

Wenn Angehörige die Pflege übernehmen

Von Kosten und Nutzen intrafamiliärer Pflegevereinbarungen

Ob ein Angehöriger im Alter zu Hause von der Familie versorgt werden kann, hängt von vielen Faktoren ab, nicht nur davon, ob die Familienmitglieder über die nötigen Pflegekenntnisse verfügen, motiviert sind oder ob sie sich moralisch verpflichtet fühlen. Bei der Frage nach den Möglichkeiten der Pflege in der Familie, man spricht auch von »intrafamiliären Pflegearrangements«, müssen auch ökonomische Gesichtspunkte berücksichtigt werden: Wer sich als Pflegebedürftiger entscheidet, keinen ambulanten Pflegedienst zu engagieren oder nicht ins Heim zu gehen, der bevorzugt – ökonomisch gesprochen – die Eigenproduktion in Form der Familienpflege gegenüber dem Kauf professioneller Pflegedienstleistungen von externen Märkten. Welche Gründe haben Familien für die Bevorzugung der intrafamiliären Pflege, welchen Nutzen und welche Kosten berücksichtigen sie bei ihrer (Pflege-)Entscheidung? Um die beobachtbare Stabilität und die möglichen Vorteile der Pflege in Familien und Privathaushalten zu erklären, kann die ökonomische Sicht interessante Aspekte erhellen. Letztere werden in diesem Beitrag mit den Ergebnissen einer schriftlichen Befragung zu den Auswirkungen der Gesetzlichen Pflegeversicherung in Hessen konfrontiert [siehe »Forschungsprojekt: Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die häusliche Pflege«, Seite 73].

Häusliche Pflegearrangements dominieren

Die Pflegebedürftigen in Hessen, die zu Hause gepflegt werden, präferieren mehrheitlich die Pflege durch Familienmitglieder. Demgegenüber werden Versorgungsangebote von Gemeindefachkräften oder ambulanten Pflegediensten in weit geringerem Umfang nachgefragt. Damit korrespondiert, dass insgesamt rund 72 Prozent der befragten Pflegebedürftigen sich für die Leistungsform Pflegegeld der Gesetzlichen Pflegeversicherung entscheiden. Die Pflegebedürftigen wählen zwar um so weniger die Geldleistung, je höher die Pflegestufe ist,



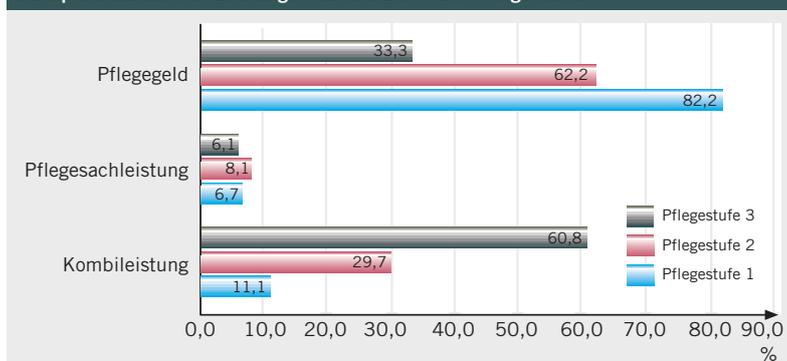
dennoch entscheiden sich immerhin noch rund 33 Prozent der Pflegebedürftigen der höchsten Pflegestufe 3 für das Pflegegeld und damit auch für die Fortführung familiärer Pflege. **1**

In Hessen verfügen rund 78 Prozent der befragten Hilfe- und Pflegebedürftigen rechnerisch über mindestens eine Person, von der sie familien- beziehungsweise haus-

haltsintern gepflegt werden. **2** Dabei wohnen rund 53 Prozent der Hauptpflegepersonen – damit werden jene Personen bezeichnet, die einen Pflegebedürftigen hauptsächlich, aber nicht erwerbsmäßig betreuen – mit der hilfebedürftigen Person gemeinsam in einem Haushalt, rund 21 Prozent wohnen im gleichen Haus, rund 9 Prozent in der unmittelbaren Nachbarschaft.

