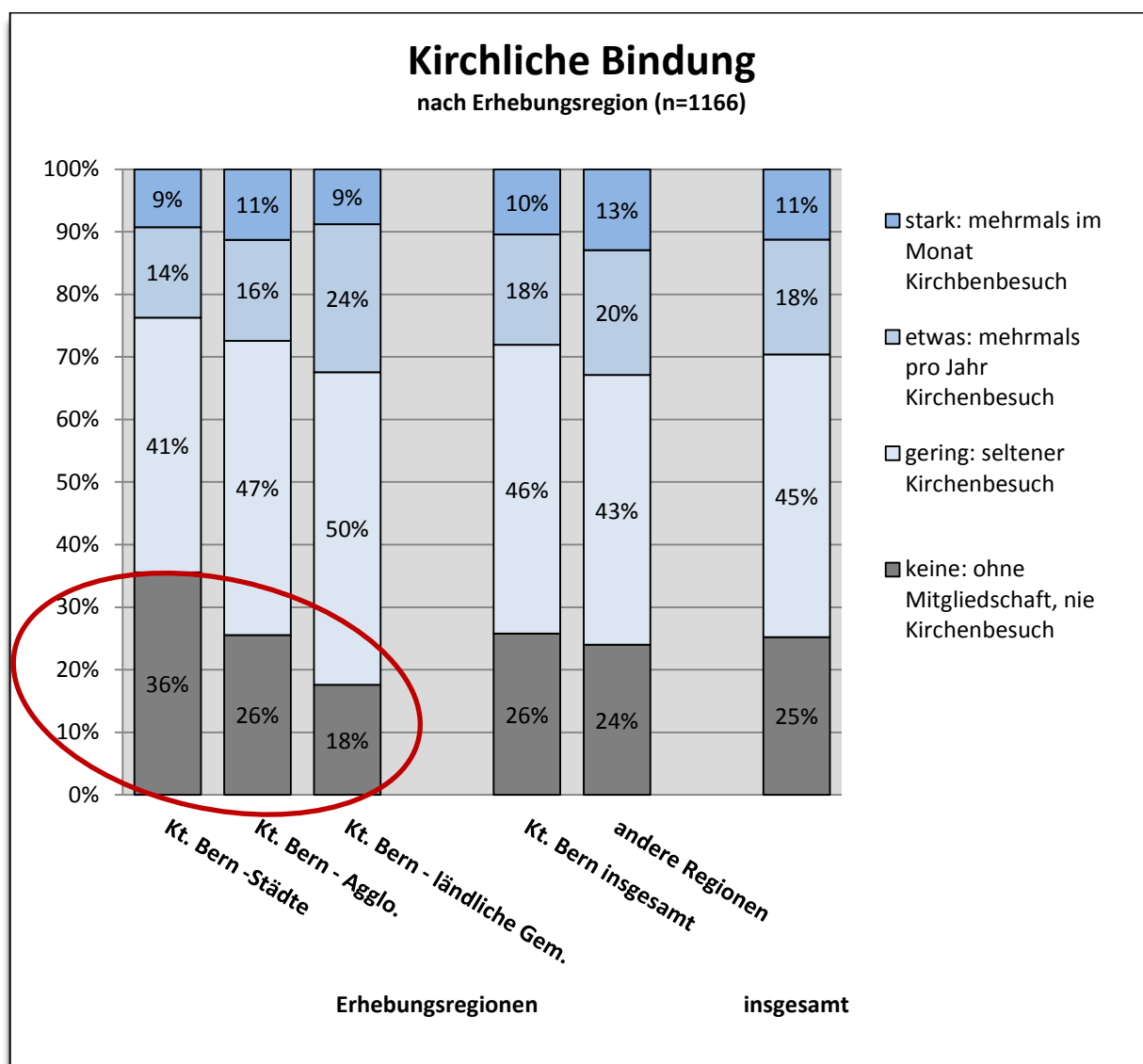
Abbildung 14: Soziale Milieus



h) Kirchliche Bindungen

Ein weiterer Indikator für die Frage der Pflegebereitschaft könnte aus der religiösen Orientierung der Befragten resultieren. Da die konfessionelle Zugehörigkeit alleine wenig Aussagekraft zur faktischen Bindung an die jeweilige Glaubensgemeinschaft und deren Wertesystem besitzt, wurde zusätzlich auch die Häufigkeit des Gottesdienstbesuches erfasst. Wie die rote Markierung in Abbildung 15 anzeigt, ist in den städtischen Gebieten innerhalb des Kantons Bern der Anteil ohne jegliche kirchliche Bindung doppelt so hoch wie in den ländlichen Gemeinden. Der Anteil der stark kirchlich-engagierten Personen hingegen variiert kaum zwischen den Regionen – sowohl innerhalb wie auch ausserhalb des Kantons Bern.

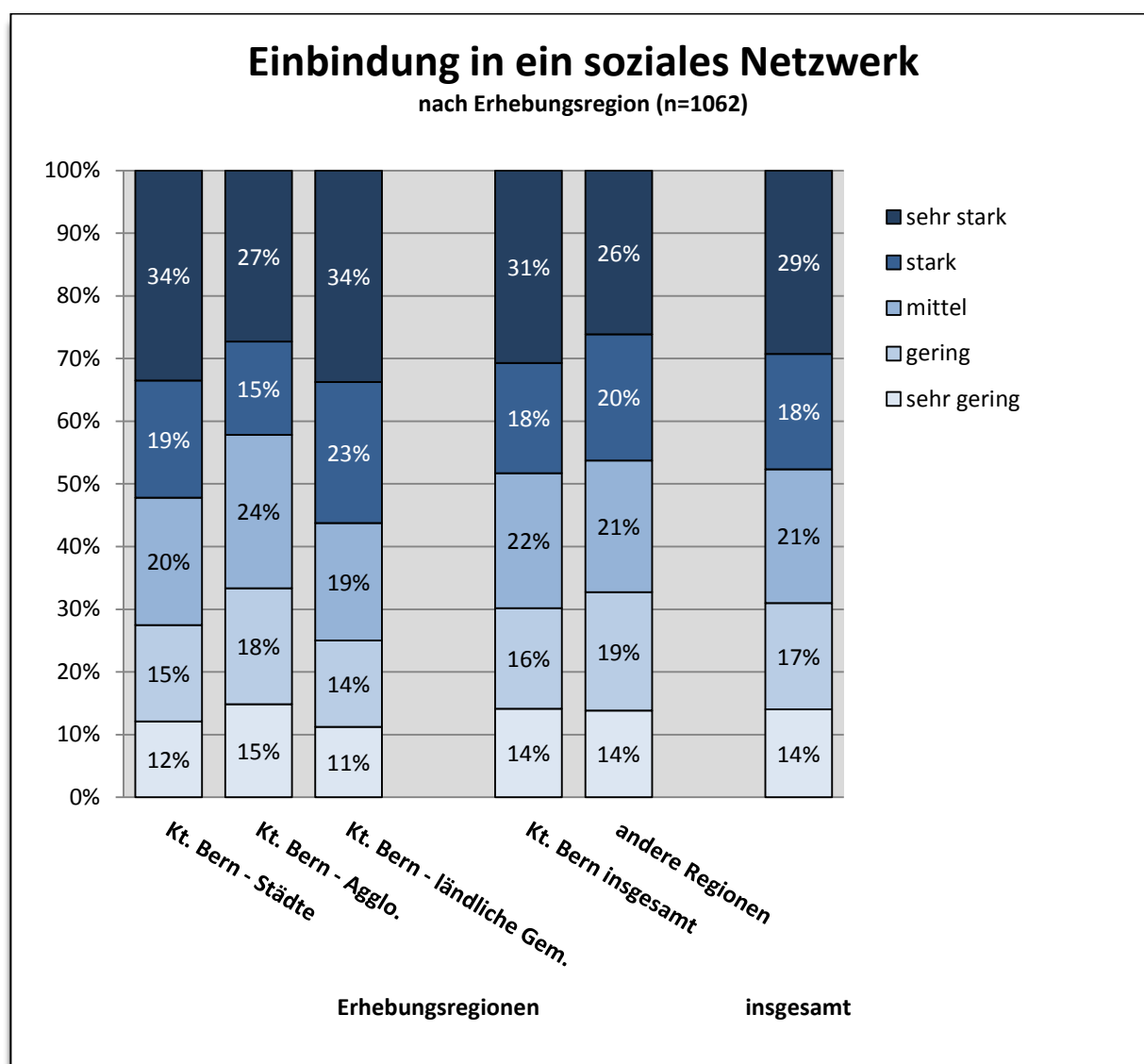
Abbildung 15: Kirchliche Bindung



i) Einbindung in ein Unterstützungsnetzwerk (Familie und Freunde)

Sowohl im Hinblick auf eine zukünftige eigene Pflegebedürftigkeit als auch für die Bewältigung einer Pflegesituation nahestehender Personen ist es zentral, wie stark das soziale Netzwerk ist, in welches man eingebunden ist. Um diese wichtige Ressource adäquat zu erfassen, enthielt der Fragebogen insgesamt sechs Teilfragen aus der bewährten „Social Network Scale“ von Lubben (1988). Hierbei wurde erfasst, wie viele Freunde und Familienangehörige bzw. Verwandte man pro Monat sieht, mit vielen aus diesem Kreis man „müheless“ über Privates sprechen kann und an wie viele aus diesem Kreis man sich für Hilfe wenden würde. Die Antworten wurden statistisch mittels einer Hauptkomponentenanalyse zu einer 5-stufigen Skala der Netzwerkstärke zusammengefasst. Über ein sehr starkes Netzwerk verfügen in allen untersuchten Regionen mindestens ein ¼ der Befragten und nur rund jeder Zehnte ist sehr wenig in ein Netzwerk eingebunden.

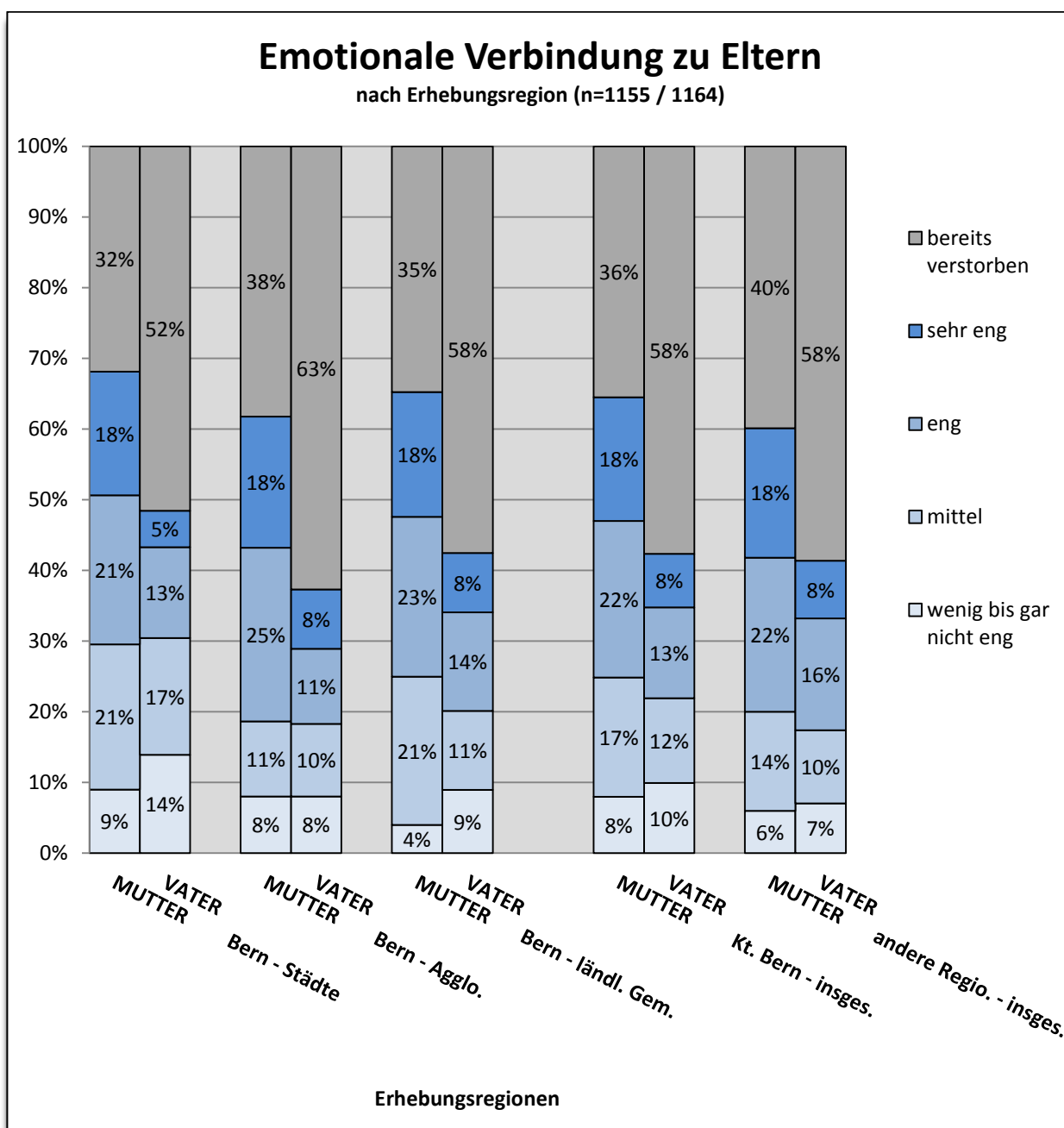
Abbildung 16: Soziales Netzwerk



j) Verhältnis zu den Eltern

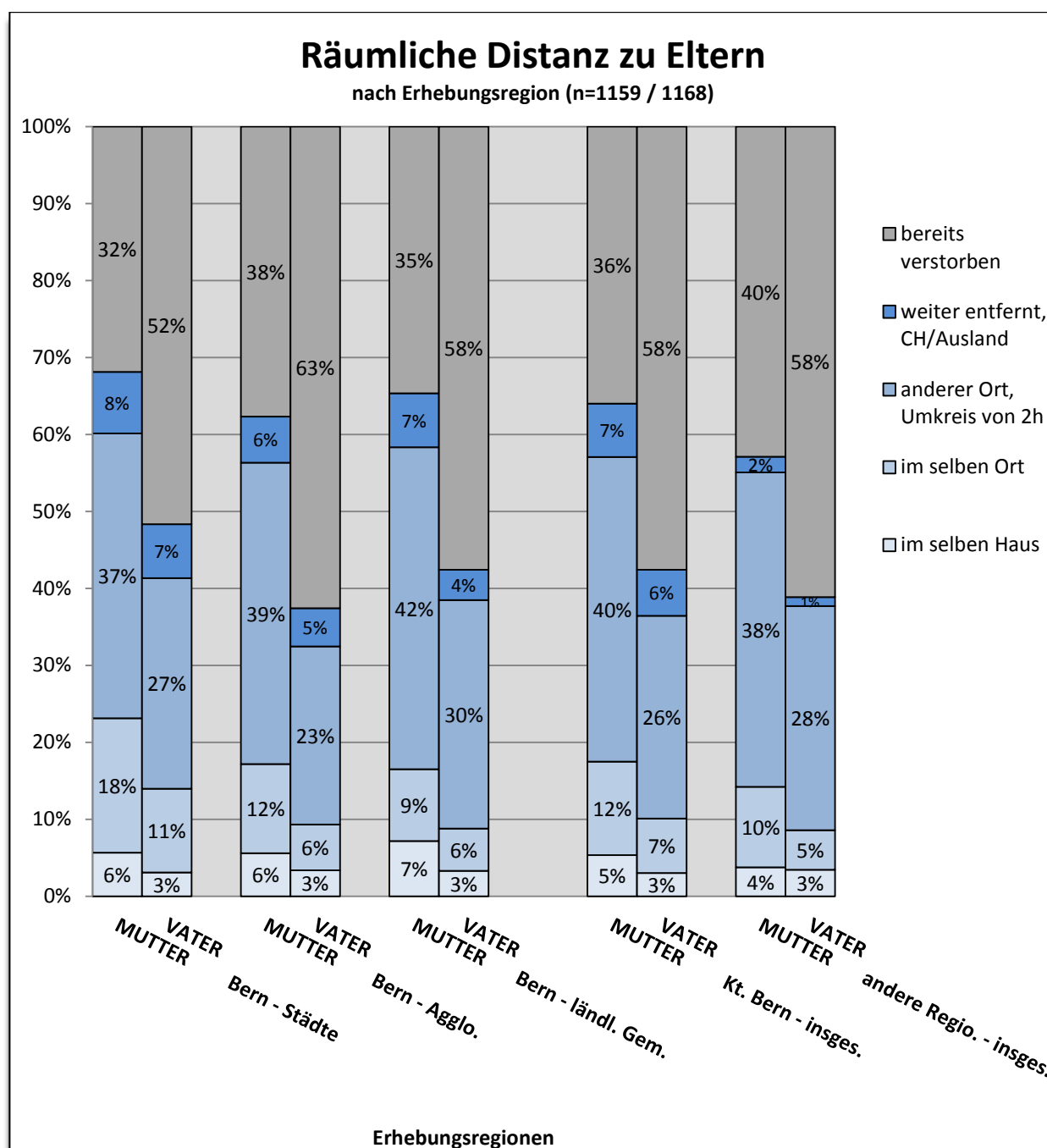
Personen in der befragten Altersgruppe der 40 bis 65-Jährigen müssen in besonderem Masse damit rechnen, dass in absehbarer Zeit Versorgungsverpflichtungen gegenüber den eigenen Eltern bzw. Schwiegereltern auf sie zukommen. Oder aber sie stehen bereits mitten bzw. sogar am Ende dieser Aufgabe. Die Frage, ob und wie dabei die Unterstützung der Eltern erfolgt (ist), könnte nicht zuletzt auch von der „Nähe“ zu den Eltern abhängig sein. Deshalb wurden in der Befragung sowohl die emotionale wie die räumliche Nähe zu den Eltern erfasst, weil zu vermuten ist, dass beide Faktoren in Zusammenhang mit der „Solidaritätsbereitschaft“ stehen (vgl. Szydlik 2002).

Abbildung 17: Verbundenheit mit den Eltern



Wie in den beiden Abbildungen 17 und 18 deutlich wird, besteht im Verhältnis zu den Eltern eine erhebliche Diskrepanz zwischen Müttern und Vätern. Sowohl in Bezug auf die räumliche Distanz zwischen den Wohnorten, aber vor allem auch hinsichtlich der emotionalen Distanz bzw. Verbundenheit ist der „Nähegrad“ zu Müttern deutlich grösser: Während in allen untersuchten Regionen fast 20% der Befragten die Verbundenheit mit der Mutter als sehr eng betrachten, sind es beim Vater nur 5% bis 8%. Gravierend ist auch der Unterschied hinsichtlich der Sterberate von Vätern (52-63%) und Müttern (32-40%).

Abbildung 18: Räumliche Distanz zu Eltern



4. Pflegebiographie der Befragten

Um feststellen zu können, ob und wenn ja, wie sich frühere Pflegeerfahrungen (z.B. der eigenen Mutter oder Grossmutter) auf die zukünftige Pflegebereitschaft auswirken, wurde im Rahmen unserer Studie ein möglichst differenziertes Bild der „Pflegebiografie“ aller Befragten erstellt. Zentral sind hierbei die Fragen:

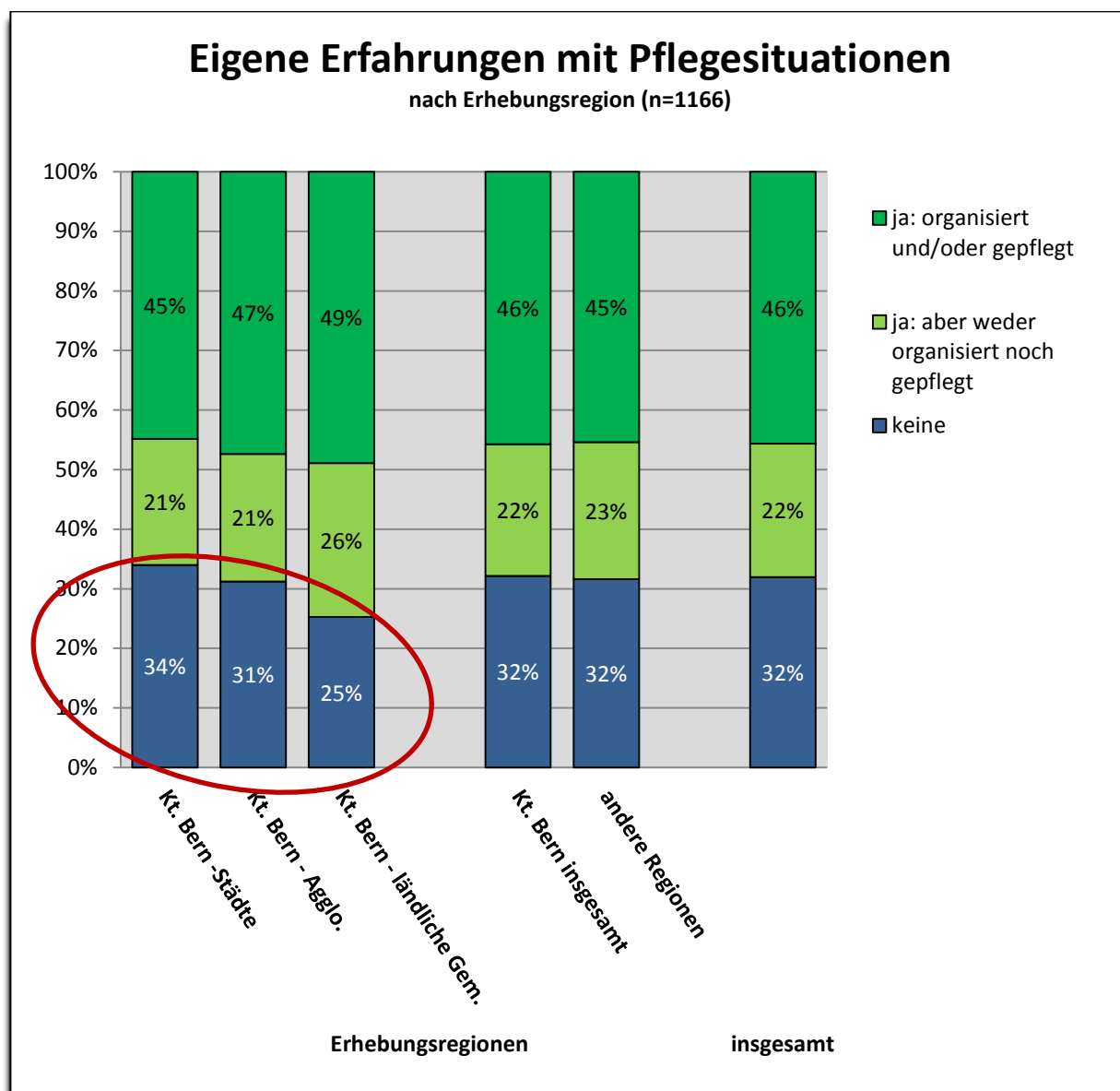
- *Wie viele Befragte haben eigene Erfahrungen mit Pflegesituationen?*
- *Wer hat dabei selbst (mit-)gepflegt?*
- *Wer war pflegebedürftig?*
- *Wo wurde gepflegt?*
- *Wer hat die Befragten bei der Pflege unterstützt?*
- *Und wie belastend wurde die Pflegesituation erlebt?*

Art und Umfang der Pflegeerfahrungen

Mehr als zwei Drittel aller Befragten im Alter zwischen 40- bis 65-Jahren haben eigene Erfahrungen mit der Pflegebedürftigkeit einer oder auch mehrerer nahestehenden Person(en), wobei knapp 50% die Pflege (mit)organisiert oder sogar selbst (mit)gepflegt haben (vgl. dunkelgrüne Säulensegmente in der untenstehenden Abbildung 19).

