



Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger (Hrsg.)

Gesundheitsmonitor 2013

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen
Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK

*Jan Böcken, Bernard Braun,
Uwe Repschläger (Hrsg.)*

Gesundheitsmonitor 2013

Bürgerorientierung im Gesundheitswesen

Kooperationsprojekt der Bertelsmann Stiftung
und der BARMER GEK

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische
Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Wir verwenden in dieser Publikation keine durchgängig geschlechter-
gerechte Sprache. Mit »Autoren«, »Ärzte«, »Patienten« etc. sind immer
Männer und Frauen gemeint.

© 2014 E-Book-Ausgabe

© 2013 Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh

Verantwortlich: Jan Böcken, Andrea Fürchtenicht

Redaktion: 37 Grad Analyse und Beratung GmbH, Köln

Lektorat: Heike Herrberg

Herstellung: Christiane Raffel

Umschlaggestaltung: Elisabeth Menke

Umschlagabbildung: Martin Barraud/OJO Images

Satz und Druck: Hans Kock Buch- und Offsetdruck GmbH, Bielefeld

ISBN 978-3-86793-522-7 (Print)

ISBN 978-3-86793-556-2 (E-Book PDF)

ISBN 978-3-86793-557-9 (E-Book EPUB)

www.bertelsmann-stiftung.de/verlag

Inhalt

Einleitung	7
<i>Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger</i>	
Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr	11
<i>Adelheid Kuhlmei, Ralf Suhr, Stefan Blüher, Dagmar Dräger</i>	
Was weiß und denkt die Bevölkerung über Alzheimer und andere Demenzerkrankungen?	39
<i>Christopher Kofahl, Daniel Lüdecke, Benjamin Schalk, Martin Härter, Olaf von dem Knesebeck</i>	
Einstellungen zur Organtransplantation und Spendebereitschaft	63
<i>Marlies Ahlert, Lars Schwettmann</i>	
Versorgung bei ADHS im Übergang zum Erwachsenenalter aus Sicht der Betroffenen	88
<i>Ingrid Schubert, Martin Buitkamp, Gerd Lehmkuhl</i>	
Die Übertragung von Heilkunde: Erwartungen von Patienten zu den Auswirkungen arztentlastender Strukturen auf die Sicherstellung der Versorgung	122
<i>Michael Wessels</i>	

Finanzierungsreform in der Krankenversicherung: Einschätzungen der Bevölkerung im Spiegel konkreter Reformszenarien	144
<i>Martin Albrecht, Jan Böcken</i>	
Zuzahlungen im deutschen Gesundheitssystem: Ausmaß, Determinanten und Konsequenzen für die Medikamenteninanspruchnahme	167
<i>Patrick Bremer, Dirk Sauerland, Ansgar Wübker</i>	
Kriterien und Verfahren zur Priorisierung medizinischer Leistungen: Ergebnisse und methodische Herausforderungen ..	186
<i>Heiner Raspe, Sabine Stumpf</i>	
Anhang: Messung der Sozialschichtzugehörigkeit	211
Die Autorinnen und Autoren	213
Abstracts	217

Einleitung

Jan Böcken, Bernard Braun, Uwe Repschläger

Dies ist der zwölfte Gesundheitsmonitor. Da zu unserer Leserschaft vermutlich nur wenige Mathematiker zählen, sei erklärt, dass »12« eine erhabene Zahl ist.¹ Erhabene Zahlen sind selten, genau genommen kennt man nur zwei. Die andere ist sehr groß und es ist kaum zu erwarten, dass der Gesundheitsmonitor so viele Jahrespublikationen hervorbringen wird. Also freuen sich die Herausgeber mit einem »erhabenen Gefühl« an diesem zwölften Band.

Zwölf Jahre sind eine lange Zeit. Zu Projektbeginn war kaum zu erwarten, dass der Gesundheitsmonitor eine derartige Entwicklung nehmen würde. Projekte zeichnen sich normalerweise dadurch aus, dass sie einen definierten Anfang und ein festgelegtes Ende haben. Ein guter Grund für eine Beendigung könnte beispielsweise sein, dass uns die spannenden Themen ausgehen. Dieser Zeitpunkt scheint jedoch mit Blick auf die vorliegende Ausgabe in weiter Ferne zu liegen.

Dabei müssen die spannenden Themen nicht einmal neu sein, im Gegenteil! *Marlies Ahlert* und *Lars Schwettmann* zeigen in ihrem Artikel über die Einstellung zur Organtransplantation, wie sich die Spendenbereitschaft im Licht der Skandale der letzten Jahre verändert hat. Dies ist möglich, weil die Autoren vergleichbare Fragen auch schon zwei Jahre vorher im Gesundheitsmonitor untersucht haben. Das zeigt, wie wertvoll eine kontinuierlich wachsende Basis an belastbaren Befragungsdaten ist.

Im dem Beitrag von *Heiner Raspe* und *Sabine Stumpf* über Kriterien und Verfahren zur Priorisierung medizinischer Leistungen nimmt der Vergleich zu vorherigen Analysen ebenfalls einen zentralen Platz

1 Dies bedeutet, dass die Anzahl und die Summe der Teiler einer natürlichen Zahl vollkommene Zahlen sind.

ein. Dies bezieht sich auch hier nicht nur auf frühere Analysen des Gesundheitsmonitors – in diesem Fall aus dem Jahr 2009 –, sondern es werden andere externe Studien in den Vergleich einbezogen. Für den Gesundheitsmonitor ist es selbstverständlich geworden, die Befragungsergebnisse in die jeweilige wissenschaftliche Diskussion einzubetten.