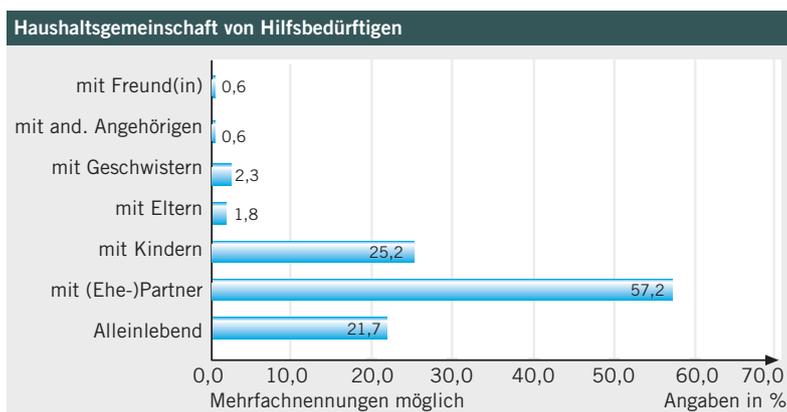
Solange es geht in den eigenen vier Wänden: Die meisten älteren Menschen möchten von Familienangehörigen zu Hause versorgt werden.

Inanspruchnahme von Leistungen differenziert nach Pflegestufen



1 Pflegegeld ist mit großem Abstand die häufigste in Anspruch genommene Leistungsform der Gesetzlichen Pflegeversicherung. In Pflegestufe 1 wählen 82,2 Prozent die Leistungsart Pflegegeld, in Pflegestufe 2 noch 62,2 Prozent und in Pflegestufe 3 sogar noch 33,3 Prozent. Auf ambulante Pflegedienste greifen die zu Hause versorgten Pflegebedürftigen in nennenswertem Umfang also erst in der höchsten Pflegestufe zurück.

2 Bilden die pflegebedürftige Person und die Hauptpflegeperson eine Haushaltsgemeinschaft, bestehen gute Chancen auf ein stabiles Pflegearrangement. Wie nicht anders zu erwarten, bilden die Pflegebedürftigen hauptsächlich mit ihren Partnern und Kindern einen gemeinsamen Haushalt.



Weitere rund 12 Prozent leben nur maximal 30 Minuten entfernt. Somit verfügen rund 95 Prozent der Hilfe- und Pflegebedürftigen in Hessen über eine Hauptpflegeperson, die im Bedarfsfall schnell zur Stelle sein und helfen kann. Das ist eine nicht zu unterschätzende notwendige, aber immer noch keine hinreichende Bedingung, um familiäre Pflege aufrechtzuerhalten und um professionelle oder stationäre Pflegeformen möglichst lange zu vermeiden.

Nicht erwerbsmäßige, also informelle Pflege, ist in Hessen zu 91,5 Prozent Familiensache, in erster Linie sind es die (Ehe-)Partner

Pflegekategorien hoch gestuft werden und der Aufwand deutlich ansteigt?

Der Dienstleistungscharakter von Hilfe- und Pflegeleistungen

Hilfe- und Pflegeleistungen sind Dienstleistungen, deren Produktion direkt personenbezogen (wie Waschen und Kämmen) oder indirekt personenbezogen (wie Zubereiten von Speisen) erfolgt. Die Pflegebedürftigen als Nachfrager von Hilfe- und Pflegeleistungen können die Qualität der Pflegedienstleistungen und die Effizienz des Produktionsprozesses kaum oder nur schwer objektiv beurteilen, da sehr oft die dafür notwendigen Fachkenntnisse fehlen. Deshalb haben diese Leistungen den Charakter von Glaubens- oder Vertrauensgütern. Den pflegenden Familienmitgliedern fällt es zudem schwer, als Laien eine qualitativ hochstehende Pflege, etwa nach anerkannten professionellen Pflegestandards, zu erbringen. Sowohl Pflegebedürftige als auch Hauptpflegepersonen haben

also Schwierigkeiten, die Qualität der Pflegedienstleistungen objektiv zu bewerten. Dies führt häufig zu Fehleinschätzungen und hat zur Folge, dass einmal geschlossene Pflegearrangements von allen Beteiligten nicht gelöst werden, selbst wenn das Versorgungsniveau suboptimal ist und die Pflegeperson nur begrenzt den Leistungsanforderungen nachkommt. Diese Probleme bei der Qualitätsbeurteilung von Pflegetätigkeiten sprechen für die Stabilität aller denkbaren Pflegearrangements, gleichgültig, ob in der Familie oder durch eine professionelle Pflegekraft gepflegt wird. Da aber die Pflege in der Familie jene Versorgungsform ist, die in der großen Mehrzahl der Fälle am Beginn der Pflegebedürftigkeit steht, wirkt sich dieser stabilisierende Faktor hier besonders aus.