Diese Werte sind interessanterweise für den Kanton Bern und die Gruppe der anderen deutschschweizerischen Kantone identisch. Innerhalb des Kanton Berns treten hingegen sichtbare Unterschiede zwischen den Untersuchungsregionen auf: So ist in den städtischen Zentren im Kanton der Anteil derer, die keine eigene Pflegeerfahrung haben mit 34% merklich höher als in den ländlichen Gemeinden (25%).

Abbildung 19: Pflegeerfahrungen I

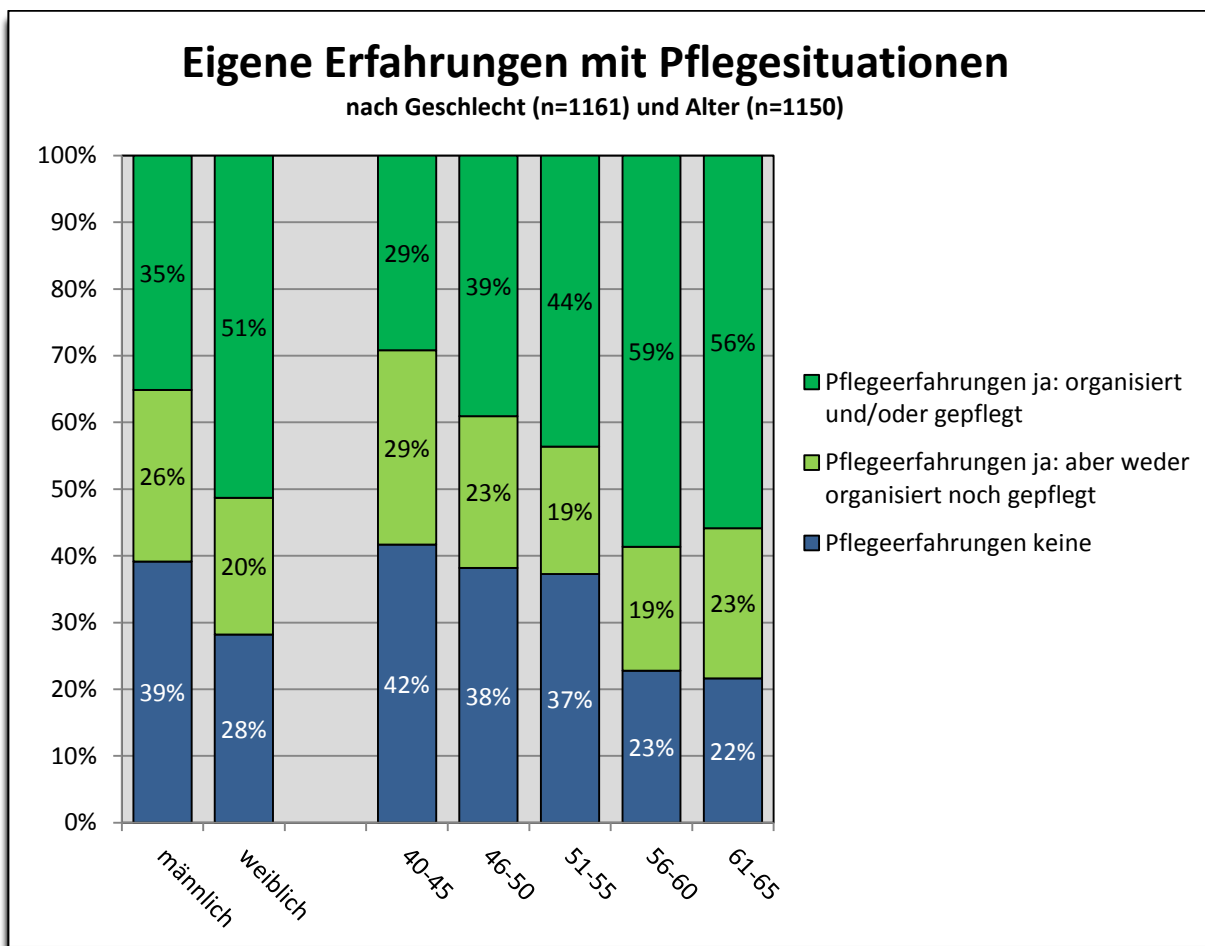


Wer hat selber gepflegt?

Im Hinblick auf die Ausgangsfrage der zukünftigen Pflegebereitschaft von besonderem Interesse ist eine genauere Analyse des Personenkreises, der bereits mit einer Pflegesituation im näheren Umfeld konfrontiert war (grüne Säulenabschnitte im Diagramm Abbildung 19 und 20). Um herauszufinden, welche persönlichen oder strukturellen Einflussgrößen sich hierbei auf die individuelle Pflegebeteiligung ausgewirkt haben, wurde ein komplexeres statistisches Verfahren durchgeführt (Strukturgleichungsmodell). Wie zu erwarten, wurde dabei ein signifikanter Zusammenhang mit dem Geschlecht und dem Alter der Befragten sichtbar. Dass mit zunehmenden Alter also zwangsläufig auch die Wahrscheinlichkeit steigt mit einer Pflegesituation im nahen Umfeld „konfrontiert“ zu werden, deckt sich dabei ebenso mit der Praxiserfahrung und

früheren Studien (vgl. z.B. Blinkert & Klie 2006), wie der Umstand, dass Pflegeaufgaben nach wie überwiegend von Frauen übernommen werden (vgl. Stutz & Knupfer 2012).

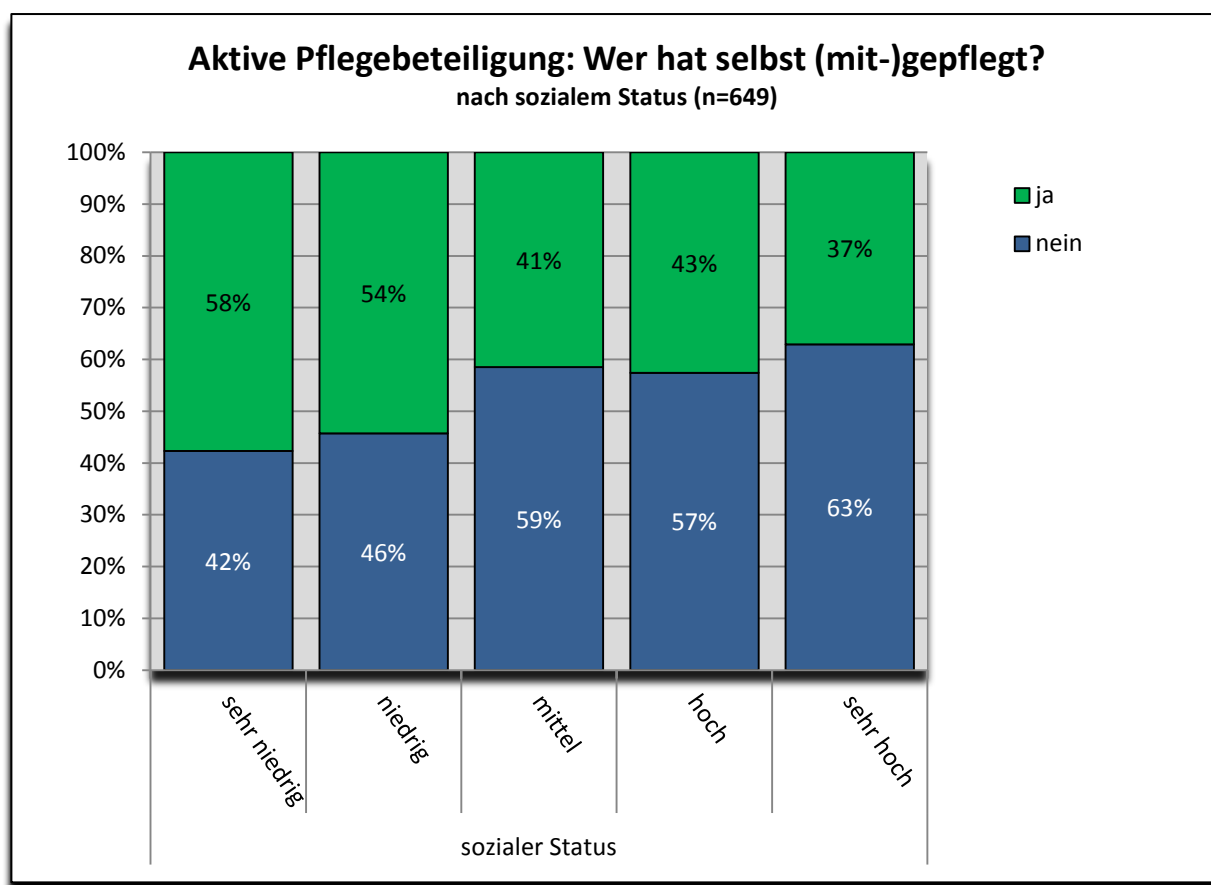
Abbildung 20: Pflegeerfahrungen II



Ob sich Personen aktiv an einer Pflegesituation beteiligen, hängt aber darüber hinaus auch signifikant vom individuellen sozialen Status ab. Besonders markant wird dieser Zusammenhang sichtbar, wenn man wie in Abbildung 21 gegenüberstellt, wie viele Personen mit höherem oder niedrigerem sozialen Status⁶ selbst gepflegt oder mitgepflegt haben.

⁶ Sozialer Status wird definiert durch eine Hauptkomponentenanalyse der Variablen Abschluss, Haushaltseinkommen und Pro-Kopf-Einkommen, vgl. Abschnitt 3.3.e)

Abbildung 21: Sozialer Status von Unterstützungspersonen



Andere Merkmale hingegen bei denen sich auch ein Zusammenhang annehmen liesse, wie z.B. die Stärke des sozialen Netzwerks oder der kirchlichen Bindung ebenso wie der Haushaltstyp oder ein „Moderner Lebensentwurf“, zeigen keinen signifikanten Einfluss darauf, ob eine Person, sich an der Pflege beteiligt hat oder nicht.

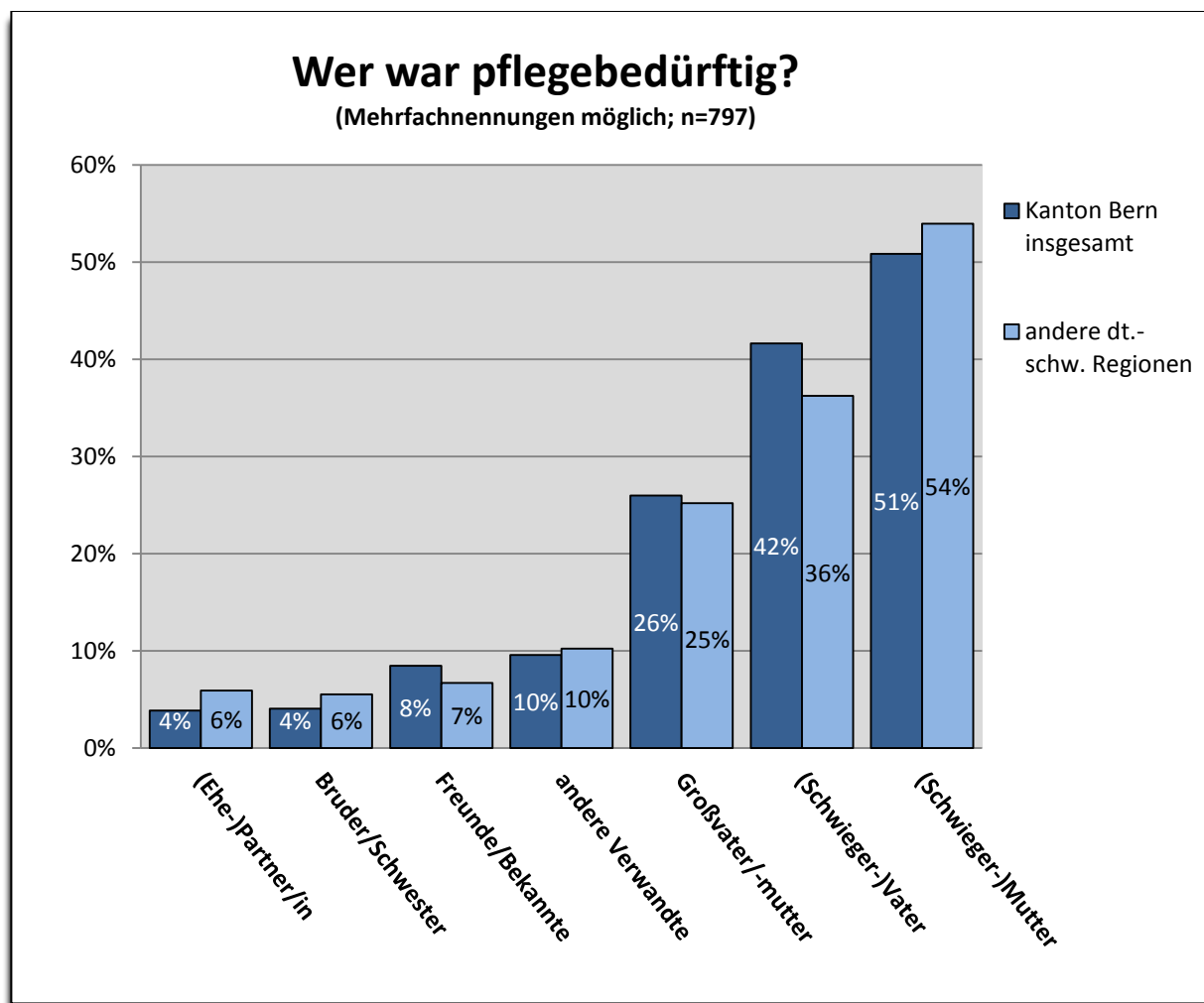
Wer war pflegebedürftig?

Mit Abstand am häufigsten waren die Befragten mit einer Pflegebedürftigkeit der eigenen Eltern oder Schwiegereltern konfrontiert, wobei die Werte für die (Schwieger-) Mütter mit rund 50% nochmals merklich höher liegen als bei den (Schwieger-) Vätern mit (36 bis 42%). An zweiter Stelle kommen die Großeltern (rund ein Viertel) und danach andere Verwandte, wie z.B. Onkel, Tanten etc. (mit rund 10 %).

Mit jeweils plus/minus 5% deutlich seltener genannt werden jene Personengruppen, die (überwiegend) zur selben Generation bzw. Altersgruppe der Befragten gehören dürften: Freunde oder Bekannte, sowie Geschwister und der eigene (Ehe-)Partner. Die Abweichungen zwischen den Angaben im Kanton Bern und der Vergleichsgruppe aller anderen deutschsprachigen Regionen der Schweiz, liegen (mit Ausnahme des inhaltlich nur

schwer zu erklärenden Unterschiedes bei den Vätern und Schwiegervätern) durchweg im Zufallsbereich.

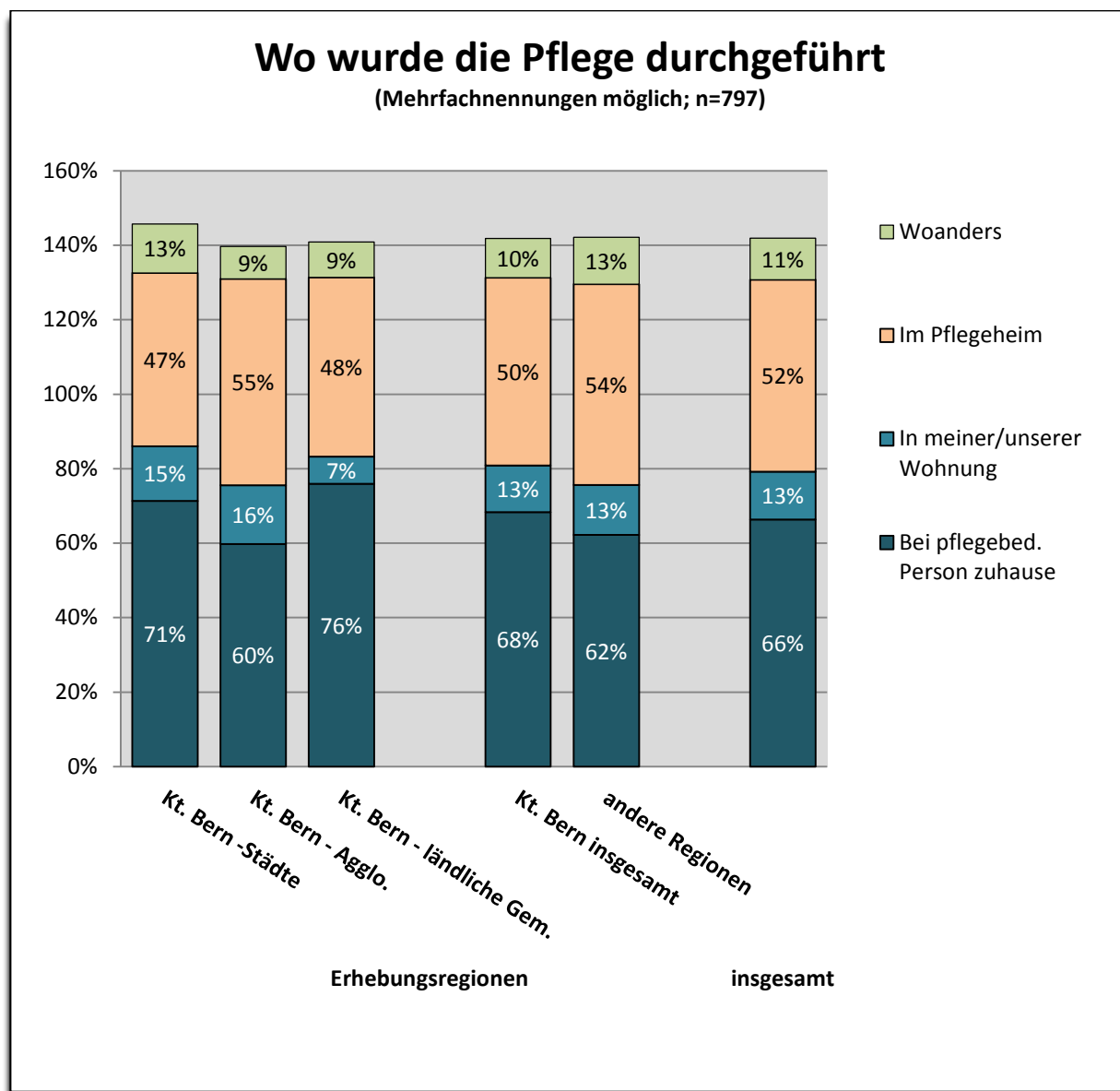
Abbildung 22: Unterstützungsbedürftige in früheren Pflegesituationen



Wo wurde gepflegt?

Es ist anzunehmen, dass sich Vorerfahrungen die Personen mit bestimmten Pflegeorten bzw. -einrichtungen machen auch auf die zukünftige Pflegebereitschaft bzw. Gestaltung des Pflegemodells auswirken. Deshalb wurden die Studienteilnehmenden, die bereits eigene Erfahrungen mit der Pflegedürftigkeit einer oder sogar mehrerer nahestehenden Person(en) gemacht haben, gefragt, an welchem Ort bzw. Orten diese gepflegt wurden. Wie zu erwarten wurde die Betreuung oder Pflege nahestehenden Person(en) grösstenteils in der Wohnung der betroffenen Person(en) durchgeführt. In rund 50% der Fälle aber auch oder nur in einem Pflegeheim. Wie Abbildung 23 zeigt, sind in Teilaspekten (wie z.B. der Pflege in „meiner/unserer Wohnung“) sichtbare Unterschiede in den Untersuchungsregionen vorhanden, die jedoch die Gesamtrelation nicht in Frage stellen.

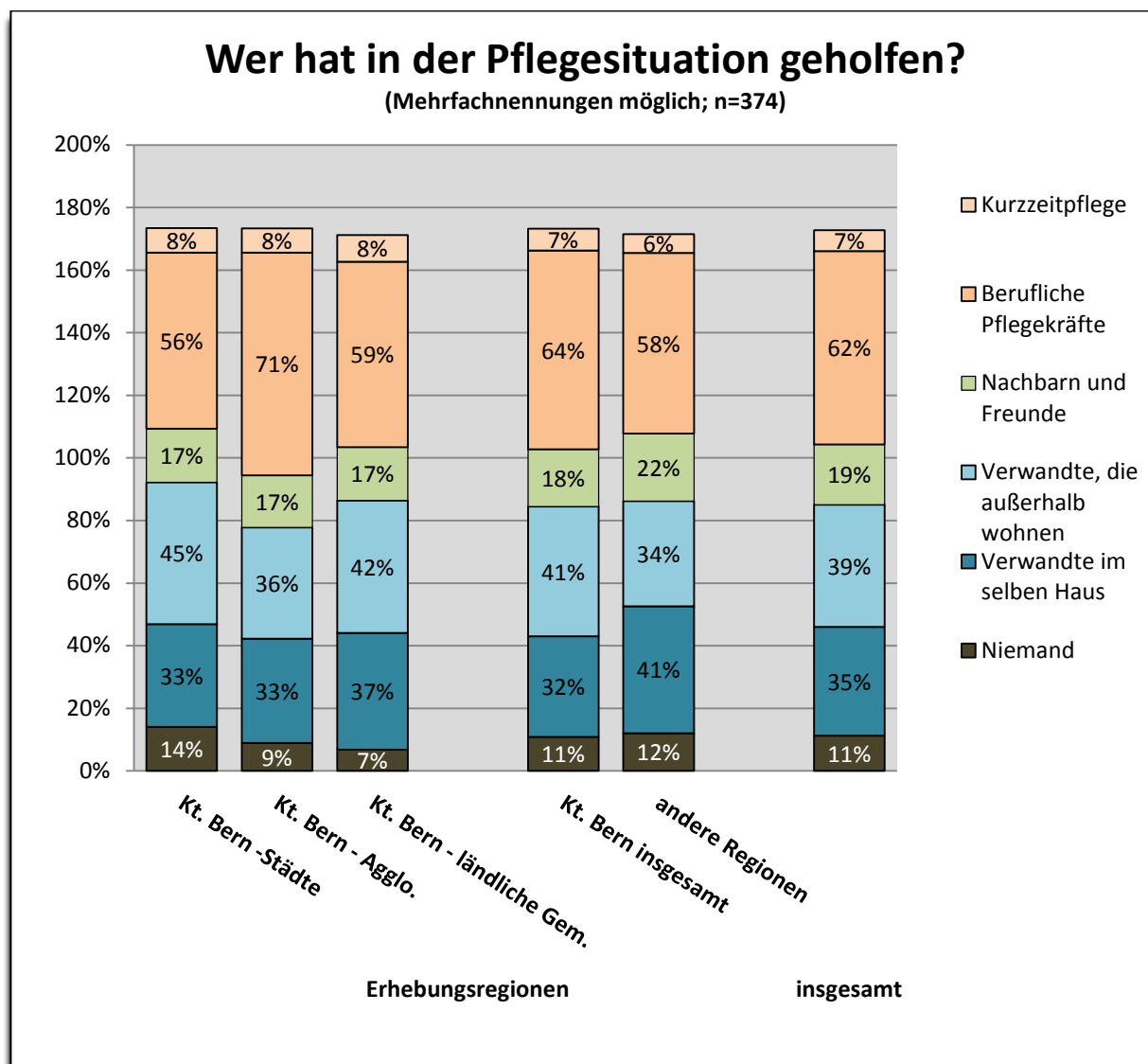
Abbildung 23: Orte früherer Pflegesituationen



Wer hat geholfen?

