



Kernaussagen

- ▶ 6,9% der Erwachsenen pflegen regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Das sind hochgerechnet etwa 4,7 Millionen Menschen.
- ▶ 65% der Pflegenden sind Frauen, 35% Männer.
- ▶ Ein Drittel der Pflegenden erbringt täglich mindestens zwei Stunden Pflegeleistungen.
- ▶ Im Vergleich zu Nicht-Pflegenden gehören Pflegenden mit hohem Betreuungsumfang häufiger niedrigeren Bildungsgruppen an, sind seltener erwerbstätig und erfahren häufiger nur geringe soziale Unterstützung.
- ▶ Pflegenden mit hohem Betreuungsumfang schätzen im Vergleich zu Nicht-Pflegenden ihren Gesundheitszustand häufiger als nicht gut ein und berichten zu höheren Anteilen gesundheitliche Einschränkungen und psychische Belastungen.

Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Lebenserwartung in der Bevölkerung deutlich zugenommen. Einen großen Teil der gewonnenen Lebenszeit verbringen viele ältere Menschen in überwiegend guter Gesundheit (Robert Koch-Institut 2008, Trachte et al. 2014, Doblhammer, Kreft 2011). Aufgrund der demografischen Alterung steigt jedoch insgesamt die Zahl älterer Menschen mit alters- und krankheitsbedingten Einschränkungen. Von diesen sind viele vorübergehend oder dauerhaft auf Hilfe bzw. professionelle Pflege angewiesen. Die dauerhafte Pflege und Betreuung hilfebedürftiger Personen (im Folgenden Pflege) wird daher zu einem immer wichtigeren Teil der gesundheitlichen Versorgung.

Pflegebedürftigkeit kann als vorübergehende oder dauerhafte Krise einer selbständigen Lebensführung infolge körperlicher, seelischer oder kognitiver Beeinträchtigungen verstanden werden. Die freiwillige Unterstützung der Betroffenen durch pflegende Angehörige leistet einen wichtigen und positiven Beitrag zum partnerschaftlichen Zusammenleben wie auch zum Zusammenhalt der Generationen. Die Pflegebedürftigkeit eines Menschen kann für nahestehende Angehörige auch gesundheitliche und psychische Belastungen sowie soziale Risiken infolge der Finanzierung von Unterstützungsleistungen oder durch Verdienstauffälle mit sich bringen (Robert Koch-Institut 2008, R+V, IfD Allensbach 2012, Schmidt, Schneekloth 2011).

Vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 war die Pflege und Betreuung dauerhaft hilfebedürftiger Menschen sozialversicherungsrechtlich nicht geregelt. Neben der Unterstützung durch Angehörige konnten die Betroffenen, teilweise finanziert über das Bundessozialhilfegesetz, auf Leistungen der Sozialverbände und Kommunen zurückgreifen (Gerlinger, Röber 2014). Angesichts des steigenden Pflegebedarfs wurde im Jahr 1995 mit dem 11. Sozialgesetzbuch (SGB XI) die Gesetzliche Pflegeversicherung als fünfte Säule der Sozialversicherung eingeführt. Seitdem ist aufgrund der Versicherungspflicht für gesetzlich und privat Versicherte ein weit aus größerer Teil des mit der Pflegebedürftigkeit verbundenen Risikos über einen Rechtsanspruch auf Pflegeleistungen abgesichert (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung 1997). Ein Pflege- und Hilfebedarf wird danach anerkannt, wenn nach der sozialrechtlichen Definition eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

In diesem Sinne leistungsberechtigt ist eine Person, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen (§ 14 Abs. 1 SGB XI). Die Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne wird durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einer individuellen Begutachtung festgestellt und im Wesentlichen in

drei Stufen eingeteilt: erhebliche Pflegebedürftigkeit (Stufe 1), Schwerpflegebedürftigkeit (Stufe 2) und Schwerstpflegebedürftigkeit (Stufe 3). Im Jahr 2013 hatten nach dieser Definition etwa 2,6 Millionen Personen in Deutschland einen Anspruch auf Pflegeleistungen (Statistisches Bundesamt 2013): 55,8 % war die Stufe 1 zuerkannt, 31,9 % die Stufe 2 und 11,8 % die Stufe 3 (Statistisches Bundesamt 2013).

Das Ausmaß der Pflege- und Hilfebedürftigkeit in Deutschland ist aber nicht mit dem sozialrechtlich anerkannten Bedarf gleichzusetzen. Die Zahl der insgesamt hilfebedürftigen Personen liegt mit schätzungsweise 4,5 Millionen Personen noch deutlich höher als die Zahl der anerkannt Pflegebedürftigen (Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend 2010). Zudem übernimmt die Pflegeversicherung je nach Pflegestufe nur Teilleistungen. Bedarfe, wie die Unterbringungskosten in stationären Pflegeeinrichtungen und insgesamt alle Hilfeleistungen, die über den sozialrechtlich festgestellten Leistungsanspruch hinausgehen, müssen die Versicherten selbst tragen.

Ist ein Leistungsbedarf festgestellt, können sich die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen zwischen Geld- (Pflegegeld) und Sachleistungen oder einer Kombination beider Leistungsarten entscheiden. Bei Bezug von Geldleistungen organisieren Pflegebedürftige und Angehörige die Pflege selbst. Fällt die Entscheidung allein auf Sachleistungen, kommt eine Unterbringung in einem Pflegeheim infrage oder die Pflegebedürftigen werden durch einen ambulanten Pflegedienst ggf. mit Unterstützung der Angehörigen versorgt.

Aufgrund der Anlage der Pflegeversicherung kommt den Angehörigen also nach wie vor zentrale Bedeutung zu. Über 70 % der anerkannt Pflegebedürftigen werden zu Hause betreut (Statistisches Bundesamt 2015), durch Angehörige, ambulante Pflegedienste oder eine Kombination beider Versorgungsarten. Nur bei weniger als 10 % der zu Hause lebenden Pflegebedürftigen sind keine Privatpersonen an der Pflege beteiligt (Schmidt, Schneekloth 2011). Die Angehörigen übernehmen also auch heute noch den größten Teil aller Pflegeleistungen: Diesen Beitrag pflegender Angehöriger zur Versorgung pflege- und hilfebedürftiger Personen in Deutschland genauer zu beleuchten, ist das Ziel des vorliegenden GBE kompakt.

Zunächst wird die rechtliche und finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger beleuchtet. Darauf folgt ein Exkurs zu den Motiven, Belastungen und Ressourcen der Pflegenden. Schließlich wird auf Basis der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« 2012 dargestellt, wie die Pflegelast zwischen Frauen und Männern sowie über die Altersgruppen hinweg verteilt ist und welche Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen besteht. Beachtung finden auch weitere soziodemografische Merkmale wie die Erwerbstätigkeit und die Bildung der pflegenden Angehörigen. Es folgen Abschnitte zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Pflegepersonen. Der Beitrag schließt mit einer Diskussion der Ergebnisse und einem Ausblick auf die sich ändernden politischen Rahmenbedingungen.