Auch das Thema Pflege und die Erfahrungen und Einschätzungen der Bevölkerung begleiten uns schon lange. Die entsprechende Informiertheit der Bevölkerung und die Einschätzung von Unterstützungsressourcen war vor fast zehn Jahren schon einmal ein Schwerpunkt. Im vorliegenden Beitrag stellt das Autorenteam *Adelheid Kuhlmeier, Ralf Suhr, Stefan Blüher* und *Dagmar Dräger* die jüngst erhobenen Daten zum Thema Pflege auch den vorherigen Erhebungen des Gesundheitsmonitors gegenüber.

Die Themenkontinuität, die aufgrund der regelmäßig erhobenen Daten möglich ist, bedeutet für den Gesundheitsmonitor aber nicht allein, dieselben Fragen zu einem späteren Zeitpunkt erneut zu stellen. Es werden immer auch neue Fragen aufgenommen, die andere, oft hochaktuelle Aspekte des Themas behandeln. Kuhlmeier et al. greifen beispielsweise die Absicherung für den Fall einer eigenen Pflegebedürftigkeit auf. Auch die Debatte um die Finanzierung des Gesundheitssystems, der sich *Martin Albrecht* und *Jan Böcken* in ihrem Beitrag widmen, hat sich in den letzten Jahren weiterentwickelt. So sind etwa Kopfpauschalen, die 2003 bis 2005 Gegenstand unserer Befragungen waren, heute aus der öffentlich geführten gesundheitspolitischen Diskussion verschwunden. Übergeordnete Fragen nach dem gewünschten Maß an Solidarität oder der Einstellung der Bevölkerung zur Systemdualität im Bereich Krankenversicherung stehen dagegen noch immer auf der politischen Agenda. Sie bilden die erste zentrale Säule in der Philosophie des Gesundheitsmonitors, weil sie aus Bürgersicht beschreiben, wie das Gesundheitssystem der Zukunft ordnungspolitisch ausgestaltet sein sollte.

Neben der Aufnahme neuer Fragen spielt die Verwendung neuer Methoden für die Themenkontinuität eine Rolle. Bereits im Jahr 2008 gab es im Gesundheitsmonitor ein Kapitel zur Delegation von Verantwortung an nicht ärztliche Professionen. Wie bei allen damaligen Beiträgen basierten die Analysen auf einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe, in der allerdings nur relativ wenige Befragte bereits Er-

fahrungen mit entsprechenden Delegationsmodellen hatten. Durch die seit 2011 bestehende Kooperation von Bertelsmann Stiftung und BARMER GEK war es für den diesjährigen Beitrag von *Michael Wessels* möglich, gezielt Versicherte mit entsprechenden Erfahrungen zu befragen.

Diese Sonderbefragungen von BARMER GEK-Versicherten ermöglichen auch die Bearbeitung krankheitsbezogener Fragestellungen, denen in der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte eine besondere Bedeutung zukommt. Vor Beginn der Kooperation konnten im Gesundheitsmonitor nur Krankheiten mit einer verhältnismäßig großen Verbreitung wie etwa Rückenschmerz und Diabetes einbezogen werden. In diesem Band analysieren *Ingrid Schubert*, *Martin Buitkamp* und *Gerd Lehmkuhl* die ADHS-Versorgung von jungen Erwachsenen aus Sicht der Betroffenen. Damit wird nicht nur das öffentlich breit diskutierte Thema ADHS exemplarisch bearbeitet, sondern auch der wissenschaftlich relevante Aspekt der »Transitional Care«. Das über verschiedene Beiträge dieser Art sich formende Gesamtbild stellt die zweite Säule des Gesundheitsmonitors dar: die Analyse der Erfahrungen von Patienten in der Versorgung. So entsteht ein vielschichtiges und differenziertes Bild vom Status quo der Gesundheitsversorgung – mit Stärken, Schwächen und vor allem mit Handlungsoptionen für Experten und Entscheidungsträger.

Christopher Kofahl, *Daniel Lüdecke*, *Benjamin Schalk*, *Martin Härter* und *Olaf von dem Knesebeck* behandeln ein weiteres krankheitsbezogenes Thema: Alzheimer und andere Demenzerkrankungen. Sie verwenden dabei ganz bewusst den »klassischen Ansatz« des Gesundheitsmonitors, eine bevölkerungsrepräsentative Stichprobe. Der Fokus der Autoren liegt auf der Einstellung der Bevölkerung gegenüber Alzheimer- bzw. Demenzerkrankten sowie dem Wissen der Befragten über diese Krankheitsbilder. Gerade die Wissensfragen stehen in einer langen Tradition des Gesundheitsmonitors, der das Thema »Information der Bürger« immer wieder beleuchtet hat. Wie gut sind die Bürger informiert? Woher beziehen sie ihre Informationen und wem vertrauen sie in gesundheitsbezogenen Fragestellungen? Und welche Unterschiede gibt es im Informationsverhalten verschiedener Gruppen von Versicherten und Patienten? All diese Fragestellungen formen die dritte Säule des Gesundheitsmonitors.

Die vierte und letzte Säule bildet eine Reformbeurteilung aus Bürgersicht. Lange nicht alle bedeutenden gesundheitspolitischen Verän-

derungen sind direkt von den Bürgern erfahrbar, sodass eine Gesamtevaluation dieser Reformen, beispielsweise bezogen auf eine Legislaturperiode, mit Befragungsdaten nicht möglich ist. In einigen Bereichen hingegen kann man mit Surveydaten sehr wohl analysieren, ob eine politische Stellschraube in der Realität die gewünschte Wirkung zeigt. Monetäre Anreize sind so ein Bereich, weshalb etwa mehrfach Artikel zur Praxisgebühr im Gesundheitsmonitor erschienen sind. *Patrick Bremer, Dirk Sauerland* und *Ansgar Wübker* haben sich nach der Abschaffung der Praxisgebühr mit den in der Höhe weit bedeutenderen Arzneimittelzuzahlungen und ihrer Wirkung auf die Medikamenteninanspruchnahme beschäftigt. Die Fragestellung führt zum Kern vieler sozialpolitischer Auseinandersetzungen: Hat eine Reformmaßnahme die intendierte Wirkung und entstehen dabei soziale Härten, die ausgeglichen werden müssen?