Die befragten Personen, die bereits mit Pflegesituationen nahestehender Menschen konfrontiert waren, haben in etwa gleichem und sehr hohem Umfang auf die Hilfe von Verwandten (in allen Untersuchungsregionen um die 70%) wie auch von formellen Unterstützungs- und Pflegeangeboten (berufliche Pflegekräfte in Heimen oder Spitex) zurückgreifen können. Deutlich seltener werden Freunde oder Nachbarn genannt (rund 1/5). Der Anteil derer, die keinerlei Unterstützung erfahren haben, liegt bei rund einem Zehntel, mit einem merklichen, aber statistisch nicht signifikanten Stadt-Land-Unterschied.

Abbildung 24: Unterstützungspersonen in früheren Pflegesituationen



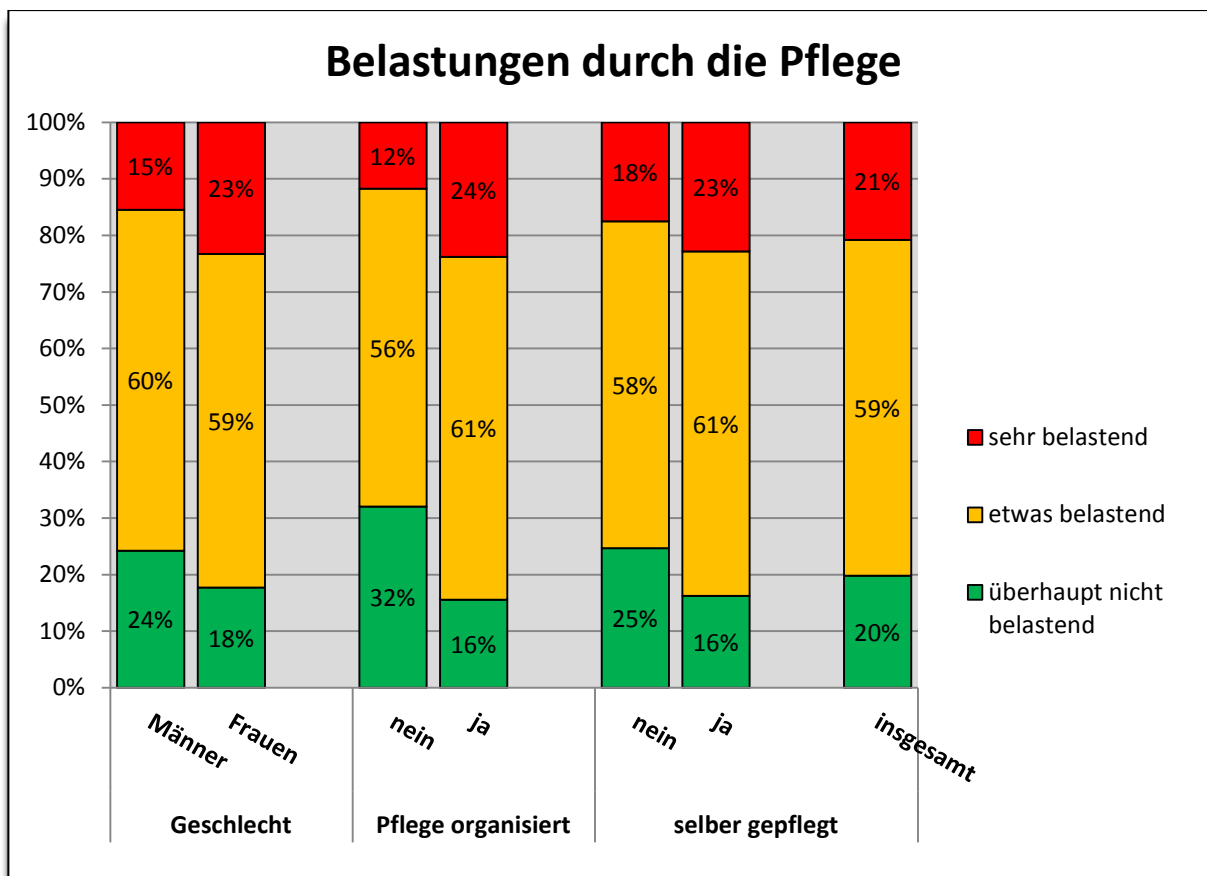
Wie belastend war die Pflege?

Dass die Pflegebedürftigkeit nahestehender Personen vielfach als grosse Belastung empfunden wird, kann als gesicherte Tatsache bezeichnet werden. Um herauszufinden, von welchen persönlichen oder strukturellen Einflussgrössen das individuelle Belastungsmoment abhängt, wurde ein komplexeres statistisches Verfahren durchgeführt (Strukturgleichungsmodell). Dabei zeigte sich, wie auch in der nachfolgenden Abbildung 25 gut ersichtlich: Je größer die Beteiligung an der Pflegesituation, desto häufiger werden Belastungen berichtet, wobei die „Belastungswerte“ für Selberpflegen und (Mit-)organisieren nahezu identisch ausfallen. Da Frauen im Durchschnitt deutlich stärker an der Pflege beteiligt sind, berichten diese deshalb auch signifikant häufiger über Belastungen.

Interessanterweise zeigten sich darüber hinaus keine weiteren signifikanten Zusammenhänge mit anderen (als relevant angenommenen) Variablen, wie z.B. dem Alter,

Erwerbsstatus, Sozialem Status, Lebensentwurf, Ort der Pflege oder dem Fehlen von Helfern.

Abbildung 25: Belastungen in früheren Pflegesituationen



5. Pflegekulturelle Orientierung (PKO)

Nachdem das vorangegangene Kapitel 4 dem Status Quo der bereits vorhandenen früheren Pflegeerfahrungen („Pflegebiografie“) gewidmet war, wechselt nun der Blick in Richtung Zukunft. Mithilfe zahlreicher prospektiv angelegter Fragestellungen sollten – der Definition der „Pflegekulturellen Orientierungen“ von Blinkert & Klie (2006) entsprechend – die **Präferenzen und Absichten** der Befragten im Hinblick auf die Versorgung einer nahestehenden Person im Falle von Pflegebedürftigkeit erfasst werden. Zentral ist dabei zu klären: *„Wo soll gepflegt werden – zuhause oder in einem Heim? Wer soll für die Pflege verantwortlich sein, wer soll an ihr beteiligt sein? Welchen Stellenwert sollen informell geleistete Hilfen gegenüber fachlich-professionellen Leistungen haben?“* (Blinkert & Klie 2006: 1).

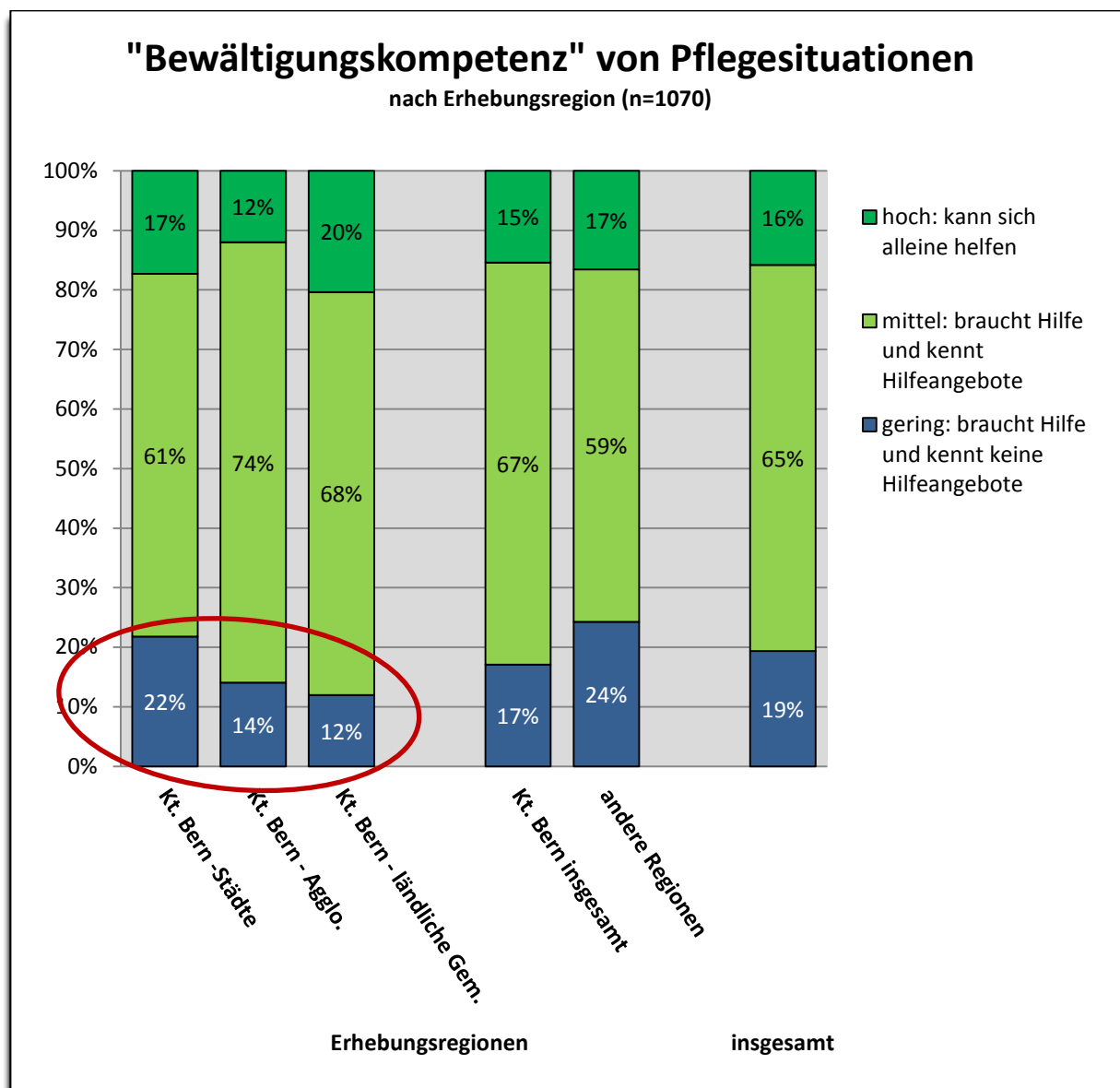
Bewältigung zukünftiger Pflegesituationen

Die Präferenzen und Absichten der Befragten hinsichtlich der Versorgung einer nahestehenden Person hängen stets sowohl vom eigenen **„Wollen“** („symbolische Ressourcen“ wie Werte, Lebensstil/-planung etc.) wie auch vom eigenen **„Können“** (strukturelle Ressourcen wie Zeit, Wissen, physisch-psychische Belastbarkeit etc.) ab. In einem ersten Schritt zur Erfassung der Pflegekulturellen Orientierung wurde die Ebene des „Könnens“ durch eine zweiteilige Frage beleuchtet: *Die Befragten sollten einschätzen, ob Sie eine Pflegesituation einer nahestehende Person alleine bewältigen könnten oder ob Sie auf Beratung angewiesen wären. Und wenn Sie Beratung/Hilfe bräuchten, ob Sie wissen, wer sie beraten könnte.*

Die Angaben zu diesem Fragenset können als Indikator für die „Bewältigungskompetenz von Pflegesituationen“ bei den befragten 40- bis 65-Jährigen dienen. Als Personen, mit *hoher Bewältigungskompetenz* werden dabei jene Befragte eingestuft, die (annehmen) alleine ohne Beratung aus(zu)kommen. *Mittlere Bewältigungskompetenz* besitzt, wer sich die Bewältigung der Pflegesituation zwar nicht alleine zutraut, aber weiss, wo er Beratung/Hilfe erhalten kann. Wer Unterstützung braucht, aber nicht weiss an wen wenden, zählt zur Kategorie mit *niedriger Bewältigungskompetenz*.

Wie der nachfolgenden Abbildung 26 zu entnehmen, besitzen im Durchschnitt aller Regionen (Säule ganz rechts) nur 16% der Befragten eine hohe Bewältigungskompetenz. Dieser Wert ist identisch mit dem Ergebnis der deutschen Studie von Blinkert & Klie (2006). Im Vergleich der Regionen wird sichtbar, dass die „Bewältigungskompetenz“ in den städtischen Gebieten des Kantons Bern geringer als im ländlichen Berner Raum ausfällt und in den anderen deutschsprachigen Regionen der Schweiz etwas niedriger ist als innerhalb des Kantons Bern.

Abbildung 26: Bewältigungskompetenz von Pflegesituationen I



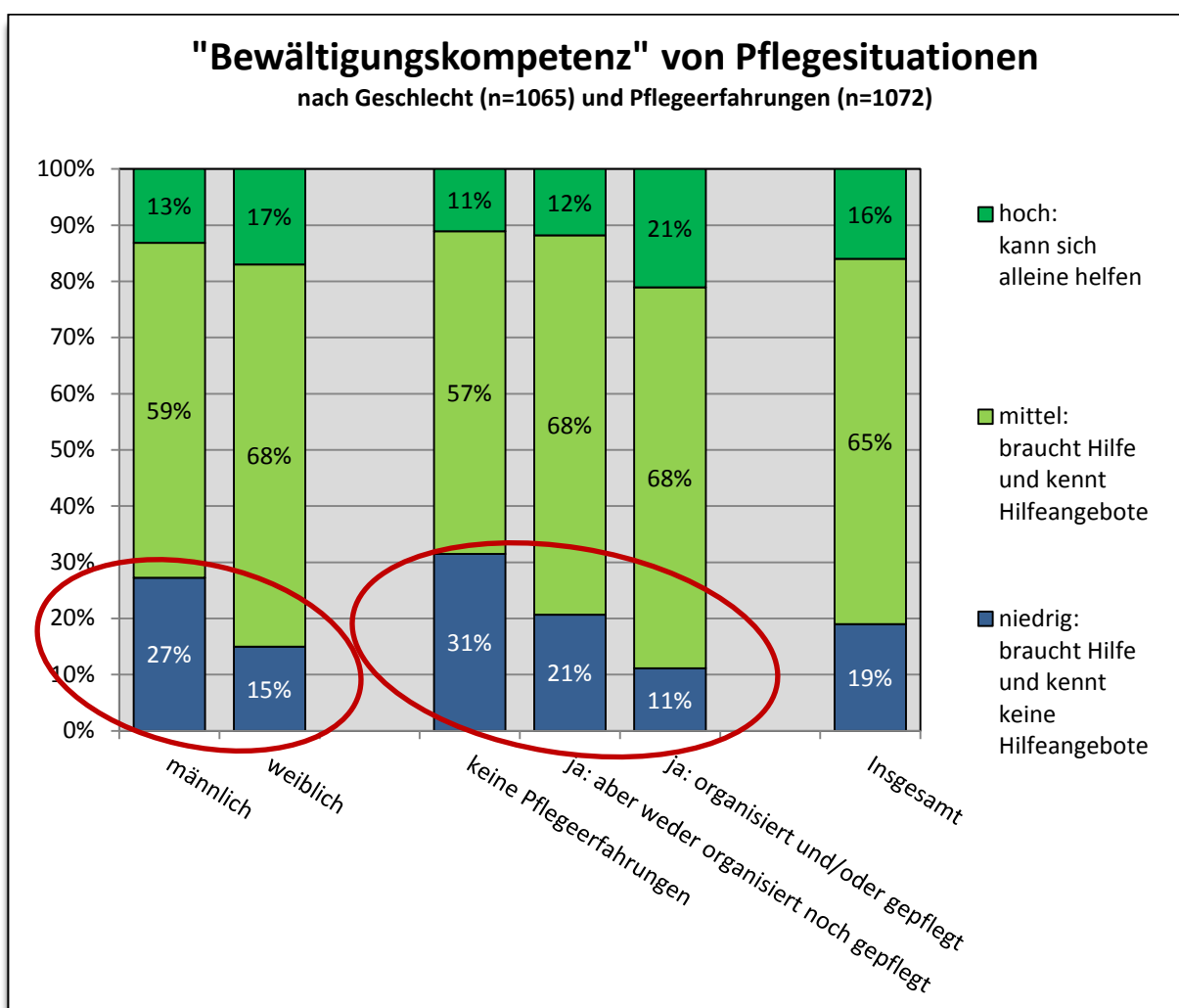
Bei der eingehenderen statistischen Untersuchung (Strukturgleichungsmodell) zeigte sich erwartungsgemäss, dass die Bewältigungskompetenz stark je nach Umfang der früheren Erfahrungen mit der Pflege von nahestehenden Personen variiert: So besitzen 31% der Personen ohne jegliche frühere Pflegeerfahrungen eine niedrige Bewältigungskompetenz. Bei Personen, die bereits früher aktiv an einer Pflegesituation beteiligt waren, sind es hier hingegen nur 11%.⁷ Ebenfalls statistisch signifikant sind die markanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen (27% zu 15% bei niedriger Kompetenz), wobei die höhere Bewältigungskompetenz der Frauen statistisch zum Teil

⁷ Methodischer Hinweis: „Bei prospektiven Fragen stellt sich das Problem, dass nach etwas gefragt wird, was noch nicht eingetroffen ist, in unserem Fall die Pflegebedürftigkeit einer Person. Es ist zu erwarten, dass in der konkreten Situation zum Teil anders gehandelt wird, als dies prospektiv angenommen wurde“ Kobi (2007:41). Der hier – ebenso wie bei der Studie von Blinkert & Klie (2006) – vorliegende hochsignifikante Zusammenhang zwischen den Angaben beim Frageset zur prospektive Selbsteinschätzung der eigenen „Bewältigungskompetenz“ und den Angaben zu den bereits faktisch früher „unter Beweis gestellten Bewältigung von Pflegesituationen“ (Kapitel 3), kann als Indiz für die methodische Eignung der verwendeten Frageitems gewertet werden.

darüber erklärt werden kann, dass Frauen durchschnittlich über mehr Pflegeerfahrungen und eine etwas höhere Einbindung ins Sozial Netzwerk von Familie, Freunden und Bekannten verfügen (vgl. Kapitel 4 und 3).

Interessanterweise zeigten sich darüber hinaus keine weiteren signifikanten Zusammenhänge mit anderen (als relevant angenommenen) Variablen, wie z.B. dem Alter, Sozialem Status, Lebensentwurf, Erwerbstätigkeit oder der kirchlichen Bindung.

Abbildung 27: Bewältigungskompetenz von Pflegesituationen II



Präferenzen in der Pflegeversorgung: Dilemma-Situation

Ein zentraler Aspekt, in welchem die individuelle Pflegekulturelle Orientierung zum Ausdruck kommt, ist die Einstellung zur Grundsatzfrage, ob die Versorgung eines nahestehenden Menschen zuhause gewünscht und möglich erscheint, oder ob auch eine Heimunterbringung als denkbar und machbar erachtet wird. Diese Frage/Entscheidung stellt für viele ein affektiv und moralisch hochgradig aufgeladenes Thema dar: *Lasse ich den anderen im Stich, wenn er/sie in ein Pflegeheim zieht? Wo bleibt meine Autonomie, wenn ich den anderen zuhause pflege/pflegen lasse? etc.* Deshalb besteht bei dieser Fragestellung die Gefahr von Antwortverzerrungen (vor allem) in Sinne des Effektes der „Sozialen Erwünschtheit“ (Bortz/Döring 2006), z.B. weil man sich (und anderen) nicht eingestehen möchte, dass die persönliche Autonomie stärker wiegt als die Bindung zum anderen. Eine Technik mit der sich dieses Verzerrungsrisiko bei sensiblen Fragestellungen reduzieren lässt, ist der Einsatz eines indirekten Frageitems in Form der „Dilemma-Methode“⁸, wie sie bereits erfolgreich in der mehrfach erwähnten Referenzstudie von Blinkert & Klie (2006) eingesetzt wurde. Dabei wurden die Befragten um Bewertung der nachfolgenden fiktiven Entscheidungssituation auf einer 6-stufigen Skala gebeten.

Abbildung 28: Dilemma-Frage

B 9 Wie beurteilen Sie den folgenden Beispielfall:

Eine ältere Dame wird in der nächsten Zeit aus dem Spital entlassen. Sie erlitt vor einigen Wochen einen Schlaganfall und ist seitdem dauerhaft pflegebedürftig. Sie kann auch nur wenige Stunden am Tag allein gelassen werden.

Ihr Wunsch ist es, im Hause ihrer einzigen Tochter gepflegt zu werden. Ihre Tochter ist verheiratet, hat zwei Kinder, die zur Schule gehen und sie ist halbtags berufstätig. Für die Pflege der Mutter müsste sie ihre Berufstätigkeit aufgeben. Die Tochter entscheidet sich gegen den Wunsch der Mutter und bemüht sich um einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim.

Halten Sie die Entscheidung der Tochter für eher falsch oder eher richtig? Bitte nehmen Sie Ihre Einschätzung auf dieser Skala vor.

	-3	-2	-1	+1	+2	+3	
Eher falsch	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Eher richtig

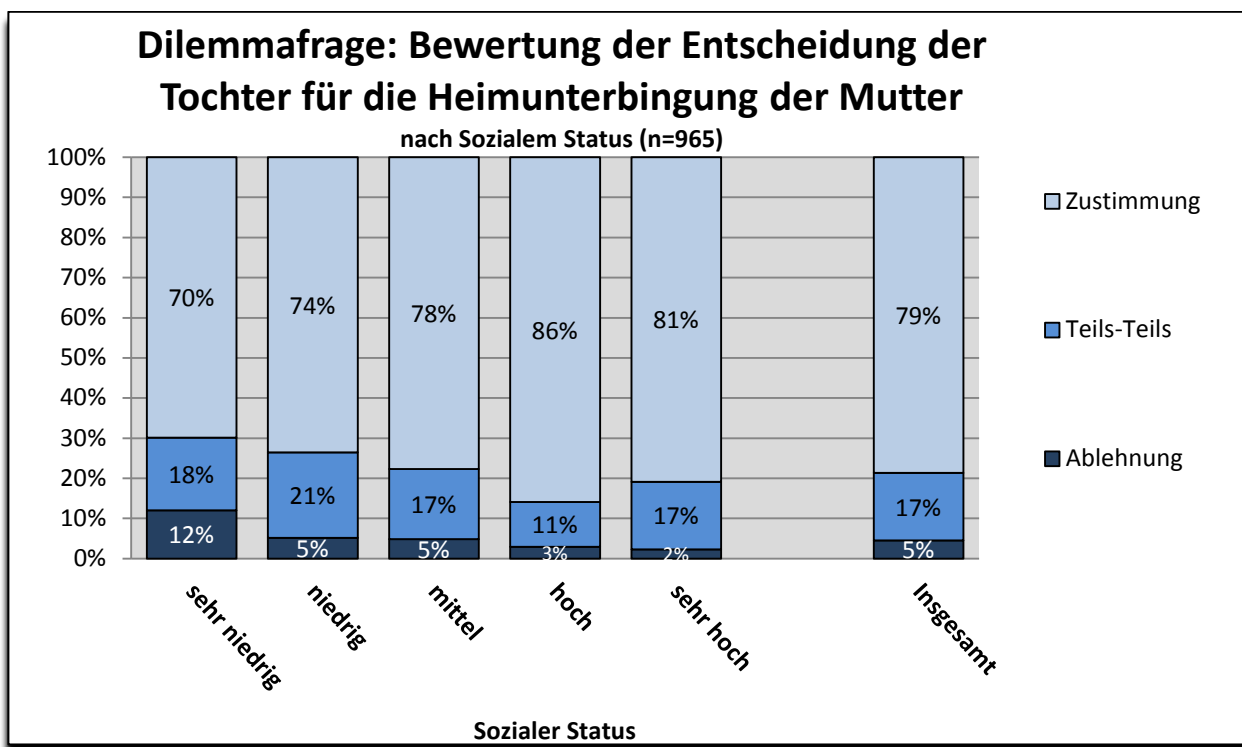
Das gewählte Szenario eines Entscheidungsdilemmas einer Tochter in Bezug auf die zukünftige Pflege Ihrer Mutter ist „lebensweltlich prototypisch“ für die befragten „pflegenahen Jahrgänge“, was die Fragestellung trotz des fiktiven Charakters für alle

⁸ Zur Begründung der „Dilemma-Methode“ verweisen Blinkert & Klie (2006) auf Forschungen zu moralischem Bewusstsein „vgl. Kolberg, L.: The psychology of moral development. The nature and validity of moral stages. San Francisco: 1984, sowie Lind, G.: Wie misst man moralisches Urteil? In: Portele, G. (Hg.), Sozialisation und Moral. Neue Ansätze zur moralischen Entwicklung und Erziehung, S. 171-200. Weinheim: 1978“

Befragten unmittelbar nachvollzieh- und auch bewertbar macht. Weil die Befragten nicht angeben müssen, wie sie selbst in einer solchen Situation handeln würden, sondern „nur“ das Handeln eines Dritten bewerten müssen, erleichtert diese indirekte Frage-technik die „offene Äusserung“ der eigenen Pflegepräferenzen.