Rechtliche und finanzielle Absicherung pflegender Angehöriger

Aus Hochrechnungen auf Basis der Studie GEDA 2012 kann geschlossen werden, dass rund 4 bis 5 Millionen private Pflegepersonen, vor allem nahe Angehörige, an der Versorgung der zu Hause lebenden pflegebedürftigen Personen beteiligt sind. Eine direkte staatliche finanzielle Zuwendung für diese Pflegepersonen gibt es nicht. Entscheiden sich die Versicherten für den Bezug von Pflegegeld, soll dies für die Sicherstellung der hauswirtschaftlichen und pflegerischen Versorgung verwendet werden. Der Gesetzgeber geht dabei grundsätzlich davon aus, dass die Pflege durch Angehörige ehrenamtlich erfolgt. Die Pflegeperson kann aber von dem Pflegebedürftigen eine finanzielle Anerkennung oder Aufwandsentschädigung erhalten. Zudem sind Pflegepersonen unabhängig von dem zeitlichen Umfang ihrer Pflegetätigkeit unfallversichert. Für Pflegepersonen, die mindestens 14 Stunden in der Woche einen Pflegebedürftigen pflegen oder hauswirtschaftlich versorgen, dabei aber nicht mehr als 30 Stunden in der Woche sozialversicherungspflichtig arbeiten, zahlt die Pflegeversicherung nach § 44 SGB XI Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung. Die Höhe der Beiträge bemisst sich an der Wochenpflegezeit und der Pflegestufe. Zudem kann eine berufliche Weiterbildung nach SGB III gefördert werden.

Durch das am 1. Januar 2015 in Kraft getretene erste Pflegestärkungsgesetz soll die Unterstützung der pflegenden Angehörigen verbessert werden. Es steht beispielsweise mehr Geld für Kurzzeit-, Tages- und Nachtpflege sowie Verhinderungspflege zur Verfügung, die erforderlich wird, wenn der pflegende Angehörige krank ist oder pausieren muss. Bei einer akut auftretenden Pflegesituation, in der die Pflege eines nahen Angehörigen zu organisieren bzw. sicherzustellen ist, kann eine bis zu zehntägige Auszeit von der Arbeit genommen werden. Für diese Auszeit kann ein auf bis zu zehn Tage begrenztes »Pflegeunterstützungsgeld« geleistet werden. Des Weiteren wurde am 1. Januar 2015 mit dem »Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familien, Pflege und Beruf« ein Rechtsanspruch auf Familienpflegezeit eingeführt. Beschäftigte haben damit einen Anspruch auf teilweise Freistellung von bis zu 24 Monaten, wenn sie einen pflegebedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung pflegen.

Zur Unterstützung der pflegenden Angehörigen bietet die Pflegeversicherung zum Beispiel Pflegekurse an, bei der die Pflegepersonen in Gruppen oder individuell zu Hause praktische Fähigkeiten erwerben können. Darüber hinaus bieten Gruppenschulungen auch die Möglichkeit, sich mit anderen Pflegenden auszutauschen. In der Vergangenheit hat aber nur ein kleiner Teil von etwa 12 % der Pflegenden dieses Angebot wahrgenommen (Schmidt, Schneekloth 2011). Neben den Pflegekursen haben pflegende Angehörige zudem seit dem Jahr 2009 einen Rechtsanspruch auf Pflegeberatung durch die Pflegekassen. Dieses Angebot wurde durch die Betroffenen in der Folge gut angenommen und

Erfassung der Pflege Angehöriger in GEDA 2012

Die Pflege nahe stehender Angehöriger wurde in der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« 2012 über drei Fragen erfasst: Die Frage »Pflegen Sie regelmäßig eine pflegebedürftige Person?«, bei der die professionelle Pflege explizit ausgeschlossen wurde, hilft dabei, zwischen Nichtpflegenden und pflegenden Angehörigen (Im Folgenden auch Pflegepersonen oder Pflegende) zu unterscheiden.

Daraufhin wurde für die Pflegenden die Beziehung zur pflegebedürftigen Person erhoben: Erfasst wurde, ob es sich um ein Familienmitglied oder eine andere Person innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts handelte. Die Angehörigenpflege umfasst im vorliegenden Beitrag somit auch die Pflege nahestehender Personen, die nicht Familienmitglieder sind.

Schließlich wurde mit der Frage »Wie oft bzw. wie lange führen Sie solche Pflegeleistungen insgesamt aus?« der Umfang der privaten Pflegetätigkeit erfasst. Unterschieden wird dabei zwischen jenen, die 1.) nur gelegentlich pflegen und jenen, die 2.) täglich bis zu 2 Stunden oder 3.) täglich 2 Stunden und mehr pflegen

stellt damit eine wichtige Weiterentwicklung in der Unterstützung der Betroffenen dar (Klie et al. 2011).

Motive, Belastungen und Ressourcen

Wer sich dazu entschließt, einen nahestehenden Menschen zu Hause zu pflegen, tut dies in der Regel aus liebevoller Verbundenheit, aus Dankbarkeit, oder aus dem Gefühl heraus, dazu verpflichtet zu sein. Häufig mischen sich diese Motive mit anderen Gründen wie zum Beispiel fehlenden Betreuungsalternativen (GKV Spitzenverband 2011). Teilweise beginnt die Pflegesituation auch schleichend, mit kleineren Unterstützungsleistungen beim Einkauf oder im Haushalt und entwickelt sich allmählich zu einer umfassenden Pflege. Nach Ergebnissen der EUROFAMCARE Studie für Deutschland sind die Hauptgründe für die Übernahme der Pflege emotionale Bindungen zwischen der pflegenden Person und dem pflegebedürftigen Angehörigen (Döhner et al. 2007). Ein Drittel der pflegenden Angehörigen fühlt sich zur Übernahme der Pflege verpflichtet. Die große Mehrzahl ist gewillt, auch in der Zukunft weiterhin zu pflegen, sogar dann, wenn sich der Aufwand für sie erhöhen sollte. Über 90 % der Pflegenden haben eine gute Beziehung zu der pflegebedürftigen Person; sie empfinden die Pflegetätigkeit als lohnenswert, erfahren dabei Wertschätzung und kommen mehrheitlich gut mit der Pflegesituation zurecht (Döhner et al. 2007).

Pflegeleistungen durch Angehörige sind aber auch mit vielfältigen Belastungen verbunden. Wesentliche Aspekte sind das Gefühl, rund um die Uhr verfügbar sein zu müssen sowie der hohe zeitliche Umfang der Pflege. Die Balance zwischen eigener Erwerbstätigkeit, Partnerschaft, der Betreuung von Kindern und eigener Freizeit sowie die gleichzeitige

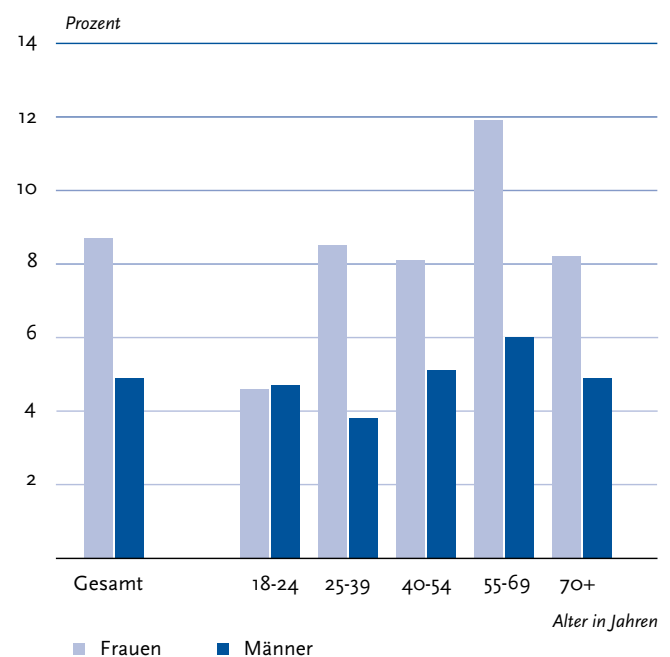
Bewältigung bürokratischer Aufgaben im Zusammenhang mit der Pflege stellt für viele Angehörige eine große Herausforderung dar. Dies hat Auswirkungen auf die körperliche und psychische Gesundheit, das soziale Netz und die Erwerbstätigkeit (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Die Mehrheit der Angehörigen hat keine pflegerische Vorerfahrung