Familien sind »Pflegeproduktionsgemeinschaften«

Privathaushalte oder Familien, in denen ein Angehöriger gepflegt wird, können aus ökonomischer Perspektive als »Pflegeproduktionsgemeinschaften« interpretiert werden. Ein entscheidender Grund für die haushalts- beziehungsweise familieninterne »Produktion« von Pflegeleistungen ist, dass sie von externen Märkten nicht, nicht in der gewünschten Qualität oder nur zu vergleichsweise hohen Kosten bezogen werden können. Ein weiterer Grund liegt darin, dass diese Art der Pflege »Spezialisierungsgewinne« ermöglicht: Was nichts anderes bedeutet, als dass sich ein Haushaltsmitglied auf Marktarbeit und damit Erwerbseinkommen und ein anderes auf Haus- und Pflegetätigkeiten spezialisiert und damit seine Fähigkeiten in den Pflegeprozess einbringt. Der Spezialisierungsgewinn besteht dann darin, dass das vorhandene gemeinschaftliche Vermögen geschont und der Wohlstand aller Haushaltsmitglieder stabilisiert wird. Allerdings tritt er nur dann ein, wenn die eingesparten Ausgaben für professionelle ambulante oder stationäre Pflege höher sind als das durch familiäre Pflege entgangene Erwerbseinkommen. Umgekehrt gilt: Wird wegen der Pflegetätigkeit eine Berufstätigkeit reduziert oder aufgegeben und übersteigt der dadurch entstandene Markteinkommensverlust die Pflegekosten, sinkt der Wohlstand des Pflege-

Identität häuslicher Pflegepersonen

| Hauptpflegeperson | Prozentwerte |
|--------------------------------------|--------------|
| (Ehe-)Partner(in) | 40,8 |
| Tochter | 25,7 |
| Schwiegertochter | 13,8 |
| Sohn | 7,9 |
| Sonstige Verwandte | 3,3 |
| Bekannt(e)/Freund(in)/Nachbar(in) | 4,7 |
| Privater Pflegedienst/Gemeindehelfer | 3,8 |

3 91,5 Prozent der befragten Hauptpflegepersonen in Hessen stehen in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zu der Person, die sie pflegen. Dabei engagieren sich in erster Linie (Ehe-)Partner, dicht gefolgt von Töchtern und Schwiegertöchtern, als Hauptpflegepersonen.

(rund 41 Prozent), die sich so engagieren. 3 Mit fast 62 Prozent übernehmen deutlich mehr Frauen diese Aufgabe, wenn sich auch mit steigendem Lebensalter der Anteil pflegender Männer erhöht. 4

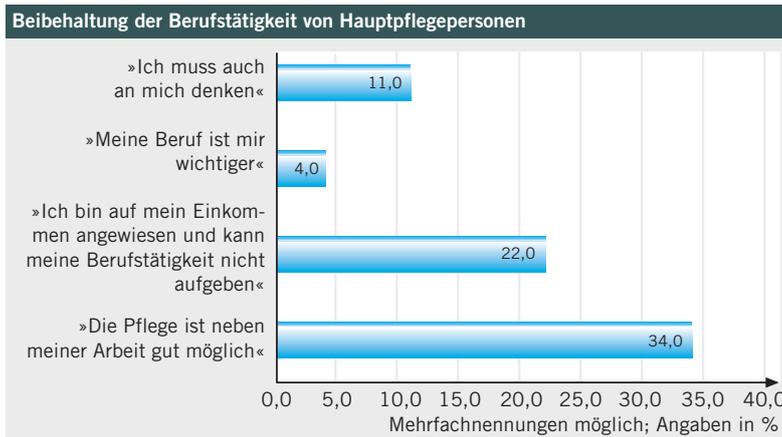
Warum spielt die Pflege in der Familie gegenüber professionellen Versorgungsformen so eine dominierende Rolle? Welche Gründe gibt es dafür, dass die familiären Pflegearrangements offensichtlich eine so große Stabilität besitzen, auch wenn die Betroffenen in den