Wir werden häufig gefragt, wie wir die Themen des Gesundheitsmonitors auswählen. Tatsächlich stellt das Portfolio den Versuch dar, die oben angedeutete feine Balance zu halten: zwischen Themenkontinuität und spannenden neuen Themen, zwischen den vier zentralen Säulen sowie zwischen repräsentativen Erhebungen und Sonderbefragungen spezieller Subgruppen. Auch wenn wir diesen Balanceanspruch nicht auf ein einzelnes Buch beschränken, hoffen wir, dass der Drahtseilakt in der vorliegenden Publikation gelungen ist. Eins scheint uns in jedem Fall sicher: Auch nach zwölf Jahren ist es keineswegs selbstverständlich, dass die Erfahrungen und die Perspektiven der Bürger in der gesundheitspolitischen Fachdiskussion berücksichtigt werden. Es wäre schön, wenn die Kontinuität des Gesundheitsmonitors wie auch seine ständige thematische und methodische Weiterentwicklung dazu beitragen, dass dies etwas mehr zur Normalität wird.

Das Risiko der Pflegebedürftigkeit: Pflegeerfahrungen und Vorsorgeverhalten bei Frauen und Männern zwischen dem 18. und 79. Lebensjahr

Adelheid Kuhlmeier, Ralf Suhr, Stefan Blüher, Dagmar Dräger

Einleitung

Der demographische Wandel hat die Pflegebedürftigkeit in den Alltag der Menschen gebracht. Pflegebedürftig zu werden, ist kein Einzel-schicksal mehr, sondern ist zu einem allgemeinen Lebensrisiko vor allem für sehr alte Menschen geworden. Pflegebedürftig sind laut Definition des deutschen Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14, SGB XI) Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße Hilfe bedürfen.

Angesichts jahrelanger Kritik an diesem Begriff, insbesondere am zeitbasierten Verfahren zur Feststellung von Pflegebedarf, ist ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff erarbeitet worden, wonach Menschen pflegebedürftig sind, deren Selbstständigkeit bei Aktivitäten im Lebensalltag, beim Umgang mit der Krankheit oder bei der Gestaltung wichtiger Lebensbereiche aus gesundheitlichen Gründen dauerhaft oder vorübergehend beeinträchtigt ist (Büscher und Wingenfeld 2008). Die politische Debatte zur Umsetzung dieses neuen Begriffs ist nicht abgeschlossen.

Pflegebedürftigkeit ist ein Zustand höchster sozialer, psychischer und körperlicher Vulnerabilität, dem meist langjährige Krankheitsprozesse vorgeschaltet sind oder der durch ein Ereignis – wie etwa das Auftreten eines Schlaganfalls – ausgelöst wird. Letztendlich ist heute nicht bekannt, an welchem Kumulationspunkt körperlicher Leiden, psychischer Einbußen und sozialer Konstellationen dieser qualitativ andere Gesundheits- beziehungsweise Krankheitszustand entsteht.

Die Versorgung von Menschen mit Pflegebedarf ist eine Aufgabe nicht nur für die Gesundheitsberufe, sondern auch für immer mehr Familien in Deutschland. Von den etwa 2,5 Millionen Menschen mit einer Pflegebedürftigkeitsstufe werden drei Viertel zu Hause versorgt (StatBA 2013). Eine Allensbach-Umfrage (Institut für Demoskopie Allensbach 2012) zeigt, dass dadurch heute schon etwa zehn Millionen Familien einen zu pflegenden Angehörigen in ihrem Kreis haben und in zehn Jahren voraussichtlich 27 Millionen Menschen in Deutschland Erfahrungen mit einem familiären Pflegefall haben werden.

Somit stellt die Pflege vor allem alter Familienmitglieder eine Herausforderung dar, die in diesem Ausmaß historisch neu ist. Erstmals in der Geschichte ist die familiäre Unterstützung insbesondere hochaltriger Menschen ein erwartbarer Regelfall im Familienzyklus und keine Ausnahmesituation. Solche kollektiven Erfahrungen – so ist anzunehmen – werden Einfluss auf die Lebensplanungen nachfolgender Generationen haben. Das Vorsorgeverhalten könnte sich verändern, wenn immer mehr Frauen und Männer persönlich in Pflegekontexte eingebunden werden, diese erleben oder miterleben.

Jüngst zeigte eine Infratest-Umfrage (TNS Infratest 2012), dass die Angst vor einer Pflegebedürftigkeit hierzulande schon relativ weit verbreitet ist. So gab jede/r zweite Befragte die Antwort, dass sie oder er von einer kostenlosen Assistenz beim Freitod Gebrauch machen würde, um dem Schicksal der Pflegebedürftigkeit zu entgehen. Vergleichbar damit sind die Ergebnisse der Generali Altersstudie (2013): Im Sorgenkatalog der befragten 65- bis 85-Jährigen stand ganz oben in der Rangfolge die Aussage: »Dass ich pflegebedürftig werde, dauerhaft auf Pflege angewiesen bin.«

So geäußerte Ängste sind zweifelsohne auf einen höheren Betroffenengrad zurückzuführen, zeigen aber auch eine Zunahme von Erfahrungen mit Pflegebedürftigkeit und mehr Öffentlichkeit für das Thema »Pflege« generell. Ob diese Entwicklungen auch schon im Vorfeld des Eintritts eines Pflegebedarfs Handlungen auslösen, ist bislang wenig untersucht. Daher wurde das Thema »Vorsorgeverhalten« in die Befragungswelle des Gesundheitsmonitors 2012 aufgenommen. Auf Basis der Befragungsergebnisse befasst sich dieser Beitrag mit der Frage, ob das Erleben der Pflegebedürftigkeit, die Situation, selbst pflegende Angehörige zu sein, und die größere Öffent-

lichkeit des Themas »Pflege« schon zu einer anderen Antizipation dieses »neuen« Lebensrisikos geführt haben und dazu, dass jüngere Generationen mehr Vorsorge betreiben beziehungsweise die Absicherung einer solchen kritischen Lebensphase vornehmen.