Die Antworten auf die Dilemma-Frage fallen in allen Erhebungsregionen der Studie gleichermassen eindeutig „zugunsten der Tochter“ aus, d.h. in den verschiedenen Regionen innerhalb des Kantons Bern ebenso wie in den anderen deutschsprachigen Gebieten der Schweiz stufen rund 75% bis 80% der Befragten die Entscheidung der Tochter für die Heimunterbringung als eher richtig (Skalenwerte +2 und +3) ein und nur maximal 6% als eher falsch (Skalenwerte -3 und -2). Signifikante Antwortunterschiede⁹ werden sichtbar, wenn man vergleicht, wie Personen mit verschiedenem Lebensentwurf, Sozialem Status und aus den daraus abgeleiteten Sozialen Milieus das Szenario bewerten. Wie die drei nachfolgenden Abbildungen zeigen, ist insbesondere bei Personen mit niedrigem Sozialen Status (vgl. Abbildung 29) und „vormodernem Lebensentwurf“ (vgl. Abbildung 30), die Ansicht verbreiteter, dass im Pflegefalle eine häusliche Versorgung der Mutter Vorrang vor der persönlichen/beruflichen Situation der Tochter habe. Im Kontrast dazu, findet sich in den beiden „liberalen Sozial-Milieus“¹⁰ de facto niemand, der das Verhalten der Tochter als falsch bewertet (vgl. Abbildung 31).

Abbildung 29: Dilemma-Frage nach Sozialem Status



⁹ Wobei die Korrelationen aufgrund der geringen Varianz der Antworten sehr niedrig ausfallen.

¹⁰ Der Begriff „liberal“ wird hier im Kontrast zu „konservativ“ gebraucht und definiert sich über die Frage zur Rollenzuschreibung an Frauen (vgl. Abschnitt 3f). Dementsprechend ist „liberal“ hier nicht im Sinne einer Präferenz für bestimmte politische Parteien zu deuten.

Abbildung 30: Dilemma-Frage nach Lebensentwurf

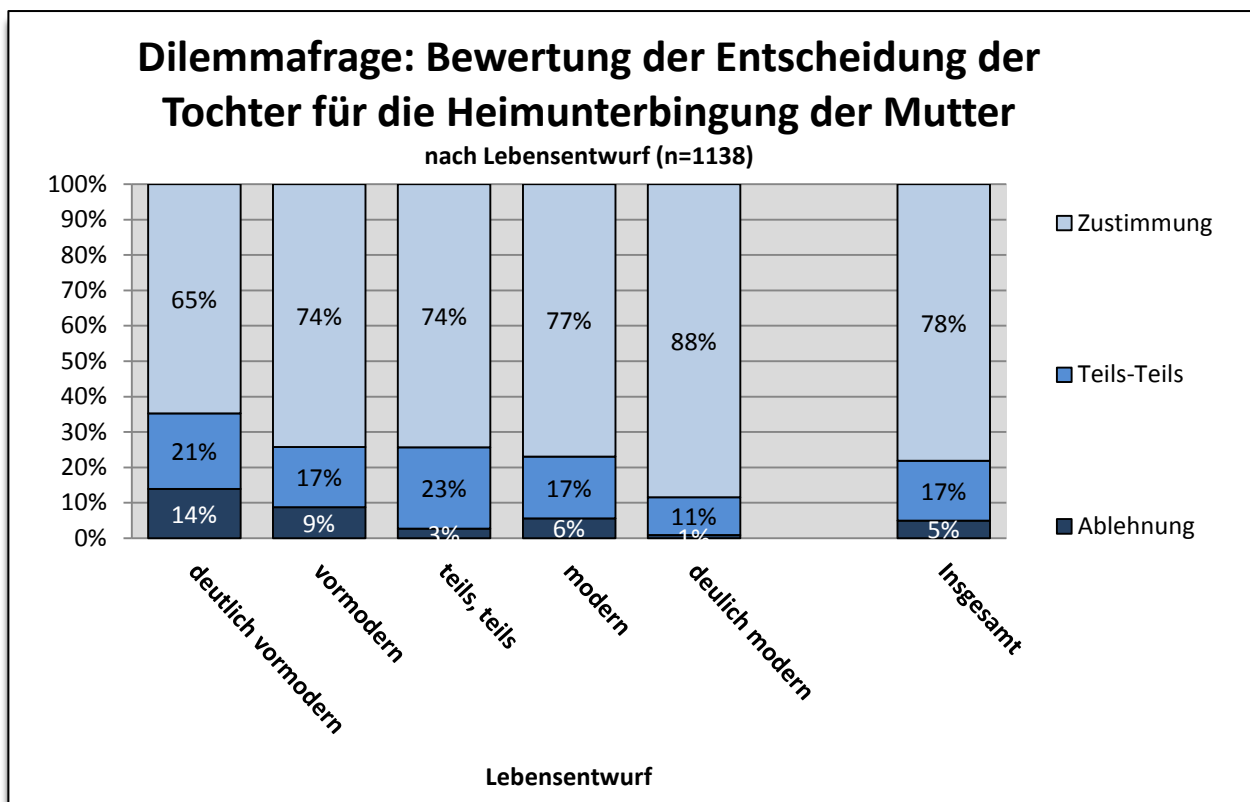
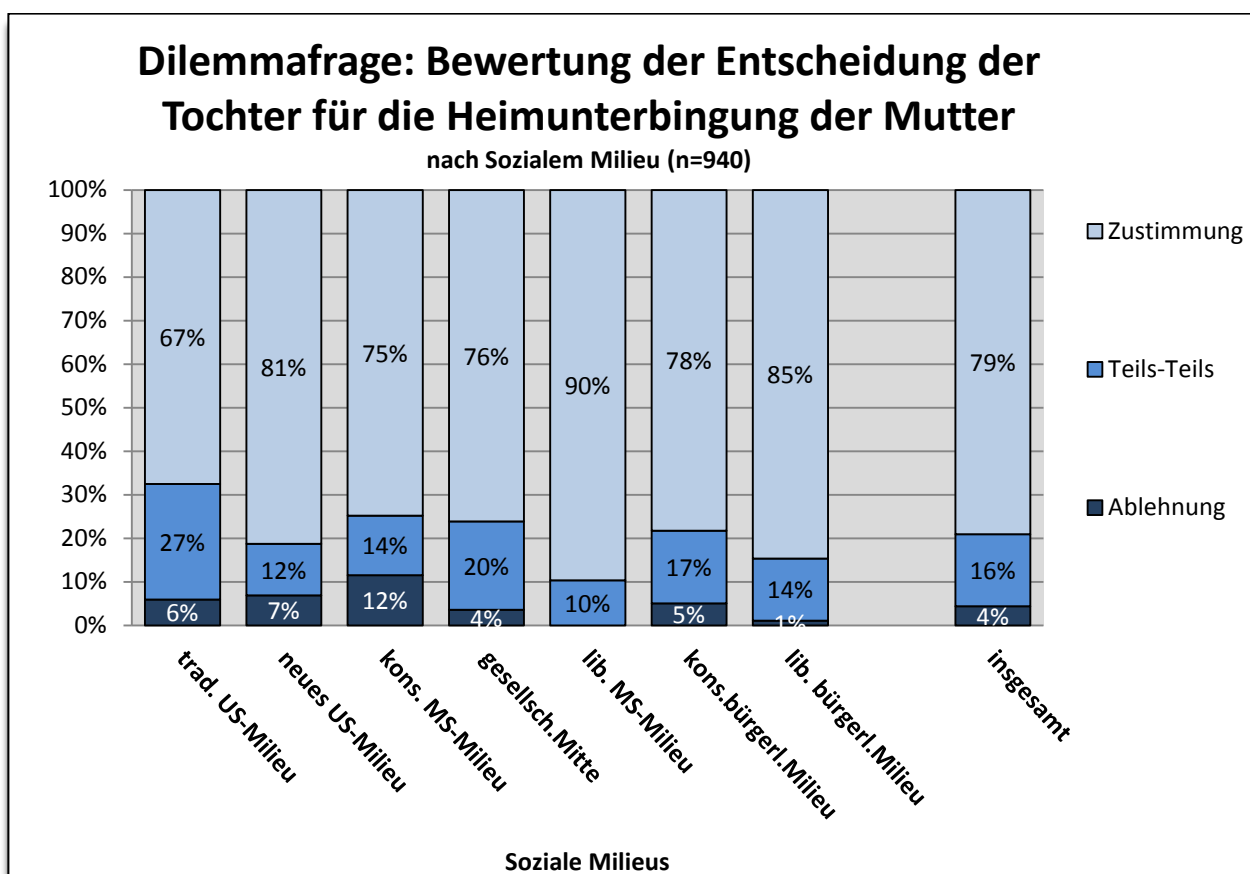


Abbildung 31: Dilemma-Frage nach Sozialem Milieu



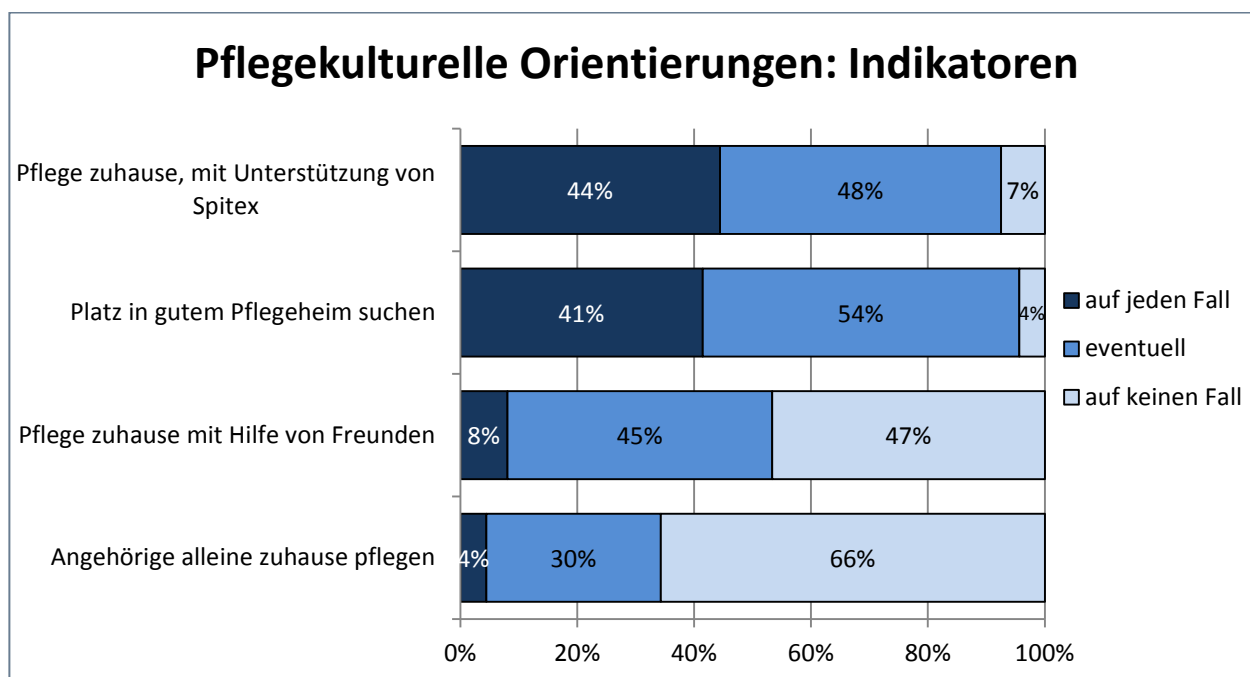
Index für die Pflegekulturellen Orientierungen (PKO)

Mithilfe der kontrastierenden „Dilemma-Methode“ wurde die grundsätzliche Frage beleuchtet, *ob* im Pflegefalle der häuslichen Versorgung Vorrang vor einer stationären Betreuung eingeräumt wird – auch wenn dies persönliche/berufliche Nachteile mit sich bringt. Im nächsten Schritt zur Bestimmung der Pflegekulturellen Orientierung ging es darum ein detaillierteres Bild davon zu erhalten, *wie* das genaue „Pflegearrangement“ aussehen würde. D.h. welche Konstellation von Pflegeort und beteiligten Akteuren bei der Pflege eines nahestehenden Menschen für die Befragten vorstellbar und wünschenswert erscheinen würde. Zu diesem Zweck enthielt der Fragebogen die nachfolgende vierteilige Fragestellung mit jeweils drei Antwortmöglichkeiten:

Abbildung 32: Indexfrage für Pflegekulturelle Orientierung I

C 4 Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie sich eine solche Situation der Pflegebedürftigkeit bewältigen lässt. Welche dieser Möglichkeiten käme für Sie...			
► Bitte pro Zeile ein Kästchen ankreuzen ◀	...auf jeden Fall in Frage	...eventuell in Frage	...auf keinen Fall in Frage
Den Angehörigen alleine, ohne fremde Hilfe zuhause pflegen	☐	☐	☐
Die Pflege zuhause übernehmen, aber Unterstützung durch die Spitex suchen	☐	☐	☐
Für den Verwandten einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim in der Nähe suchen	☐	☐	☐
Den Angehörigen zuhause mit der Hilfe von Freunden und Bekannten pflegen	☐	☐	☐

Abbildung 33: Indexfrage für Pflegekulturelle Orientierung II



Betrachtet man zunächst das Antwortverhalten der Befragten für jede der vier Teilfragen separat, zeigt sich (vgl. obenstehende Abbildung 33), dass zwei der vier aufgezeigten Varianten von den Befragten deutlich präferiert werden: Pflege zuhause mit Spitex-Unterstützung und die Auswahl eines als gut befundenen Pflegeheims.

Differenzierter wird das Bild der präferierten Versorgungslösungen, wenn man für jeden Befragten die Antwortmatrix aus den vier Teilfragen und den dabei jeweils möglichen drei Antwortmöglichkeiten berücksichtigt und dann bestimmte Antwortkombinationen so zu Typen zusammenfasst, dass deutlich wird, welche Pflegearrangements am ehesten für welche Personengruppe in Frage kommen. Insgesamt lassen sich die folgenden sieben *Pflegearrangement-Typen* unterscheiden:

1. häusliche Versorgung ganz ohne professionelle Hilfe (Spitex):

wenn die Arrangements „zuhause selber pflegen“ und/oder „zuhause mit Hilfe von Freunden/Bekannten pflegen“ sehr stark bevorzugt werden und andere Möglichkeiten (Spitex, Heim) überhaupt nicht in Frage kämen.

2. häusliche Versorgung ohne professionelle Hilfe oder mit Spitex:

wenn „zuhause selber pflegen“ und/oder „zuhause mit Hilfe von Freunden/Bekannten pflegen“ sehr stark bevorzugt werden, aber auch eine Spitex-Unterstützung auf jeden Fall in Frage käme, während die Heimunterbringung ausgeschlossen wird.

3. häusliche Versorgung nur mit Spitex:

wenn nur die Spitex-Versorgung in Frage käme und alle anderen Möglichkeiten (alleine oder mit Freunden/Bekannten pflegen sowie Heim) deutlich abgelehnt werden.

4. häusliche Versorgung mit Spitex oder im Heim:

wenn eine Spitex-Unterstützung, aber auch eine Heimunterbringung auf jeden Fall in Frage käme, während alleine oder mit Freunden/Bekannten pflegen auf alle Fälle ausscheidet.

5. Versorgung nur im Heim:

wenn nur die Heim-Versorgung sehr stark bevorzugt wird.

6. Unentschlossene Gruppe:

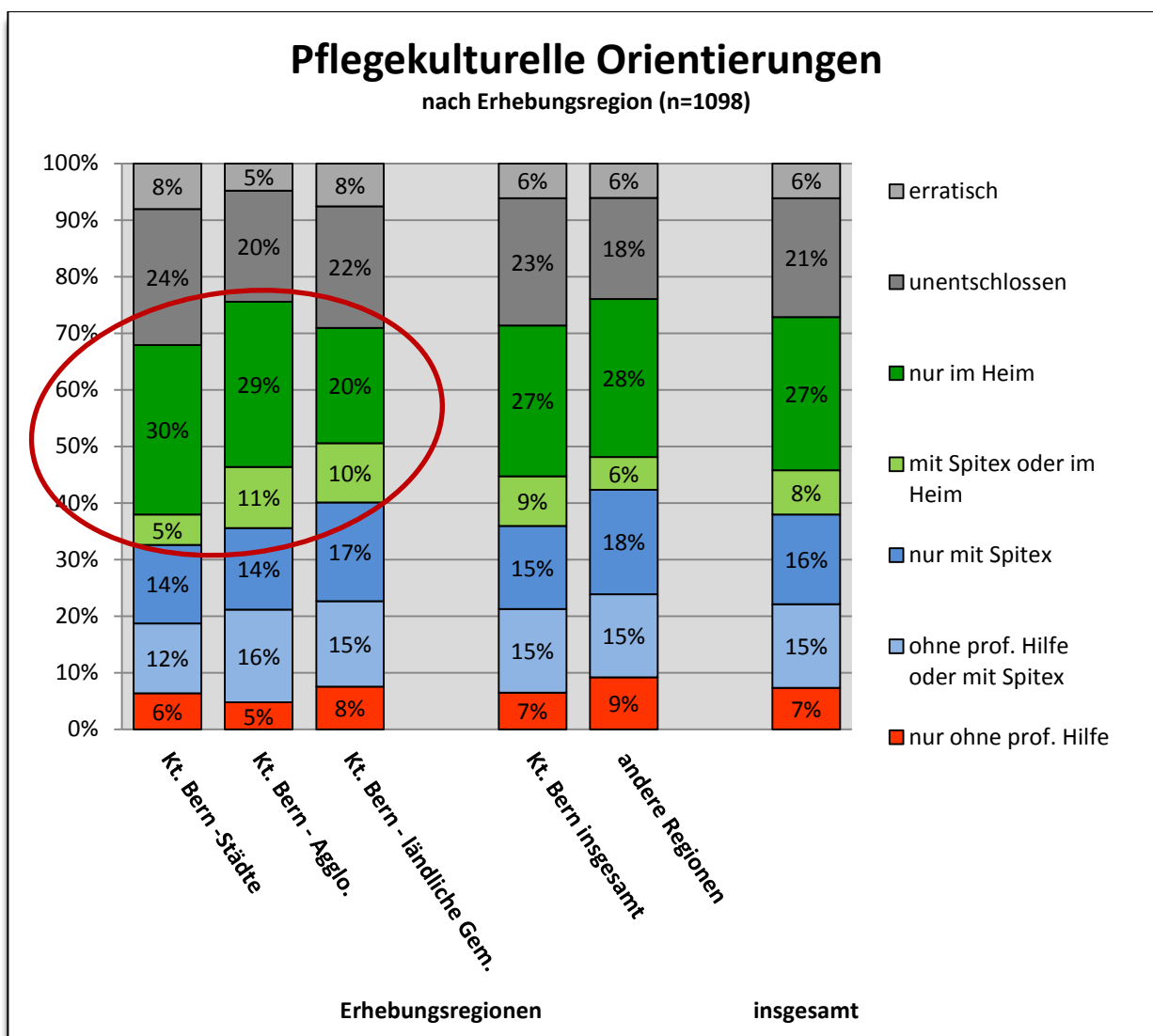
Wenn keine der Varianten 1 bis 5 deutlicher präferiert wird.

7. Erratische Gruppe:

bei unplausiblen Antwortverhalten, weil sowohl die Arrangements „zuhause selber pflegen“ und/oder „zuhause mit Hilfe von Freunden/Bekannten pflegen“ sehr stark bevorzugt werden, wie auch die Heimunterbringung und die Spitex-Unterstützung.

In der untenstehenden Abbildung 34 wird die Häufigkeitsverteilung der Pflegearrangement-Typen insgesamt (Säule ganz rechts) sowie in den verschiedenen Untersuchungsregionen der Studie aufgezeigt. Die drei Regionen des Kantons Bern unterscheiden sich vor allem im Hinblick auf die Präferenz für eine Heimversorgung. Diese ist in den städtischen Zentren deutlich stärker ausgeprägt als in den ländlichen Gemeinden und etwas stärker als in der Agglomeration. Gemeinsam ist – ob Stadt oder Land, ob Kanton Bern oder ausserhalb – dass nur ein sehr kleiner Anteil (+/- 7%) eine häusliche Pflege ganz ohne professionelle Hilfe präferieren würde

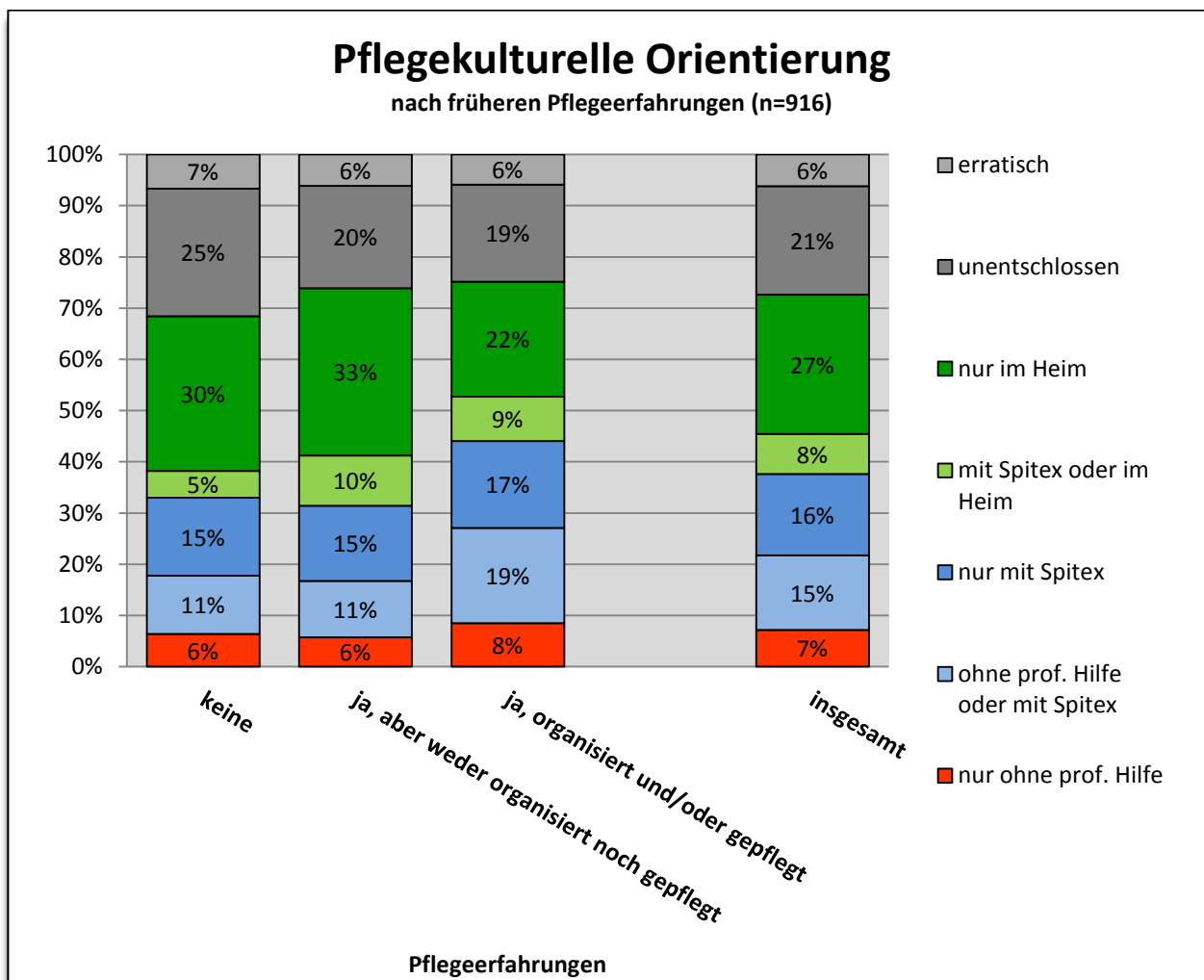
Abbildung 34: PKO und Erhebungsregionen



Untersucht man im letzten Schritt, welche personenbezogenen oder strukturellen Einflussgrößen sich signifikant auf die von den Studienteilnehmern geäußerte Präferenz für einen Arrangement-Typ auswirken (Strukturgleichungsmodell), stösst man auf die folgenden sechs Merkmale: Frühere Pflegeerfahrungen, Lebensentwurf, Sozialer Status, Soziales Milieus sowie die räumliche Distanz und die emotionale Bindung zu den Eltern.