Geschlecht und Alter der befragten Hauptpflegepersonen

| Alter in Jahren | Frauen | Männer |
|--------------------|--------|--------|
| bis 39 | 12,9 | 2,3 |
| 40 bis 64 | 58,6 | 37,4 |
| 65 Jahre und älter | 28,5 | 60,3 |

4 Der Altersgipfel der männlichen Hauptpflegepersonen liegt bei 65 Jahren und älter, während die Frauen in der Altersklasse der 40- bis 64-Jährigen am stärksten vertreten sind. Die vergleichsweise geringe Pflegebeteiligung der Männer ist in erster Linie auf die traditionelle geschlechtsspezifische Aufgabenteilung zurückzuführen, wonach Männer über alle Altersstufen hinweg eine höhere Erwerbsbeteiligung als Frauen haben.

haushalts. Allerdings, rund 46 Prozent der von uns befragten Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter von unter 60 Jahren, die vor der Übernahme der Pflegetätigkeit berufstätig waren, sind dies auch noch danach. Von der Gruppe derer, die ihre Berufstätigkeit nicht aufgeben haben, sind 34 Prozent davon überzeugt, dass Pflege- und Berufstätigkeit gut vereinbar sind. **5** Lediglich 22 Prozent gaben an, auf das berufliche Einkommen angewiesen zu sein und deshalb weiter gearbeitet zu haben. 11 Pro-



5 Berufs- und Pflegetätigkeit sind in Grenzen vereinbar. Die Gründe für die Beibehaltung der Berufstätigkeit können dabei verschieden sein. Offensichtlich spielen aber wirtschaftliche Gründe eine nicht unbedeutende Rolle.



zent der Befragten stimmten der Aussage zu »Ich muss auch an mich denken« und sprachen sich aus diesem Grund eindeutig für eine Fortführung ihrer Berufstätigkeit aus.

Die Pflegeversicherung als Erbschaftsversicherung

Es liegt nahe, dass Familienangehörige langfristig am Aufbau, Erhalt und Ausbau des Familienvermögens in der Generationenabfolge interessiert sind. Diesem Ziel entspricht die Pflege eines Angehörigen, um stationäre Versorgung zu vermeiden oder hinauszuzögern

und Kosten zu sparen. Verzichtet aber ein pflegendes Familienmitglied auf sein Einkommen und wird dies nicht durch das Pflegegeld oder andere Zuwendungen kompensiert, sinkt das Familienvermögen. Der gleiche Effekt tritt ein, wenn die kostenpflichtige stationäre Pflege der Eltern das Gesamtbudget weniger belastet als der Ausstieg aus dem Beruf. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit, die Eltern in einem Heim unterzubringen.

Auch die Gesetzliche Pflegeversicherung schützt das Haushalts- oder Familienvermögen; und das in drei-

facher Weise. Sie schützt – und das nennt man die individuelle Schutzwirkung – den Pflegebedürftigen durch das differenzierte Leistungsprogramm davor, die hohen Kosten der Pflege allein tragen zu müssen. Zudem bewahrt die Gesetzliche Pflegeversicherung die Allgemeinheit, genauer die Steuerzahler, davor, zur Finanzierung der Sozialhilfe und damit der Pflegekosten jener Pflegebedürftigen herangezogen zu werden, die ohne Gesetzliche Pflegeversicherung keine genügende Eigenvorsorge betrieben hätten. Darüber hinaus wirkt die Gesetzliche Pflegeversicherung – und dies wird oft übersehen – wie eine Erbschaftsversicherung, denn sie sichert in der Höhe ihrer Leistungen den Erhalt des privaten Vermögens der (Ehe-) Partner, Kinder und Enkel der Pflegebedürftigen, das sonst für den Kauf von Pflegedienstleistungen teilweise oder ganz aufgelöst werden müsste.