Hintergrund

Das Pflegerisiko steigt im Alter deutlich an: Sind bei den 60- bis unter 80-Jährigen nur etwa dreieinhalb Prozent pflegebedürftig, so ist mit 80 Jahren etwa jede und jeder Fünfte betroffen, mit 85 Jahren jede/r Dritte und bei den über 90-Jährigen sind es insgesamt mehr als 60 Prozent (Büscher und Wingensfeld 2008). Frauen sind sehr viel stärker von Pflegebedürftigkeit betroffen und ihr Pflegebedarf wächst im Alter deutlich schneller als bei Männern.

Die Gesamtlebenszeitprävalenz zeigt realistisch an, wie groß das Risiko ist, im Laufe seines Lebens pflegebedürftig zu werden: 67 Prozent der Frauen und 47 Prozent der Männer waren im Jahr 2009 vor ihrem Versterben pflegebedürftig (Rothgang et al. 2010).

Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklungen im Gesundheitswesen hat eine Prognose zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger bis zum Jahr 2050 vorgelegt. Diese nennt für 2050 eine Zahl von 4,35 Millionen Pflegebedürftigen. Ein Überblick über alternative Prognosen hierzu zeigt, dass die Vorausberechnungen des Rates mit den Größenordnungen vergleichbarer Schätzungen weitgehend übereinstimmen. Für das Jahr 2030 reicht die Bandbreite der Status-quo-Prognosen zwar von 2,61 bis 3,36 Millionen Pflegebedürftigen, bezogen auf die aktuelleren Vorausberechnungen zum Basisjahr 2005 beziehungsweise 2007 verkürzt sich die Spanne aber auf 3,09 bis 3,36 Millionen. Bei den Prognosen, die auf der Annahme der Morbiditätskompression beruhen, gelangt das Statistische Bundesamt hier mit 2,95 Millionen Pflegebedürftigen nahezu zum gleichen Ergebnis wie die Prognose des Sachverständigenrates (2,93 Millionen, SVR 2009).

Pflegebedürftigkeit beruht auf multifaktoriell verursachten chronischen Erkrankungen oder Behinderungen. Zu den häufigsten Erkrankungen, die zur Pflegebedürftigkeit führen, gehören neben Frakturen (häufig nach Unfällen) besonders Hirngefäßserkrankungen (Schlaganfälle), andere chronische Erkrankungen der inneren

Organe und des Bewegungsapparats, schwere rheumatische Erkrankungen, Krankheiten des Skelett- und Bewegungsapparats, psychische Erkrankungen sowie Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Ein wesentliches Merkmal ist die vor allem bei älteren Pflegebedürftigen oft auftretende Überlagerung von chronisch-degenerativen und psychischen Erkrankungen, womit sehr häufig kognitive Einschränkungen verbunden sind. Angesichts der steigenden Lebenserwartung und der stark wachsenden Zahl sehr alter Menschen nimmt damit besonders die Bedeutung von Demenzerkrankungen als Ursache von Pflegebedürftigkeit zu.

Durch die Studien zu »Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung« (Schneekloth 2006), die sowohl für die Situation in Privathaushalten als auch für die stationäre Versorgung durchgeführt wurden, stehen Ergebnisse zur Verfügung, die das Ausmaß an Vulnerabilität von meist älteren Menschen in Pflegesituationen verdeutlichen. Die schwerwiegendsten Einschränkungen in den Alltagsverrichtungen zeigen sich beim Duschen und Waschen, gefolgt von An- und Auskleiden, Toilettennutzung und Nahrungsaufnahme. Hinsichtlich der instrumentellen Aktivitäten verursacht das Einkauf die größte Abhängigkeit, gefolgt von der Reinigung der Wohnung, der Mahlzeitenzubereitung und der Regelung finanzieller Angelegenheiten.

Das Ausmaß funktioneller Einschränkungen zeigt sich in den Befunden aus der stationären Versorgung noch deutlicher: Fast 90 Prozent der Bewohner und Bewohnerinnen haben Hilfebedarf beim Duschen und Waschen, beim An- und Auskleiden, bei der Toilettennutzung sowie bei der Nahrungsaufnahme (Schneekloth 2006). Neben diesen Beeinträchtigungen, die vor allem den Bereich von Bewegung und Beweglichkeit betreffen, leiden Pflegebedürftige unter ihrer eingeschränkten kognitiven Leistungsfähigkeit.

Diese Einschätzung wird durch die Daten aus MuG IV zur Selbstständigkeit in stationären Einrichtungen gestützt: Knapp 60 Prozent der Bewohner sind häufig oder gelegentlich unfähig zur Lösung von Alltagsproblemen, über 50 Prozent antriebsarm oder niedergeschlagen; knapp 50 Prozent zeigen sich häufig oder gelegentlich unfähig, ihre Grundbedürfnisse wahrzunehmen, sind räumlich unzureichend orientiert und bedürfen einer andauernden Hilfestellung. Eine häufig oder gelegentlich beeinträchtigte Orientierung im Hinblick auf Personen wiesen knapp 40 Prozent auf, und zwischen 30 und 35 Pro-

zent zeigten Störungen im Tag-Nacht-Rhythmus sowie sozial abweichendes Verhalten (Schneekloth 2006).

