

# Erkenntnisse zur Situation pflegender Angehöriger Belastungen und Entlastungen

Dr. Hanneli Döhner

wir pflegen e.V. – Regionalgruppe Großraum Hamburg



## Pflegende Angehörige – wen meinen wir?

Angehörige, Freunde, Bekannte und Nachbarn,  
die eine ihnen nahestehende Person unentgeltlich pflegen oder  
gepflegt haben (im Sinne von für sie sorgen, sie betreuen, sie  
begleiten, sie pflegen)

und zwar unabhängig vom Alter, Geschlecht, kulturellem und  
sozialem Hintergrund, Grund für die Pflegebedürftigkeit, Art und  
Umfang der Pflege, Wohnsituation der zu pflegenden Person  
(eigene Wohnung, Wohngemeinschaft, Heim) und Motivation.

- **An- und Zugehörige** oder **informelle Pflege**
- Ausweitung des Begriffs Pflege auf **Sorgearbeit** (T. Klie, 2015)



## Wieviele pflegende Angehöriger? > unterschätzt!

Pflegebedürftige 2015 nach Versorgungsart



<sup>1</sup> Einschl. teilstationärer Pflegeheime.

+ ca. 3 Millionen  
Hilfsbedürftige,  
die weniger als  
14h Pflege und  
Betreuung pro  
Woche  
benötigen

+ häufig **mehrere**  
**Personen** an  
Pflege beteiligt –  
auch junge  
Menschen

+ Betreuung im  
**Heim** weiter

Quelle:  
Statistisches  
Bundesamt,  
Pfleigestatistik  
2015

**Fast 6 Mill. Menschen mit Unterstützungsbedarf + weitere Familienangehörige (>50% = 2+) und Betreuung im Heim: Anzahl pflegende Angehörige?**



Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.

Regionalgruppe Großraum Hamburg - Dr. Hanneli Döhner – doehner@wir-pflegen.net

## Pflegende An- und Zugehörige von Menschen mit Demenz

- **Anteil:** Knapp **ein Drittel** der pfleg. Angehörigen ab 18 J. sorgen für Menschen mit Demenz (TK-Studie 2014, DAK-Studie 2015)
- **Umfang** der familialen Pflege:  
ca. 42 Std. pro Woche (= VZ-Stelle!)  
2/3 der pA sind jeden Tag im Einsatz  
**(Demenz: 24 Std.)** (SBK-Studie 2011)
- **Dauer:** 8 - 10 J.

## Herausforderung: Pflegepotenzial erhalten

Die **Familie** trägt nach wie vor den größten Teil der Pflege: emotional, zeitlich, finanziell.

Aber: Pflege ist eine **gesamtgesellschaftliche** Aufgabe!

> individuell angepasste Pflegesettings mit dem entsprechenden informellen und formellen Hilfemix müssen ermöglicht werden.

### Was ist zu tun? Zentrale Handlungsbereiche:

1. Information, Beratung und Begleitung zugänglich machen
2. Gesundheit fördern
3. Beruf und Pflege vereinbaren
4. Finanzielle Belastungen abbauen
5. Geschlechtergerechtigkeit ermöglichen



# 1. Zugänge zu Information, Beratung und Begleitung

## Reine Information

- Printmedien und Internetrecherche

## Information, Beratung und Begleitung (mit Austausch)

### 1. Individuell

- Persönlicher Kontakt (face-to-face)
  - Informelles System (Familie, Nachbarn, Freunde, Kollegen)
  - Professionelles System (Beratungsstellen, Pflegestützpunkte als 1. Anlaufstelle, Hamb. Brücke, Hamb. Angehörigenschule. Aber auch: Ärzte, Pflegekräfte, Apotheken)
- Telefon (Hotlines: Kassen, Demenz: > Dtsch. Alzh. Ges. bis psychotherapeutische Begleitung > *Tele.TAnDem*, Jena)
- Email (Einzelanfrage bis psychologische Begleitung > Online-Beratung bei *pflegen und leben*, Berlin)

### 2. Gruppe

- Angehörigenschulung und Angehörigengruppe
- Videokonferenz (durch Psychologin moderierter Austausch unter Betroffenen online) > *Demas*, Berlin