Materielle Anreize: Pflege nicht nur gegen »Gottes Lohn«

Bei den Pflegearrangements in der Familie geht es auch immer um eine angemessene Entlohnung. Dabei ist es unerheblich, ob diese durch die pflegebedürftige Person erfolgt oder durch Dritte, etwa durch die

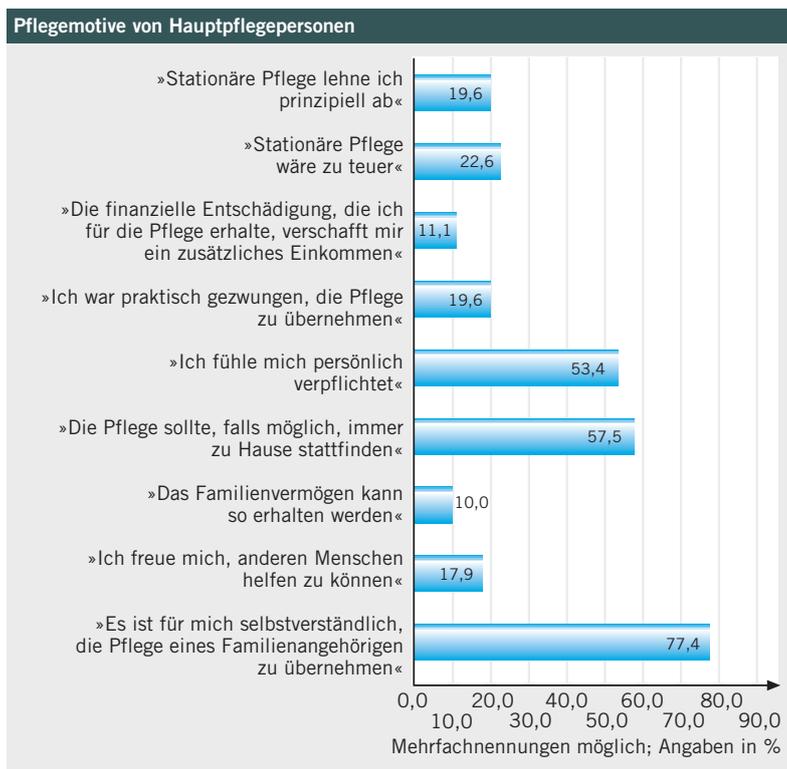
Forschungsprojekt: Auswirkungen der Pflegeversicherung auf die häusliche Pflege

Mit einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierten Forschungsvorhaben untersuchten Prof. Dr. Roland Eisen und Diplom-Volkswirt Hans-Christian Mager in den Jahren 2001 bis 2003, wie sich die Gesetzliche Pflegeversicherung auf die betroffenen Familien in den Bundesländern Bayern und Hessen auswirkt.

Ausgewertet werden konnten die Antworten von rund 1700 Pflegehaushalten. Pro Pflegehaushalt erhielten sowohl die pflegebedürftige Person als auch deren Hauptpflegeperson, meistens ein Angehöriger, je einen Fragebogen mit jeweils 40

Fragen. Erhoben wurde, neben sozio-demografischen, auch eine große Zahl pflegerelevanter Merkmale, wie Wohnsituation, körperliche Beeinträchtigungen, Dauer und Ausmaß der Pflegebedürftigkeit, Form der Pflege, Verfügbarkeit familiärer Hilfe, Einstellungen zu verschiedenen Pflegeformen. Die erhobenen Mikrodatsensets haben bis dato noch nicht verfügbare Informationen geliefert, über die häusliche Pflegesituation, die subjektiven Einstellungen der Pflegebedürftigen, die Auswirkungen der Pflegeversicherung und die Beziehungen zwischen den Pflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen.

6 Hauptpflegepersonen geben unterschiedliche Gründe an, wenn es um ihre Pflegemotivation geht. Wie die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, erwägen die Hauptpflegepersonen durchaus wirtschaftliche Konsequenzen ihres Pflegeengagements.



die Motivation steuert. Finanzielle Überlegungen spielen eine sehr unterschiedliche Rolle, wenn es um die Pflege geht 6 : Die Aussage »Das Familienvermögen kann so erhalten werden« kennzeichnen lediglich 10 Prozent der Befragten als zutreffend; allerdings lehnen stationäre Pflege 22,6 Prozent der befragten Hauptpflegepersonen als zu teuer und 19,6 Prozent sogar prinzipiell ab. Das macht deutlich, dass ökonomische Restriktionen sehr wohl beachtet werden. Für diese Interpretation spricht auch, dass rund 11 Prozent der Hauptpflegepersonen angeben, dass die finanzielle Entschädigung für die Übernahme der Pflegetätigkeit für sie ein zusätzliches Einkommen darstellt.