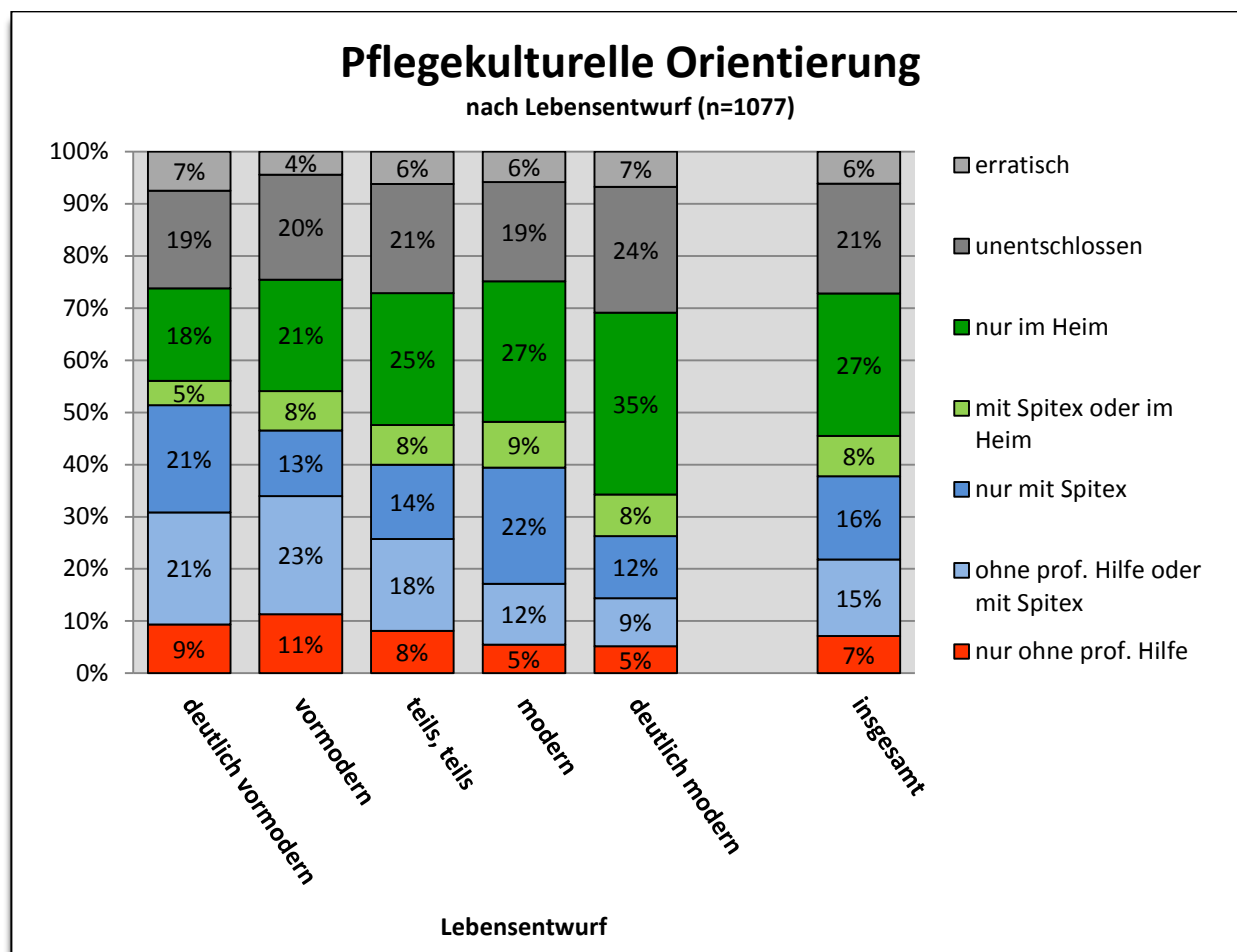
In den nachfolgenden Abbildungen 35 bis 40 werden die Ergebnisse grafisch im Detail vorgestellt und kurz kommentiert.

Abbildung 35: PKO und frühere Pflegeerfahrungen



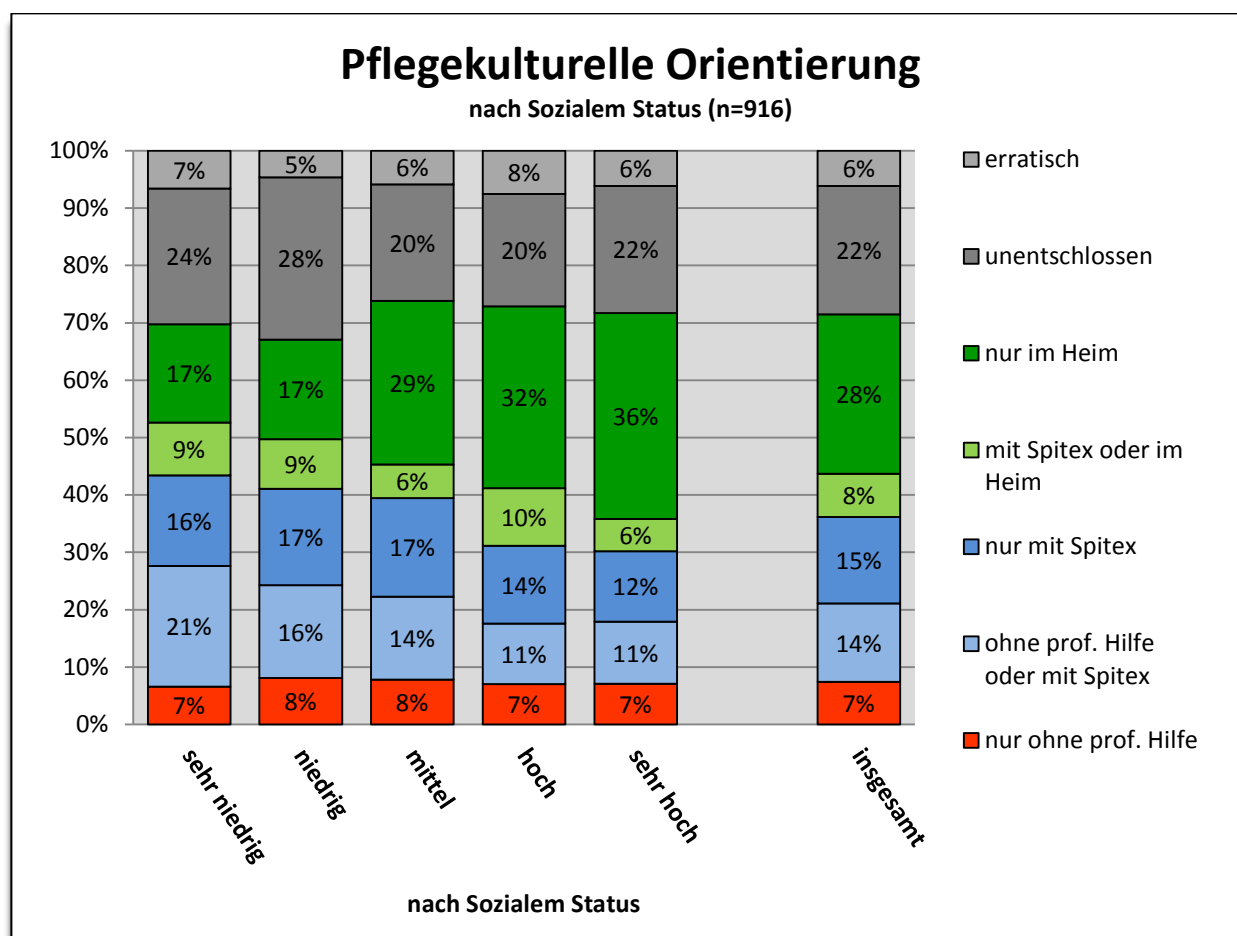
Wer früher selber gepflegt hat (organisiert und/oder gepflegt) ist häufiger zu einer ambulanten und professionell unterstützten Versorgung bereit (blaue Säulensegmente), seltener zu einer Versorgung im Heim (grüne Säulensegmente) und zeigt sich seltener unentschlossen (dunkelgraue Segmente).

Abbildung 36: PKO und Lebensentwurf



Im Hinblick auf den Einfluss des Lebensentwurfes auf die Pflegekulturellen Orientierungen zeigt sich ein (nahezu perfekter) linearer Zusammenhang: Je moderner der Lebensentwurf, desto stärker die Präferenz für eine Heimversorgung (zunehmende grüne Säulensegmente) und vice versa einer abnehmenden Bereitschaft zur häuslichen Versorgung nahestehender Angehöriger (schrumpfende blaue Segmente). Ein wichtiger Grund für dieses Phänomen dürfte darin bestehen, dass ein auf Selbständigkeit ausgerichteter „modernerer“ Lebensentwurf als weniger gut mit Pflegeverpflichtungen vereinbar wahrgenommen werden dürfte.

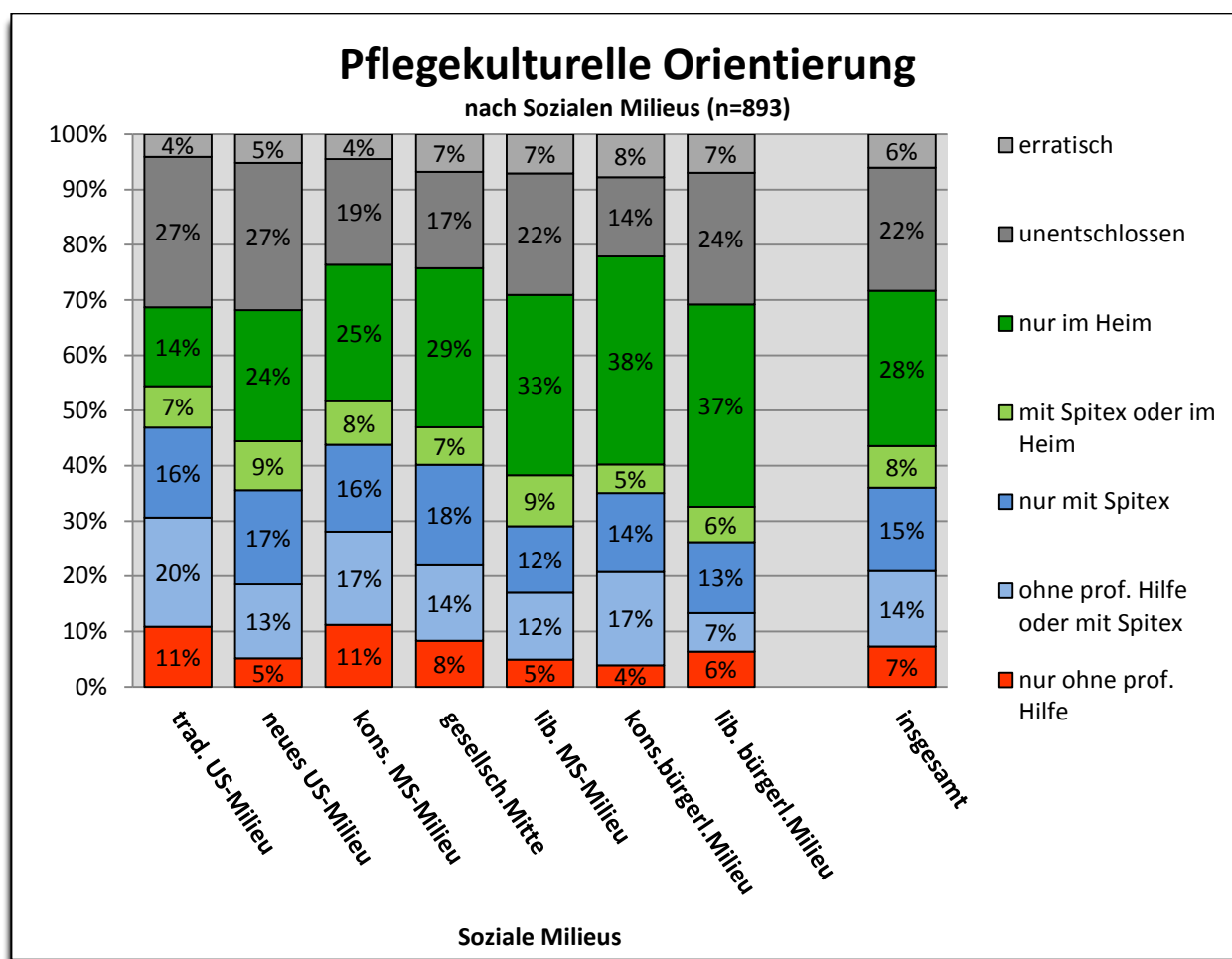
Abbildung 37: PKO und Sozialer Status



Analog zum Lebensentwurf wird auch beim Sozialen Status (=Bildungsabschluss und Einkommen) ein deutlicher, linearer Zusammenhang mit der Pflegekulturellen Orientierung sichtbar: Mit steigendem Sozialen Status nimmt die Präferenz für eine Heimversorgung kontinuierlich zu (grüne Säulensegmente wachsen von 26% auf 42% an) und vice versa reduziert sich die Bereitschaft zur häuslichen Versorgung nahestehender Angehöriger (von 37% auf 23% schrumpfende blaue Segmente).

Dieses Ergebnis dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass mit steigendem Sozialem Status auch die Opportunitätskosten (im Sinne des Ausfalls an Erwerbseinkommen und beruflicher Karriereentwicklung) wachsen, mit denen man bei der Übernahme von Pflegeverpflichtungen rechnen muss.

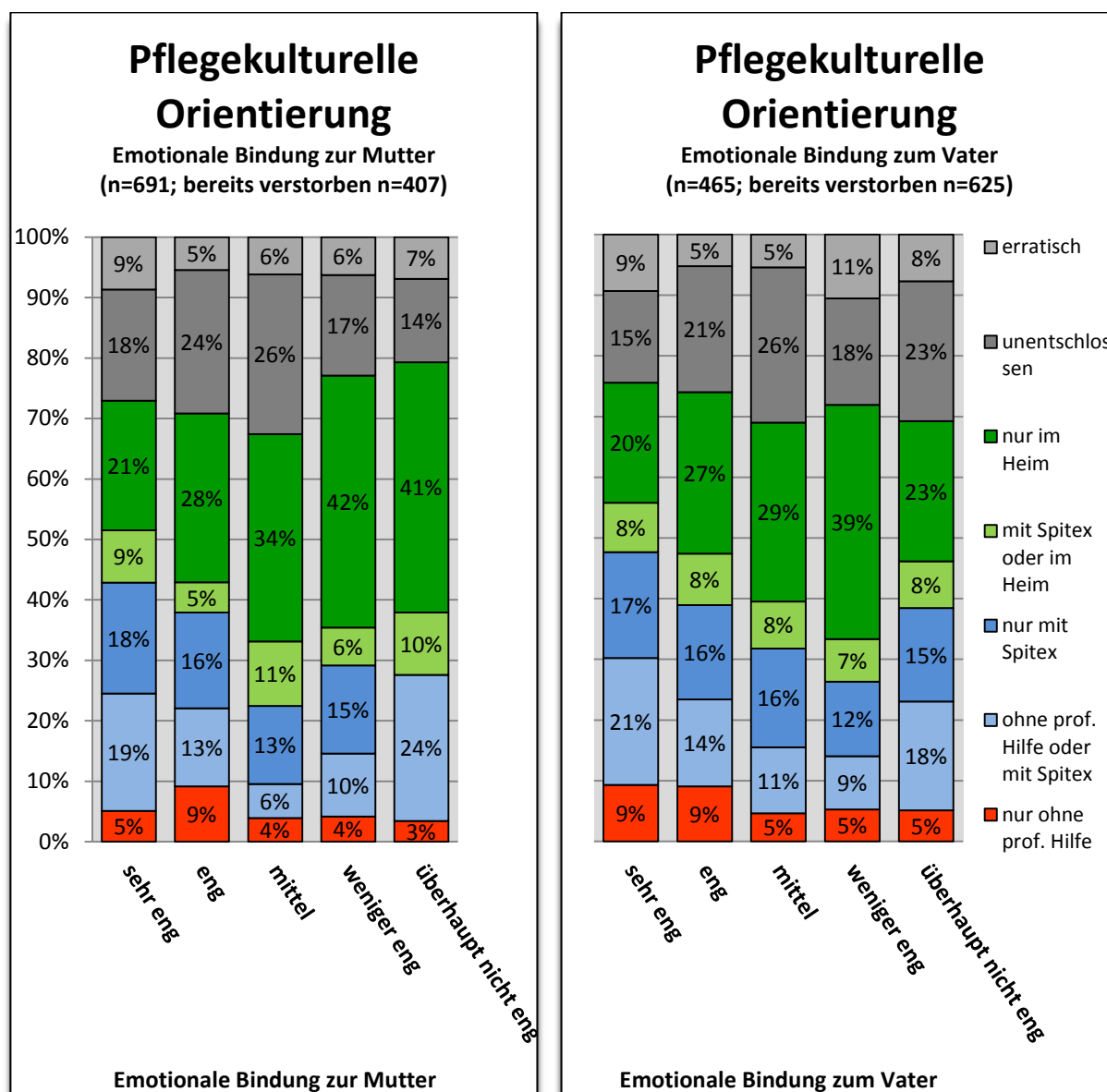
Abbildung 38: PKO und Soziale Milieus



Bei der Berechnung der „Sozialen Milieus“ werden die strukturellen (Sozialer Status) und symbolischen Ressourcen (Lebensentwurf) zueinander in Bezug gesetzt. Dementsprechend überlagern sich hier die zuvor für den Lebensentwurf und Sozialen Status berichteten Effekte: Beim traditionellen Unterschicht-Milieu – also dem Milieu mit niedrigem Statuswert und traditionellem Lebensentwurf – ist mit Abstand die geringste Präferenz für eine Heimversorgung (grüne Säulensegmente) und höchste Neigung zur häuslichen Versorgung (blaue sowie auch rotes Segment) feststellbar. Die geringste Präferenz zur häuslichen Versorgung naher Angehöriger zeigen hingegen die „liberalen Sozial-Milieus“¹¹ mit, auf Selbständigkeit angelegtem modernerem Lebensentwurf und höherem Sozialen Status (also hohen Opportunitätskosten bei der Übernahme von Pflegeaufgaben).

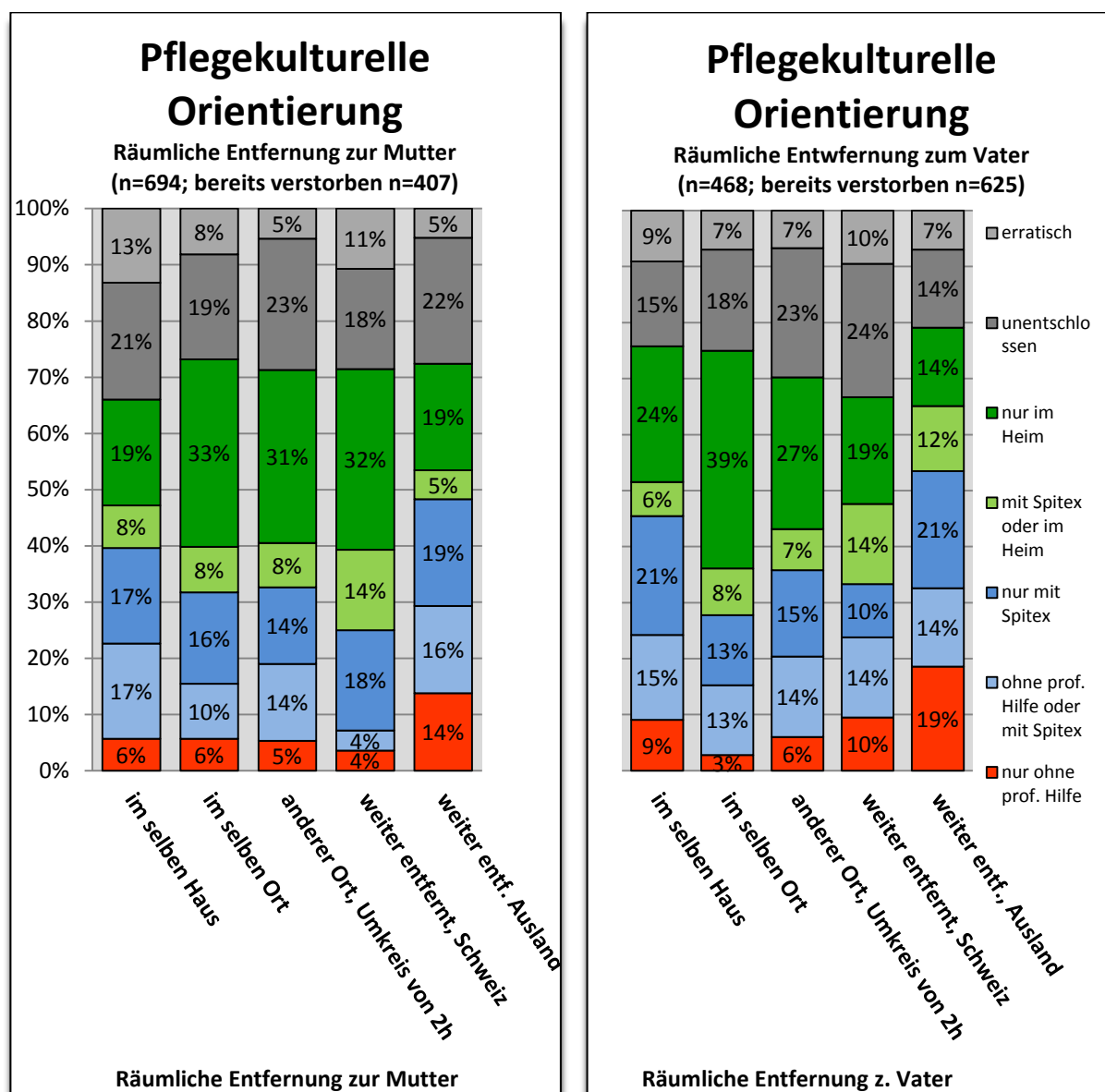
¹¹ Der Begriff „liberal“ wird hier im Kontrast zu „konservativ“ gebraucht und definiert sich über die Frage zur Rollenzuschreibung an Frauen (vgl. Abschnitt 3f). Dementsprechend ist „liberal“ hier nicht im Sinne einer Präferenz für bestimmte politische Parteien zu deuten.