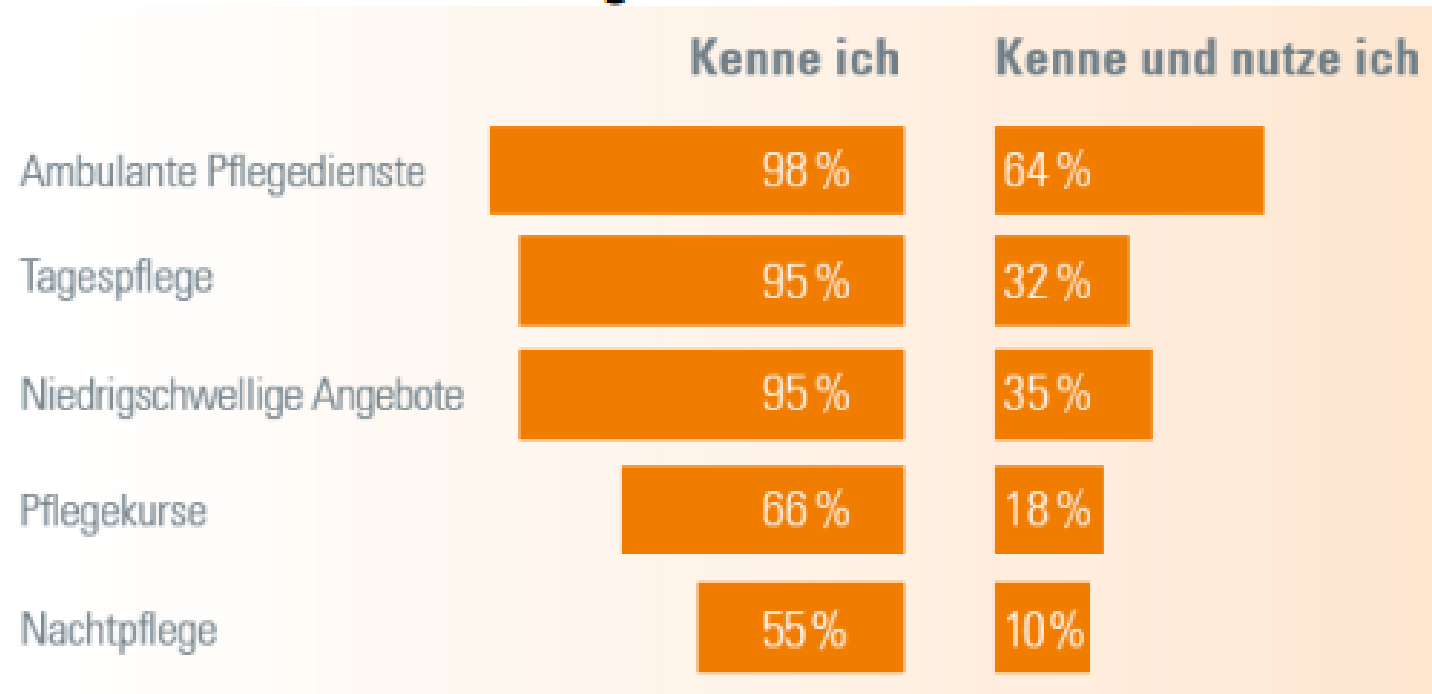
## Inanspruchnahme von Angeboten

- Information = Voraussetzung für Nutzung, aber: 50 % der Hauptpflegepersonen schlecht bis wenig informiert über Entlastungsangebote (COMPASS 2015)
- Trotz breiten Spektrums an Angeboten zur Unterstützung und Entlastung von pflegenden Angehörigen: Möglichkeiten nur von **sehr wenigen genutzt**:
- **Kein Angebot genutzt: 78%** (EUROFAMCARE, 2004)
- **Probleme:** mangelnde Selbstidentifikation, Unübersichtlichkeit, Bürokratie, Informationsmangel, Zeitdruck, Scham
- Bei Nutzung in der Regel **Zufriedenheit**.
- Viele pflegende Angehörige definieren sich selbst nicht als solche, obwohl sie die alltägliche Pflegearbeit leisten – das macht den **Zugang** zu ihnen schwer > **Selbst- und Fremdidentifikation**

## Ergebnisse: Forsa-Befragung

Externe Hilfsangebote sind bekannt, werden aber nur selten genutzt

- 32 % nutzen Tagespflege
- 35 % nutzen niedrigschwellige Angebote
- 18 % nutzen Pflegekurse





## Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede: Konzept

<http://parisozial-minden-luebbecke-herford.de/progs/parisozial/ps/minlue/content/e692/e5957/e6665/>

### Modellvorhaben GKV-Spitzenverband in Minden-Lübbecke

- **Ziel:** Spürbare und nachhaltige Entlastung der Pflegepersonen und Stabilisierung der häuslichen Lebens- und Pflegesituation durch **Verbesserung der Inanspruchnahme** von Leistungen der PV sowie zielgerechte Bündelung von **Beratungs-** und Schulungsleistungen und zeitlichen Freiräumen
- **Zugang: Zugehende** (nicht reaktiv) Beratung und Begleitung durch speziell qualifizierte Gesundheitsberater (*Anmerkung: vgl. Case Management*) über 18 Monate, vermittelt über Pflegeeinsätze durch amb. Dienste und Beratungseinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI
- **Akzeptanz:** hoch

## Entlastungsprogramm bei Demenz – Ede: Ergebnisse

- Besseren Umgang mit demenzbedingten **Verhaltensveränderungen** im Alltag ermöglicht (Schwerpunkt) – mehr Ruhe, Gelassenheit, besseres Verständnis
- Zugang zu **Unterstützungsangeboten** erleichtert - Wissenszuwachs über leistungsrechtliche Ansprüche erreicht
- Zeitliche **Freiräume** für persönliche Bedürfnisse geschaffen, als gewinnbringend und entlastend empfunden (flexible Nutzung von Kurzzeit- und Verhinderungspflege – Umwandlungsmöglichkeit im Modell) und für persönliche Bedürfnisse genutzt, da anfänglich gar nicht mehr bewusst waren
- Situative Erleichterung und **emotionale Entlastung** durch Entlastungsgespräche (aktives Zuhören, Anteilnahme, Wertschätzung)
  - > **Das Wichtigste: persönliche Ansprechpartner, Offenheit, Vertrauen, jemand der hinter einem steht, Bestätigung, gut gefühlt im Gespräch**
  - > **Als Regelleistung bei komplexen Bedarfslagen empfohlen.**