Die »immateriellen Wohlfahrterträge«

Der finanzielle Ausgleich, den die Pflegenden bekommen, wirkt sich, so unsere These, positiv auf die Stabilität der intrafamiliären Pflegearrangements aus. Von Bedeutung sind aber auch die in Familien erzeugten »immateriellen Wohlfahrterträge«, wie Geborgensein, Zuwendung, gelebter Familienzusammenhalt sowie die engen persönlichen und emotionalen Beziehungsgeflechte der Beteiligten. Oft wird übersehen, dass die emotionalen Beziehungen in der Familie die Möglichkeit für wirksame Sanktionsmöglichkeiten eröffnen, die die familiäre Pflegesituation stabilisieren: So kann nicht-kooperatives Verhalten einzelner Familienangehöriger dadurch bestraft werden, dass die übrigen Familienangehörigen demjenigen zumindest ein schlechtes Gewissen vermitteln. Angehörige, die ihre »Familienpflichten« erfüllen, werden durch die Wertschätzung der anderen »belohnt.« Mit anderen Worten, die emotionalen Beziehungsgeflechte können von den Familienmitgliedern aus egoistischen Motiven als Instrument eingesetzt werden, und zwar um familiäre Pflege sicherzustellen und ungewünschte Versorgungsformen, etwa die Unterbringung in einem Heim, zu vermeiden oder hinauszuschieben. ♦



sichtigt werden, dass im Falle der (Ehe)-Partnerpflege das Pflegegeld dem Haushaltseinkommen zuzurechnen ist und somit nicht den Charakter eines »interpersonellen Transfers« besitzt. Allerdings wird so der Wohlstand des gesamten Pflegehaushalts gesichert.

Geschwister, oder durch die Gesetzliche Pflegeversicherung, indem die Hauptpflegeperson das Pflegegeld ganz oder teilweise erhält. Rund 40 Prozent der befragten Pflegebedürftigen geben an, dass die Hauptpflegeperson später einmal das Vermögen erben soll. Eine Angabe, die die These von der Gesetzlichen Pflegeversicherung als Erbschaftsversicherung stützt.

Genau 5 Prozent der Pflegebedürftigen sagen, dass die Hauptpflegeperson zusätzlich zum Pflegegeld weitere Geschenke in Form von Geld oder Sachgeschenken erhält. Warum lassen sich Menschen darauf ein, die Pflege zu übernehmen? Die Nachfrage bei den Hauptpflegepersonen nach ihren Pflegemotiven, dabei waren Mehrfachnennungen möglich, ergab folgendes Bild: Die große Mehrheit, über 77 Prozent, der befragten Hauptpflegepersonen in Hessen gibt an, dass die verwandtschaftlichen Beziehungen der entscheidende Grund sind. 6 Mehr als die Hälfte (53,4 Prozent) fühlen sich dazu verpflichtet. Ähnlich zu werten sind die Aussagen »moralischer Druck« (57,5 Prozent) sowie »objektiv empfundener Zwang« (19,6 Prozent). Diese Angaben legen nahe, dass keinesfalls ausschließlich der eigene Antrieb

Werden Hauptpflegepersonen für ihre Pflegeleistungen direkt entlohnt? Rund 36 Prozent der befragten Pflegebedürftigen geben an, dass nur das Pflegegeld an die Hauptpflegeperson weitergegeben wird. Hier muss allerdings berück-

Der Autor

Diplom-Volkswirt Hans-Christian Mager, 43, studierte Volkswirtschaftslehre, Soziologie und Wirtschaftspädagogik an den Universitäten Marburg und Frankfurt. Er befasst sich seit mehreren Jahren gemeinsam mit Prof. Dr. Roland Eisen [siehe auch Roland Eisen »Ist der Pflegenotstand unabwendbar?«, Seite 75] mit der Ökonomik der Sozialen Sicherung, insbesondere mit der Gesetzlichen Pflegeversicherung.