Insgesamt gesehen kann auf der Basis dieser Tatsachen kein Zweifel bestehen, dass das Gesundheitsrisiko der Pflegebedürftigkeit die Gesundheitspolitik, das Versorgungssystem, die Familien und nicht zuletzt alle alt werdenden Frauen und Männer mit erheblichen Herausforderungen konfrontiert und immer mehr Menschen selbst pflegebedürftig werden oder ein pflegebedürftiges Familienmitglied versorgen müssen.

Fragestellung und methodisches Vorgehen

Daraus ergibt sich die Annahme, dass die zunehmende Konfrontation mit dem Risiko Pflegebedürftigkeit auch zu verändertem Vorsorgeverhalten und zu veränderten Risikoabsicherungen bei künftig alt werdenden Generationen führt. Diese Annahme wurde über folgende Fragestellungen operationalisiert:

- Verändert sich der Informiertheitsgrad rund um das Thema »Pflege« in der deutschen Bevölkerung?
- Inwieweit beeinflussen Pflegeerfahrungen die Haltungen und Meinungen zur familialen Pflege?
- Von wem erwarten Frauen und Männer in Deutschland im Alter hauptsächlich Unterstützung?
- Wie wird die Qualität der eigenen Vorsorge für den Fall einer Pflegebedürftigkeit eingeschätzt?
- Mit welchen Aspekten der Vorsorge setzen sich Frauen und Männer unterschiedlicher Altersgruppen auseinander?
- Wie entwickelt sich die Bereitschaft zur privaten Vorsorge im Hinblick auf das Risiko Pflegebedürftigkeit?

Insgesamt wurden 895 Frauen und 900 Männer im Alter zwischen 18 und 79 Jahren in der Befragungswelle zum Gesundheitsmonitor befragt. Die schriftliche, postalische Befragung fand im Dezember 2012 statt; die Responserate betrug 78 Prozent. Das Durchschnittsalter der Befragten liegt bei 51 Jahren.

In einer Grundauswertung wurden zunächst alle Variablen in den Verteilungen analysiert. Zusammenhänge mit soziodemographischen Merkmalen und weiteren Einflussgrößen wurden anschlie-

ßend in Form von Kreuztabellen auf Signifikanz geprüft. Von besonderem Interesse war dabei der Zusammenhang von Pflegeererfahrung und Informiertheit, Haltungen/Meinungen zur Pflege, zur Qualität der eigenen Vorsorge und Bereitschaft zur privaten monetären Risikoabsicherung.

Bei einigen Fragen war eine vergleichende Darstellung zu der Gesundheitsmonitorbefragung des Jahres 2004 möglich. Aufgrund des zwischenzeitlichen Wechsels des Befragtenpanels dienen die hier dargestellten Vergleiche jedoch eher einer Illustration und Einordnung der aktuellen Befragungsergebnisse; sie dürfen nicht als Zeitreihenvergleich im engeren Sinne verstanden werden.

Ergebnisse

Pflegeererfahrung und Pflegepersonen

Immer mehr Menschen sind mit dem Thema »Pflege« in unterschiedlicher Weise konfrontiert. Weit über die Hälfte der Befragten (60%) geben an, bereits mit dem Thema »Pflegebedürftigkeit« in Berührung gekommen zu sein. Darunter hat jede/r Fünfte (21%) zu einem früheren Zeitpunkt bereits einen Angehörigen oder eine nahestehende Person gepflegt beziehungsweise versorgt derzeit ein Familienmitglied.

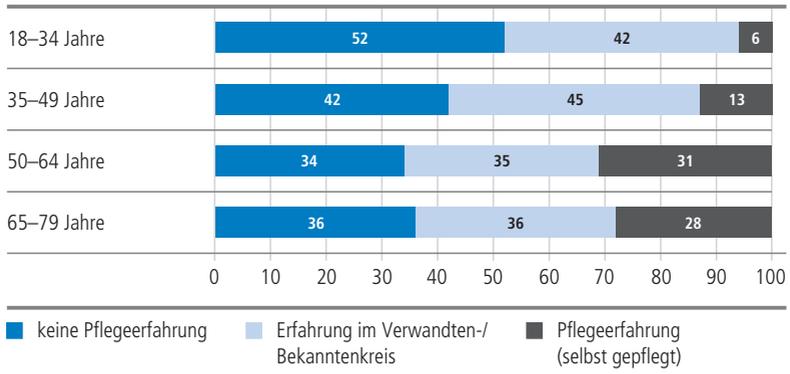
Erwartungsgemäß sind in der Gruppe der befragten 18- bis 79-Jährigen nur sehr wenige Personen selbst pflegebedürftig. So bestätigt auch dieser Befund, dass der Pflegebedarf jenseits des 80. Lebensjahres steil und kontinuierlich steigt, die meisten älteren und alten Frauen und Männer bis zum 80. Lebensjahr jedoch einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand haben (Kuhlmeier 2008).

Mit Blick auf den Personenkreis der pflegenden Angehörigen zeigt sich einerseits, dass die Versorgungslast in den Altersgruppen sehr unterschiedlich verteilt ist. Am stärksten sind die 50- bis 64-Jährigen in die Pflege involviert (31%), gefolgt von den 65- bis 79-Jährigen (28%). Nur 13 Prozent der 35- bis 49-Jährigen und sechs Prozent der 18- bis 34-Jährigen haben selbst einmal gepflegt oder sind derzeit in die Versorgung eines Familienmitglieds eingebunden.