## 2. Gesundheit fördern

### Erkrankungen pflegender Angehöriger (SBK-Studie 2011)

- **1/3** aller Angehörigen **erkrankt** selbst
- Mit Blick auf die Zahl chronischer und schwerwiegender **Krankheiten** pro Person: pflegende Angehörige **deutlich kränker** als der Durchschnitts-Deutsche
- Zahl der entsprechenden **Diagnosen** um bis zu **51 % höher!**
- **Gesamte Leistungsausgaben** für pflegende Angehörige: **18 %** über dem Durchschnitt
- Aufwendungen für **stationäre** Krankenhausbehandlungen: **kaum Unterschiede**

(Allein pflegende sind weniger gesund, vgl. TK-Studie 2014)

## Das belastet pflegende Angehörige



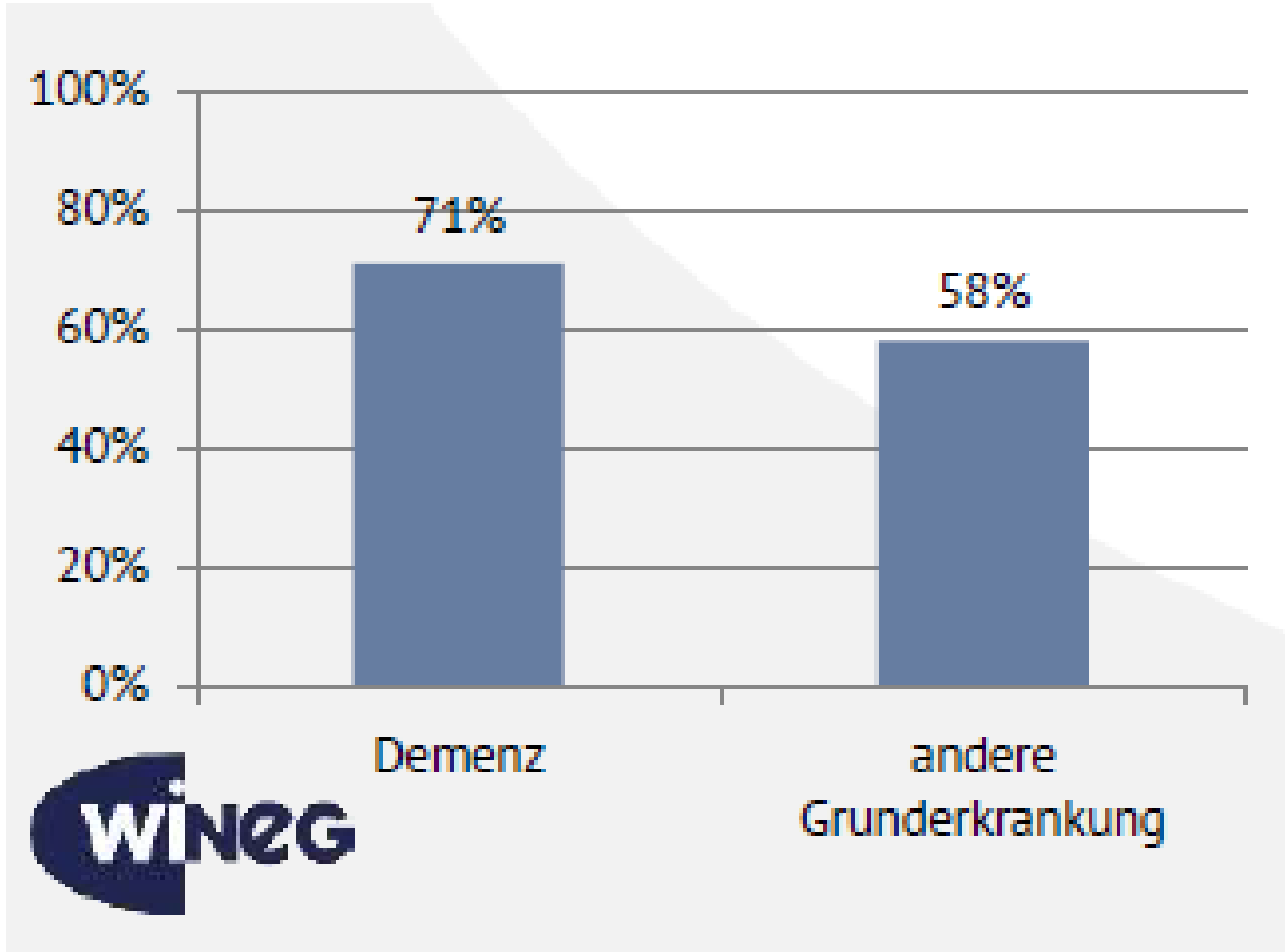
Vertikal: Grafik/Quelle: Pflegestudie der Techniker Krankenkasse 2014

**Die Pflege ist kräftezehrend**

Mehrfachnennungen möglich



Pflege ist kräftezehrend: 62% (TK-Studie 2014)



## Mehr Auszeit / Freizeit ermöglichen (Zitate EUROFAMCARE)

### Zitate von pflegenden Angehörigen

- *. . . Angebote für die Möglichkeit **zusammen** mit dem zu Pflegenden einen Tapetenwechsel zu erleben und dort auch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen zu können.*
- *Gern würde ich mal 10-14 Tage **Urlaub** machen und meinen **Mann zu Hause** gut betreut wissen. Kurzzeitpflege im Heim ist zwar möglich, aber jede Veränderung im Tagesablauf bringt Demenzkranke völlig durcheinander.*
- *Ich müsste, wie wohl andere Pflegende Auszeiten, d.h. **Kurzurlaube** haben, um neue Kraft zu schöpfen. Meine Ärztin empfiehlt mir 14 Tage pro Quartal – aber das geht ja leider nicht.*
- *Ganz, ganz wichtig: **Tagesbetreuung am Wochenende**. So könnte auch die pflegende Person mal ... was planen. Wäre toll!*
- *Das Schlimmste bei der Pflege ist für mich das zeitweilige Gefühl **eingesperrt** zu sein ... das Gebundensein.*