Abbildung 39: PKO und emotionale Bindung an Mutter und Vater



Der Tendenz nach steigt die Präferenz für eine Heimversorgung der Eltern je geringer die emotionale Bindung an Mutter oder Vater ausfällt: So bevorzugen „nur“ 30% bzw. 28% der Personen mit sehr engem Bezug zur Mutter resp. Vater ein stationäres Pflegearrangement (grüne Säulensegmente), während der Wert bei einer „wenig engen Bindung“ bei 48% bzw. 46% liegt. Allerdings zeigt sich beim Vater eine (nicht auf antrieb inhaltlich zu erklärende) Abweichung, wenn die Bindung als „überhaupt nicht eng“ wahrgenommen wird (nur 31%). Umgekehrt sinkt mit abnehmender Bindung an die Eltern tendenziell auch die Bereitschaft zu einer häuslichen Versorgung – hier mit Abweichungen bei den Werten für Vater und ebenso auch Mutter (blaue Segmente).

Abbildung 40: PKO und räumliche Distanz zu Mutter und Vater



Im Kontrast zur eindeutigen Entwicklungstendenz beim Zusammenhang zwischen emotionaler Nähe und bevorzugten Pflegearrangements zeigt sich bei der räumlichen Nähe zu den Eltern kein klarer, linearer Trend: Bei den Angaben zur Mutter steigt die Präferenz für eine Heimversorgung zwar zunächst mit zunehmender Wohndistanz innerhalb der Schweiz an (grüne Säulensegmente wachsen von 27% auf 46%). Wenn die Mutter jedoch weiter entfernt, aber im Ausland lebt, weichen die Werte stark nach unten ab (24%), obwohl anzunehmen ist, dass die Sicherstellung einer ambulanten Pflege aus dem Ausland nochmals erhöhten Aufwand mit sich bringen dürfte. Bei den Angaben zum Vater – bei denen insgesamt kein konsistenter Trend erkennbar wird – zeigt sich dieser inhaltlich schwer zu erklärende „Sondereffekt“ für „Wohnen im Ausland“ ebenfalls (evtl. weisen die höheren „roten Säulen“ daraufhin, dass manche Befragte hier an eine häusliche Versorgung ihrer im Ausland lebenden Eltern durch (bezahlte) Freunde oder Care-MigrantInnen denken).

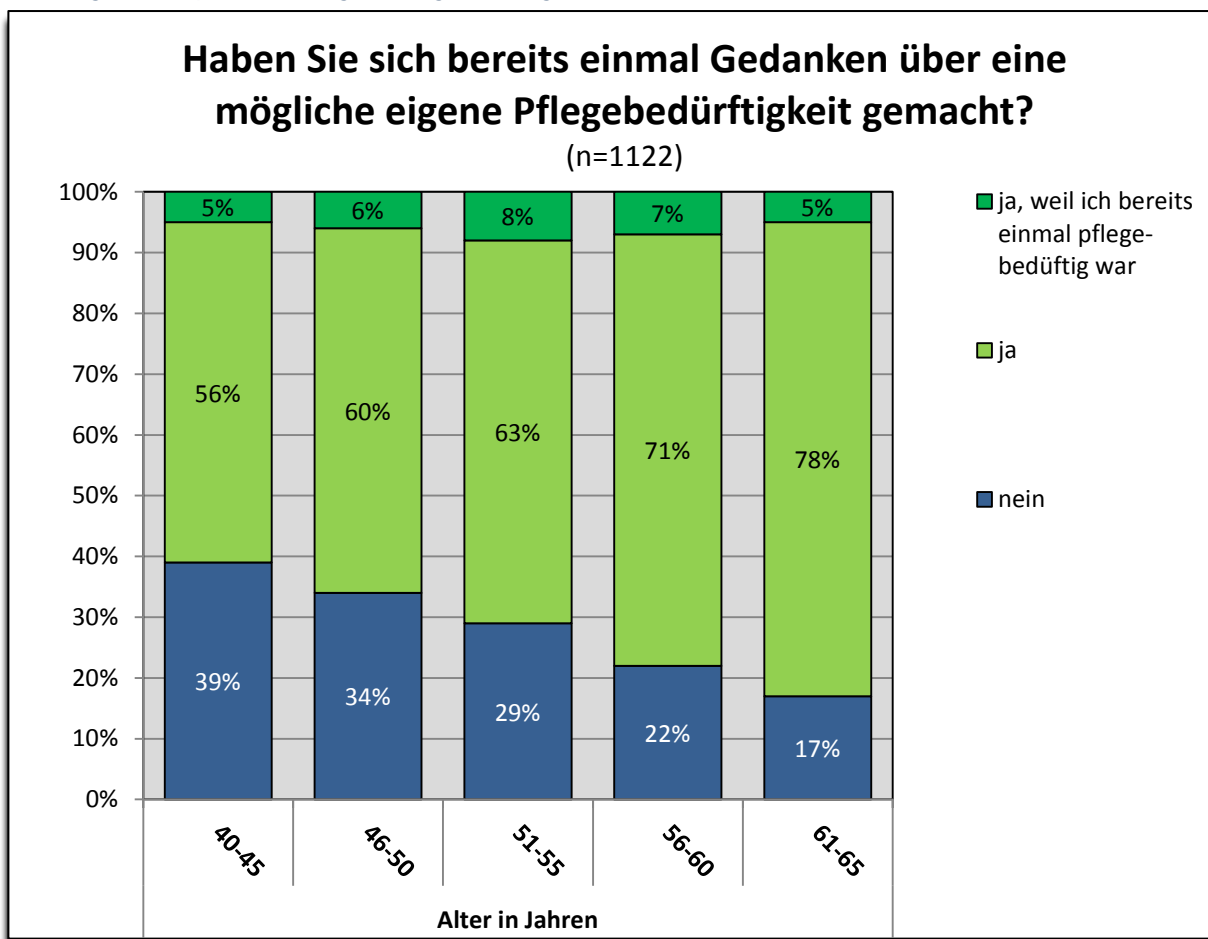
6. Perspektiven im Falle eigener Pflegebedürftigkeit

In Kapitel 4 und 5 lag der Fokus auf dem nahen persönlichen Umfeld der Befragten. Es wurde ausgelotet, welche Erfahrungen mit, resp. Einstellungen zu deren (zukünftiger) Pflege bestehen. Im vorliegenden Kapitel verschiebt sich der Blick nun auf die Befragten selbst: *Wie bewusst sind sich die Befragten über das Risiko einer eigenen Pflegebedürftigkeit? Als wie gesichert wird die eigene Versorgung angesehen? Wer würde pflegen oder die Pflege organisieren? Und, welche Versorgungsformen würden die Befragten für sich selber akzeptieren?*

Wie bewusst sind sich die Befragten über das Risiko einer Pflegebedürftigkeit?

Analog zu den Ergebnissen der deutschen Studie von Blinkert & Klie (2006), geben auch bei der vorliegenden Untersuchung über 60 % aller Befragten an, sich *schon einmal Gedanken darüber gemacht zu haben, dass man auch selber pflegebedürftig werden könnte*. Wie die nachfolgende Abbildung 4 zeigt, steigt dabei – wie nicht anders zu erwarten – der Anteil mit zunehmenden Alter signifikant an. Andere personenbezogene Merkmale wie Geschlecht, Ausbildung oder Lebenswurf zeigen hingegen keinen statistisch signifikanten Einfluss.

Abbildung 41: Prospektion auf eigene Pflegebedürftigkeit



Auf die Anschlussfrage, wie die Befragten das Risiko einschätzen, dass der Fall der eigenen Pflegebedürftigkeit auch tatsächlich eintritt, sind es sogar **über 90% aller Befragten** die mit diesem Risiko rechnen – und zwar quer durch alle Bevölkerungsgruppen (d.h. unabhängig von allen statistisch überprüften Variablen wie Alter, Geschlecht, Lebensentwurf etc.).

Blinkert & Klie (2006: 59) bemerken zu diesem, auch in ihrer Studie zutage getretenen Phänomen: „Pflegebedürftigkeit gilt also als ein ganz normales Risiko, als ein Risiko, das jeden treffen könnte und jeder ist sich dessen im Prinzip auch bewusst – zumindest dann, wenn Pflegebedürftigkeit thematisiert wird, wie in unserem Interview. Man kann also fast sagen, dass in modernen Gesellschaften mit ihren verlängerten Lebenserwartungen, Pflegebedürftigkeit fast als so sicher und normal gilt wie das Sterben.“

Stellt man dieser weit verbreiteten Einschätzung in der Bevölkerung die *effektive Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit* gegenüber, wird eine bemerkenswerte Diskrepanz sichtbar. Laut Höpflinger (2013) sind in der Schweiz auch bei den über 85-jährigen Personen insgesamt nur gut 34% pflegebedürftig. Und selbst bei den über 90-jährigen muss „nur“ rund die Hälfte mit einer Pflegebedürftigkeit rechnen. Da die unverhältnismässig grosse Sorge vor einer drohenden Pflegebedürftigkeit die Perspektive auf das eigene Alter(n) massiv belasten kann, scheint an dieser Stelle „gesellschaftliche Aufklärungsarbeit über die Datenlage“ in besonderem Masse geboten, um zu helfen „nicht notwendige Sorgen“ abzubauen.

Als wie gesichert wird die eigene Versorgung angesehen?

Gerade vor dem Hintergrund des (unrealistisch) hoch eingeschätzten Eintrittsrisikos der eigenen Pflegebedürftigkeit, besitzt die Fragestellung grosse subjektive Bedeutung, ob die Befragten die erforderliche Versorgung im Pflegefall für gesichert halten. Um diese zentrale Frage möglichst differenziert zu erfassen, wurden drei Teilfragen gestellt:

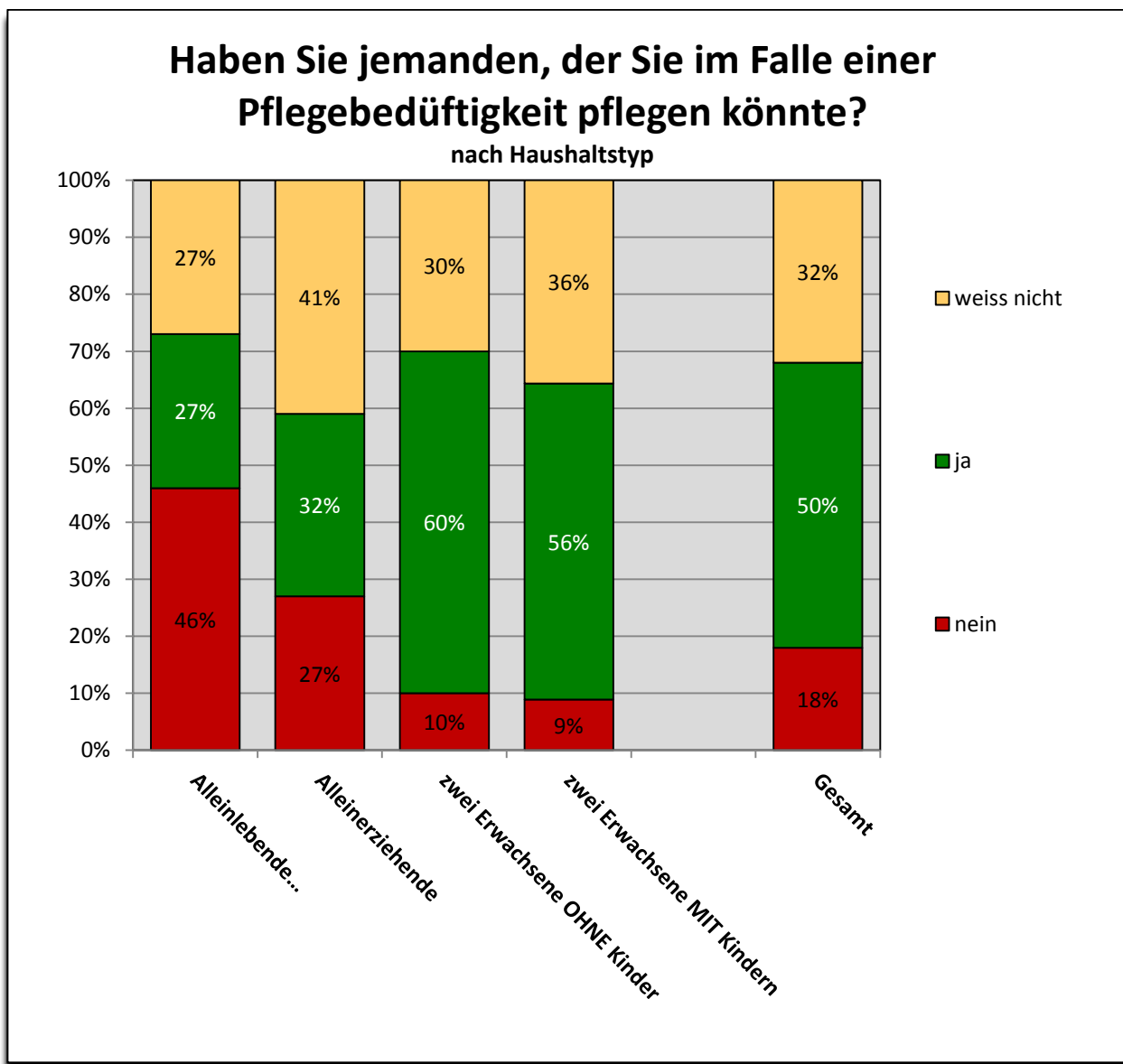
- *Halten Sie die erforderliche Versorgung für gesichert?*
- *Haben Sie jemanden, der Sie im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit pflegen könnte?*
- *Haben Sie jemanden, der im Falle einer eigenen Pflegebedürftigkeit die Pflege für Sie organisieren könnte?* (Antwortmöglichkeiten jeweils: ja, nein, weiss nicht).¹²

Um herauszufinden, welche personenbezogenen oder strukturellen Einflussgrössen sich hierbei auf die individuelle Einschätzung ausgewirkt haben, wurde ein komplexeres statistisches Verfahren durchgeführt (Strukturgleichungsmodell). Wie den nachfolgenden drei Abbildungen 42 bis 44 leicht zu entnehmen, wurde dabei ein deutlicher signifikanter Zusammenhang mit den Variablen *Haushaltstyp der Befragten* und

¹² Aus diesen drei Teilfragen wurde ein vierstufiger Index „Versorgungssicherheit“ mit Werten von „ganz unsicher“ bis „ganz sicher“ erstellt. Dieser Index stellt die Basis für die in Abbildung 43 und 44 berichteten Werte dar.

Eingebunden sein in ein soziales Netz sichtbar.¹³ Es sind also Alleinlebende oder Personen, die nur sehr gering in ein soziales Netz von Familie/Verwandten und Freunden eingebunden sind, bei denen nachvollziehbarerweise die grösste Unsicherheit in Bezug auf die eigene Versorgung im Pflegefall besteht. Besonders deutlich sichtbar wird die „Versorgungsunsicherheit“ von Alleinlebenden bei der Teilfrage „Könnte Sie jemand pflegen?“, was von fast der Hälfte verneint wird.

Abbildung 42: Mögliche Unterstützungspersonen



¹³ Das Sicherheitsempfinden bezüglich der eigenen Versorgung im Pflegefall korreliert zudem schwach positiv mit dem sozialen Status, der Pflegeerfahrung sowie mit dem Alter der Befragten: D.h. Personen mit höherem sozialen Status, grösserer Pflegeerfahrung oder höherem Lebensalter zeigen ein höheres Sicherheitsempfinden. Ausserdem zeigen sich Frauen etwas weniger sicher als Männer.

Abbildung 43: Versorgungssicherheit I

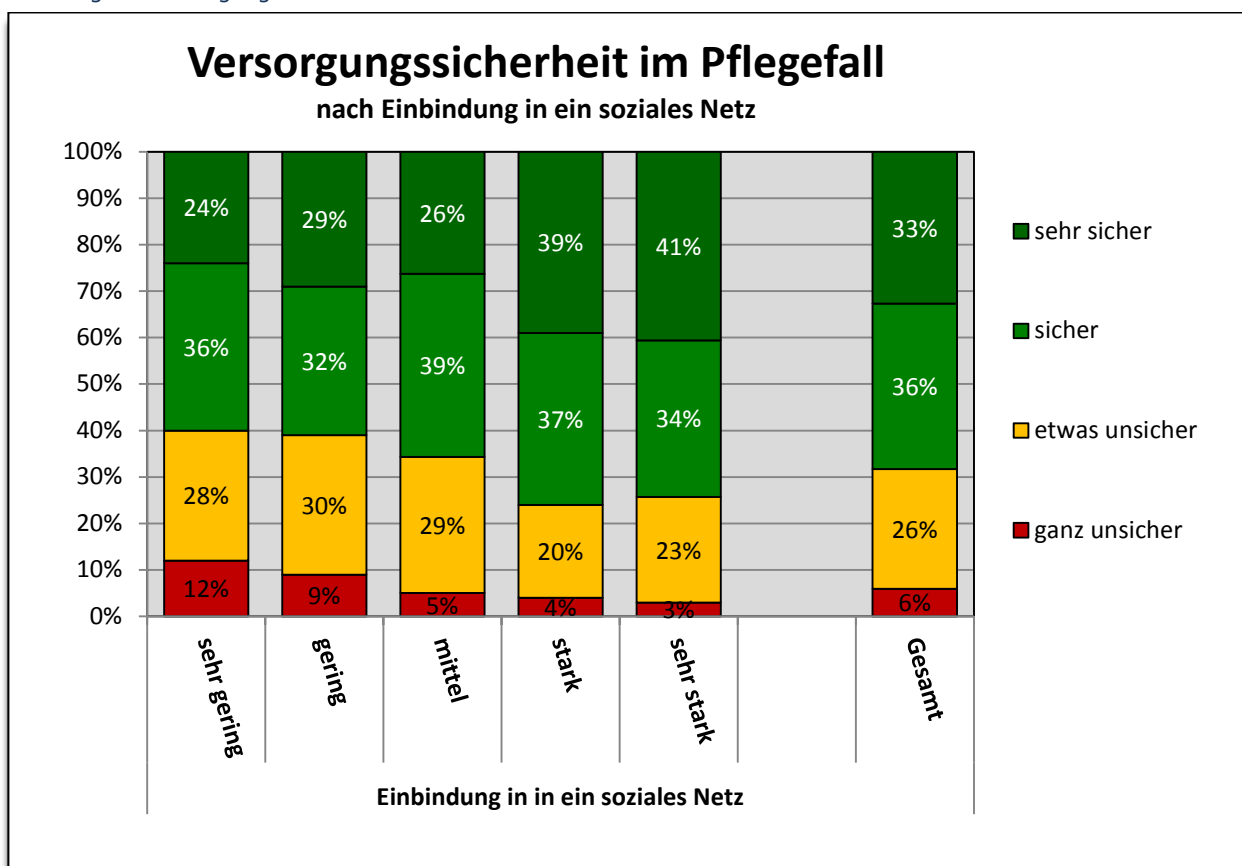
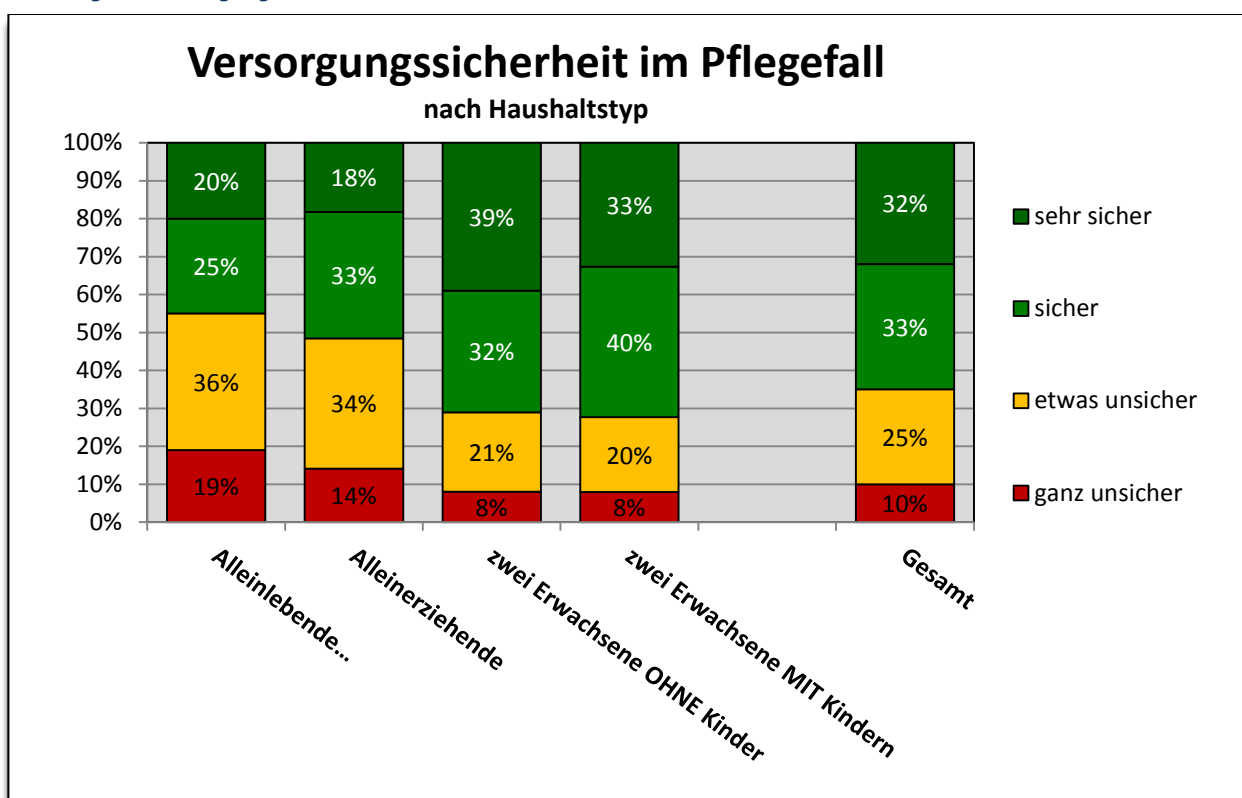


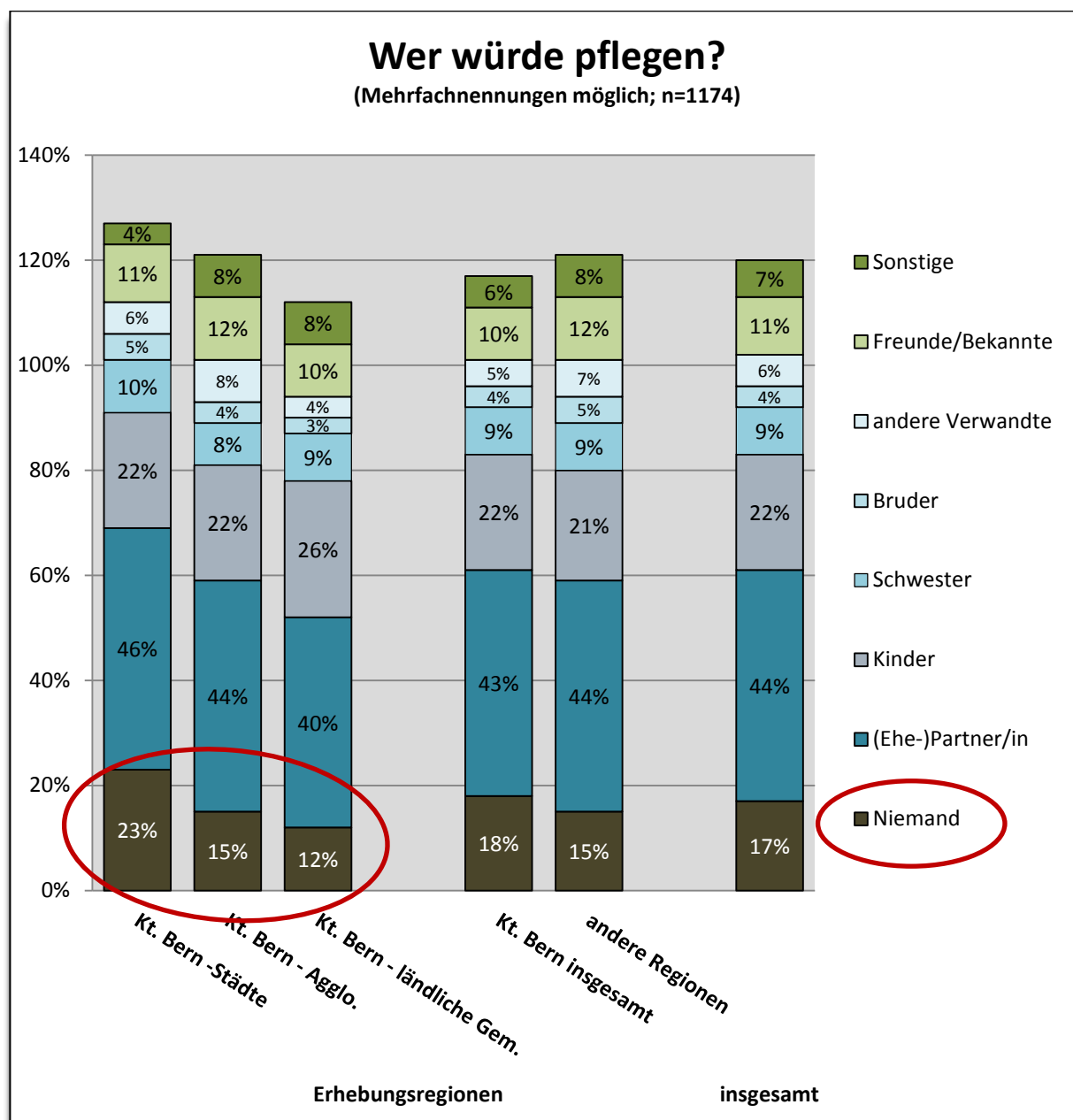
Abbildung 44: Versorgungssicherheit II



Welche Personen würden pflegen oder die Pflege organisieren?