Andererseits wird deutlich, dass über alle Altersgruppen hinweg ein hoher Anteil – durchschnittlich 39 Prozent – der Befragten bereits

mit dem Thema »Pflege« in Kontakt gekommen ist. So geben 42 Prozent der 18- bis 34-Jährigen und sogar 45 Prozent der 35- bis 49-Jährigen an, über den Bekannten- und Verwandtenkreis mit dem Thema konfrontiert worden zu sein (Abbildung 1).

Abbildung 1: Pflegeerfahrung nach Altersgruppen



n = 1.753

Angaben in Prozent der Befragten

Die Angehörigenpflege hat in Deutschland weiterhin ein weibliches Gesicht. Diese Tatsache zeigt sich signifikant auch in den Daten des Gesundheitsmonitors. In der Gruppe der über 1.700 Befragten gaben 363 Befragte an, selbst zu pflegen oder gepflegt zu haben – unter ihnen waren 211 Frauen. Während also von den Frauen 24 Prozent Pflegenden sind oder waren, sind es bei den Männern 17 Prozent. Allerdings verteilt sich die Zahl derer, die bislang keine Berührung mit dem Thema haben, gleich auf den männlichen und weiblichen Teil der Befragten (rund 40%). Interessant ist, dass ein größerer Teil der männlichen Befragten (42 %) angibt, bereits über den Kreis der Familie mit dem Thema »Pflege« konfrontiert zu sein. Frauen geben dies zu 36 Prozent an.

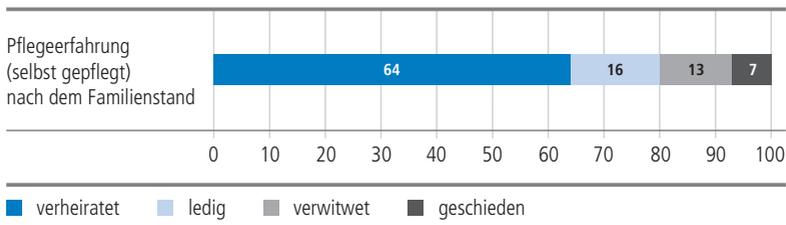
Während in der Gruppe der Personen mit einem Hauptschul- oder Volksschulabschluss 28 Prozent pflegen oder gepflegt haben, sind dies in der Gruppe mit Fachhochschulreife oder Abitur lediglich 15 Prozent. Allerdings zeichnen sich diese Bildungsabschlüsse dadurch aus, dass sie in einem besonders hohen Maß über den Bekannten- und Verwandtenkreis mit dem Thema konfrontiert sind. Hier

könnte angenommen werden, dass es in den höheren Bildungsmilieus ein größeres Interesse und eine höhere Bereitschaft zur Wahrnehmung und Auseinandersetzung mit dem Thema »Pflege« gibt. Bezeichnend ist auch, dass von den Personen, die früher eine berufliche Tätigkeit im Gesundheitssektor ausgeübt haben oder diese derzeit noch ausüben, ein signifikant höherer Anteil auch selbst privat pflegt oder gepflegt hat. So sind oder waren 32 Prozent der ehemaligen sowie 26 Prozent der heute in einem Heilberuf Arbeitenden auch pflegende Angehörige. Die Frauen und Männer, die nicht im Gesundheitssektor arbeiten, geben zu 19 Prozent an, im privaten Bereich zu pflegen oder gepflegt zu haben.

Geht es um den Zusammenhang von Familienstand und Übernahme einer privaten Pflegeaufgabe, so zeigt sich eindeutig, dass in der Gruppe der Ledigen und Geschiedenen der größte Teil keine eigene Pflegeerfahrung hat. Von den Ledigen geben 46 Prozent an, mit dem Thema nicht konfrontiert zu sein, und nur zwölf Prozent pflegen oder haben selbst gepflegt. Ähnlich ist es bei den Geschiedenen: 43 Prozent verweisen darauf, keine Berührung mit dem Thema zu haben, und 17 Prozent waren oder sind in die Versorgung eines Pflegebedürftigen involviert. Ein gänzlich anderes Bild zeigt sich für verwitwete und verheiratete Frauen und Männer: Bei den Verheirateten pflegten oder pflegen 23 Prozent, und gar die Hälfte der Verwitweten (52%) gibt an, selbst gepflegt zu haben.

Mit Blick auf die Gruppe der insgesamt 363 ehemals oder aktuell pflegenden Angehörigen zeigt sich, dass die Mehrzahl von ihnen verheiratet ist (Abbildung 2). Diese Verhältnisse verweisen auf die zunehmende Bedeutung der Partnerpflege, weil immer mehr Frauen

Abbildung 2: Zusammenhang von Pflegeerfahrungen (selbst gepflegt) und Familienstand



n = 363

Angaben in Prozent der Befragten

und Männer gemeinsam alt werden – von den 60- bis 79-Jährigen leben heute noch 60 Prozent der Frauen und beinahe 80 Prozent der Männer in einer Ehe (DZA 2013). Diese Verhältnisse verändern sich zugunsten anderer Lebensformen auch in den höheren Lebensjahren, in denen eine Pflegebedürftigkeit vermehrt auftreten kann, sodass in diesem Zusammenhang zu fragen ist, wie sich die Tragfähigkeit der Partnerpflege entwickeln wird.

Informiertheit über das Thema »Pflege«

Angesichts einer zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger und – wie gezeigt – auch einer großen Gruppe von Frauen und Männern, die mit dem Thema der Versorgung eines Pflegebedürftigen konfrontiert sind, ist die Frage interessant, wie gut sich die Menschen in Deutschland über das Thema »Pflege« ganz allgemein informiert fühlen. Einmal davon abgesehen, dass fast vier Prozent der Befragten sagen, gar keine Informationen zum Thema zu haben, lässt sich das Maß der Informiertheit in zwei nahezu gleich große Gruppen der sehr gut und gut Informierten (27 %) sowie der schlecht und sehr schlecht Informierten (25 %) unterteilen (Abbildung 3).