## Alzheimer Therapie Zentrum Ratzeburg

### Das Ratzeburger Modell: Rehabilitation für pflegende Angehörige

Eine Diagnose – zwei Patienten

Rehabilitanden

Demenzbetroffene Begleitpersonen



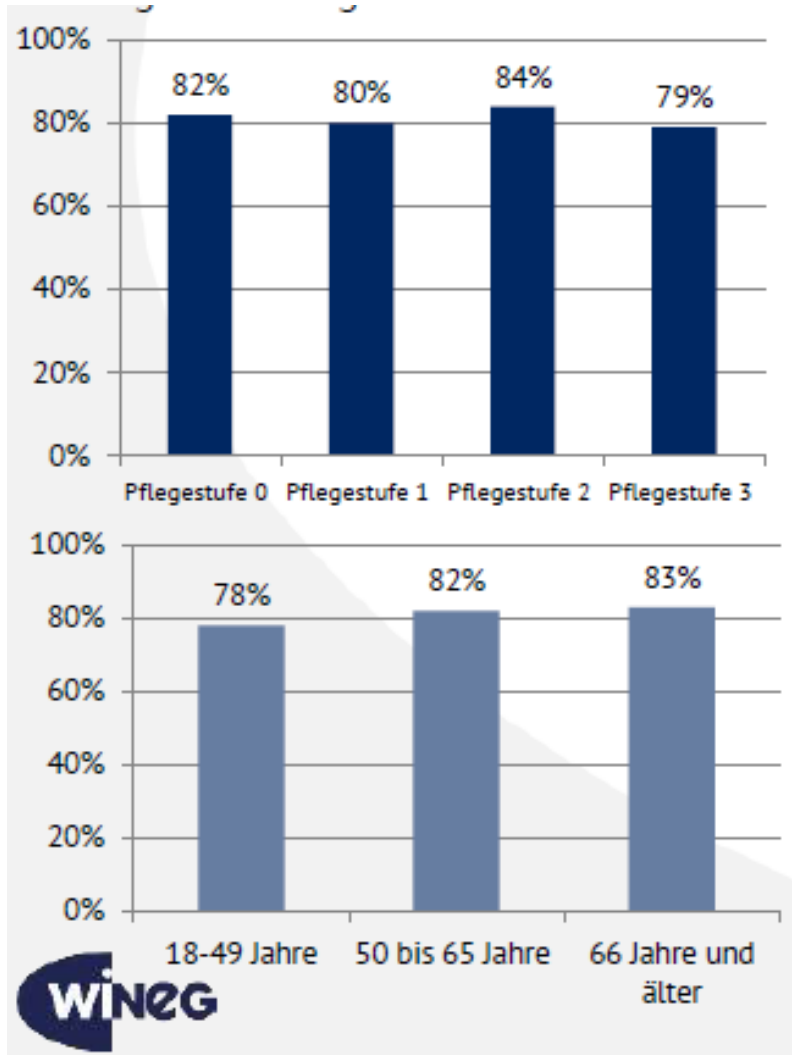
Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz tragen ein erhöhtes Risiko zu erkranken. Sie erbringen rund um die Uhr Höchstleistungen, bekommen zu wenig Schlaf und sind hohen seelischen Belastungen ausgesetzt. Sie vernachlässigen ihre eigenen Bedürfnisse, ihre Freizeitbeschäftigungen und soziale Bindungen.

Wesentliches Merkmal des Behandlungskonzepts nach dem

Ratzeburger Modell ist die Mitnahme des an Demenz erkrankten Familienmitglieds, entweder als Begleitperson (SGB V) oder im Rahmen der Kurzzeitpflege (SGB XI).



## Die Pflegetätigkeit gibt aber auch Kraft (TK-Studie 2014)



Ich ziehe viel Kraft aus dem Wissen, dass ich dazu beitrage, dass der Pflegebedürftige weiter zuhause wohnen kann: 81 %

(EUROFAMCARE: Positive Aspekte **weniger deutlich** ausgeprägt, wenn nicht nur körperliche Beeinträchtigungen vorliegen, sondern auch Gedächtnisprobleme und insbesondere **Verhaltensauffälligkeiten** hinzukommen)

Je älter, desto deutlicher



Beschwerden pflegender Angehöriger (DEGAM: Lichte 2000: 54)

Angegebene eigene Beschwerden der pfleg. Ang.	vorhanden	seit Pflege verschlechtert
Schwäche, Krankheitsgefühl	61 %	30 %
Rückenbeschwerden	60 %	31 %
Herz-Kreislauf-Beschwerden	26 %	10 %
Knie-Beschwerden	25 %	8 %
Gereiztheit / Überforderung	24 %	8 %
Depressive Störung	19 %	45 %
Magenbeschwerden	15 %	13 %
Gestörter Schlaf	7 %	43 %

## Wünsche an den Hausarzt (Lichte 2000) – bei eigenen Beschwerden als pfleg. Angehörige

Kur	<b>30 %</b>
Intensivere Betreuung	<b>21 %</b>
Arzneimittel	12 %
<b>Mehr Information</b> gewünscht zu:	
Pflege, Hilfsmittel, Pflegegeld, Pflegedienst	30 – 16 %
<b>Gesprächswünsche</b> wegen:	
Erschöpfung, schlechter Stimmung, Pflegebedürftigem, Heimunterbringung	28 – 12 %