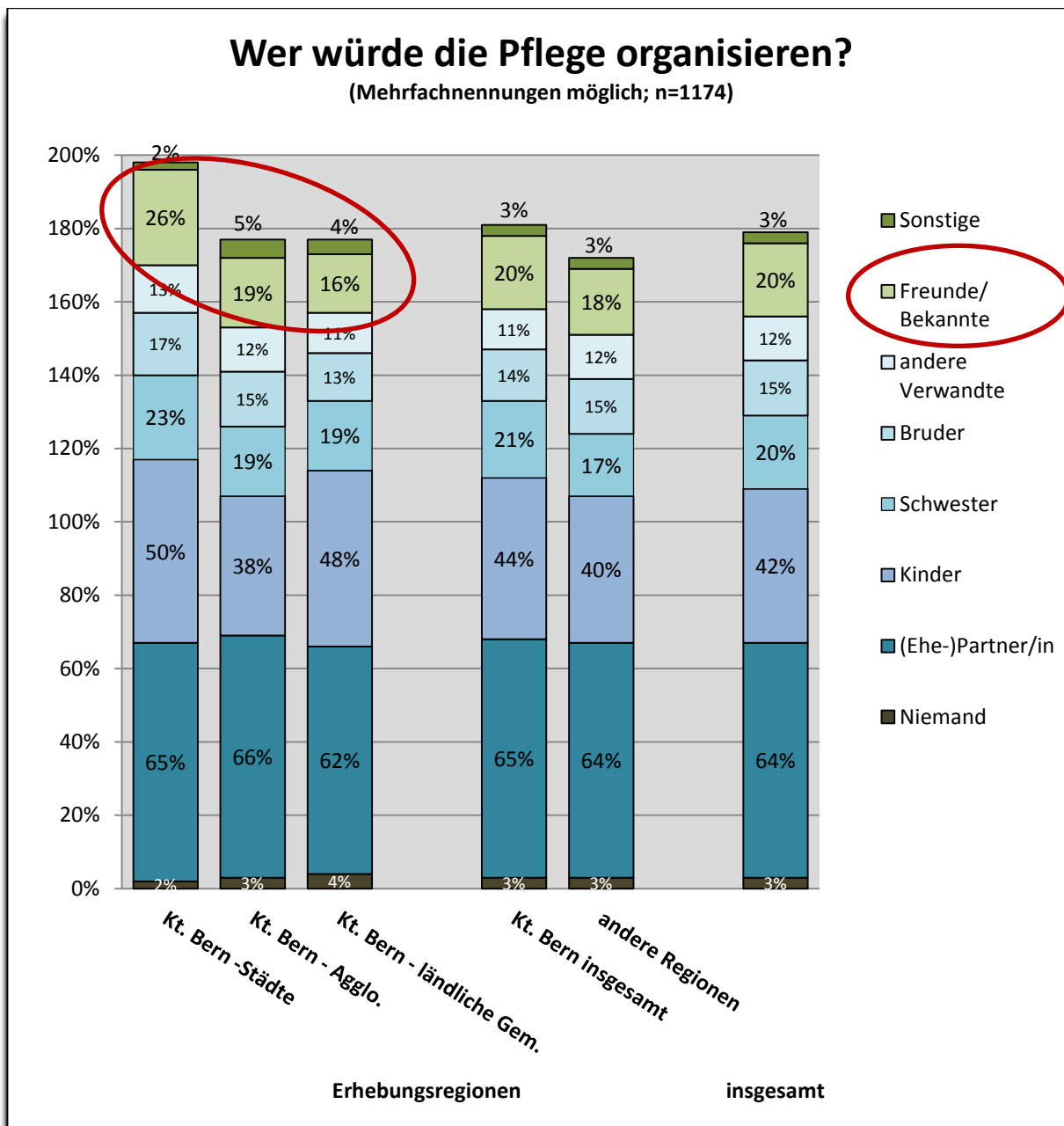
Betrachtet man im nächsten Schritt, welche Personen die Befragten vor Augen haben, wenn Sie an die eigene Versorgung im Pflegefall denken, dann zeigt sich das aus vielen Pflegestudien vertraute Bild von Partnerschaft und Kernfamilie (=Kinder) als primärer „Versorgungsinstanz“. Dies gilt sowohl für die Teilfrage, *wer pflegen würde* als auch die Teilfrage, *wer die Pflege organisieren würde*. Ebenso wenig überrascht, die höhere Erwartung an die Unterstützungsbereitschaft von Schwestern im Vergleich zu Brüdern, bei der die „klassische Rollenverteilung der Geschlechter im sozialen Bereich“ durchscheint. Bemerkenswert sind hingegen – bezüglich zweier Ergebnisse – die regionalen Unterschiede zwischen den drei Untersuchungseinheiten innerhalb des Kantons Bern: Wie in Abbildung 45 ersichtlich, fällt der Anteil derer, die niemanden kennen, der sie pflegen würde, in den städtischen Zentren des Kantons merklich höher aus (23%) als in den Agglomerationen (15%) oder den ländlichen Gemeinden (12%). Diese prospektive Aussage der Befragten gibt einen deutlichen Hinweis auf eine zukünftig zu befürchtende Unterstützungslücke von Seiten der nichtprofessionell Pflegenden, gerade im städtischen Kontext.

Abbildung 45: Mögliche Unterstützungspersonen



Andererseits zeigt sich auf Ebene der Pflegeorganisation der „Hoffnungsschimmer“, dass sich zukünftig – gerade in städtischen Gemeinden – Freunde/Bekannte verstärkt beim Organisieren der Pflege engagieren könnten (vgl. unten stehende Abbildung 46). Die Einschätzung, dass sich Freunde an der Pflegeorganisation beteiligen werden ist dabei bei Frauen oder Personen mit höherer Bildung im Durchschnitt merklich weiter verbreitet als bei Männern oder niedrigeren Bildungsabschlüssen.

Abbildung 46: Mögliche Organisatoren der Pflege



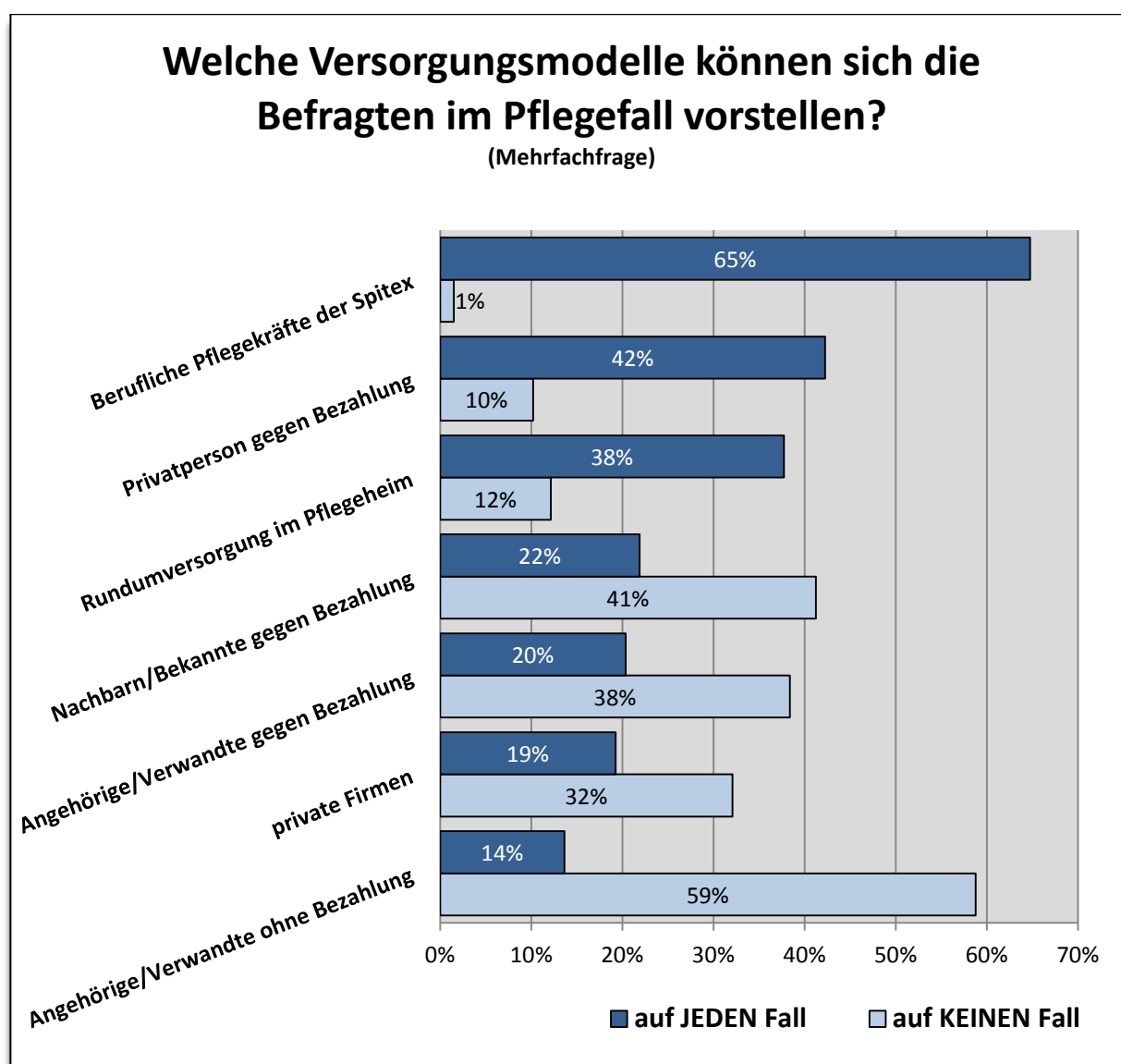
Welche Versorgungsformen würden die Befragten für sich selber akzeptieren?

Zum Abschluss sollten die befragten 40- bis 65-Jährigen auf einer Liste mit sieben gängigen Unterstützungs- und Versorgungsformen auswählen, welche Modelle Sie im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit für sich selbst akzeptieren respektive ablehnen würden. Wie der nachfolgenden Abbildung 47 deutlich zu entnehmen, besitzt die Variante sich durch die Spitex unterstützen zu lassen mit Abstand die grösste Akzeptanz (käme nur für 1% nicht, aber für 65% auf jeden Fall in Frage), während eine Versorgung durch Angehörige/Verwandte ohne diese zu bezahlen für die allermeisten ausscheidet. Ebenfalls hohe Akzeptanz besitzt sowohl die Option sich zuhause gegen Bezahlung von Privatpersonen betreuen zu lassen, aber auch die stationäre Versorgung

in einem Pflegeheim (käme jeweils für rund 40% auf jeden Fall und nur für rund 10% auf keinen Fall in Frage). Besonders interessant ist, dass sich bei der Präferenz bzw. der Ablehnung der genannten Unterstützungs- und Versorgungsformen *keine signifikanten Unterschiede im Hinblick auf die erfassten soziodemografischen Merkmale* zeigten: Ob also Mann oder Frau, ländlicher oder städtischer Raum, höherer oder geringer sozialer Status etc. das Ergebnisbild zeigt keine relevanten Abweichungen.

Deutliche Unterschiede hingegen werden sichtbar, wenn man das Antwortbild der vorliegenden Studie mit den Ergebnissen von Blinkert & Klie (2006) vergleicht, bei der die Option sich von Angehörigen/Verwandten ohne sowie auch mit Bezahlung unterstützen zu lassen deutlich höheren Zuspruch erfährt. Während die stationäre Versorgung in einem Pflegeheim erheblich mehr Ablehnung erfährt.

Abbildung 47: Mögliche Versorgungsmodelle



7. Zusammenfassende Empfehlungen

Basierend auf den vorgestellten Studienergebnissen lassen sich folgende zentrale Empfehlungen hinsichtlich der Gesellschaft im Allgemeinen und der Alterspolitik auf kantonaler und gemeindlicher Ebene im Besonderen formulieren:

7.1. Überschätztes Risiko zukünftiger Pflegebedürftigkeit: Aufklärungsarbeit um Sorgen abzubauen

Das Risiko pflegebedürftig zu werden wird weit überschätzt: Über 90% der befragten 40- bis 65-Jährigen rechnen damit im Alter selbst einmal pflegebedürftig zu werden – und zwar quer durch alle Bevölkerungsgruppen (d.h. unabhängig von allen statistisch überprüften Bezugsgrössen wie Alter, Geschlecht, Kanton/Region, Sozialem Status, Lebensentwurf etc.). Blinkert & Klie (2006: 59) bemerken zu diesem, auch bei ihrer Studie in Deutschland zutage getretenen Phänomen: „Pflegebedürftigkeit gilt also als ein ganz normales Risiko, als ein Risiko, das jeden treffen könnte und jeder ist sich dessen im Prinzip auch bewusst (...). Man kann also fast sagen, dass in modernen Gesellschaften mit ihren verlängerten Lebenserwartungen, Pflegebedürftigkeit fast als so sicher und normal gilt wie das Sterben.“¹⁴ Stellt man dieser vorherrschenden Einschätzung in der Bevölkerung die *effektive Eintrittswahrscheinlichkeit für eine Pflegebedürftigkeit* gegenüber, wird eine bemerkenswerte Diskrepanz sichtbar: Laut Höpflinger (2013) sind in der Schweiz auch bei den über 85-jährigen Personen insgesamt nur gut 34% pflegebedürftig. Und selbst bei den über 90-jährigen muss „nur“ rund die Hälfte mit einer Pflegebedürftigkeit rechnen.

Die unverhältnismässig weitverbreitete Sorge vor einer drohenden Pflegebedürftigkeit kann die Perspektive auf das eigene Alter(n) massiv belasten, Zukunftsängste befördern und damit das Wohlbefinden deutlich beeinträchtigen. Deshalb ist an dieser Stelle **gesellschaftliche Aufklärungsarbeit über die Datenlage** in besonderem Masse geboten, um das Bild, einer zwar glücklicherweise immer später einsetzenden, aber irgendwann im hohen Alter doch unausweichlichen Pflegebedürftigkeit „zurecht zu rücken.“ Hierbei sind zum einen gesamtgesellschaftliche Multiplikatoren wie Politik, Medien und Verbände (z.B. Pro Senectute) oder Krankenkassen gefordert, aber auch Kantone und Gemeinden, das ihnen jeweils spezifisch zur Verfügung stehende Potential zu nutzen (Artikel, Presseerklärungen, Mitgliederzeitschriften, Broschüren in Beratungs- und Informationsstellen, Hinweise/Zielformulierungen in Altersberichten und -leitbildern etc.).

¹⁴ Zum hohen Verbreitungsgrad dieser Sorge vor eigener Pflegebedürftigkeit mögen nicht zu Letzt auch Bemühungen von politischer wie auch ökonomischer Seite (Versicherungswirtschaft) beigetragen haben, welche darauf abzielten, das Interesse an privater Pflegevorsorge zu verstärken.

7.2. Wenn der Pflegefall eintritt: Risikogruppen bei der Versorgungssicherheit identifizieren und unterstützen

Hinsichtlich der individuellen Versorgungssicherheit im Fall einer zukünftig eintretenden Pflegebedürftigkeit werden in der vorliegenden Studie gleich mehrere Risikogruppen sichtbar. Insbesondere bei **Alleinlebenden** und **Alleinerziehenden** sowie Personen mit einem **gering ausgeprägten Sozialen Netzwerk** aus Familie/Verwandten, Freunden und Bekannten ist die Ungewissheit, wer die Versorgung organisieren könnte oder sogar (mit-) pflegen würde, weit verbreitet. Ausserdem zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den untersuchten Regionen innerhalb des Kantons Bern: In den **städtischen Zentren des Kantons** ist zum einen die Gruppe mit nur geringer *Bewältigungskompetenz einer Pflegesituation* mit 22% rund doppelt so hoch wie in ländlichen Gemeinden (12%). Zum anderen fällt in den städtischen Zentren auch der Anteil derer, die niemanden kennen, der sie pflegen würde, deutlich höher aus (23%) als in den Agglomerationen (15%) oder den ländlichen Gemeinden (12%).

Diese Ergebnisse geben einen deutlichen Hinweis auf eine zukünftig zu befürchtende Unterstützungslücke von Seiten der nichtprofessionell Pflegenden, gerade bei den genannten drei Risikogruppen sowie allgemein im städtischen Kontext. Andererseits zeigt sich bei der wichtigen Frage, wer im Pflegefall die Organisation übernimmt der „Hoffnungsschimmer“, dass sich zukünftig – gerade in städtischen Gemeinden – Freunde und Bekannte verstärkt engagieren könnten. Die Einschätzung, dass sich Freunde an der Pflegeorganisation beteiligen werden, ist dabei bei Frauen oder Personen mit höherer Bildung im Durchschnitt merklich weiter verbreitet als bei Männern oder niedrigeren Bildungsabschlüssen.

Für die Alterspolitik stellt die (statistisch belegte) Identifizierung von *Risikogruppen mit ungewisser, zukünftiger Pflegeversorgung* eine wichtige Entscheidungs- und Planungsbasis dar, um zielgenauer und auch vorbeugend Massnahmen einleiten zu können. Insbesondere in den städtischen Zentren mit einem höheren Anteil an Alleinlebenden und Alleinerziehenden als in den ländlichen Regionen des Kantons können **Massnahmen zur Stärkung der Sozialen Netzwerke** einen wichtigen Beitrag dafür leisten, dass sich die Gewährleistung der individuellen Versorgungssicherheit zukünftig nicht weiter in Richtung professioneller ambulanter wie stationärer Pflegeangebote verschiebt. Zudem sind engere Soziale Netze wichtig, um die gesellschaftliche Teilhabe und das psychosoziale Wohlbefinden auch bei Pflegebedürftigkeit zu erhalten. Gerade für die Fälle in denen keine Person (mehr) aus dem „*Sozialen Nahraum*“ von Angehörigen und Freunden zur Verfügung steht, die die Versorgung sicherstellen kann oder will (=als Pflegende und/oder Organisierende) sind geeignete „**personalisierte Ersatzlösungen**“ für eine kontinuierlich gesicherte Pflegesituation zu fördern. Stellvertretend sollen an dieser Stelle kurz das Potential von Case Management auf der einen und Care MigrantInnen auf der anderen Seite hervorgehoben werden.

- **Care MigrantInnen:** Gerade dort, wo in der häuslichen Versorgung Lücken vorhanden sind, oder sogar eine Betreuung rund um die Uhr notwendig ist, leisten heute sogenannte Care MigrantInnen wichtige Dienste (vgl. van Holten et al. 2013). Gemäss der hier vorgestellten Studie würden die meisten Befragten im Falle der eigenen Pflegebedürftigkeit das Versorgungsmodell „zu Hause mit Spitex“ gefolgt von „Privatpersonen gegen Bezahlung“ wählen. Care MigrantInnen, die vielfach wegen ihres anderen Aufgabenprofils komplementär zur Spitex tätig sind, entsprechen genau dieser Vorstellung. Problematisch an der heutigen Situation ist jedoch die mangelnde Pflegequalitäts- wie Rechtssicherheit beim Einsatz der MigrantInnen (vgl. u.a. Medici & Schillinger 2012). Hinzu kommt: „Die Finanzierung der unter dem Begriff «Betreuung» bezeichneten Dienstleistungen [von Care MigrantInnen; M.R.], die oft über Monate oder gar Jahre hinweg nötig sind, geht in der Regel zu Lasten der Privathaushalte.“ (van Holten et al. 2013:14). Hier ist der Gesetzgeber (Bund, Kantone) gefragt, die rechtliche Grauzone sowie die Qualität und die Finanzierung der Betreuungsleistungen durch Care MigrantInnen zu regeln, um für das vorhandene Potential dieser Dienstleistungen in gesicherteren Rahmenbedingungen ausschöpfen zu können.
- **Case Management:** Vielfach stellt eine Pflegebedürftigkeit, insbesondere wenn diese unerwartet eintritt, für die betroffene Person wie auch ihre Angehörigen eine massive Überforderungssituation dar, weil innerhalb kurzer Zeit vielfältige Entscheidungen von vielfach grosser Tragweite getroffen werden (wer soll wo in welcher Form und mit welcher Finanzierung die Betreuung übernehmen etc.). „Manche spezialisierten Spitex-Organisationen oder städtischen Gesundheitsdienste, etwa in der onkologischen oder psychiatrischen Versorgung, z.B. in der Stadt Zürich, haben die Arbeit mit der Case Management Methodik bereits in die Wege geleitet und damit gute Erfahrungen gemacht (Ackermann, 2009; Andreae et al., 2011; Kistler Thoma, 2011; Gebhardt, Lüthi & Dammann, 2013).“ (Bischofberger & Rex 2013:128).