Allerdings sind viele Pflegepersonen in der Versorgung ihrer Angehörigen nicht auf sich allein gestellt: Bei etwa einem Viertel aller zu Hause versorgten Pflegebedürftigen sind zwei Angehörige an der Versorgung beteiligt, bei einem weiteren Viertel sogar drei oder mehr Personen (Schmidt, Schneekloth 2011). Studienergebnisse zeigen darüber hinaus, dass auch eine eigene Erwerbstätigkeit der pflegenden Angehörigen als Ressource anzusehen ist. Erwerbstätigkeit ermöglicht es, mit den aus der Pflege resultierenden Belastungen besser umzugehen, da wichtige soziale Kontakte aufrechterhalten und ein Stück Zeitautonomie in der eigenen Lebensgestaltung beibehalten werden kann (Bundesministerium für Gesundheit 2012, Lehr 2010).

Pflegeleistungen erbringen vor allem Frauen

Auch wenn der Anteil der Männer an den Pflegepersonen sukzessive ansteigt (Schmidt, Schneekloth 2011), wird die private häusliche Pflege überwiegend von Frauen, zumeist durch die Tochter, Ehepartnerin, Schwiegertochter oder Mutter der pflegebedürftigen Person geleistet. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie 2012 pflegen 6,9 % der Erwachsenen regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Bei den Frauen fällt dieser Anteil mit 8,7 % deutlich höher aus als bei den Männern mit 4,9 % (Abb. 1). Damit sind fast zwei Drittel der Pflegenden (64,9 %) Frauen, gut ein Drittel (35,1 %) sind

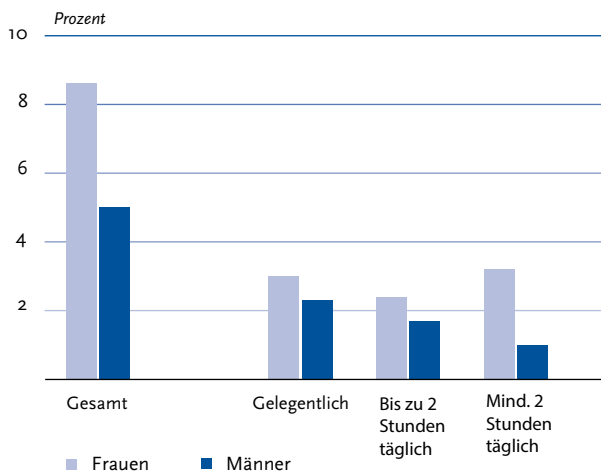
Abbildung 1
Anteil pflegender Angehöriger nach Alter und Geschlecht
Datenquelle: GEDA 2012



Männer.

Im Altersgang steigt der Anteil pflegender Angehöriger insbesondere bei den Frauen schnell an. Frauen übernehmen dann anteilig deutlich häufiger als Männer Aufgaben im Rahmen der Pflege nahestehender Personen. In der Altersgruppe der 55- bis 69-Jährigen ist der Anteil der privaten Pflegepersonen am höchsten: 11,9 % der Frauen und 6,0 % der Männer diesen Alters unterstützen pflegebedürftige Angehörige. 2,6 % der Erwachsenen pflegen gelegentlich, 2,0 % bis zu zwei Stunden täglich und 2,1 % mindestens zwei Stunden täglich eine Person innerhalb oder außerhalb ihres Haushalts. Der Geschlechterunterschied wird besonders deutlich bei den Pflegepersonen, die am Tag zwei Stunden oder mehr pflegen: 3,2 % der Frauen aber nur 1,0 % der Männer (Abb. 2). Entsprechend steigt auch der Anteil der Frauen unter den Pflegepersonen mit diesem Pflegeumfang: Bei den gelegentlich Pflegenden beträgt der Frauenanteil 58,2 %; unter denjenigen, die mindestens zwei Stunden pro Tag pflegen, sind über drei Viertel (77,2 %) Frauen.

Abbildung 2
Anteil pflegender Angehöriger nach Pflegeumfang
Datenquelle: GEDA 2012



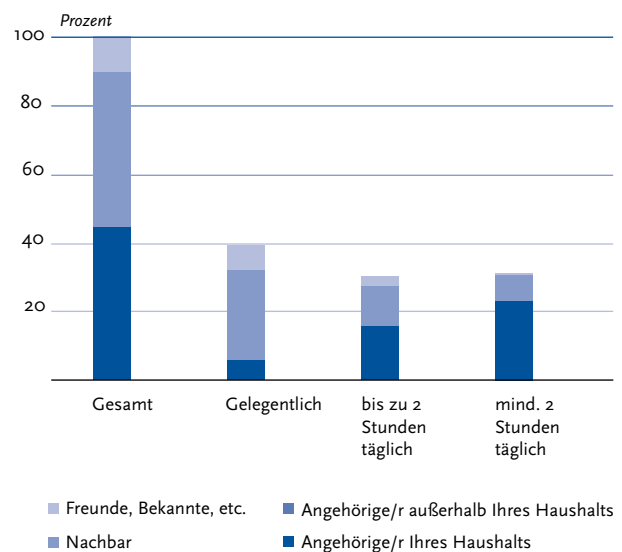
Beziehung zwischen pflegenden Angehörigen und Pflegebedürftigen

Fast neun von zehn der befragten Pflegepersonen betreuen pflegebedürftige Angehörige innerhalb oder außerhalb des eigenen Haushalts. Etwa einer von zehn pflegenden Angehörigen engagiert sich in der Pflege von Freunden, Bekannten oder Nachbarn. Die große Mehrheit der Pflegenden kümmert sich also um nahestehende Angehörige wie Verwandte oder Lebenspartnerinnen und Lebenspartner. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich kaum voneinander.

Je zeitaufwändiger die Pflege Angehöriger ausfällt, desto häufiger findet sie innerhalb des eigenen Haushalts statt.

Pflegepersonen, die täglich mindestens zwei Stunden pflegen, betreuen zu etwa drei Vierteln (74,1 %) Angehörige des eigenen Haushalts. Personen, die nur gelegentlich Pflegeleistungen erbringen, betreuen überwiegend Angehörige außerhalb ihres Haushalts (66,0 %). Die Pflege von Freunden und Bekannten nimmt mit 17,9 % nur bei den gelegentlich Pflegenden einen relevanten Anteil ein. Bei einem hohen Pflegeumfang ist sie dagegen von nachgeordneter Bedeutung (2,2 %) (Abb. 3).