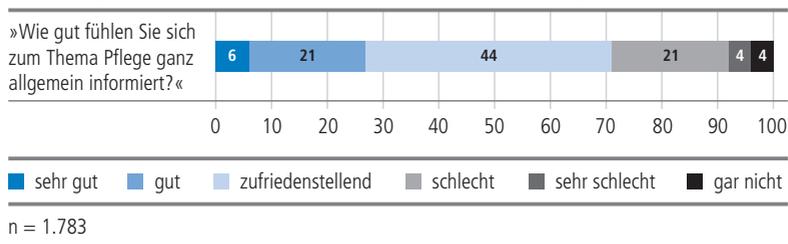
Erwartungsgemäß zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen selbst erbrachter Pflegeleistung und dem Informationsstand. So fühlen sich in der Gruppe der pflegenden Angehörigen 50 Prozent gut oder sehr gut informiert; hingegen berichten nur 15 Prozent der Befragten ohne Pflegeererfahrung, dass sie sich gut oder sehr gut informiert fühlen.

Wird auch die Gruppe derjenigen, die angeben, zufriedenstellend informiert zu sein (45 %), als Personenkreis betrachtet, der Wissen und Kenntnisse zum Thema hat, kann der Informiertheitsgrad als insgesamt relativ hoch angesehen werden.

Diese Bewertung wird besonders durch den Vergleich mit der Bevölkerungsumfrage des Gesundheitsmonitors 2004 gestützt. Vor acht Jahren schätzte die Bevölkerung ihren Informationsstand in Bezug auf Pflege wie folgt ein: Gut oder sehr gut informiert fühlten sich nur 13 Prozent der Befragten; 52 Prozent hingegen charakterisierten ihren Informationsstand als schlecht oder sehr schlecht. Als zufriedenstellend informiert äußerten sich damals 35 Prozent. Auffallend ist zudem, dass im Unterschied zu den aktuellen Ergebnissen, die einen

wesentlich höheren Informiertheitsgrad in der Gruppe der Selbstpflegenden zeigen, damals keine der Betroffenen Gruppen einen signifikant höheren Informiertheitsgrad im Vergleich zur Gesamtbevölkerung aufwies (Amhof 2006).

Abbildung 3: Grad der Informiertheit über das Thema »Pflege«



Angaben in Prozent der Befragten

Einstellungen zur familialen Versorgung bei Pflegebedürftigkeit

In Deutschland werden drei Viertel aller Pflegebedürftigen zu Hause von Angehörigen versorgt. Immer wieder wird prognostiziert, dass das familiäre Pflegepotenzial in den nächsten Jahren, etwa aufgrund einer höheren Erwerbstätigkeit von Frauen oder der Zunahme kinderloser Paare, rückläufig sein wird. Dem gegenüber stehen die Einstellungen zur familialen Fürsorgepflicht.

Die Daten zeigen eine beeindruckend hohe Zustimmung von 89 Prozent zur Aussage »Familienangehörige sollten ihren Beitrag zur Pflege leisten« und eine hohe Ablehnung (67% der Befragten) der Position »Die Pflege durch die Familie passt nicht mehr in unsere Zeit und ist Aufgabe professioneller Pflegeanbieter« (Abbildung 4).

Prüft man den Einfluss der Parameter Alter, Familienstand, soziale Schicht, Stärke des Glaubens und Vorerfahrung mit Pflege als unabhängige Variablen mittels einer multivariaten Regressionsanalyse auf die Zustimmung oder Ablehnung einer familialen Versorgung, so ergibt sich folgendes Bild (Tabelle 1): Junge Leute und Menschen, die angeben, nicht gläubig zu sein, lehnen den Beitrag zur Pflege innerhalb der Familie mit einer höheren Chance ab (Odds-Ratios 1,76 bzw. 2,57 bei den Nichtgläubigen). Dazu passend zeigt sich auf der anderen Seite ein fester Glaube als ein Merkmal, bei dem die Chance steigt (Odds-Ratio 2,60), familiäre Pflege zu befürworten.

Tabelle 1: Einstellungen zur familialen Pflege

Variablen	Modell 1:	Modell 2:
	Familienpflege passt nicht mehr in unsere Zeit	Familienangehörige sollten ihren Beitrag zur Pflege leisten
Altersgruppen		
18 bis 34 Jahre	1,76*	
35 bis 49 Jahre		
50 bis 64 Jahre		
(Referenzkategorie: 65 bis 79 Jahre)		
Pflegeerfahrung		
Pflegeerfahrung: nein	1,30*	
(Referenzkategorie: Pflegeerfahrung: ja)		
Familienstand		
ledig		
geschieden		0,50*
verwitwet		
(Referenzkategorie: verheiratet)		
Gläubigkeit		
gläubig	0,39***	2,60***
teils/teils gläubig	0,66*	2,36**
keine Angabe	0,54**	
(Referenzkategorie: nicht gläubig)		
soziale Schicht		
Unterschicht	0,61*	
Mittelschicht		
(Referenzkategorie: Oberschicht)		

Angegeben sind nur die Variablen, die in dem jeweiligen Regressionsmodell einen signifikanten Einfluss zeigen; die berechneten Modelle enthalten jedoch alle oben beschriebenen Parameter; Signifikanzniveau * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$.

Das Odds-Ratio gibt für jede berücksichtigte Einflussvariable an, um welchen Betrag sich die Chance für das Auftreten eines bestimmten untersuchten Merkmals ändert, wenn sich die Einflussvariable um einen Betrag von 1 erhöht (bei Skalen) beziehungsweise wenn die Einflussvariable mit der Referenzgruppe verglichen wird (bei ordinalen Merkmalen). Bei einem Odds-Ratio von über 1 steigt die Chance, bei einem Odds-Ratio von unter 1 sinkt sie, und bei einem Odds-Ratio von genau 1 ist das Verhältnis ausgeglichen – es gibt keinen Unterschied.