## Hausarzt zentrale Anlaufstelle für erste Information?

### Pflegende Angehörige haben

- Informationsbedarf insbesondere über verfügbare Hilfen und das Krankheitsbild
- hohe Erwartungen an ihre Ärzte als erste Anlaufstelle
  - Hohe Kontaktrate
  - Kenntnis der Familie, gewachsenes Vertrauen (Hausbesuche)
  - Wenig Information über Alternativen
- Aber: hohe **Unzufriedenheit** der pflegenden Angehörigen mit der hausärztlichen Beratung



Hausarztbasiertes Konzept  
für pflegende Angehörige (IDA: 2005 - 9)

**Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA)**

- **Ausgangspunkt:** nur selten werden dringend notwendige Beratungsangebote in Anspruch genommen
- **Vorgehen:** Qualifizierte **zugehende** Beratung in den Versorgungsstrukturen etablieren – IDA-Beratung durch Fachkräfte (IDA-Berater), die eng mit den Hausärzten und weiteren Anbietern zusammen arbeiten und dadurch Case bzw. Care Management – Funktionen übernehmen
- **Ergebnis:** Steigerung der Nutzungsrate von Unterstützungsangeboten wie Angehörigengruppen und vor allem der zugehenden Angehörigenberatung (IDA-Beratung) bei aktiver Vermittlung durch den Hausarzt

**KBV-Versorgungsvertrag 2014 für pfleg. Angehörige**  
(<http://www.kbv.de/html/10117.php>)

**Aufgaben der Ärzte / Praxisteam**

- **Identifikation des pflegenden An- und Zugehörigen**
- **Identifikation der gesundheitlichen Situation sowie Risiken und Präventions- und Versorgungsberatung**
- **Teilnahmeberatung** der Versicherten: unkompliziertes Vorgehen
- **Frühzeitige Erstinformation** (Einbeziehen der Praxismitarbeiter)
- **Zugang zu weiterer Information:** persönlich (z.B. Pflegestützpunkte), schriftlich (Flyer, Broschüren, Literatur), Webportale
- **Erstberatung** zur eigenen Gesunderhaltung sowie zum Krankheitsbild des Pflegebedürftigen und zu möglichen Hilfen
- **Weiterverweis** ggf. Vermittlung an spezifische Beratungsangebote:
- **Koordinationsfunktion:** ggf. Überweisungen (Facharzt, Reha), Verlauf beobachten unter Einbeziehung des Hilfenetzes



## 3. Beruf und Pflege vereinbaren

2/3 der Hauptpflegepersonen sind erwerbstätig (Pflege Report 2016)

Die Unterstützung erwerbstätiger pflegender Angehöriger (pA) ist eine **win-win-Situation für pflegende Angehörige, Unternehmen und Gesamtgesellschaft:**

- den pA wird Entlastung ermöglicht,
- die Unternehmen erhalten ihre qualifizierten MitarbeiterInnen (v.a. Frauen im mittleren Alter),
- die Gesellschaft unterstützt den Erhalt des familialen Pflegepotenzials und hat damit Kostenersparnisse.



## Bedeutung der Beibehaltung der Erwerbstätigkeit trotz Angehörigenpflege (ZQP-Studie 2014)

- Beibehaltung ist für pA (sehr) wichtig 94%
- Gründe, für die Beibehaltung  
    Finanzielle Gründe: 86%
- Vereinbarkeit sollte für Unternehmen  
    (sehr) wichtig sein 63%
- Vereinbarkeit wird in der aktuellen Situation  
als eher / sehr schlecht eingeschätzt: 72 %

Hauptsächlicher Grund, weshalb nicht über die Pflegesituation gesprochen wird:

- Sorge um den Arbeitsplatz 64 %
- Angst vor berufl. Nachteilen 60 %
- Mangelndes Verständnis der Vorgesetzten fast 50 %

- **Notwendigkeit veränderter Unternehmenskultur**
- **Beratungsbedarf bei Unternehmen**



## Gesetzliche Regelungen

- Kurzzeitige Arbeitsverhinderung (akut aufgetretene Pflegesituation) und Pflegeunterstützungsgeld
- Pflegezeit (vollständige oder teilweise Freistellung bis zu 6 M.)
- Familienpflegezeit (teilweise Freistellung bis zu 24 Monaten)

Die neuen gesetzlichen Regelungen im Video erklärt



Siehe:

<http://www.wege-zur-pflege.de/familienpflegezeit.html>

**Neue Gesetze: Pflegezeit und Familienpflegezeit** werden als realitätsfern eingeschätzt, nur für wenige eine Option, weil finanziell nicht tragbar.