Abbildung 3
Pflegeumfang und Beziehung der pflegenden Angehörigen zur pflegebedürftigen Person
Datenquelle: GEDA 2012



Soziale Lage

Eine Analyse sozialer Merkmale von pflegenden und nichtpflegenden Personen ergibt, dass sich relevante Unterschiede vornehmlich zwischen jenen Personen finden lassen, die nicht pflegen und jenen, die ihre Angehörigen zwei Stunden oder länger pro Tag betreuen (Pflegende mit hohem Betreuungsumfang). Dies ist auch der Personenkreis, der einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge aufgrund der Pflegetätigkeit hat.

Das Durchschnittsalter der pflegenden Frauen mit hohem Betreuungsumfang liegt bei 53,4 Jahren, das der betreffenden Männer bei 50,6 Jahren und somit jeweils gut zwei Jahre über dem Durchschnittsalter der Nichtpflegenden. Im Vergleich zu Nichtpflegenden sind die mehr als zwei Stunden täglich Pflegenden zu geringeren Anteilen in der Altersgruppe 18 bis 29 Jahre und zu höheren Anteilen in der Altersgruppe ab 65 Jahre vertreten (Tab. 1).

Signifikante Unterschiede zeigen sich auch hinsichtlich des Bildungsstatus: Pflegende mit hohem Betreuungsumfang gehören häufiger niedrigen und seltener höheren

Bildungsgruppen an als nichtpflegende Personen. Unter Berücksichtigung der Altersunterschiede bleiben diese Unterschiede bei Frauen bestehen.

Bei Betrachtung der Erwerbsbeteiligung fällt auf, dass mindestens zwei Stunden täglich pflegende Frauen und Männer signifikant seltener erwerbstätig sind als nichtpflegende Personen. Diese Unterschiede bleiben nach Adjustierung für Alter nur bei Männern bestehen.

Soziale Unterstützung zählt zu den psychosozialen Ressourcen, die wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben. Sie kann direkt auf das psychische Wohlbefinden wirken, Stress lindern und die Auswirkung ungünstiger Lebensbedingungen mildern (Robert Koch-Institut 2014, Robert Koch-Institut 2012). Allerdings müssen laut GEDA 2012 Pflegende mit hohem Betreuungsumfang signifikant häufiger als Nicht-Pflegende mit nur geringer sozialer Unterstützung zurechtkommen. Auch die Anteile an Personen mit mittlerer sozialer Unterstützung fallen unter den Pflegenden niedriger aus als unter nicht Pflegenden. Bei Frauen bleibt dieser Zusammenhang auch nach Kontrolle für Alter bestehen.

Gesundheitszustand

In der wissenschaftlichen Debatte werden vielfältige gesundheitliche und psychische Belastungen von pflegenden Angehörigen diskutiert (Bundesministerium für Gesundheit 2012, Kummer et al. 2010). Danach stehen Faktoren wie kognitive und verhaltensbezogene Probleme der hilfebe-

dürftigen Person, die Dauer der Pfl egetätigkeit, ein höheres Lebensalter oder eine geringe soziale Unterstützung in engem Zusammenhang mit einer schlechteren körperlichen Gesundheit von pflegenden Angehörigen (Pinquart, Sörensen 2007). Viele Untersuchungen belegen auch, dass pflegende Angehörige häufiger als nicht-pflegende Personen von einem reduziertem Wohlbefinden, Stress und psychischen Störungen wie Depression und Angsterkrankungen berichten (Butterworth et al. 2010).

Bevölkerungsbezogene Vergleiche zur gesundheitlichen Lage von pflegenden Angehörigen und nicht-pflegenden Personen sind nun anhand der GEDA 2012 Daten möglich. Da gesundheitsbezogene Unterschiede vor allem zwischen den Pflegenden, die 2 Stunden oder mehr pro Tag pflegen und Nicht-Pflegenden auftreten, wird im Folgenden auf die Pflegenden mit hohem Betreuungsumfang fokussiert. Dabei wurden zur Beschreibung des Gesundheitszustands folgende Basisindikatoren herangezogen: Der allgemeine Gesundheitszustand bildet die persönlichen und sozialen Dimensionen des eigenen gesundheitlichen Befindens ab. Er ist aussagekräftig für die zukünftige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und das Auftreten chronischer Erkrankungen. Der allgemeine Gesundheitszustand wurde mit der Frage: »Wie ist Ihr Gesundheitszustand im Allgemeinen?« erhoben (De Bruin et al. 1996). Für die Auswertungen werden die Antwortkategorien »mittelmäßig«, »schlecht« und »sehr schlecht«

Tabelle 1

Alters-, Bildungs- und Erwerbsstruktur sowie soziale Unterstützung bei pflegenden Angehörigen mit hohem Betreuungsumfang und nicht-pflegenden Personen

Datenquelle: GEDA 2012

	Pflege, täglich 2 Stunden und mehr		Nicht-Pflegende	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alter	% (95%-KI)		% (95%-KI)	
18–29 Jahre	5,1 (2,6–10,0)	3,5 (0,9–13,2)	15,1 (14,1–16,1)	18,1 (17,0–19,2)
30–44 Jahre	24,4 (16,4–34,7)	15,4 (8,4–26,4)	24,3 (23,1–25,5)	24,6 (23,3–25,8)
45–64 Jahre	35,6 (27,7–44,4)	35,7 (24,8–48,4)	33,3 (32,0–34,6)	35,7 (34,3–37,1)
>= 65 Jahre	34,9 (26,5–44,3)	45,5 (32,6–58,8)	27,3 (26,1–28,6)	21,6 (20,5–22,9)
Bildung				
Untere Bildungsgruppe	45,2 (35,9–54,9)	46,7 (33,8–60,1)	33,2 (31,8–34,6)	32,2 (30,7–33,7)
Mittlere Bildungsgruppe	47,8 (38,6–57,1)	34,6 (23,8–47,3)	52,3 (50,9–53,7)	48,1 (46,7–49,6)
Obere Bildungsgruppe	7,0 (4,3–11,2)	18,6 (12,2–27,5)	14,5 (13,7–15,2)	19,7 (18,8–20,6)
Derzeit erwerbstätig				
Nein	61,2 (51,7–69,9)	70,8 (58,9–80,4)	47,0 (45,6–48,4)	33,5 (32,1–34,9)
Ja	38,8 (30,1–48,3)	29,2 (19,6–41,2)	53,0 (51,6–54,4)	66,5% (65,1–67,9)
Wenn ja, Grad der Erwerbstätigkeit				
Vollzeit	46,5 (32,1–61,6)	76,0 (56,0–88,7)	44,8 (43,0–46,6)	85,6 (84,3–86,8)
Teilzeit	45,4 (31,2–60,5)	11,4 (3,7–30,3)	44,4 (42,6–46,2)	8,6 (7,6–9,6)
Gelegentlich / unregelmäßig	8,0 (3,5–17,3)	12,6 (4,4–31,4)	10,8 (9,7–12,1)	5,9 (5,1–6,7)
Soziale Unterstützung				
Geringe soziale Unterstützung	36,1 (27,0–46,4)	37,7 (25,0–52,2)	17,1 (16,0–18,2)	16,2 (15,1–17,4)
Mittlere soziale Unterstützung	38,3 (29,6–47,8)	37,9 (26,4–50,9)	51,6 (50,2–53,0)	52,4 (50,9–53,8)
Starke soziale Unterstützung	25,6 (18,7–33,8)	24,5 (15,1–37,1)	31,3 (30,1–32,6)	31,4 (30,1–32,7)

zu »nicht gut« zusammengefasst.