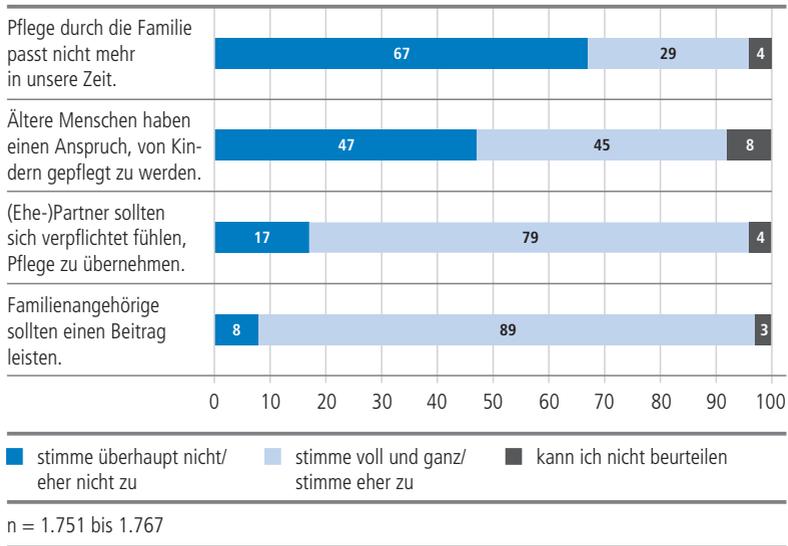
Auch die soziale Schicht hat Einfluss auf die Auffassung der Befragten. Mit einer niedrigeren sozialen Schicht sinkt die Chance der Zustimmung, innerhalb der Familie einen Pflegebeitrag zu leisten (Odds-Ratio 0,61 bei der Unterschicht, dagegen 1,63 bei der Oberschicht). Der Schluss liegt nahe, dass mit in der Regel höherem Einkommen und Bildungsgrad von Personen der oberen sozialen Schicht auch entsprechende Ressourcen für eine familial organisierte Pflege einhergehen.

Die hohe Zustimmung zur familialen Unterstützung im Fall einer Pflegebedürftigkeit scheint eine konstante Einstellung von Frauen und Männern in Deutschland zu sein. In der COMPASS-Studie 2010 lag die Zustimmungswahrscheinlichkeit zur Aussage »Familienangehörige sollten ihren Beitrag leisten ...« bei 79 Prozent, und die Meinung, dass Pflege durch die Familie nicht mehr in unsere Zeit passe, wurde von jedem und jeder zweiten Befragten abgelehnt (Kuhlmey et al. 2010; die COMPASS-Studie wurde von COMPASS Private Pflegeberatung 2010 gefördert; in diese Studie wurden ausschließlich Versicherte privater Krankenkassen und ab dem 40. Lebensjahr einbezogen).

Im Vergleich zu den COMPASS-Ergebnissen zeigt sich auch eine unverändert hohe Zustimmung (79 %) zur Verpflichtung des (Ehe-) Partners, Unterstützung und Pflegeaufgaben zu übernehmen (Abbildung 4). Diese Einstellung zur Pflege durch den Partner vertreten allerdings Männer (82 %) in höherem Maße als Frauen (75 %).

Interessant ist der Befund zur Einbindung der Kindergeneration in die pflegerische Versorgung. Hatten in der COMPASS-Studie nur 27 Prozent der befragten Frauen und Männer über dem 40. Lebensjahr der Aussage zugestimmt, wonach ältere Menschen einen Anspruch darauf hätten, von ihren Kindern gepflegt zu werden, zeigen die Daten des Gesundheitsmonitors für Befragte zwischen 18 und 79 Jahren eine Zustimmung von 45 Prozent. Die differierenden Werte müssen vor allem mit dem bekannten Tatbestand erklärt werden, dass jüngere Personen – die vom Eintritt eines möglichen Pflegeereignisses in der Regel noch weit entfernt sind – konstant höhere Zustimmungswahrscheinlichkeiten aufweisen. Die Zustimmungswahrscheinlichkeit unterscheidet sich jedoch im Geschlechtervergleich signifikant: So befürworten Männer (49 %) häufiger als Frauen (41 %) diese Aussage.

Abbildung 4: Einstellungen zur familialen Pflege



Angaben in Prozent der Befragten

Unterstützung im Alter – Erwartungen und Adressaten

Entsprechend den Einstellungen zur familialen Unterstützung bei Pflegebedarf erwarten die Befragten mehrheitlich (64 %) von der Familie und den Verwandten konkrete Hilfe im Alter. Diese Erwartung ist im Zehnjahresvergleich konstant geblieben (Gesundheitsmonitorbefragung 2004: 65 %) (Abbildung 5). Allerdings ist erkennbar, dass professionelle Dienstleister zunehmend akzeptiert werden. Fast die Hälfte der Befragten (48 %) und sogar 58 Prozent der Frauen und Männer ab dem 65. Lebensjahr erhoffen eine Hilfestellung von Pflegediensten und weitere 23 Prozent von kommunalen Einrichtungen und Sozialstationen. Damit nennen elf Prozent mehr als in der Befragung zum Gesundheitsmonitor 2004 Pflegedienstleister als mögliche Unterstützungsinstitutionen.

Dieser Trend zur höheren Nutzungsbereitschaft von professionellen Diensten der pflegerischen und hauswirtschaftlichen Versorgung in den nachrückenden Generationen zeichnete sich bereits in der COMPASS-Studie ab (Kuhlmey et al. 2010).