# Einstellungen zu neuen gesetzlichen Maßnahmen

(ZQP-Studie 2014)

Pflegeunterstützungsgeld (ca. 90% des Nettogehalts)

- (sehr) hilfreich 89%

*weiß nicht: 25%*

*in Unternehmen mit weniger als 16 Mitarbeitern: weniger als die Hälfte*

- würden es selbst in Anspruch nehmen 85%

**Weitgehend uneingeschränkte Unterstützung, langjährige Forderung der Sozial- und Interessensverbände wurde umgesetzt. Aber noch ein Viertel hat keine Meinung.**



## Einstellungen zu neuen gesetzlichen Maßnahmen (ZQP-Studie 2014)

### Freistellung zur Begleitung im Sterbeprozess

- (sehr) hilfreich = 68% *weiß nicht = 22%*

Würde sie selbst in Anspruch nehmen = 52%

Wenn keine Inanspruchnahme:

- finanzielle Gründe 73%
- geringe Planbarkeit der Pflege 50%
- Angst vor beruflichen Nachteilen 26%

**Die hohe Angabe von „weiß nicht“ und die Diskrepanz zwischen Einschätzung als hilfreich und Bereitschaft zur Inanspruchnahme deutet auf Probleme hin, bei Verständnis oder Angeboten.**



## Einstellungen zu neuen gesetzlichen Maßnahmen (ZQP-Studie 2014)

### Familienpflegezeit (Rechtsanspruch max. 24 Monate)

- (sehr) hilfreich 55%

- würde sie selbst in Anspruch nehmen 33%

wenn keine Inanspruchnahme:

- finanzielle Gründe 84%

- Angst vor beruflichen Nachteilen 43%

- geringe Planbarkeit der Pflege 37%

**Nur ca ein Viertel halten die Dauer von 24 Monaten für ausreichend, obwohl 55% sie für (sehr) hilfreich halten. .**



## Zitat Februar 2015:

### Frau pflegt ihre schwerbehinderte Schwester

- Zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf möchte ich generell sagen, dass es einer Familienpolitik bedürfte, die es **Frauen und Männern gleichermaßen** erlauben würde, Krankheitszeiten der Familie durch den Einsatz von (weit mehr als bisher vorhandenen) **Tagesmütterstellen und Haushaltshilfen** – neben KiTas und Schulbetreuung – aufzufangen.
- Beim **Pflegezeitgesetz** bemängele ich beispielsweise, dass mit der beruflichen Freistellung von 6 Monaten ein Anspruch auf **Lohnfortzahlung** fehlt (auch ungerecht, dass diese Regelung erst in Betrieben ab 25 Mitarbeitern greift).
- Der große Wurf würde m.E. bedeuten, dass nicht mehr unterschieden wird zwischen der von Professionellen oder Angehörigen erbrachten Pflege, sondern dass **Angehörige entsprechend ihrer Leistung bezahlt** werden – und somit der Armut und Altersarmut vorbeugen können.



## Zitat Februar 2015:

ca 50jährige Frau pflegt seit fast 10 J. ihren von Schlaganfall betroffenen Mann, arbeitet VZ, um alles bezahlen zu können,  
> Burn-out, Kur, weiter VZ (Teil 1)

- Die 10-Tage-Regelung, wo jemand 90% des Gehalts erhalten soll, findet ebenso jenseits der Lebensrealität derjenigen statt, die davon unmittelbar betroffen sind: Man stelle sich vor, man muss sich neben dem Angehörigen, um den man sich kümmern muss und will, auch noch um die Bürokratie kümmern, sich vielleicht mit der Personalabteilung und/oder mit dem Chef auseinandersetzen, um die Bürokratie und das Ganze "Drumherum" dieses Gesetzes zu erledigen. Welcher vernünftige Mensch der sich in dieser Situation ganz seinem Angehörigen widmet, macht so etwas?
- Auch dass es nur 90% der letzten Bezüge sein sollen, die jemand erhält, ist ein Indiz dafür, dass dies wohl eher abschrecken soll diesen Punkt in Anspruch zu nehmen. Den allermeisten Menschen, die ich kenne, ist dies einfach viel zu kompliziert und löst Ängste aus, mit denen man sich in diesem Moment ganz gewiss nicht beschäftigen will, also lässt man es.



## Zitat Februar 2015:

ca 50jährige Frau pflegt seit fast 10 J. ihren von Schlaganfall betroffenen Mann, arbeitet VZ, um alles bezahlen zu können,  
> Burn-out, Kur, weiter VZ (Teil 2)

- **Normal und Geringverdiener können es sich einfach ganz oft nicht leisten, über einen längeren Zeitraum auf 25% des Gehalts zu verzichten.**  
Auch die Anforderung, dass das Ganze ja nur 2 Jahre dauern darf und man dann unter Umständen einen Kredit am Hals hat, den man abstottern muss UND sich am Anfang die Frage stellen muss: was ist, wenn mein pflegebedürftiger Angehöriger nach 2 Jahren noch lebt? schreckt vernünftig denkende und planende Menschen einfach ab. Man hat das Gefühl, "wenn ich diesen Schritt tue, werde ich das eines Tages sehr bereuen".
- **Es müssen Lohnersatzleistungen her die steuerfinanziert sind, damit jemand, der sich für eine Pflege entscheidet und deswegen auf Teilzeit hinuntergeht auch wirklich einen tragfähigen Boden hat, auf dem er dies tun kann. Die Pflege ist gesamtgesellschaftlich zu sehen und diese halbherzigen und Pseudogesetze nutzen nur ganz wenigen, aber die Politik kann behaupten, man habe etwas getan.**



## Zitat Februar 2015: Pflegerische Ehefrau mit VZ-Beschäftigung

- Mein Mann konnte gestern krankheitsbedingt nicht zur Tagespflege, ich musste kurzfristig zuhause bleiben, meldete mich auf der Arbeit "Mann-krank". Ich hatte das neue Gesetz so verstanden, dass mir jetzt - ähnlich wie bei kranken Kindern - einige Krankheitstage (wenn mein Mann erkrankt ist) zustünden. Diese Annahme ist falsch.
- Die 10 Tage sind nur für den Neueintritt der Pflegesituation gedacht, nicht für eine akute Erkrankung des zu Pflegenden. Als Angehöriger muss ich Urlaub nehmen.
- Ich finde das nicht angemessen.



## 4. Finanzielle Belastungen

Die **Arbeitsleistung von pflegenden Angehörigen** veranschaulicht der Chef des AOK-Bundesverbands mit einer einfachen Rechnung.

"Wenn man die Stundenzahl, die **pflegende Angehörige** aufwenden, mit dem heutigen Mindestlohn multipliziert, dann liegt die Wertschöpfung bei sage und schreibe rund **37 Milliarden Euro pro Jahr**. Eine gewaltige Summe, wenn man bedenkt, dass die **Pflegeversicherung** selbst nur eine Einnahmenvolumen von rund **26 Milliarden Euro** umfasst.,"

Quelle: <https://zuhause-pflegen.de/de-DE/News/2016/09/AOK-Pflege-Report-2016>



## Armutsrisiko durch Pflege

- **Armut durch Pflege** wird für immer mehr zum Thema!
- Die **Initiative Armut durch Pflege** unseres Vereins „wir pflegen – Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.“ **lässt Betroffene zu Wort kommen.** ([www.armutdurchpflege.de](http://www.armutdurchpflege.de))
- **Zitat eines pflegenden Sohnes:** „Nach dem ich die Pflege meiner Mutter übernahm, bin ich automatisch in Hartz IV gerutscht. Seitdem sehe ich ein „großes schwarzes Loch“ auf mich zu kommen. Meine wirtschaftliche Lage hat sich stark verschlechtert. Gerade wenn ich an meine Zukunft denke, muss ich mit Altersarmut rechnen, da ich mir als Hartz IV Empfänger in den ganzen Jahren nichts ansparen durfte. Eine Arbeit nach der Pflege werde ich mit über 50 Jahren schlecht mehr finden. An Lebensstandard habe ich eingebüßt, da ich nicht selbst über meinen Wohnraum, Auto und andere Dinge entscheiden darf.“
  - **Kein Hartz IV für pflegende Angehörige – sie haben Arbeit!**



## Finanzielle Belastungen noch zu wenig im Blick?

Über die sozialen Folgen von Demenz sprach demenzDAS MAGAZIN mit  
**Olivia Dibelius**, Professorin für Pflegewissenschaft in Berlin

# „Demenz macht arm!“

- „Zwei Drittel aller Kosten werden von den Familien geschultert. ... Bei schweren Demenzverläufen sind die Kosten doppelt so hoch wie bei leichten.
- Jährliche Belastungen:  
Familie: anfangs 13. 000 € bis später 70.000 €  
PV: 3.000 bis 24.200 € / KV: 1.200 € bis 800 €



## 5. Geschlechtergerechtigkeit ermöglichen

**Rollenverteilung zwischen Frauen und Männern ist ungerecht.**

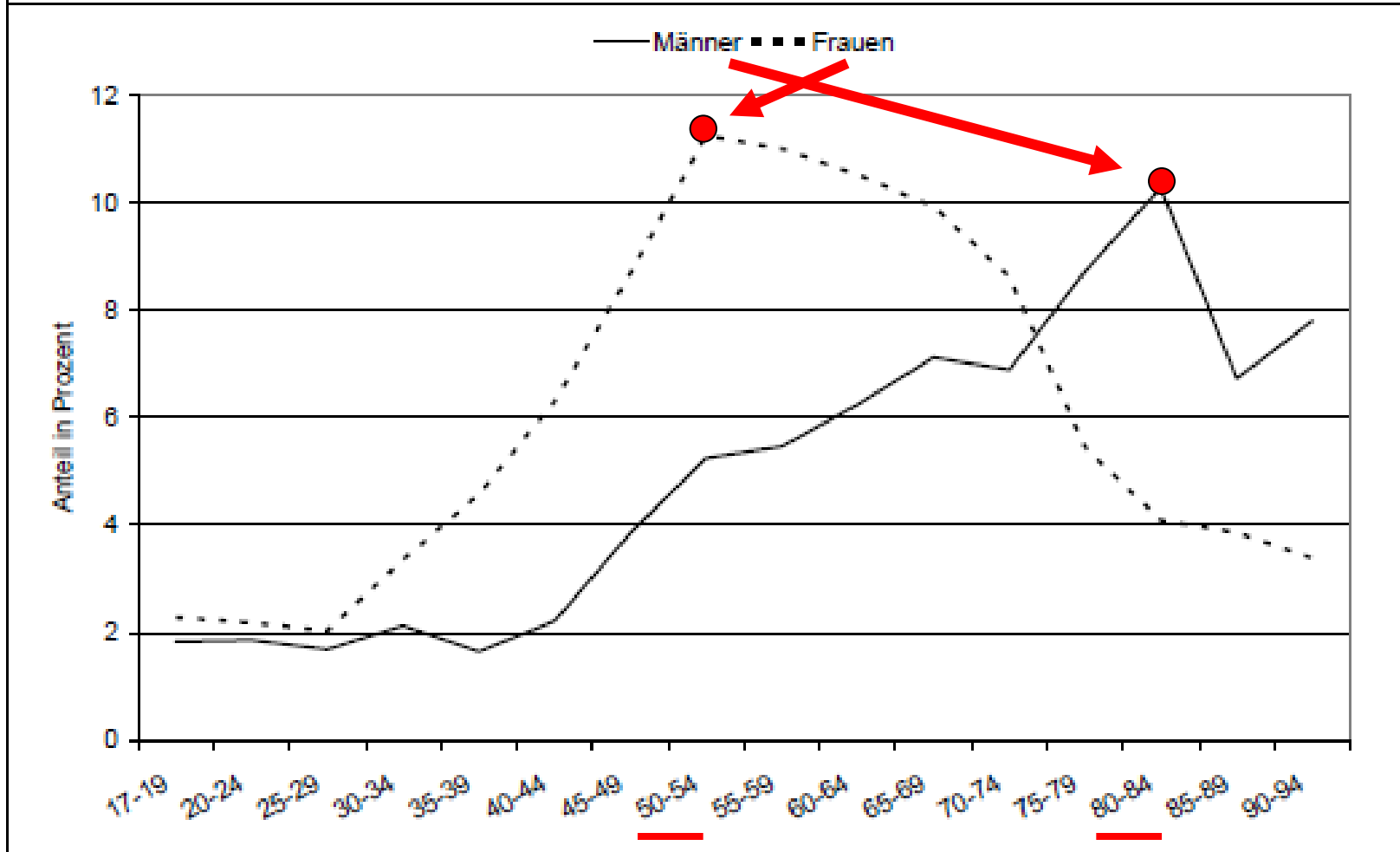
**Ungleiche Einkommen bzw. Bezahlungen** führen dazu, dass die Frauen mit geringerem Einkommen eher die Arbeit reduzieren zugunsten der Pflege.

**Mehr Frauen haben das Risiko der Altersarmut**, da sie stärker in Pflege eingebunden sind, ggf. Erwerbstätigkeit reduzieren oder auch ganz aufgeben.

**Rentenansprüche von Frauen** sind geringer.



Abbildung 30: Pflegepersonen nach Alter und Geschlecht



Quelle: SOEP v28, gewichtet

Rothgang, Müller, Unger (2013): Barmer GEK Pflegereport 2013. Schwerpunktthema: Reha und Pflege



**Interessenvertretung begleitender Angehöriger und Freunde in Deutschland e.V.**

Regionalgruppe Großraum Hamburg - Dr. Hanneli Döhner – doehner@wir-pflegen.net

## Pflege und Erwerbstätigkeit vereinbaren: Umfang

Umfang der Erwerbstätigkeit von weiblichen und männlichen Hauptpflegepersonen<sup>1)</sup> bei Pflegebeginn in Deutschland (2010), in Prozent

	Frauen	Männer
Nicht erwerbstätig	42,1	37,2
Geringfügig erwerbstätig (< 15 Std./Woche)	→ 11,3	7,7
Teilzeit (15 bis 30 Std./Woche)	22,9	→ 9,4
Vollzeit (über 30 Std./Woche)	23,3	45,3

1) Grundgesamtheit sind hier die Hauptpflegepersonen aus Privathaushalten mit pflegebedürftigen Personen, wenn sie zu Beginn der Pflege noch im erwerbstätigen Alter (zwischen 15 und 65 Jahren) waren.

Basis: Zum Zeitpunkt des Pflegebeginns im erwerbsfähigen Alter befindliche weibliche und männliche Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person

Datenquelle: Schmidt, Manuela / Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“  
Bundesministerium für Gesundheit: (Hg.), Berlin

Bearbeitung: WSI GenderDatenPortal 2013 WSI Hans Bökler Stiftung



## Pflege und Erwerbstätigkeit vereinbaren: Fortsetzung

Fortsetzung der Erwerbstätigkeit von weiblichen und männlichen Hauptpflegepersonen<sup>1)</sup> nach Pflegebeginn in Deutschland (2010), in Prozent

	Frauen	Männer	Gesamt
Person musste Erwerbstätigkeit wegen Pflege aufgeben	→ 16,8	7,6	14,6
Person musste die Erwerbstätigkeit einschränken	32,7	37,9	34,0
Person hat die Erwerbstätigkeit unverändert fortgesetzt	50,0	54,5	51,1
Weiß nicht	0,0	0,0	0,0
Keine Angabe	0,4	0,0	0,3

1) Grundgesamtheit sind hier die Hauptpflegepersonen aus Privathaushalten mit pflegebedürftigen Personen, wenn sie zu Beginn der Pflege noch im erwerbstätigen Alter (zwischen 15 und 65 Jahren) waren.

Basis: Zum Zeitpunkt des Pflegebeginns im erwerbsfähigen Alter befindliche weibliche und männliche Hauptpflegepersonen in Privathaushalten mit pflegebedürftiger Person

Datenquelle: Schmidt, Manuela / Schneekloth, Ulrich (2011): Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes.“  
Bundesministerium für Gesundheit: (Hg.), Berlin

Bearbeitung: WSI GenderDatenPortal 2013 WSI Hans Böttcher Stiftung



# Herausforderung: Pflegepotenzial erhalten, um den Pflegekollaps zu vermeiden?

**Was ist zu tun? Zentrale Handlungsbereiche zur Entlastung pflegender Angehöriger:**

1. Information, Beratung und Begleitung zugänglich machen
2. Gesundheit fördern
3. Beruf und Pflege vereinbaren
4. Finanzielle Belastungen abbauen
5. Geschlechtergerechtigkeit ermöglichen

**Was ist zu tun? Wo drückt bei Ihnen der Schuh?**



**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**

**Wir freuen uns auf Austausch und  
Zusammenarbeit mit allen, die sich  
für die Interessen der pflegenden Angehörigen  
einsetzen möchten!**

**Die Regionalgruppe Großraum Hamburg**

wir pflegen

**Kontakt: [doehner@wir-pflegen.net](mailto:doehner@wir-pflegen.net)**