Der Indikator zu gesundheitlichen Einschränkungen gibt an, inwieweit die befragte Person aus gesundheitlichen Gründen in der Ausübung ihrer alltäglichen Tätigkeiten dauerhaft eingeschränkt ist. Hier werden die Antwortkategorien »erheblich eingeschränkt« und »eingeschränkt aber nicht erheblich« zu »eingeschränkt« zusammengefasst (Jagger et al. 2008).

Rückenschmerzen haben eine hohe Verbreitung in der Bevölkerung, schränken die gesundheitsbezogene Lebensqualität erheblich ein und haben eine große gesundheitsökonomische Bedeutung. Als Risikofaktoren für das Auftreten werden arbeitsbezogene psychosoziale Bedingungen wie niedrige Arbeitsplatzzufriedenheit, soziale Konflikte, fehlende Anerkennung diskutiert (Robert Koch-Institut 2012). Dargestellt wird die Prävalenz von Rückenschmerzen, die seit mindestens drei Monaten anhalten und fast täglich auftreten.

Die Anzahl der Tage, an denen eine befragte Person aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in den letzten vier Wochen ihren alltäglichen Aktivitäten nicht nachgehen konnte, gilt als Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Dabei wird zwischen körperlicher und seelischer Gesundheit unterschieden. Als stark seelisch belastet werden im Folgenden Personen angesehen, die mindestens 14 Tage innerhalb der letzten vier Wochen wegen ihres seelischen Befindens in der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten beeinträchtigt waren (Centers for Disease Control and Prevention 2000).

Pflegende mit hohem Betreuungsumfang beschrei-

ben häufiger als die Vergleichsgruppe ihren allgemeinen Gesundheitszustand als »nicht gut«. Auch berichteten sie zu höheren Anteilen gesundheitliche Einschränkungen und seelische Belastungen als Nicht-Pflegende. Bei pflegenden Frauen ist auch der Anteil mit Rückenschmerzen im Vergleich zu nicht-pflegenden Frauen erhöht (Abb. 4).

Pflegende mit hohem Betreuungsumfang und nicht pflegende Personen unterscheiden sich stark in Bezug auf Merkmale wie Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung (siehe oben). Um zu überprüfen, ob zwischen Pflegenden und Nicht-Pflegenden auch bei Kontrolle dieser Merkmale signifikante Unterschiede in der gesundheitlichen Lage bestehen, wurden logistische Regressionen berechnet. Mit Ausnahme der Rückenschmerzen zeigt sich, dass für Frauen, die zwei Stunden oder mehr täglich pflegen, die Chance gesundheitlicher Einschränkungen, eines schlechten allgemeinen Gesundheitszustands oder starker seelischer Belastungen auch dann noch signifikant erhöht ist, wenn die sozialen Unterschiede zwischen beiden Gruppen statistisch kontrolliert werden. Bei Männern bleibt der Zusammenhang zwischen Pflegeleistungen und Gesundheitszustand nach statistischer Kontrolle der sozialen Unterschiede dagegen nicht bestehen (Abb. 5).

Gesundheitsverhalten

Fehlernährung, mangelnde Bewegung, Adipositas, Rauchen und gesundheitsriskanter Alkoholkonsum zählen zu den wichtigsten Einflussfaktoren für nichtübertragbare, chronische Krankheiten. Nach Schätzungen der WHO könnten 80% der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schlaganfälle,

Abbildung 4
Prävalenz ausgewählter Gesundheitsindikatoren; pflegende Angehörige (mind. zwei Stunden täglich) im Vergleich zu nicht-pflegenden Personen

Datenquelle: GEDA 2012

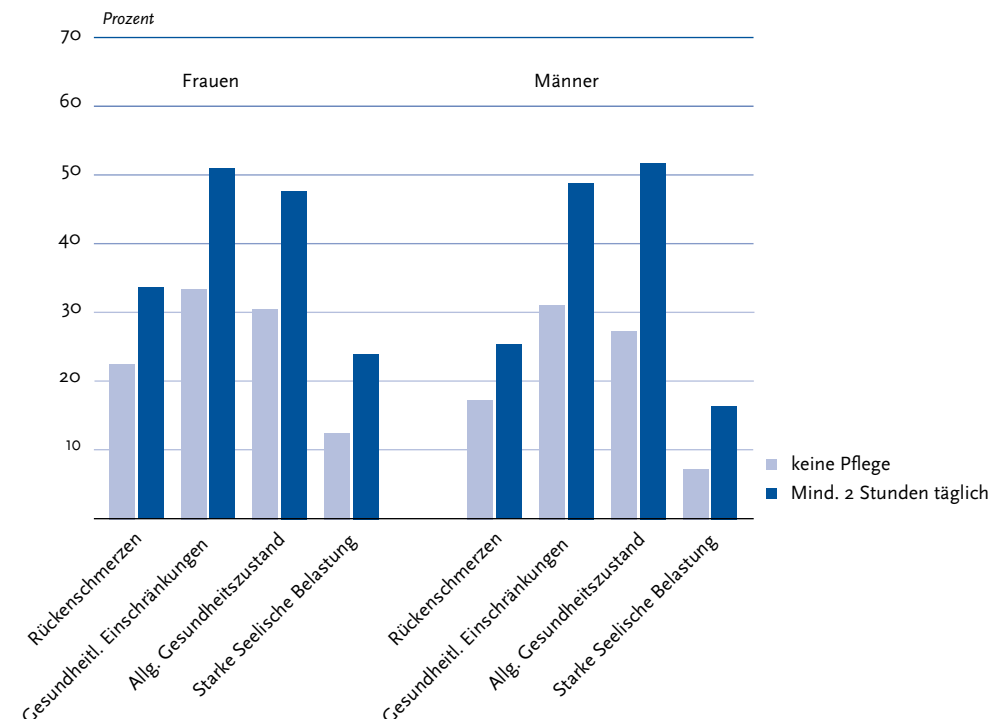
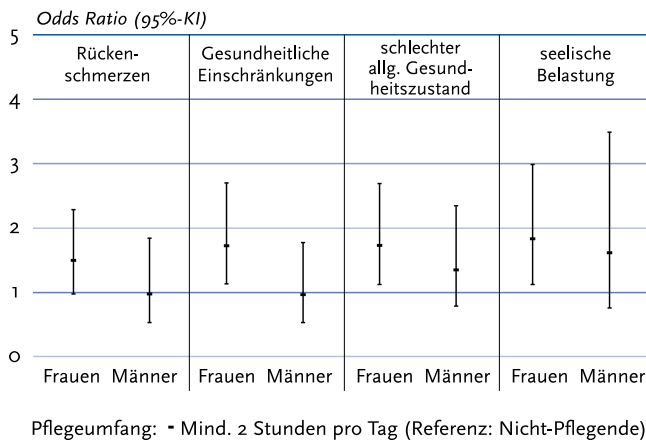


Abbildung 5
Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gesundheitsindikatoren und Pflegeumfang (mind. 2 Stunden pro Tag). Ergebnisse binär logistischer Regressionen getrennt nach Geschlecht, bei Kontrolle für Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung
Datenquelle: GEDA 2012