Analog zu anderen Feldern des Gesundheits- und Sozialwesens (z.B. der Sozialhilfe) bestünde der Grundauftrag der, für den gesamten Bereich der häuslichen Pflege neu zu etablierenden Case Manager darin, dort wo gewünscht oder notwendig eine „Fallführung aus einer Hand“ zu bieten – mit einer dreifach Funktion:

- a) Verantwortliche Planung, Organisation und Koordination von Versorgungsbedarf und -durchführung,
- b) Verhandlungen und Korrespondenz mit Sozialversicherungen und
- c) die Überwachung von Versorgungsqualität und -kosten

(alle drei Aspekte jeweils soweit als möglich unter Rücksprache mit den „Betroffenen“).

Gerade die letztgenannte Kontrollfunktion hinsichtlich der erbrachten Dienstleistungen (insbesondere in Pflege und Hauswirtschaft), legt nahe, dass derartige Fallmanager nicht bei der Spitex angesiedelt sein sollten, sondern bei einer unabhängigen Stelle (prädestiniert erschienen hierbei m.E. die Gemeinden; M.R.). Zentral für den Erfolg dieses Ansatzes wäre, je nach sozialer Indikation, die vollumfängliche oder zumindest überwiegende Finanzierung der Fallmanager durch Sozialversicherungen und/oder staatliche Institutionen (Bund, Kantone, Gemeinden?).

7.3. Auch im gesellschaftlichen Wandel die Pflegebereitschaft von Angehörigen erhalten

Wenngleich bei der Pflegekulturellen Orientierung zwischen den verschiedenen Regionen oder Sozialen Milieus innerhalb des Kantons Bern nochmals merkliche Unterschiede bestehen, so zeigt der Trend für Bern insgesamt eine hohe Zustimmungsrate zu professionellen, primär stationären Pflegearrangements. So stufen bei der Dilemma-Frage, *ob* im Pflegefalle der häuslichen Versorgung von nahestehenden Menschen Vorrang vor einer stationären Betreuung eingeräumt werden sollte *auch wenn dies persönliche/berufliche Nachteile mit sich bringt*, rund $\frac{3}{4}$ der Befragten die Entscheidung der Tochter *für* die Heimunterbringung als richtig/eher richtig ein und nur maximal 6% als falsch/eher falsch.

Diese hohe Präferenz für eine Heimversorgung von nahestehenden Angehörigen konterkariert das Ziel der kantonalen Alterspolitik, dort wo es Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit erlauben, in der Versorgung „ambulant vor stationär“ anzustreben. Eine Entwicklung die auch mit entsprechenden Kostenfolgen verbunden wäre. Gerade bei den **sozialen Milieus mit höherem Sozialem Status und modernerem Lebensentwurf** – deren Anteil an der Gesamtbevölkerung und besonders den städtischen Zentren stetig wächst – ist die **Bereitschaft zu „häuslichen Pflegearrangements“ deutlich geringer** ausgeprägt. Dieses Ergebnis dürfte u.a. darauf zurückzuführen sein, dass mit steigendem Sozialem Status auch die Opportunitätskosten (im Sinne des Ausfalls an Erwerbseinkommen und beruflicher Karriereentwicklung) wachsen, mit denen man bei der Übernahme von Pflegeverpflichtungen rechnen muss, und dass ein auf Selbständigkeit ausgerichteter „moderner Lebensentwurf“ mit Pflegeverpflichtungen als weniger gut vereinbar wahrgenommen wird.

Deshalb müssten Massnahmen speziell soziale Milieus mit hohem Sozialem Status und „modernem Lebensentwurf“ in den Blick nehmen, wenn Kanton und Gemeinden, gerade in den städtischen Zentren eine deutliche Erhöhung der stationären Pflegequote ver-

hindern oder abschwächen wollen. Exemplarisch werden nachfolgend zwei zentrale Ansatzpunkte für eine nachhaltige Alterspolitik vorgestellt:

- **Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit erhöhen**

Das primäre Ziel von Massnahmen zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit muss darin liegen, die Opportunitätskosten und den Verlust an Zeitautonomie für pflegende Angehörige zu senken. Da es nach wie vor Frauen (vor allem Partnerinnen und Töchter) sind, die sich in besonderem Masse an der häuslichen Pflege von Angehörigen beteiligen, stellt dies zudem einen wichtigen Umsetzungsbeitrag zur Gleichstellungspolitik dar.

In diesem Zusammenhang genügt es sicher nicht, das Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige zu erhöhen, sondern es müssen die entsprechenden gesetzlichen und wirtschaftspolitischen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Im europäischen Ausland sind hier bereits erste Massnahmen getroffen worden. So besteht in Deutschland seit Einführung des Pflegezeitgesetzes¹⁵ im Jahre 2008 und des Familienpflegezeitgesetzes¹⁶ 2012 für pflegende Angehörige die Möglichkeit, *ohne Lohnfortzahlung, aber mit Kündigungsschutz*

- a) kurzfristig bis zu zehn Tage von der Arbeit fernbleiben zu dürfen,
- b) bis zu sechs Monate das Arbeitspensum zu reduzieren oder sich sogar ganz freistellen zu lassen
- c) und im Rahmen der Familienpflege, die Arbeitszeit über maximal zwei Jahre auf bis zu 15 Stunden pro Woche reduzieren zu können.

In Bezug auf die Situation in der Schweiz trifft nach wie vor zu, was wir bereits im Fazit unserer Vorgängerstudie (vgl. Fluder, Hahn, Bennett, Riedel & Schwarze 2012:236f.) festgestellt haben: „In der Schweiz gibt es bis anhin keine gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine Arbeitszeitreduktion bei einem Pflegeeinsatz für Angehörige. Eine solche Arbeitszeitreduktion ist Gegenstand individueller Verhandlungen zwischen Arbeitnehmenden und Arbeitgeber. Im Rahmen der Vergütung von Krankheits- und Behinderungskosten bei den Ergänzungsleistungen zur AHV/IV kann die Pflege und Betreuung eines Familienangehörigen unter Umständen entschädigt werden, wenn dadurch eine dauernde und wesentliche Lohneinbusse entsteht. Diese Möglichkeiten ist offenbar wenig bekannt und wird entsprechend selten genutzt (Latzel & Andermatt 2008). Das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann (EBG) hält fest, dass Personen, die sich in der Pflege- und Betreuung engagieren, oft mit Nachteilen auf dem Arbeitsmarkt konfrontiert sind. Es fehlt an der Anerkennung

¹⁵ <http://www.gesetze-im-internet.de/pflegezg/>

¹⁶ <http://www.gesetze-im-internet.de/fpfzg/>

dabei erworbener Qualifikationen und es besteht zum Teil – auch aufgrund der ungenügenden sozialen Absicherung – sogar ein Armutsrisiko. Für das EBG sind die Anerkennung der durch unbezahlte Care-Arbeit erworbenen Qualifikationen und eine gesetzliche Regelung der Betreuung von nahen Angehörigen – zum Beispiel in Form eines Pflegezeitgesetzes – wichtige Zielsetzungen in diesem Bereich. Wichtig ist, dass Personen, die Care-Arbeit leisten, in den Sozialversicherungen entsprechend abgedeckt sind und nicht benachteiligt werden (vgl. auch Stutz und Knupfer 2012, die eine Reihe von Handlungsfeldern identifiziert haben, die eine effektive Vereinbarkeit von Familie und Beruf ermöglichen).“

Um die Zustimmung für eine gesetzliche Regelung von „Pflegezeiten“ für die Schweiz empirisch überprüfen zu können, enthielt der Fragebogen eine Zusatzfrage an berufstätige Studienteilnehmer/innen. Aus den Antworten geht eine allgemein deutliche Akzeptanz solcher Regelungen hervor: So waren über die Hälfte der Befragten der Meinung, dass Arbeitnehmer das Recht haben sollten, sich *unter den entsprechenden Lohnneinbussen* „in einer akut auftretenden Pflegesituation kurzfristig für bis zu 10 Tage von der Arbeit befreien zu lassen“ (52,3%; n=914) oder „auch längerfristig das Arbeitspensum zu reduzieren, ohne Nachteile im Betrieb zu haben, z.B. ohne Gefährdung von Aufstieg, Position oder Job“ (51,9%; n=916). In beiden Teilfragen fiel dabei die Zustimmungsrate bei Personen aus Sozialen Milieus mit höherem Sozialem Status und modernerem Lebensentwurf nochmals signifikant höher aus – also den eingangs genannten Hauptzielgruppen für allfällige Massnahmen zur verbesserten Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit.

- **Förderung von Tagesstätten und Kurzzeitpflege für ältere Pflegebedürftige**
Bereits heute fördert der Kanton Bern das Tagesstättenangebot im Altersbereich. „Zielgruppen der Tagesstätten sind alte Menschen (i.d.R. ab 65 Jahren) mit psychogeriatrischem Betreuungsbedarf, die zuhause in intakten Strukturen leben, deren betreuende Angehörige jedoch temporäre Entlastung in ihrer Betreuungsaufgabe benötigen.“ (GEF 2011:2). In der vorliegenden Studie wurde die Betreuungsaufgabe von rund einem Fünftel der befragten Angehörigen als sehr belastend und von über der Hälfte zumindest als „etwas belastend“ wahrgenommen.
Wie die 2011 von der Universität Zürich erstellte Zusatzanalyse zum Bericht „Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz“ (vgl. Moor & Aemisegger 2011) belegt, sind Tagesstätten und andere *intermediäre Angebote zwischen häuslicher Pflege und Heimaufenthalt* (wie Kurzzeitpflege oder Ferienbetten in Heimen), auch in einigen weiteren Kantonen (z.B. St. Gallen, Solothurn oder Freiburg) als Ziel in die kantonale Alterspolitik aufgenommen worden. „Angehörige, welche die Betreu-

ung und Pflege zu Hause übernehmen, werden entlastet, und die Gefahr der Überforderung nimmt ab – vor allem bei langen Öffnungszeiten, möglichen Wochenendaufenthalten und gut ausgebauten Fahrdiensten.“ (Moor & Aemisegger 2011:21). Neben der positiven Wirkung für Angehörige und die Pflegebedürftigen selbst (die zusätzliche Betreuung und Tagesstruktur ermöglicht längeren Verbleib zuhause bei verbesserter Lebensqualität), ergibt sich zudem ein Nutzen bezogen „auf die Versorgungsziele der Alterspolitik: Durch das Stützen der familiären Betreuungsstrukturen ist der Eintritt in ein stationäres Betreuungsangebot verhindert oder hinausgezögert. Damit können in der Versorgung auch Kosten eingespart werden.“ (GEF 2011:2).

Trotz dieses mehrfachen, nicht zuletzt auch ökonomischen Nutzens für Betroffene wie auch Kantone und Gemeinden, geht die Finanzierung von Tagesstättenaufenthalten und anderen „intermediären Angeboten“ nach wie vor primär zulasten der Pflegebedürftigen bzw. deren Angehörigen (Familiensysteme). Die Kantone beteiligen sich an den Kosten bisher nicht (wie z.B. Solothurn) oder nur in geringem Masse (wie z.B. Bern) und auch Krankenkassen leisten zumeist maximal 24,- Franken Zuschuss pro Tag. Ein weiterer Ausbau der Förderung „intermediärer Betreuungs- und Pflegeangebote“ scheint eine „alterspolitische Stellschraube“ mit besonders hohem Wirkungspotential.

7.4. Nachhaltige Alterspolitik setzt im mittleren Lebensalter an und muss die Unterschiede zwischen den Regionen und sozialen Milieus berücksichtigen

Abschliessend ist festzuhalten: Ob es um die Aufklärungsarbeit zum gesellschaftlich vielfach überschätzten Pflegebedürftigkeitsrisiko geht, die Stärkung von sozialen Netzwerken oder die Vereinbarkeit von Erwerbs- und Care-Arbeit. Den meisten oben aufgezeigten alterspolitischen Handlungsempfehlungen ist gemeinsam, dass sie bereits im mittleren Lebensalter ansetzen müssen um nachhaltige Wirkung zu erzielen – im Hinblick auf die Versorgung der heute Unterstützungsbedürftigen, wie auch auf das eigene Alter(n) der heute (noch) Jüngeren.

Ausserdem baut eine nachhaltige Alterspolitik notwendig auf dem Wissen zu Unterschieden zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, insbesondere – wie sich in der vorliegenden Studie zeigte – zwischen Sozialen Milieus und Regionen, auf. Nur mit diesem Wissen können die beschränkten Ressourcen für alterspolitische Massnahmen möglichst punktgenau bei den zu erwartenden Risikogruppen respektive zu fördernden Akteuren und Tendenzen eingesetzt werden. Die hier vorgestellte Untersuchung zu zukünftigen Pflegebereitschaften und Pflegearrangements versteht sich als ein Beitrag zum Ausbau des notwendigen Wissens.

Literaturhinweise

- Baumgartner, D. (1997): Alter und Alterspolitik im Spiegel von Einstellungen und Präferenzen. In: Fux, B./ Bösch, A./ Gisler, P./ Baumgartner, D. (Hg.): Bevölkerung – und eine Prise Politik. Zürich.
- Berger-Schmitt, R. (2002): Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union – Perspektiven zur Rolle familiärer Netzwerke. In: Allmendinger, J. (Hg.): „Entstaatlichung und soziale Sicherheit“. Leipzig, S.1-10.
- Berger-Schmitt, R. (2003): Geringere familiäre Pflegebereitschaft bei jüngeren Generationen. Analysen zur Betreuung und Pflege alter Menschen in den Ländern der Europäischen Union, Informationsdienst Soziale Indikatoren 29. Mannheim, S. 12-15.
- Bischofberger, I. & Rex, Chr. (2013): Case Management in der Spitex – klinische und koordinative Aufgaben aus einer Hand. Case Management, Nr.3/2013. Internet: http://www.careum-bildungszentrum.ch/files/media/files/410ad8f512c2bcfc078d8dcdbb83e508/Beitrag_Bischofberger_Rex_CM_03-2013.pdf
- Blinkert, B. (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und "soziale Milieus". In: Schroeter, K.R./ Rosenthal, T. (Hg.), Soziologie der Pflege. Weinheim/München, S. 141-156.
- Blinkert, B. (2007): Pflegearrangements – Vorschläge zur Erklärung und Beschreibung sowie ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen. In: Igl, G./ Naegele, G./ Hamdorf, S. (Hg.), Reform der Pflegeversicherung – Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und die Pflegepersonen. Hamburg, S. 225-244.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (1999): Pflege im sozialen Wandel. Hannover.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2000): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Sozialer Fortschritt, Jg. 49, S. 237-245.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2001): Zukünftige Entwicklung des Verhältnisses von professioneller und häuslicher Pflege bei differierenden Arrangements und privaten Ressourcen bis zum Jahr 2050. Expertise im Auftrag der Enquête-Kommission Demographischer Wandel des Deutschen Bundestages. Berlin/Freiburg.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2004a): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demographischen und sozialen Wandel. Hannover.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2004b): Gesellschaftlicher Wandel und demographische Veränderungen als Herausforderungen für die Sicherstellung der Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Sozialer Fortschritt, Jg. 53, S. 319-326.
- Blinkert B. & Klie Th. (2006): „Pflegekulturelle Orientierungen“. Die Annaberg-Unna-Studie. Eine empirische Untersuchung über Erwartungen und Präferenzen, Innovationsbereitschaft und Traditionsverbundenheit, Nahraum- und Fernraumsolidarität. Freiburg.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2007): Die Zeiten der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39, S. 202-210.
- Blinkert, B. & Klie, Th. (2008): Soziale Ungleichheit in der Pflege. Aus Politik und Zeitgeschichte, 12-13, S. 25-33.

- Bortz, J. & Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4., überarbeitete Auflage. Heidelberg: Springer.
- Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten. (Soziale Welt: Sonderband 2). Göttingen, S.183-198.
- Bundesamt für Statistik (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 1992-2002. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel.
- Dittmann, J. (2008): Deutsche zweifeln an der Qualität und Erschwinglichkeit stationärer Pflege. Einstellungen zur Pflege in Deutschland und Europa. Informationsdienst Soziale Indikatoren 40. Mannheim, S. 1-6.
- Entzian, H. & Klie, Th. (2000): Allein unter Laien. Pflege-Profis sind herausgefordert, in der Zusammenarbeit mit informellen Helfern ihre Rolle zu finden. Forum Sozialstation, Jg.24, Nr. 104, S. 24-29.
- Farago, P. (Hg.)(2007): Freiwilliges Engagement in der Schweiz. Zürich.
- Fluder, R./ Hahn, S./ Bennett, J./ Riedel, M. & Schwarze, Th. (2012): Ambulante Alterspflege und -betreuung: Zur Situation von pflege- und unterstützungsbedürftigen älteren Menschen zu Hause. Bern.
- Gensicke, T./ Picot, S. & Geiss, S. (2006): Freiwilliges Engagement in Deutschland 1999-2004. Repräsentative Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. TNS Infratest Sozialforschung München.
- Geissler, R. (2014): Die Sozialstruktur Deutschlands. 7., grundlegend überarb. Aufl. Wiesbaden.
- GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern, Alters- und Behindertenamt)(2011): Tagesstätten im Altersbereich. Konzept zur Finanzierung und Steuerung ab 2012. Bern. Internet: http://www.gef.be.ch/gef/de/index/soziales/soziales/alter/Alterspolitik_Kanton_Bern.assetref/content/dam/documents/GEF/ALBA/de/Formulare_Bewilligungen_Gesuche/Tagesst%C3%A4tten/Konzept_Tagesst%C3%A4tten_Altersbereich_ab%202012_de.pdf
- Gräbel, E. (1997): Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Hänsel-Hochhausen, Egelsbach, Frankfurt, Washington.
- Hermann, M., Heye, C. & Leuthold, H. (2005): Soziokulturelle Unterschiede in der Schweiz. Vier Indizes zu räumlichen Disparitäten, 1990-2000. Bundesamt für Statistik. Neuchâtel. Internet: http://sotomo.ch/media/publis/mh_ch_hl_2005_indizes.pdf
- Heussinger, J. & Klünder, M. (2005): „Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt.
- Heussinger, J. (2006): Pflegeorganisation und Selbstbestimmung in häuslichen Pflegearrangements. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 39,S. 418-422.
- Höpflinger, F. (2013): Demographischer und gesellschaftlicher Wandel des Alters und Folgen für die Pflege im Alter. Internet: <http://www.hoepflinger.com/fhtop/WandelAlter-Pflege.pdf>

- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2005): Familiäre, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz. Bern.
- Höpflinger, F. & Hugentobler, V. (2003): Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrh. Bern.
- Höpflinger, F., Bayer-Oglesby, L. & Zumbrunn, A. (2011): Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Bern.
- Kobi, S. (2007): Unterstützungsbedarf älterer Migrantinnen und Migranten: Die Sicht der Betroffenen. Schlussbericht. Fachhochschule Zürich. Hochschule für Soziale Arbeit. Internet: http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/soziale_arbeit/Forschung/Forschungsberichte/abgeschlossen/Migrantinnen_Alter_Bedarf_Schlussbericht.pdf
- Klie, Th. (2003): Entwicklungslinien- und Pflegewesen: Die Pflege älterer Menschen aus system- und sektorübergreifender Perspektive. Frankfurt.
- Kruse, A. & Martin, M. (Hrsg.) (2004). Enzyklopädie der Gerontologie - Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. Bern.
- Künemund, H. (2000): Pflegetätigkeiten in der zweiten Lebenshälfte – Verbreitung und Perspektiven. In: Backes, Gertrud/Clemens, Wolfgang (Hg.): Lebenslagen im Alter: Gesellschaftliche Bedingungen und Grenzen. Opladen, S. 216-225.
- Latzel, G. & Andermatt, Chr. (2008): Personen mit einer Hilflosenentschädigung IV: Vergütung von Pflege und Betreuung durch die Ergänzungsleistungen. Forschungsbericht 6/08. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV. Bern.
- Lubben, J.E. (1988): Assessing Social Networks Among Elderly Populations. Family and Community Health, 11 (4): 42 – 52.
- Medici, G. & Schillinger, S. (2012): Arbeitsmarkt Privathaushalt – Pendelmigrantinnen in der Betreuung von alten Menschen. In: Bundesamt für Sozialversicherungen. Soziale Sicherheit CHSS 1/2012: Beruf und Angehörigenpflege. Bern. Internet: <http://www.bsv.admin.ch/dokumentation/publikationen/00096/03158/03159/?lang=de>
- Meyer, M. (2006): Pflegende Angehörige in Deutschland. Ein Überblick über den derzeitigen Stand und künftige Entwicklungen. Münster.
- Moor, C. Aemisegger, A. (2011): Unterstützung pflegender Angehöriger in den Kantonen. Zusatzanalyse zum Bericht „Kantonale Alterspolitiken in der Schweiz“ (Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 11/10). Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie, im Auftrag des Spitex Verband Schweiz. Internet: http://www.zfg.uzh.ch/projekt/alt/spitex-angehoerige-2011/Spitex_Angehoerige_2011.pdf
- Perrig-Chiello, P./ Höpflinger, F. (2001): Zwischen den Generationen. Frauen und Männer im mittleren Lebensalter. Zürich.
- Rosenblatt, B.v. (1999): Freiwilligenarbeit, ehrenamtliche Tätigkeit und bürgerschaftliches Engagement. Überblick über die Ergebnisse. Repräsentative Erhebung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. TNS Infratest Sozialforschung München.
- Rothgang, H./ Iwansky, S./ Müller, R./ Sauer, S. & Unger, R. (2011): BARMER GEK Pflegereport 2011. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 11. St. Augustin.

- Rothgang, H. (2003): Long-term care of older people in Germany. In: Comas-Herrera, A.; Wittenberg, R. (Hg.): European Study of Long-Term Care Expenditure. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG. PSSRU Discussion Paper 1840. London. S. 24-42. Internet : http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/healthcare/ltc_study_en.pdf
- Runde, P./ Giese, R./ Schnapp, P. & Stierle, C. (2002): Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege im Vergleich von 1997 und 2002. Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung. Veröffentlichungsreihe der Universität Hamburg.
- Schneekloth U. & Wahl H.-W. (Hg.) (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München.
- Spangenberg, L./ H. Glaesmer, H./ E. Brähler, E. & Strauß, B. (2012): Inanspruchnahme familiärer Ressourcen bei späterem Pflegebedarf. Betreuungswünsche und angenommene Pflegebereitschaft von Angehörigen in der Allgemeinbevölkerung. Bundesgesundheitsblatt 2012, Jg. 55, S. 954-960.
- Stadelmann-Steffen, I./ Freitag, M. & Bühlmann, M. (2007): Freiwilligen-Monitor Schweiz 2007. Zürich.
- Stamm, H. & Lamprecht, M (2005): Eidgenössische Volkszählung 2000. Entwicklung der Sozialstruktur. Bundesamt für Statistik BFS. Neuchâtel.
- Stutz, H. & Knupfer, C. (2012): Absicherung unbezahlter Care-Arbeit von Frauen und Männern. Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung der Frau EGB. Bern
- Szydlik, M. (2002): Wenn sich Generationen auseinanderleben. Zeitschrift für Soziologie der Erziehung und Sozialisation. Jg. 22, S. 362-373.
- van Holten, K., Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2013). Care-Migration – transnationale Sorgearrangements im Privathaushalt (Obsan Bericht 57). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Internet: <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=5237>

Berner Fachhochschule

Prof. Dr. Matthias Riedel
Schwarztorstrasse 48
CH-3007 Bern

Telefon +41 31 848 37 08

matthias.riedel.@bfh.ch