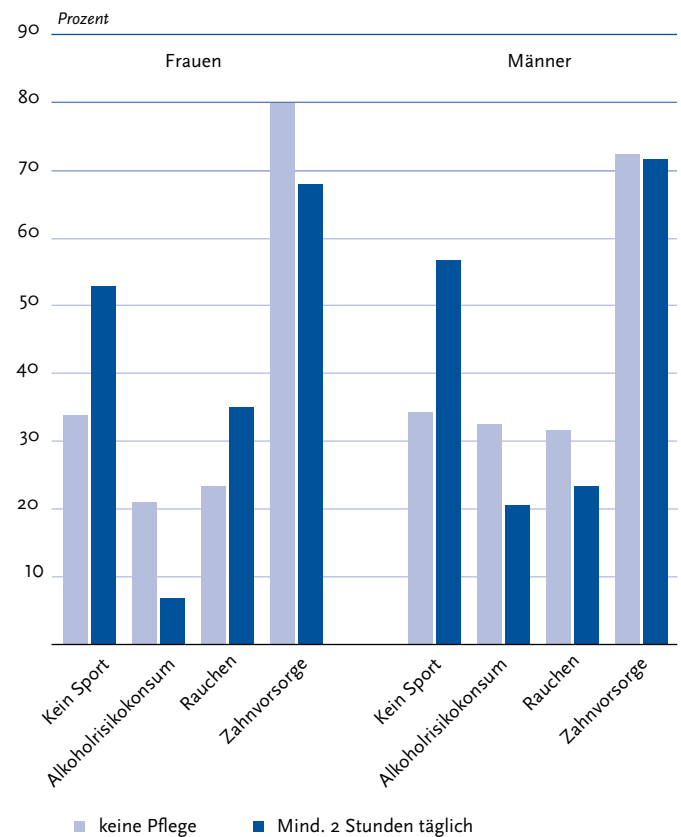
80 % der Fälle von Diabetes mellitus Typ 2 und 40 % der Krebsfälle durch gesunde Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität und den Verzicht auf Tabakkonsum vermieden werden (WHO 2009, WHO 2005). Sporttreiben leistet ebenfalls einen Beitrag zur Vermeidung einer Vielzahl chronischer Erkrankungen (Lee et al. 2012). Darüber hinaus trägt auch die Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zum Erhalt der Gesundheit bei. So wirken sich Zahnvorsorgeuntersuchungen günstig auf die Mund- und Zahngesundheit und die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus (Micheelis, Schiffner 2006).

In Zusammenhang mit der Pflege von Angehörigen wird daher analysiert, inwieweit sich Pflegenden mit hohem Betreuungsumfang, in ihrem Gesundheitsverhalten von Nicht-Pflegenden unterscheiden. Ein riskanter Alkoholkonsum wurde mit den drei Fragen des Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption (AUDIT-C) erfasst (Bush et al. 1998). Personen, die angegeben haben, in den drei Monaten vor der Befragung keinen Sport getrieben zu haben (im Folgenden »kein Sport«) werden von jenen unterschieden, die gelegentlich oder regelmäßig sportlich aktiv sind (Robert Koch-Institut 2014). Tägliche oder gelegentliche Raucher (im Folgenden »Raucher«) werden von Nichtrauchern unterschieden (Robert Koch-Institut 2014). Um das präventive Gesundheitsverhalten abzubilden wird beispielhaft die Inanspruchnahme einer Zahnvorsorgeuntersuchung in den letzten zwölf Monaten untersucht (Robert Koch-Institut 2014).

Statistische Unterschiede im Gesundheitsverhalten von pflegenden und nicht pflegenden Personen zeigen sich vor allem bei den Frauen: Pflegenden Frauen mit hohem Betreuungsumfang rauchen häufiger und treiben weniger Sport als nicht pflegenden Frauen. Dagegen neigen sie seltener zu einem riskanten Alkoholkonsum. Sie nehmen auch seltener Zahnvorsorgeuntersuchungen in Anspruch als nicht pflegenden Frauen. Bei Männern finden sich statistisch bedeutsa-

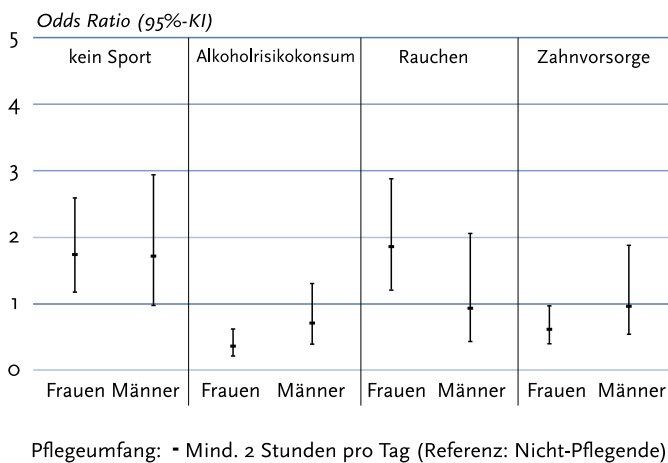
me Unterschiede nur in Bezug auf das Sporttreiben: Männer, die täglich mindestens zwei Stunden pflegen, treiben weniger Sport als nicht pflegenden Männer. Beim Rauchen wie auch beim riskanten Alkoholkonsum sind die Unterschiede zwischen pflegenden und nicht pflegenden Männern dagegen nicht signifikant (Abb. 6).

Abbildung 6
Prävalenz ausgewählter Indikatoren zum Gesundheitsverhalten; pflegende Angehörige (mind. zwei Stunden täglich) im Vergleich zu nicht-pflegenden Personen
Datenquelle: GEDA 2012



Um zu überprüfen, ob zwischen Pflegenden und Nicht-Pflegenden auch bei Kontrolle der Merkmale Alter, Bildung, Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung signifikante Unterschiede in der gesundheitlichen Lage bestehen, wurden logistische Regressionen berechnet. Dabei erweisen sich die aufgezeigten Unterschiede nur bei den Frauen als stabil (Abb. 7). Auch nach Kontrolle sozialer Unterschiede ist bei pflegenden Frauen mit hohem Betreuungsumfang verglichen mit nicht pflegenden Frauen die Wahrscheinlichkeit, keinen Sport zu treiben, zu rauchen und keine Zahnvorsorge in Anspruch zu nehmen, signifikant erhöht. Das Risiko eines riskanten Alkoholkonsums fällt bei ihnen verglichen mit nicht pflegenden Frauen geringer aus. Bei Männern zeigen sich nach Kontrolle sozialer Faktoren keine Unterschiede im Gesundheitsverhalten zwischen pflegenden und nicht pflegenden Männern.

Abbildung 7
Zusammenhänge zwischen verschiedenen Gesundheitsindikatoren und
Pflegeumfang (mind. 2 Stunden pro Tag). Ergebnisse binär logistischer
Regressionen getrennt nach Geschlecht, bei Kontrolle für Alter, Bildung,
Erwerbstätigkeit und soziale Unterstützung
 Datenquelle: GEDA 2012



Diskussion

Nach den Ergebnissen von GEDA 2012 pflegen 8,7% der Frauen und 4,9% der Männer regelmäßig eine pflegebedürftige Person. Hochgerechnet gibt es somit etwa 4,7 Millionen pflegende Angehörige in Deutschland. Diese pflegen nach Angaben der Pflegestatistik 1,18 Millionen Personen, die pflegebedürftig gemäß Pflegeversicherungsgesetz sind, zu Hause. Zu berücksichtigen ist, dass sich in der Regel mehrere Personen an der Pflege eines Angehörigen beteiligen; nur 30% der pflegebedürftigen Personen werden ausschließlich durch eine Person betreut (Schmidt, Schneekloth 2011).

Zwei Drittel der Pflegepersonen sind Frauen, gut ein Drittel sind Männer. Da anhand der GEDA Daten nicht nach Hauptpflegeperson und weiterer Pflegeperson differenziert werden kann, wirken diese Angaben vor dem Hintergrund früherer Befunde plausibel (Schmidt, Schneekloth 2011). In GEDA 2012 beträgt der Frauenanteil bei den über zwei Stunden täglich Pflegenden mehr als 75%. Im 6. Altenbericht findet sich die Angabe, dass 90% der Pflegepersonen im Sinne des § 14 SGB XI (mindestens 14 Stunden wöchentlich Pfl egetätigkeit) Frauen sind (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010). Auch hier sind die Gruppen nicht direkt vergleichbar, da in GEDA nicht erfragt wurde, ob die Pflegeleistenden entsprechend § 14 SGB XI versichert sind.

Übereinstimmend zeigt sich aber die Tendenz, dass mit steigendem Pflegeumfang der Anteil der Frauen in der Angehörigenpflege steigt. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeit der Pflegepersonen zeigt sich eine gute Übereinstimmung mit früheren Befunden (Schmidt, Schneekloth 2011). Gleiches gilt bezüglich der Alterszusammensetzung (Schmidt, Schneekloth 2011).

Die vorgestellten Analysen belegen auch, dass pflegen-

de Frauen signifikant häufiger niedrigen Bildungsgruppen angehören als nicht-pflegende Frauen. In diesem Zusammenhang sind Befunde zum Zusammenhang von Pflege und sozialen Milieus aufschlussreich (Blinkert 2007): Danach zeigt sich die geringste Bereitschaft zum Pflegen bei Personen mit hohem Sozialstatus. Die größte Bereitschaft besteht dagegen bei Personen, die sozial schlechter gestellt sind. Als Gründe werden vor allem »Opportunitätskosten« angeführt (Blinkert 2007), die entstehen, wenn durch Übernahme von Pflegeverpflichtungen auf berufliche und soziale Handlungsoptionen verzichtet werden muss. Angehörigenpflege wird also in hohem Maß von älteren, niedrig gebildeten und sozial schlechter gestellten Frauen geleistet. Die soziale Situation dieser Personengruppe muss daher in der Unterstützung und Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger besondere Beachtung finden.

Die GEDA Daten bestätigen einen schlechteren Gesundheitszustand von Pflegenden im Vergleich zu Nicht-Pflegenden. Vergleichbare, repräsentative und aktuelle Daten lagen für Deutschland bislang nicht vor. Diese Lücke füllen nun die aktuellen GEDA Auswertungen. Ein Vergleich zur TK Pflegestudie zeigt vergleichbare Ergebnisse in der Bewertung der allgemeinen Gesundheit (Techniker Krankenkasse 2014). Auch internationale bevölkerungsbezogene Studien weisen der GEDA Studie entsprechende Ergebnisse auf. Pflegende Angehörige, insbesondere Frauen mit hoher Pflegebelastung, berichten signifikant häufiger einen schlechten körperlichen und psychischen Gesundheitszustand als nicht pflegende Angehörige (Buyck et al. 2011), haben eine schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität (Ho et al. 2009) und ein höheres Risiko psychisch zu erkranken (Tuithof et al. 2015).

Das Gesundheitsverhalten pflegender Frauen ist riskanter als das nicht pflegender Frauen mit Ausnahme des geringeren Alkoholkonsums. Dieses Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen von Studien zur Auswirkung mehrerer sozialer Rollen (zum Beispiel Partnerschaft, Elternschaft, Berufstätigkeit) und Alkoholkonsum überein. Danach haben Frauen wie Männer, die mehrere soziale Rollen einnehmen, ein relativ geringeres Risiko für einen riskanten Alkoholkonsum (Kuntsche et al. 2009).

Wenngleich die Pflege nahestehender Angehöriger auch positive Aspekte aufweist, Kraft gibt und viele Pflegende sich in der Lage fühlen, die Belastungen gut zu bewältigen (Techniker Krankenkasse 2014), sind die gesundheitlichen und psychischen Belastungen durch die Pfl egetätigkeit, insbesondere bei der Pflege von Demenzerkrankten, nicht zu unterschätzen. Daher kommen sozialer Unterstützung im Umfeld und unterstützenden Angeboten eine besondere Bedeutung zu. Durch die psychische und zeitliche Belastung aufgrund der Pfl egetätigkeit kann es zu einer Abnahme sozialer Kontakte bis hin zu sozialer Isolation kommen (Kummer, et al. 2010). Soziale Unterstützung kann die Auswirkung von Stressoren mildern, die Bewältigung der Pflegeaufgaben erleichtern und gesundheits-

förderliches Verhalten fördern (Pinquart, Sörensen 2007). Die GEDA Daten belegen aber, dass Pflegende mit einer geringeren sozialen Unterstützung zurechtkommen müssen, als Nicht Pflegende.

Obwohl Deutschland eine gut ausgebaute Angebotsstruktur professioneller Unterstützung aufweist, erreichen viele Angebote die Pflegenden nicht. Viele dieser Angebote sind den Pflegenden nicht bekannt oder werden von ihnen nicht genutzt (Techniker Krankenkasse 2014). Teilweise wird die Angebotsstruktur auch als unübersichtlich und bürokratisch empfunden. Entscheidend ist auch, dass die Angebote die Wünsche und die Lebenswelt der Pflegenden berücksichtigen und überhaupt durch diese erreichbar sind (Bundesministerium für Gesundheit 2012). Andere Befunde verweisen darauf, dass pflegende Angehörige ihre Ressourcen und Kompetenzen häufig überschätzen und die Inanspruchnahme entsprechender Angebote daher nicht als notwendig empfinden (GKV Spitzenverband 2011).

Sinnvoll wären niedrigschwellige und zugehende Angebote, die insbesondere die häufig schwierige Lebenssituation von Pflegenden (mehrheitlich gesundheitlich belastete ältere Frauen mit begrenzten Ressourcen, ohne Partner, fehlender sozialer Unterstützung, geringer Mobilität) berücksichtigen. Aufgrund der jeweils besonderen Bedingungen und Anforderungen kommt auch individuellen Betreuungs- und Unterstützungskonzepten eine besondere Bedeutung zu. In diesem Sinne ist auch die Empfehlung zu verstehen, die Pflegeberatung im Sinne eines individuellen Fallmanagements weiter zu entwickeln und die Strukturen zu schaffen, um ein solches Angebot allen Pflegebedürftigen und Angehörigen zur Verfügung zu stellen (Klie et al. 2011).

Als besonders belastend wird von Pflegenden die Betreuung von Demenzerkrankten oder anderen Personen mit erheblichen Einschränkungen in der Alltagskompetenz empfunden (Techniker Krankenkasse 2014). Gerade im Hinblick auf diesen Personenkreis ist nach Meinung vieler Akteure der aktuell gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff zu eng gefasst. Er begründet eine an Körperfunktionen orientierte Pflege nach zeitlichen Vorgaben und wird den sozialen und kommunikativen Bedürfnissen insbesondere kognitiv eingeschränkter Personen nicht gerecht. Ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff soll zum Ende der laufenden Legislaturperiode mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz ab 2017 in Kraft treten (BMG 2015, Gerlinger, Röber 2014). Von der stärkeren Berücksichtigung der Bedürfnisse kognitiv eingeschränkter Personen bei der Leistungsbemessung sind auch für die pflegenden Angehörigen wichtige entlastende Impulse zu erwarten.

Die sich ändernden Rahmenbedingungen in der Versorgung Pflegebedürftiger resultieren nicht zuletzt aus der demografischen Alterung der Bevölkerung (Nowossadeck 2013): Die laut Prognosen wachsende Lücke zwischen Bedarf und Angebot an Pflegekräften geht auch mit einem sinkenden Potenzial an pflegenden Angehörigen einher. Einer steigenden Zahl älterer Menschen stehen künftig weniger Jüngere gegenüber, die im Bedarfsfall die Pflege ihrer Ange-

hörigen übernehmen könnten. Umso wichtiger ist es, dieses Pflegepotenzial weiter zu stärken. Bislang lag ein Schwerpunkt der Maßnahmen auf der Beratung und Schulung der Betroffenen. Zudem ermöglicht es das Konzept der Familienpflegezeit, die Betreuung Angehöriger künftig besser mit der eigenen Erwerbstätigkeit zu vereinbaren. Die vorliegenden Analysen legen es nahe, Ansätze zur Stärkung der sozialen Integration und Gesundheitsförderung pflegender Angehöriger als weitere Gestaltungsoptionen künftig stärker als bisher in den Blick zu nehmen.

*Matthias Wetzstein, Alexander Rommel,
Dr. Cornelia Lange
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und
Gesundheitsmonitoring*

Literatur

- Blinkert B (2007) Bedarf und Chancen. Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen im Prozess des demographischen und sozialen Wandels. *Pflege & Gesellschaft* 12 (3): 227–239
- Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (1997) Erster Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung seit ihrer Einführung am 01. Januar 1995. BMAS, Bonn
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (2010) Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft. BMFSFJ, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2009a) Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2009b) Umsetzungsbericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationales Gesundheitsziel Gesund älter werden. Kooperationsverbund gesundheitsziele.de BMG, Berlin
- Bundesministerium für Gesundheit (2013) Bericht des Expertenbeirats zur konkreten Ausgestaltung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs. BMG, Berlin
- Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB et al. (1998) The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. *Archives of internal medicine* 158 (16): 1789–1795
- Butterworth P, Pymont C, Rodgers B et al. (2010) Factors that explain the poorer mental health of caregivers: Results from a community survey of older Australians. *Aust N Z J Psychiatry* 44 (7): 616–624
- Buyck JF, Bonnaud S, Boumendil A et al. (2011) Informal caregiving and self-reported mental and physical health: Results from the gazel cohort study. *American Journal of Public Health* 101 (10): 1971–1979
- Centers for Disease Control and Prevention (2000) Measuring Healthy Days: Population Assessment of Health-related Quality of Life. CDC, Atlanta
- De Bruin A, Picavet H, Nossikov A (1996) Health interview survey. Towards harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications. European Series. WHO, Kopenhagen
- Doblhammer G, Kreft D (2011) Länger leben, länger leiden? Trends in der Lebenserwartung und Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 54 (8): 907–914
- Döhner H, Kofahl C, Lüdecke D et al. (2007) EUROFAMCARE (Services for Supporting Family Carers of Older Dependent People in Europe: Characteristics, Coverage and Usage): The National Survey Report for Germany. UKE Hamburg
- Gerlinger T, Röber M (2014) Dossier Gesundheitspolitik. Die Pflegeversicherung www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/72794/die-pflegeversicherung (Stand: 01.09.2015)
- GKV Spitzenverband (2011) Kompetenzförderung von pflegenden Angehörigen und Patienten. GKV Spitzenverband, Berlin
- Ho SC, Chan A, Woo J et al. (2009) Impact of caregiving on health and quality of life: A comparative population-based study of caregivers for elderly persons and noncaregivers. *J Geronto - Series A Biological Sciences and Medical Sciences* 64 (8): 873–879
- Jagger C, Gillies C, Moscone F et al. (2008) Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross-national meta-regression analysis. *The Lancet* 372 (9656): 2124–2131
- Klie T, Frommelt M, Schneekloth U (2011) Evaluation der Pflegeberatung gem. § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. GKV-Spitzenverband, Berlin
- Kummer K, Budnick A, Blüher S et al. (2010) Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige. Ressourcen und Risiken – Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. *Prävention und Gesundheitsförderung* 5 (2): 89–94
- Kuntsche S, Knibbe RA, Gmel G (2009) Social roles and alcohol consumption: A study of 10 industrialised countries. *Social Science and Medicine* 68 (7): 1263–1270
- Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F et al. (2012) Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet* 380 (9838): 219–229
- Lehr U (2010) Beruf oder Pflege? - Eine falsche Alternative. BAGSO Nachrichten (04/2010): 10
- Micheelis W, Schiffner U (2006) Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln
- Nowossadeck S (2013) Demografischer Wandel, Pflegebedürftige und der künftige Bedarf an Pflegekräften. Eine Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt* 56 (8): 1040–1047
- Pinquart M, Sörensen S (2007) Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. *J Gerontol: Psychological Sciences* 62B (2): 126–137
- R+V, IfD Allensbach (2012) Weil Zukunft Pflege braucht. R+V Versicherung AG, Wiesbaden
- Robert Koch-Institut (2009) Gesundheit und Krankheit im Alter. RKI, Berlin www.rki.de/gesundheitsmonitoring (Stand: 01.09.2015)
- Robert Koch-Institut (2012) Rückenschmerzen. Heft 53 der Gesundheitsberichterstattung des Bundes Robert Koch-Institut, Berlin www.rki.de/gesundheitsmonitoring (Stand: 01.09.2015)
- Robert Koch-Institut (2014) Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012«. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin www.rki.de/gesundheitsmonitoring (Stand: 01.09.2015)
- Schmidt M, Schneekloth U (2011) Abschlussbericht zur Studie „Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes“ Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. BMG, Berlin
- Statistisches Bundesamt (2013) Pflegestatistik 2011. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden
- Statistisches Bundesamt (2015) Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Destatis, Wiesbaden

- Techniker Krankenkasse (2014) TK-Pflegestudie: Pflegende Angehörige treiben Pflichtgefühl und Familienzusammenhalt an, doch der soziale Kitt bröckelt. TK Pressestelle, Hamburg
- Trachte F, Sperlich S, Geyer S (2014) Kompression oder Expansion der Morbidität? : Entwicklung der Gesundheit in der älteren Bevölkerung. Z Gerontol Geriatr
- Tuithof M, ten Have M, van Dorsselaer S et al. (2015) Emotional disorders among informal caregivers in the general population: Target groups for prevention. BMC Psychiatry 15 (1)
- WHO (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment : WHO global report. WHO, Genf
- WHO (2009) Unhealthy diets and physical inactivity. NMH Fact Sheet. June 2009. WHO, Genf

Impressum
GBE kompakt

Herausgeber
Robert Koch–Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion
Dr. Livia Ryl
Robert Koch–Institut
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General–Pape–Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030–18754–3400
E–Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsberichterstattung

Zitierweise
Wetzstein M, Rommel A, Lange C (2015)
Pflegerische Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst
Hrsg. Robert Koch–Institut, Berlin.
GBE kompakt 6(3)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 19.07.2016)

ISSN 2191–4974
DOI 10.17886/RKI-GBE-2016-018

Das Robert Koch–Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit