



EVALUATION - Berichterstattung Pflegequalität

VERSORGUNGSFORMEN IN DEUTSCHLAND

Untersuchung zu Einflussfaktoren auf die Nachfrage spezifischer Versorgungsleistungen bei Pflege- und Hilfebedarf

Durchführung:

ZQP, Dr. Dörte Naumann

Partner:

DIW Dr. Erika Schulze, Dr. Johannes

Geyer, Thorben Korfhage

Laufzeit:

November 2011 - Dezember 2013

Status:

Abgeschlossen

Abstract

Der Ausgangspunkt dieser breit angelegten Studie ist die Überlegung, dass sich bei gleichem Hilfe- bzw. Pflegebedarf aus den Ressourcen einer pflegebedürftigen Person und ihres Haushaltes ein wichtiger Handlungsspielraum für die Ausgestaltung der Pflege ergibt. Dabei haben wir den individuell geäußerten Hilfe- bzw. Pflegebedarf zur Grundlage der Definition der Pflegebedürftigkeit gemacht, um auch diejenigen Pflegebedürftigen zu erfassen, die keine Leistungen der Pflegeversicherung beziehen.

Bei der Gestaltung der Pflegesituation geht es zum einen um die Entscheidung, ob stationäre oder ambulante Pflege gewählt wird. Dabei steht die ambulante Pflege im Mittelpunkt der Untersuchung. Einerseits ist hier die Datenlage besser als für die stationäre Pflege und zweitens ist es die am häufigsten gewünschte und realisierte Form der Pflege. Die ambulante Pflege kann ihrerseits verschieden ausgestaltet werden, und zwar durch unterschiedliche Kombinationen formeller und informeller Pflegearbeit. Auf der einen Seite können unterschiedliche Formen formeller Unterstützung gewählt werden, also Pflegegeld, Pflegesachleistungen und privat finanzierte Pflegedienstleistungen, mit denen die Pflegesituation variiert. Auf der anderen Seite gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, informelle Pflege zu realisieren. Dabei spielt insbesondere das soziale Netzwerk und die finanziellen Ressourcen eine bedeutende Rolle. So können wir Regelmäßigkeiten und Strukturen in den Pflegehaushalten identifizieren. Darüber hinaus haben wir auch untersucht, wie zufrieden die Pflegebedürftigen sind und welche Faktoren sich als entscheidend für die Zufriedenheit erweisen. Eine weitere Dimension dieser Untersuchung stellt die Zeitverwendung Pflegebedürftiger dar.

Als Datengrundlage der Untersuchung dient vor allem der für die Forschung frei zugängliche Haushaltssurvey Sozioökonomisches Panel (SOEP) des DIW Berlin.

English abstract

This comprehensive study starts with the observation that individuals who experience similar limitations in the activities of daily living realize completely different care arrangements. Conditional on their limitations, differences can arise from different preferences and different resources, e.g. money income and networks. Our definition of “need for care” includes all individuals who report at least one limitation in their activities of daily living. The advantage of this broad definition is that it also includes individuals who do not receive benefits from long-term care insurance.

The first important decision for individuals in need for care is whether inpatient or outpatient care is chosen. Individual data on inpatient care are scarce. Due of the availability of data, home care is the main focus of the investigation. Furthermore, most individuals prefer outpatient care. Outpatient care can be arranged in different ways, with different combinations of formal and informal care work. On the one hand, different forms of formal support can be chosen: care allowance, benefits in kind and privately funded nursing care services. The need for formal support varies with the care situation. On the other hand, there are different ways to realize informal care. In particular, the social network and financial resources play significant roles. By correlating these resources with characteristics of the individual, we can identify the relevant factors impacting the care situation. In addition, we also examine how satisfied people in need for care are and which factors turn out to be significant. Furthermore we look at time use and its determinants among older people in need for care.

The central data base of this study is the publicly available household survey Socio-economic Panel (SOEP) from DIW Berlin.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Stand der Forschung	10
3	Konzeptionelle Überlegungen: Pflegebedarfstypen und ihre Einflussfaktoren	16
4	Datensätze, zentrale Variablen und Stichprobengüte	20
4.1	SOEP und SHARE.....	20
4.2	Informationen über Pflegebedürftigkeit und Pflegepersonen in SOEP und SHARE.....	22
4.3	Erfassung der Pflegebedürftigkeit: Evaluation der Stichprobengüte	26
4.3.1	Wie gut ist die ältere Bevölkerung repräsentiert?	26
4.3.2	Wie gut ist die pflegebedürftige Bevölkerung repräsentiert?	27
4.4	Zusammenfassung.....	32
5	Empirische Analyse der Pflegebedarfstypen: Pflegebedürftigkeit und realisierte Versorgungssettings	34
5.1	Pflegebedürftigkeit und Formen der Pflege im Überblick	34
5.2	Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen.....	42
5.3	Soziodemografische Struktur der Pflegebedürftigen	50
5.4	Einkommen und Vermögen von Pflegebedürftigen.....	53
5.5	Netzwerkbeziehungen.....	64
5.6	Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen	77
5.7	Inanspruchnahme informeller und formeller Pflege	86
5.7.1	Vergleich mit Ergebnissen aus SHARE	89
5.7.2	Inanspruchnahme und Persönlichkeitsmerkmale.....	93
5.8	Zufriedenheit	94
5.9	Zeitverwendung	102
5.10	Zusammenfassung	108
5.11	Anhang	113
6	Der Übergang ins Pflegeheim	123
6.1	Daten	124
6.2	Methoden und Variablenauswahl.....	125
6.3	Deskriptive Ergebnisse	126
6.4	Multivariate Ergebnisse.....	129
6.5	Diskussion	131
6.6	Anhang	132
7	Fazit	133
8	Literatur	141

Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 4-1: Pflege- und Hilfebedarf im SOEP-Haushaltsfragebogen	22
Tabelle 4-2: Pflegepersonen im SOEP-Haushaltsfragebogen.....	23
Tabelle 4-3: Informationen über Einschränkung der Mobilität im SHARE.....	24
Tabelle 4-4: Informationen über Einschränkungen in den ADLs und IADLs im SHARE.....	25
Tabelle 4-5: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. nach Altersgruppen in der Bevölkerungsstatistik (2007), im SOEP (2008) und im SHARE (2006).....	26
Tabelle 4-6: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit und ohne Pflegestufe aus der Pflegestatistik (2007) und dem SOEP (2008).....	28
Tabelle 4-7: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit Pflegestufe, die zuhause versorgt werden nach Alter in der Pflegestatistik (2007) und dem SOEP (2008).....	29
Tabelle 4-8: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit Pflegestufe und Art der Leistung aus der Pflegestatistik (2009) und dem SOEP (2010)	30
Tabelle 4-9: Vergleich der Population der Pflegebedürftigen aus MUG und SOEP aus dem Jahr 2002 (Anteile in %)	31
Tabelle 5-1: Absolute und relative Häufigkeiten der Haushalte mit Pflegebedarf und der Pflegepersonen im SOEP (2005-2011).....	35
Tabelle 5-2: Absolute und relative Häufigkeiten der Pflegekombination aus informeller und formeller Pflege in Haushalten mit Pflegebedarf im SOEP (2005-2011)	36
Tabelle 5-3: Relative Häufigkeiten der Personen mit Pflegebedarf und der realisierten Pflegekombinationen im SHARE (2004 und 2006; Anteile in %).....	37
Tabelle 5-4: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in den ADLs im SOEP (2005-2011).....	38
Tabelle 5-5: Absolute und relative Häufigkeiten von Personen mit Einschränkungen in den ADLs im SHARE (2004, 2006, 2010).....	39
Tabelle 5-6: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in den IADLs im SHARE (2004, 2006, 2010).....	40
Tabelle 5-7: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in der Mobilität im SHARE (2004, 2006, 2010)	41
Tabelle 5-8: Absolute und relative Häufigkeiten der Befragten mit Einschränkungen in den ADLs, den IADLs oder der Mobilität im SHARE (2004, 2006, 2010)	42
Tabelle 5-9: Gesundheitszustand von Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen (2001/2011; Anteile in %).....	43
Tabelle 5-10: Krankheitsdiagnosen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2011; Anteile in %).....	44
Tabelle 5-11: Mentaler und Physischer Gesundheitsscores (MCS und PCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-pflegebedürftigen (2002/2010)	46
Tabelle 5-12: Mentale und physische Gesundheit in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren und bei Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Vergleich.....	49
Tabelle 5-13: Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung über 64 bzw. über 80 Jahren in Privathaushalten (2001 und 2011, in %)	50
Tabelle 5-14: Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Personen nach Leistungen der PV und Geschlecht im SOEP (2001 und 2011).....	51

Tabelle 5-15: Pflegebedürftige Personen mit und ohne Leistungen aus der PV nach Geschlecht und Migrationshintergrund (2001 und 2011; Anteile in %)	52
Tabelle 5-16: Pflegebedürftige nach Bildungsabschluss (2001 und 2011; Anteile in %)	53
Tabelle 5-17: Anteile und Höhe verschiedener Einkommensquellen am Haushaltseinkommen im SOEP – Haushalte mit und ohne Pflegebedarf im Vergleich (2001 und 2011)	54
Tabelle 5-18: Individuelle Einkommenskomponenten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2001 und 2011)	56
Tabelle 5-19: Determinanten des Armutsrisikos Pflegebedürftiger	58
Tabelle 5-20: Regelmäßige Kosten in Verbindung mit der Pflege (2010 und 2011)	60
Tabelle 5-21: Armutsquoten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen mit und ohne Kosten der Pflege (2010 und 2011)	61
Tabelle 5-22: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2002 und 2007)	62
Tabelle 5-23: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2007)	63
Tabelle 5-24: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße (2007)	64
Tabelle 5-25: Stellung der pflegebedürftigen Person zum Haushaltsvorstand nach Haushaltsgröße (2001 und 2011)	65
Tabelle 5-26: Familienstand der pflegebedürftigen Person und Haushaltsgröße (2001 und 2011, Anteile in %)	66
Tabelle 5-27: Durchschnittliche Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen	67
Tabelle 5-28: Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (Anteile in %)	67
Tabelle 5-29: Durchschnittliche Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen nach formeller und informeller Pflege und nach dem Geschlecht	68
Tabelle 5-30: Inanspruchnahmen von Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (erste Pflegeperson, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße; Anteile in %)	71
Tabelle 5-31: Vertrauensperson (erste Vertrauensperson, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße)	73
Tabelle 5-32: Größe des jeweiligen Netzwerkes (differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße (Anteile in %)	74
Tabelle 5-33: Regression zur Erklärung der Netzwerkzufriedenheit (SOEP)	76
Tabelle 5-34: OLS Schätzung zu den Determinanten der Risikobereitschaft	79
Tabelle 5-35: Einzelne Items zur Konstruktion der Kontrollüberzeugungen (Locus of Control)	81
Tabelle 5-36: OLS Schätzung zu den Determinanten der Kontrollüberzeugungen	85
Tabelle 5-37: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP)	87
Tabelle 5-38: Multinomiales Logit Modell der Pflegearrangements im SHARE (marginale Effekte) – Einfluss von ADL, IADL und Mobilität	91
Tabelle 5-39: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP) unter Kontrolle der Risikobereitschaft	93

Tabelle 5-40: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP) unter Kontrolle des Locus of Control.....	94
Tabelle 5-41: Regression der allgemeinen Lebenszufriedenheit auf Gesundheitsmerkmale und Pflegebedürftigkeit (Fixed Effects Modelle).....	96
Tabelle 5-42: Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Lebensbereichen (Anteile in %).....	98
Tabelle 5-43: Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten insgesamt und von den Pflegebedürftigen (1997,2002,2008).....	101
Tabelle 5-44: Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten bei rein informeller und formeller bzw. kombinierter Pflege (1997, 2002, 2008).....	101
Tabelle 5-45: Zeitverwendung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2011 bzw. 2008)	103
Tabelle 5-46: Regression zu den Determinanten der Zeitverwendung in unterschiedlichen Aktivitäten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen	104
Tabelle 5-47: Regression zu den Determinanten der Zeitverwendung in unterschiedlichen Aktivitäten von Pflegebedürftigen	107
Tabelle 5-48: Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit von Krankheitsdiagnosen zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (geschätzte Koeffizienten, differenziert nach Geschlecht)	113
Tabelle 5-49: Krankheitsdiagnosen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter) nach Geschlecht (2011; Anteile in %).....	114
Tabelle 5-50: Mentale und physische Gesundheit von Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht	114
Tabelle 5-51: Komponenten der Gesundheitsscores MCS und PCS (Subskalen)	115
Tabelle 5-52: Armutsquote von Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen (1995-2011)	117
Tabelle 5-53: Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen nach informeller und formeller Pflege ...	117
Tabelle 5-54: „Wer kann Ihnen auch mal unangenehme Wahrheiten sagen?“ (erste Person, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße, Anteile in %).....	118
Tabelle 5-55: „Mit wem haben Sie gelegentlich Streit oder Konflikte, die belastend für Sie sind?“ (erste Person, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße, Anteile in %).....	119
Tabelle 5-56: Determinanten der Indikatoren zur Bereichszufriedenheit von Pflegebedürftigen.....	121
Tabelle 5-57: Anzahl (Fallzahlen) der Haushalte, die Umbauten für das altersgerechte Wohnen vorgenommen haben (2009 bis 2011).....	122
Tabelle 6-1: Jährliche Heimeintrittsraten nach Geschlecht und Alter (1986 - 2010)	127
Tabelle 6-2: Deskriptive Statistik für die Schätzung der Wahrscheinlichkeit einen Übergang in vollstationäre Pflege zu vollziehen 1986 - 2010 (Anteile in %)	128
Tabelle 6-3: Logit-Schätzung der Wahrscheinlichkeit für den Heimübertritt (Marginale Effekte)	130
Tabelle 6-4: Jährliche Heimeintrittsraten nach Geschlecht und Alter (1986 - 1996)	132
Tabelle 7-1: Zusammenfassende Darstellung der Charakteristika von Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße	138

Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 5-1: Multimorbidität von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2011; Anteile in %)	45
Abbildung 5-2: Verteilung des Physischen Gesundheitsscores (PCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen	48
Abbildung 5-3: Verteilung des Mentalen Gesundheitsscores (MCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen	48
Abbildung 5-4: Armutsquote von Pflegebedürftigen und Personen ohne Pflegebedarf (1995 - 2011)	57
Abbildung 5-5: Inanspruchnahmen von Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (erste und zweite Pflegeperson 2006 und 2011)	70
Abbildung 5-6: Risikobereitschaft von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (Anteile in %).....	78
Abbildung 5-7: Faktorladungen (internaler und externaler Faktor)	83
Abbildung 5-8: Verteilung des externalen Faktors der Kontrollüberzeugungen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen.....	84
Abbildung 5-9: Verteilung des internalen Faktors der Kontrollüberzeugungen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen.....	84
Abbildung 5-10: Allgemeine Lebenszufriedenheit von Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen (2001 und 2011).....	95
Abbildung 5-11: Multimorbidität von Pflegebedürftigen (differenziert nach Leistungen der PV; 2011).....	113
Abbildung 5-12: Multimorbidität von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter)	115
Abbildung 5-13: Verteilung von MCS und PCS von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter)	116
Abbildung 5-14: Risikobereitschaft von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (Anteile in %)	120

1 **Einleitung**

Welche individuellen und sozialen Ressourcen pflegebedürftige Menschen mobilisieren können, um ihren Hilfebedarf zu decken, gehört zu den zentralen sozialpolitischen Fragen in der Diskussion um die Lebenslage Pflegebedürftiger in Deutschland. Von ebenso zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Rahmenbedingungen unabdingbar sind, um die Entscheidungsfreiheit Pflegebedürftiger über die Ausgestaltung ihrer Pflegesituation auch in Zukunft gewährleisten zu können.

Mit der demografischen Alterung der Bevölkerung hat das Thema Pflegebedürftigkeit in den letzten Jahren in Deutschland kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass die Zahl der Personen, die Leistungen aus der sozialen oder privaten Pflegeversicherung (PV) erhalten, von heute gut zwei Millionen auf 4,5 bis 4,9 Millionen im Jahr 2050 steigen könnte (Schulz 2012; Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010).¹ Da die geschätzten Zahlen mit der Definition der als pflegebedürftig klassifizierten Personen erheblich variieren, ist allerdings bereits die Frage nach dem gegenwärtigen Pflege- bzw. Hilfebedarf der Bevölkerung in Deutschland nicht einfach zu beantworten. Neben den gut zwei Millionen Menschen, die Leistungen aus der PV erhalten, schätzen sowohl Schneekloth und Wahl (2005) als auch Schulz (2010), dass weitere rund drei Millionen Menschen als hilfe- bzw. pflegebedürftig gelten können, da sie in ihren Lebensaktivitäten („activities of daily living“ ADL bzw. „instrumental activities of daily living“ IADL) eingeschränkt sind, ohne aber Leistungen aus der PV zu beziehen. Der Grund dafür kann zum einen darin liegen, dass sie keinen Antrag auf gesetzliche Leistungen stellen oder ihr Antrag aufgrund fehlender Anspruchsberechtigung abgelehnt wurde; zum anderen könnte es aber auch Pflegebedürftige geben, die von vornherein Strategien wählen, die von der amtlichen Pflegestatistik gar nicht oder nur unvollständig erfasst werden, da sie ihren Pflege- oder Hilfebedarf nicht ergänzt durch staatliche oder private Versicherungsleistungen decken, sondern ausschließlich über alternative Wege im Haushalt und in ihren Netzwerken.

Auch die Frage, wie der Pflegebedarf in Deutschland gegenwärtig quantitativ und qualitativ gedeckt wird, wurde bislang eher vereinzelt und insgesamt noch unzureichend untersucht. Unsere Studie versteht sich als Beitrag dazu, diese Forschungslücke zu verringern. Die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen wird zuhause gepflegt. Wir untersuchen daher,

¹ Diese Schätzungen gehen von konstanten Prävalenzraten bei gleichzeitig steigender Lebenserwartung aus. Schulz (2012) zeigt, dass bei einer günstigeren Entwicklung der Pflegeinzidenz die Gesamtzahl der Pflegebedürftigen deutlich weniger stark auf gut drei Millionen zunehmen wird.

welche unterschiedlichen Arrangements aus informeller und formeller Pflegearbeit Haushalte in Deutschland wählen, um den Bedarf ihrer pflegebedürftigen Haushaltsmitglieder zu decken. Neben der Verteilung unterschiedlicher Pflegekombinationen gehen wir insbesondere der Frage nach, welche Determinanten für die Wahl des jeweiligen Pflegearrangements ausschlaggebend sind. Nicht nur der individuelle Gesundheitszustand und die individuellen Ressourcen einer Person, sondern auch der Haushaltskontext gehört zu den zentralen Erklärungsfaktoren dieser Entscheidung. Insgesamt zielt unsere Studie darauf ab, eine umfassende Bestandsaufnahme der Heterogenität des in Deutschland in Privathaushalten befriedigten Pflegebedarfs zu geben. Darin liegt der Schwerpunkt unserer Analysen. In einem abschließenden Kapitel berücksichtigen wir auch den Übergang von ambulanter in stationäre Pflege und zeigen auf, welche Determinanten die Wahrscheinlichkeit eines solchen Übergangs erhöhen bzw. verringern und welche keinen Einfluss haben.

In der empirischen Analyse geben wir in einem ersten Schritt einen Überblick über die Varianz des individuellen Pflegebedarfs und die Größe der uns interessierenden Population in den von uns genutzten Daten. Repräsentative Studien über die Situation der Hilfe- und Pflegebedürftigen beruhen vorwiegend auf Daten über die Leistungsempfänger der PV. Öffentlich zugänglich und häufig genutzt werden die aggregierten Daten der Pflegestatistik. Diese stellt Angaben über das Geschlecht und das Alter sowie die Pflegestufe und die Art der Unterbringung der Empfänger von Geld und/oder Sachleistungen der PV bereit. Auf dieser Datengrundlage kann beispielsweise die Betroffenheit von Pflegebedürftigkeit (Prävalenzrate) berechnet werden. Daneben geben die Versichertendaten der Kranken- und Pflegeversicherungen Auskunft über die Inzidenz und den Verlauf der Pflegebedürftigkeit von Leistungsbeziehern. Die Routinedaten der BARMA-GEK werden zum Beispiel in den Barmer GEK Pflegereports regelmäßig ausgewertet (Rothgang u. a. 2008, 2009, 2010, 2011, 2012). Dauer und Art des Leistungsbezugs, Krankheitsdiagnosen sowie Pflegeverläufe können auf dieser Datengrundlage untersucht werden. Auf Basis der benannten Datensätze ist es dann beispielsweise möglich, die Strukturunterschiede (Alter, Geschlecht, Familienstand) zwischen Beziehern unterschiedlicher Leistungen der PV und deren Entwicklung über die Zeit nachzuvollziehen.

Wird der Pflegebedarf anhand der Leistungen der PV erhoben, die maßgeblich von rechtlichen Zugangskriterien abhängig sind, kann allerdings, wie oben bereits angesprochen wurde, nur ein Teil der relevanten Bevölkerung erfasst werden.

Darüber hinaus reichen die im Rahmen dieser Prozessdaten erhobenen Informationen nicht aus, um die Ressourcen und Verhaltensweisen Pflegebedürftiger differenziert zu beschreiben.

Insbesondere fehlen Angaben zum Haushaltskontext. Es sind also umfassendere Datensätze erforderlich, wenn man die unterschiedlichen Arrangements näher untersuchen will, in denen Pflege in Deutschland geleistet wird. Zwar liegen bereits einige punktuell durchgeführte Surveys über die Situation von Pflegebedürftigen in Heimen und zu Hause sowie über die Situation informeller Pflegepersonen vor (z.B. Klein 1998; Schneekloth und Wahl 2005, 2007; Schmidt und Schneekloth 2011); allerdings sind die Daten dieser Studien für die wissenschaftliche Forschung nicht allgemein zugänglich, nicht im Längsschnitt verfügbar oder bereits relativ alt.

Wir haben daher in zweifacher Hinsicht einen alternativen Zugang zu bisherigen Studien gewählt. Zum einen untersuchen wir den individuell geäußerten Hilfe- bzw. Pflegebedarf, um auch diejenigen Pflegebedürftigen zu erfassen, die keine Leistungen der PV beziehen. Wir orientieren uns dabei an der im internationalen Kontext üblichen Klassifizierung: Pflegebedürftigkeit tritt dementsprechend bereits dann ein, wenn mindestens eine Einschränkung in den ADL oder IADL vorliegt. Zum anderen nutzen wir für unsere Analysen die Haushaltsbefragung des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), die den persönlichen Hintergrund (individuelle Ressourcen, Haushaltskontext, weitere soziale Netzwerke und Familie, etc.) des Bedürftigen sehr breit abbildet und als Paneldatensatz vorliegt. Ergänzend ziehen wir auch die Erhebung Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) hinzu. Durch den Vergleich beider Datensätze können wir für Teilaspekte unserer Studie auch die Robustheit unserer Befunde testen, d.h. ob unsere eigenen Klassifikationen in unterschiedlichen Datensätzen ähnliche Muster zeigt.² Da das SOEP eine deutlich größere Stichprobe von Haushalten und Personen mit Pflegebedarf und auch einen längeren Zeitraum erfasst, bezieht sich die Mehrheit unserer deskriptiven und multivariaten Auswertungen allerdings auf das SOEP. Zudem können wir auch Vergleiche zwischen älteren Pflegebedürftigen und Älteren ohne Pflegebedarf durchführen, um zu testen, ob bestimmte Merkmale häufiger mit Pflegebedürftigkeit einhergehen oder ob es sich um allgemeine Charakteristika Älterer handelt.

Unsere Studie geht folgendermaßen vor: das zweite Kapitel rekapituliert den gegenwärtigen Stand der Forschung, während das dritte Kapitel unseren konzeptionellen Zugang vorstellt und das vierte Kapitel die Datengrundlage unserer Studie näher beschreibt. Die zentralen empirischen Befunde unserer Untersuchung werden dann im fünften und sechsten Kapitel

² Es erweist sich dabei leider als ein generelles Problem, dass rund ein Drittel der Leistungsbezieher der PV in Pflegeheimen gepflegt wird. Diese Personengruppe ist in den Befragungsdaten in der Regel nicht vorhanden, außer sie nimmt nach dem Heimübertritt weiterhin am Panel teil.

dokumentiert. Das fünfte Kapitel entwickelt dabei schrittweise einen Überblick darüber, wer in Deutschland in welchem Ausmaß pflegebedürftig ist und fokussiert auf den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen. Als Vergleichsgruppe dient uns die Bevölkerung ab 65 Jahre, die keinen Pflegebedarf hat. Einen deskriptiven Überblick geben wir ebenfalls darüber, wie häufig Haushalte welche Form der Pflege nutzen und welche Kombinationen dabei am häufigsten gewählt werden. Daran anschließend richten wir den Fokus auf die Determinanten der beobachteten Pflegebedarfstypen. Neben dem Einkommen beeinflussen der Haushaltskontext und die Netzwerke der Pflegebedürftigen die Art ihres Pflegearrangements. Um auch die Outcomes zu berücksichtigen, geben wir abschließend noch einen Überblick über die Zufriedenheit und die Zeitverwendung der Pflegebedürftigen im Unterschied zur übrigen Bevölkerung ab 65 Jahren. Im sechsten Kapitel stellen wir dann unsere Ergebnisse über die Häufigkeit und die Determinanten des Heimübergangs vor. Welche individuellen und sozialen Ressourcen pflegebedürftige Menschen mobilisieren können, um ihren Hilfebedarf zu decken, gehört zu den zentralen sozialpolitischen Fragen in der Diskussion um die Lebenslage Pflegebedürftiger in Deutschland. Von ebenso zentraler Bedeutung ist die Frage, welche Rahmenbedingungen unabdingbar sind, um die Entscheidungsfreiheit Pflegebedürftiger über die Ausgestaltung ihrer Pflegesituation auch in Zukunft gewährleisten zu können. Im siebten Kapitel diskutieren wir unsere empirischen Befunde und geben einen Ausblick auf zukünftigen Forschungsbedarf.

2 Stand der Forschung

Dieses Kapitel rekapituliert den Stand der Forschung. Unserem eigenen empirisch-quantitativen Zugang entsprechend, konzentrieren wir uns auf einschlägige quantitative Studien, die Teilaspekte unserer eigenen Forschungsfrage für Deutschland bereits anhand großer Datensätze untersucht haben. Wenn es sich um Studien handelt, die ebenfalls mit dem SOEP oder SHARE gearbeitet haben, gehen wir auch auf die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu unserer eigenen Untersuchung ein. Wo es uns als Ergänzung sinnvoll erscheint, nehmen wir auf qualitative Studien Bezug.

Ein großer Teil der Literatur befasst sich mit den Determinanten von Pflegebedürftigkeit. Einen weiteren Bereich konstituieren Studien, die das Verhältnis zwischen formeller und informeller Pflege in den Blick nehmen. Sie gehen der Frage nach, ob es sich dabei um komplementäre oder substitutive Pflegeformen handelt. Sofern sie die Entwicklung der Pflegebedürftigkeit für Deutschland untersuchen, analysieren sie auch, ob sich Veränderungen im Verhältnis der beiden Pflegeformen zueinander auf die Einführung der Pflegeversicherung 1995 zurückführen lassen. Schließlich berücksichtigt unser Überblick Studien, die den Übergang von häuslicher Pflege ins Pflegeheim und dessen Konsequenzen für das Individuum untersuchen. Der letztgenannte Aspekt wird insbesondere in der gerontologischen Fachliteratur thematisiert. Insgesamt relativ selten sind bislang allerdings Studien, die den Pflegeverlauf im Längsschnitt analysieren (z.B. Rothgang u. a. 2009, 2010).

Determinanten der Pflegebedürftigkeit

Ziegler und Doblhammer (2005) untersuchen die Pflegefallwahrscheinlichkeit für die Jahre 1991 bis 2003 mit dem SOEP. In einer Ereignisanalyse vergleichen sie die Zeiträume 1991 bis 1997 und 1998 bis 2003 miteinander und prüfen die Expansionsthese, die Kompressionsthese sowie die These des dynamischen Gleichgewichts der Morbidität. Während die Expansionsthese davon ausgeht, dass die steigende Lebenserwartung auch mit einer längeren Morbiditätsdauer einhergeht, sinkt diese der Kompressionsthese zufolge, da Menschen länger gesünder leben. Die These des dynamischen Gleichgewichts geht davon aus, dass der Anteil kranker Lebensjahre bei steigender Lebenserwartung gleich bleibt.

Die Autoren finden zunächst einen Bildungseffekt, demzufolge höher gebildete Personen ein geringeres Pflegerisiko aufweisen. Darüber hinaus nimmt die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden für Männer im Vergleich der beiden Zeiträume ab. Dieser Effekt ist allerdings nicht signifikant. Schließlich haben Personen, die nicht allein leben, ein höheres

Risiko pflegebedürftig zu werden. Die Autoren interpretieren diesen Befund als Folge der Selektivität der verwendeten Stichprobe: Während alleinlebende Personen eine größere Wahrscheinlichkeit haben, bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit aus der Stichprobe herauszufallen, da sie ein höheres Heimeintrittsrisiko besitzen, kann man davon ausgehen, dass die in der Stichprobe verbleibenden Alleinlebenden über einen besseren Gesundheitszustand verfügen. Umgekehrt können Pflegebedürftige in größeren Haushalten länger zuhause leben, da ein Netzwerk zur Unterstützung der ambulanten Pflege besteht. Letztlich lassen die Befunde allerdings keine eindeutigen Schlussfolgerungen über die Entwicklung der Morbidität zu, zumal die Ergebnisse der Studie insgesamt auch durch die Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 beeinflusst worden sein könnten.

In einer Nachfolgestudie erweitern Ziegler und Doblhammer (2008) ihre vorige Analyse des SOEP dann um eine Kohortenbetrachtung für die Jahre 1986 bis 2005. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Pflegeinzidenz für die jüngeren Kohorten abnimmt. Erneut bestätigt sich das höhere Pflegerisiko von Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben im Vergleich zu Alleinlebenden.

Informelle Pflege

Wenn sie die Bedeutung sozialer Netzwerke für die Pflege untersuchen, betrachten die meisten Studien das nähere familiäre Umfeld, also Partner, Kinder und weitere Verwandte. Erwartungsgemäß weisen international vergleichende Studien nach, dass generell häufiger Frauen Hilfe bzw. Pflegearbeit leisten (z.B. Coward und Dwyer 1990; McGarry 1998). Schupp und Künemund (2004) kommen in einer Untersuchung des SOEP für Deutschland zu ähnlichen Befunden. Die Autoren heben allerdings hervor, dass der Anteil der Männer, die Pflegearbeit leisten, mit 5% nicht so deutlich unter dem Anteil der Frauen von 8% liegt wie sie erwartet hätten. Der Stundenumfang, in dem Männer im Durchschnitt täglich Pflegearbeit leisten, liegt noch unter dem der Frauen, diese Differenz ist jedoch gesunken.³

In diesem Zusammenhang ist auch die Studie von Holden u. a. (1997) interessant, die sich auf die USA bezieht und individuelle Erwartungen über die Wahrscheinlichkeit der eigenen Pflegebedürftigkeit in der Zukunft analysiert. Auf Basis des Health and Retirement Surveys (HRS) können die Autoren zeigen, dass die Erwartungen der Befragten über das

³ Blinkert und Klie (2004) weisen darauf hin, dass die steigende Erwerbstätigkeit von Frauen auch ihre zukünftige Pflegebereitschaft senken könnte, so dass die Bedeutung der Milieus mit hoher Pflegebereitschaft insgesamt abnehmen würde.

Pflegearrangement, in dem sie wahrscheinlich leben werden, mit ihren gegenwärtigen Netzwerken und ihrer aktuellen sozioökonomischen Situation zusammenhängen. Das Vorhandensein eines Partners hat keinen Einfluss auf die von Frauen erwartete Wahrscheinlichkeit eines Heimübergangs, wohingegen eigene Kinder die erwartete Wahrscheinlichkeit dieses Risikos verringern. Bei Männern verringert sich die erwartete Wahrscheinlichkeit hingegen auch durch eine Partnerin. Der Unterschied in den Erwartungen der beiden Geschlechter spiegelt den Unterschied ihrer tatsächlichen Wahrscheinlichkeit, im Pflegeheim gepflegt zu werden, wider. Die Befunde deuten also darauf hin, dass Männer und Frauen insgesamt über eine realistische Einschätzung ihrer späteren Pflegesituation verfügen.

Im SOEP wurde in mehreren Wellen erhoben, wessen Hilfe und Unterstützung die Befragten im Falle einer möglichen langfristigen Pflegebedürftigkeit in Anspruch nehmen möchten. Auf dieser Datengrundlage können Schupp und Künemund (2004) nachweisen, dass die Mehrheit der Befragten im Alter von 65 Jahren und darüber zuerst die engsten Familienmitglieder um Hilfe bitten würde. An zweiter Stelle werden ambulante Pflegedienste genannt. Dieser Befund findet sich sehr ähnlich für die Jahre 1991, 1996 und 2001. Es zeigen sich aber auch hier geschlechtsspezifische Unterschiede. Frauen würden eher ihre Kinder um Hilfe bitten, während die überwiegende Mehrheit der Männer zuerst die Ehepartnerin und dann die eigenen Kinder ansprechen würde. Darin liegt eine interessante Parallele zu der Studie von Holden u. a. (1997). Schupp und Künemund führen die Angaben der Frauen darauf zurück, dass ihr Partner häufig nicht mehr lebt oder als Pflegeperson zur Verfügung steht, wenn eine Frau pflegebedürftig wird. Insgesamt stellen Geschwister, sonstige Verwandte wie auch Nachbarn eine weitere wichtige Unterstützungsressource dar.

Himes u. a. (2001) untersuchen mit den Daten des SOEP darüber hinaus die Bedeutung von Töchtern für die Art der Pflege, mit der ältere Frauen zuhause versorgt werden. Dabei unterscheiden die Autoren zwischen formeller Pflege, der informellen Pflege durch Familienangehörige, informeller Pflege durch andere Personen und sonstigen Formen der Pflege. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die untersuchten Frauen mit größerer Wahrscheinlichkeit formell, aber auch durch die Familie zuhause gepflegt werden, wenn sie eine Tochter haben. Für diese ältere Kohorte pflegebedürftiger Frauen zeigt sich also, dass sich Töchter sowohl direkt durch eigene Pflegearbeit als auch indirekt über die Organisation formeller Pflege um die Versorgung ihrer Mutter kümmern und deren Versorgungssituation signifikant verbessern. Söhne haben keinen signifikanten Effekt auf die Art der Versorgung zuhause.

Michaelis u. a. (2005) untersuchen schließlich den Einfluss der Einführung der PV im Jahr 1995 auf die Inanspruchnahme formeller und informeller Pflege. In einer deskriptiven Auswertung können die Autoren zeigen, dass der Anteil formeller Pflege nach Einführung der Pflegeversicherung gestiegen ist und informelle Pflege im Verhältnis dazu abgenommen hat.

Übergang ins Pflegeheim

Der Übergang ins Pflegeheim und die Folgen für die pflegebedürftige Person können aufgrund mangelnder Daten nach wie vor generell nicht so detailliert untersucht werden wie die Situation von Personen, die Pflege oder Hilfe zuhause in Anspruch nehmen. Da diese Gruppe für den Komplex der Pflegearrangements zahlenmäßig allerdings bedeutsam ist, wollen wir im empirischen Teil der Untersuchung auf diesen Sachverhalt so weit eingehen, wie es die Datenlage erlaubt (vgl. hierzu Kapitel 6). Wir berichten hier abschließend einige zentrale Ergebnisse früherer Studien über den Übergang ins Pflegeheim.

Ein Teil der Literatur befasst sich mit dem Verhältnis von häuslicher (formeller und informeller) Pflege und dem Heimeintritt. Einen Überblick über frühere Studien kann man in Jette u. a. (1995) finden, wobei sich die Auswahl der Studien vor allem auf die USA bezieht. Die Autoren differenzieren drei unterschiedliche Perspektiven:

- (1) häusliche Pflege als direktes Substitut institutioneller Pflege (angelehnt an das Verhaltensmodell von Andersen (1995));
- (2) häusliche Pflege als moderierender Effekt auf Faktoren, die den Heimeintritt wahrscheinlicher machen;
- (3) Effektivität des Zusammenspiels formeller und informeller häuslicher Pflege, die den Heimeintritt unwahrscheinlicher machen könnte.

In Einklang mit den bereits berichteten Studien finden sie, dass eigene Kinder und insbesondere Töchter das Heimeintrittsrisiko häufig verringern (Freedman 1996; Garber und MaCurdy 1990).⁴ Allerdings kommen die von den Autoren berücksichtigten empirischen Studien insgesamt durchaus auch zu uneinheitlichen und sich teils widersprechenden Ergebnissen. Charles und Sevak (2005) führen diese Heterogenität auf methodische und datenbezogene Mängel zurück. So wurden in den meisten Studien keine Paneldaten verwendet, und die Stichproben waren häufig selektiv. Darüber hinaus kann man den Effekt

⁴ Allerdings gibt es auch hier noch Forschungsbedarf. So zeigt Mellor (2001) für die USA, dass das Vorhandensein von Kindern oder anderen potentiellen (informellen) Pflegepersonen keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit des Besitzes bzw. den Kauf einer privaten Pflegeversicherung hat.

häuslicher Pflege auf die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts nicht ohne weiteres ohne Verzerrung schätzen. Aufgrund unbeobachteter Heterogenität (z.B. Gesundheit) und der Simultaneität der Entscheidungen, können Endogenitätsprobleme auftreten. Charles und Sevak (2005) lösen dieses Problem durch eine zweistufige Regression mit Instrumentvariablen.⁵ Sie können zeigen, dass informelle Pflege zuhause die Wahrscheinlichkeit eines Heimeintritts signifikant reduziert. In einer früheren Studie zeigen Greene et al. (1993), dass auch die Inanspruchnahme lokaler ambulanter Pflegedienste negativ mit dem Übergang in ein Pflegeheim korreliert ist. Leider können die meisten Studien diesen Zusammenhang aufgrund von Datenrestriktionen nicht berücksichtigen.

Klein (1998) untersucht für Deutschland ebenfalls den Heimeintritt, allerdings konzentriert er sich auf die Bedeutung sozialer Netzwerke, ohne dabei nach Hilfeformen vor dem Heimübergang zu differenzieren. Indem er das SOEP mit dem Altenheimsurvey (AHS von 1995/1996) verknüpft, kann er für Deutschland erstmals einen repräsentativen Haushaltsdatensatz nutzen, der auch die institutionalisierte Bevölkerung umfasst. Klein wertet insbesondere retrospektive Informationen aus und weist nach, dass das Vorhandensein von Netzwerken den Effekt der üblichen Risikofaktoren wie Alter und Gesundheitseinschränkungen auf die Wahrscheinlichkeit des Heimübergangs stark reduziert. Während weitere Personen im Haushalt die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts hauptsächlich durch ihr Betreuungs- und Pflegepotential reduzieren, beruht die geringere Heimeintrittswahrscheinlichkeit Verheirateter auch unabhängig von Gesundheit und Pflegebedarf auf den sozialen Beziehungen, die sie pflegen. Himes u. a. (2000), deren Studie ebenfalls auf dem SOEP beruht, können diesen Befund dagegen nicht bestätigen. Zwar weisen sowohl die Netzwerkvariablen als auch die Gesundheitsindikatoren in die gleiche Richtung; sie bleiben jedoch insignifikant. Allerdings ist die Fallzahl gering und damit auch die Zahl der untersuchten Ereignisse. Demgegenüber können wir in unserer eigenen Studie einen längeren Zeitraum und daher auch eine größere Stichprobe mit deutlich mehr Heimübergängen auswerten (vgl. auch Kapitel 6).

Neben den Determinanten des Übergangs in ein Pflegeheim wurden in der Literatur auch die Folgen des Heimeintritts für die Bedürftigen untersucht. Dabei wurde insbesondere die Unterscheidung zwischen einem geplanten und freiwilligen Umzug und einem ungeplanten, plötzlichen Umzug hervorgehoben. Ein ungeplanter Umzug ins Heim kann zu dramatischen

⁵ Bei der Instrumentvariablenschätzung nutzt man die Korrelation exogener „Instrumente“ mit der potentiell endogenen Variable. Vereinfacht gesagt, ersetzt bzw. „instrumentiert“ man die problematische Variable im Hauptmodell und erhält so eine konsistente Schätzung des statistischen Zusammenhangs (Wooldridge 2003, Kap. 15).

Reaktionen führen und Ängste sowie Depressionen auslösen. Personen, die sich mit diesem Szenario auseinandersetzen und auf den Heimübergang vorbereiten, können den Übergang dementsprechend auch erfolgreicher abschließen und besser mit der neuen Situation umgehen (Filipp und Ferring 1989; Saup 1990). Die Anpassung erfolgt offenbar prozesshaft, und viele steuerbare Faktoren können den Übergang erleichtern oder auch erschweren. Auslöser des Übergangs ist häufig eine Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes, so dass stärkere Einschränkungen und der Umzug aus der gewohnten Umgebung zusammenfallen. Die Anfangsperiode im Heim geht insofern oft mit einer weiteren Verschlechterung des Gesundheitszustandes und psychischen Belastungen einher. Die Abhängigkeit von den Strukturen des Pflegeheims und auch die möglicherweise eintretende Vereinsamung können zu einem Verlust an Lebensqualität und einem Gefühl unzureichender Selbstbestimmung führen. Die Ergebnisse der qualitativen Studien von Heinemann-Knoch u.a. (2006) und Knoch u.a. (2005) deuten darauf hin, dass der Autonomieverlust durch gesundheitliche Einschränkungen weit weniger wiegt als der Verlust der vertrauten Lebensumgebung.

3 **Konzeptionelle Überlegungen: Pflegebedarfstypen und ihre Einflussfaktoren**

Ziel dieses Kapitels ist es, ein Rahmenmodell für die nachfolgenden empirischen Analysen zu entwickeln. Dabei ist zunächst die grundsätzliche Bedeutung der *Langzeitbetrachtung* zu berücksichtigen. Der dauerhaften Inanspruchnahme von Pflegeleistungen geht die Lebensphase des mittleren Alters voraus, in der Personen über präventives Handeln erheblichen Einfluss auf das Ausmaß und den Zeitpunkt ihrer späteren Hilfe- und Pflegebedürftigkeit haben. Darüber sind die Lebensphasen des Dritten und Vierten Alters voneinander zu unterscheiden: das Dritte Alter, d.h. die Phase zwischen etwa 65 und 80 Jahren, ist heute durch ein hohes Ausmaß an Aktivität geprägt, und die betreffende Alterskohorte zeigt im Durchschnitt einen hohen Anspruch an die aktive und selbstbestimmte Ausgestaltung ihres Alltags. Man kann davon ausgehen, dass der dann erfolgende Eintritt ins Vierte Alter nicht nur durch präventives Handeln in der mittleren Lebensphase, sondern auch durch die Ausgestaltung des Dritten Alters bedingt ist.

Dieser Pfadabhängigkeit gilt es Rechnung zu tragen, wenn man die Unterschiede zwischen Pflegearrangements erklärend in den Blick nimmt. Dabei sollten allerdings zwei Dimensionen unterschieden werden. Mit der steigenden Bedeutung *individueller Präferenzen und Ressourcen* für die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen im Alter ergibt sich bei gleichem Hilfe- bzw. Pflegebedarf ein erster Spielraum für die individuelle Ausgestaltung des jeweiligen Pflegearrangements. Ein weiterer Spielraum ergibt sich im Hinblick auf die – formelle oder informelle – *Pflegeinfrastruktur*, auf die Individuen zurückgreifen können, um ihren Pflegebedarf zu decken. Der Zugang zum Hilfeangebot ist u.a. von den finanziellen Ressourcen eines Haushalts, den sozialen Netzwerken der pflegebedürftigen Person und dem wohnortnahen Angebot an Pflegedienstleistungen abhängig. Damit variieren die Hilfearrangements, in denen pflegebedürftige Personen schließlich leben.

Unsere nachfolgenden empirischen Analysen sollen dazu dienen, unter Berücksichtigung dieser beiden Dimensionen und des Zeitfaktors *Pflegebedarfstypen* herauszuarbeiten, d.h. beobachtbare Kombinationen zwischen dem individuellen Pflegebedarf und dem realisiertem Pflegearrangement von Pflegebedürftigen. Wir verwenden den im internationalen Kontext üblichen Pflegebedürftigkeitsbegriff, demzufolge eine Person pflegebedürftig ist, wenn sie in mindestens einer der Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. activities of daily living (ADL) oder einer der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens bzw. instrumental activities of daily living (IADL) eingeschränkt ist. Als mögliche Pflegearrangements unterscheiden wir (a) informelle Pflege zuhause, (b) formelle Pflege zuhause, (c) die Kombinationen ambulanter

formeller und informeller Pflege und (d) formelle Pflege im Heim. Personen mit ähnlichen gesundheitlichen Einschränkungen können verschiedene Formen des Pflegearrangements wählen, und wir gehen der Frage nach, welche Bedingungen diese Wahl beeinflussen.

Die Deckung des Pflegebedarfs muss dabei als komplexer mehrdimensionaler Prozess verstanden werden. Der Bedarf selbst ergibt sich auf den ersten Blick zunächst aus den objektiven gesundheitlichen Einschränkungen des Individuums. Im Rahmen welchen Arrangements der Bedarf dann allerdings gedeckt wird, hängt von zahlreichen Moderatoren ab, u.a. von einer pflegegerechten Wohnausstattung, vom Umfang und von der Qualität (familiärer) Netzwerke. Insofern können wir die beobachteten Kombinationen aus individuellem Pflegebedarf und realisiertem Pflegearrangement in der Regel nicht auf die alleinige Entscheidung des Pflegebedürftigen zurückführen, sondern müssen u.a. auch die Pflegebereitschaft des Netzwerkes berücksichtigen. Die von uns dann beobachteten Pflegebedarfstypen bilden realisierte Pflegearrangements ab und lassen als solche zunächst noch keine Schlussfolgerungen über die Qualität der Bedarfsdeckung zu. Wir gehen davon aus, dass wir diese näherungsweise über Zufriedenheitsindikatoren erfassen können und untersuchen daher auch, wie sich Gesundheit und Wohlbefinden der Befragten im Anschluss an den Eintritt in Pflegebedürftigkeit bzw. Heimunterbringung entwickeln.

In der Literatur wurden bereits verschiedene Modelle vorgeschlagen, die das Pflege- bzw. Gesundheitsnachfrageverhalten im Einzelnen erklären sollen. Schneekloth und Wahl (2005, S. 20) legen ihrer Untersuchung eine Abwandlung des Modells von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf aus dem vierten Altenbericht zugrunde (BMFSFJ 2002, S. 273), das auf die Person und ihren Kontext fokussiert. Kerndimensionen sind die Pflegediagnose und die damit einhergehenden dauerhaften Fähigkeitseinbußen auf der einen und die materiellen sowie ausgewählte weitere Kontextbedingungen auf der anderen Seite. Die Ausgestaltung der Pflegesituation wird dann auf das Zusammenspiel zwischen den gesundheitlichen Einschränkungen und den aktivierbaren Ressourcen der pflegebedürftigen Person zurückgeführt. Dieses Verhältnis ist nicht statisch, sondern als Prozess zu denken.

Insbesondere qualitative Studien greifen auf differenziertere Erklärungsmodelle des Pflegenachfrageverhaltens zurück. In der Analyse der Gesundheitsnachfrage wird häufig das Verhaltensmodell von Andersen verwendet (Andersen 1968; Andersen 1995). Vereinfacht können in diesem Modell drei individuelle Dimensionen unterschieden werden, die ihrerseits dann jeweils über verschiedene Proxyvariablen erfasst werden: (1) der individuelle Zugang zu Gesundheits- bzw. Pflegeleistungen, (2) der individuelle Bedarf und (3) die individuellen Veranlagungen sowie die unterstützenden individuellen und sozialen Ressourcen einer Person.

Diese wirken auf das Gesundheits- bzw. Pflegeverhalten, das außerdem von externen Umweltfaktoren, wie z.B. dem Gesundheitssystem, abhängig ist. Als Outcome des Gesundheits- bzw. Pflegeverhaltens können verschiedene Ergebnisdimensionen unterschieden werden, wie z.B. die Gesundheits- und Lebenszufriedenheit der pflegebedürftigen Person.

Obwohl es im Bereich des Pflegenachfrageverhaltens bereits Verwendung findet, haben Bradley u.a. (2002) das Modell für die spezifische Analyse der Pflege ausdifferenziert. Insbesondere betonen die Autoren, dass das Wechselverhältnis der drei Dimensionen, die in dem von Andersen vorgeschlagenen Modell das individuelle Gesundheits- bzw. Pflegeverhalten erklären, stärker in den Blick genommen werden müssen. Dafür ließe sich generell auch die von Boggatz und Dassen (2011) vorgeschlagene Systematisierung der Einflussfaktoren auf das Gesundheitsverhalten nutzen. In ihrer Metastudie werten Boggatz und Dassen Analysen aus, die zwischen 1996 und 2006 erschienen sind und sich mit dem Nachfrageverhalten von Pflegedienstleistungen befassen haben. Obwohl sie keinen expliziten Bezug zu Andersens Modell herstellen, kommen sie zu ähnlichen Ergebnissen.

In ihrem Modell unterscheiden Boggatz und Dassen insgesamt sechs verschiedene Dimensionen. Auf der einen Seite stehen (1) wahrgenommene Bedrohungen, z.B. die Angst vor Stürzen oder Einsamkeit, (2) subjektive Einstellungen gegenüber dem Altern, aber auch allgemeinere Persönlichkeitsmerkmale und (3) externe Faktoren, die das Pflegenachfrageverhalten ermöglichen bzw. einschränken. Dazu gehören z.B. ökonomische Bedingungen, Informationsdefizite oder das Gesundheitssystem. Diese Unterscheidungen sind der Kategorisierung in Andersen's Modell ähnlich, allerdings mit der Ergänzung der subjektiven Einstellungen. Da das Modell die subjektive Wahrnehmung betont, werden die tatsächlichen oder vermeintlichen gesundheitlichen Einschränkungen im Rahmen der Ängste erfasst (in Andersen's Modell ist der „Bedarf“ als objektiver gekennzeichnet). Boggatz und Dassen erfassen in den weiteren Dimensionen dann aber auch den Einfluss anderer Personen (4), die individuellen Bewältigungsstrategien (5) und (6) Ergebnisgrößen wie z.B. die Lebenszufriedenheit. Die Tiefe der Darstellung ist erheblich, das Modell ist stärker an qualitativen Studien ausgerichtet und als Orientierungshilfe für entsprechende Studien konzipiert. Insofern überrascht es wenig, dass es bislang erst wenige Versuche gibt, es für die Modellierung des Pflegenachfrageverhaltens auch im Rahmen quantitativer Studien zu nutzen.

In unseren nachfolgenden empirischen Analysen greifen wir bei der Auswahl der Variablen und in der Beschreibung der Pflegebedarfstypen auf diesen Forschungsstand zurück. Wir legen dabei zunächst die anfangs berichteten Überlegungen von Schneekloth und Wahl (2005) zugrunde, wonach sich die konkret beobachtete Pflegesituation einer Person wesentlich aus

dem Verhältnis der individuellen gesundheitlichen Einschränkungen zu den verfügbaren Ressourcen erklären lässt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Ressourcenverfügbarkeit selbst auch die individuellen Einschränkungen und damit den Pflegebedarf beeinflusst. Anknüpfend an die spezielleren theoretischen Modelle, wollen wir aber nicht nur den beobachteten Pflegebedarf auf die Ressourcen beziehen, sondern auch Ergebnisgrößen betrachten.

4 Datensätze, zentrale Variablen und Stichprobengüte

Dieses Kapitel gibt einen Überblick über die Sekundärdaten und die zentralen Variablen, die wir für unsere Analyse des Bedarfs an Pflegeleistungen und der realisierten Pflegearrangements in Deutschland nutzen. Wir verwenden in erster Linie Daten des SOEP, beziehen an einigen Stellen aber auch das SHARE in unsere Auswertungen ein. Aufgrund der geringeren Fallzahlen und des kurzen Beobachtungszeitraums sind die Analysemöglichkeiten mit dem SHARE für unsere Fragestellungen allerdings beschränkt. Obwohl es sich bei beiden Datensätzen um Sekundärdaten handelt, die nicht für unsere spezifische Fragestellung erhoben wurden, bieten sie ein erhebliches Informationspotenzial. Spezialisierten Erhebungen gegenüber haben sie zugleich den Vorteil, dass sie im Panel vorliegen und Vergleiche über längere Zeiträume erlauben. Da sie für wissenschaftliche Zwecke frei zugänglich sind, lassen sich zudem alle bislang erzielten Befunde überprüfen und weiterentwickeln. Wir erörtern in diesem Kapitel außerdem die Ergebnisse eines Vergleichs des SOEP und SHARE mit den Daten der amtlichen Bevölkerungsstatistik. Unsere Analyse der Stichprobengüte konzentriert sich auf das Alter und den Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung, wir nehmen aber auch geschlechtsspezifische Unterschiede in den Blick.

4.1 SOEP und SHARE

Mit dem SOEP können wir einen Zeitraum von 28 Jahren untersuchen (1984-2011). Im Jahr 2011 nahmen knapp 20.000 Personen, die in fast 13.000 Haushalten lebten, an der Stichprobe teil. Aufgrund des großen Stichprobenumfangs werden auch relativ viele ältere Personen erfasst. Im Jahr 2011 waren über 1.000 der 21.336 befragten Erwachsenen 80 Jahre oder älter. Die Daten erlauben es auch, eine pflegebedürftige Person über mehrere Perioden zu beobachten. Das SOEP bietet auch die Möglichkeit, den Übergang einer pflegebedürftigen Person aus dem Haushalt in eine Institution zu beobachten. Zwar wird im Rahmen des SOEP keine Primärerhebung in Heimen durchgeführt; über die Haushaltsbefragung werden aber auch Übergänge von Haushaltsmitgliedern ins Heim erfasst. Zudem wird mit großem Aufwand versucht, den Verbleib von Panelausfällen zu rekonstruieren, und grundsätzlich können Befragungspersonen auch nach ihrem Heimeintritt weiter am SOEP teilnehmen. Wir haben daher auch die Determinanten des Übergangs in ein Pflegeheim untersucht. Sie werden in

Kapitel 6 erörtert.⁶ Im Fokus dieses und des nächsten Kapitels steht allerdings die Pflege in Privathaushalten.

Der Fokus auf den Hilfe- und Pflegebedarf wirft die Frage nach dem Problem der Panelmortalität auf: je nach dem Ausmaß der Einschränkung kann ein sich verschlechternder Gesundheitszustand auch die Antwortbereitschaft negativ beeinflussen. Allerdings zeigen die Studien von Unger (2003) und von Heller und Schnell (2000), dass sich die Panelmortalität zwischen gesunden und kranken bzw. eingeschränkten Befragungspersonen im SOEP nicht systematisch unterscheidet. Unsere Auswertungen deuten jedoch darauf hin, dass das SOEP den Teil der Bevölkerung unterschätzt, der zuhause gepflegt wird (Tabelle 4-6). In unseren Längsschnittanalysen gehen wir daher auch der Frage nach, ob bei unserer Analyse der Pflegebedarfstypen im Hinblick auf die Stichprobe Selektionsprobleme auftreten und wie wir diese gegebenenfalls korrigieren können.⁷

Ergänzend zum SOEP ziehen wir auch den Datensatz SHARE für unsere Untersuchung heran. SHARE ist ein multidisziplinärer internationaler Datensatz, der in elf Ländern erstmals im Jahr 2004 erhoben wurde. SHARE befragt die Bevölkerung ab 50 Jahren. Für Deutschland wurden im Jahr 2004 3.008 Personen und im Jahr 2006 2.568 Personen befragt. Im Jahr 2008 wurde mit SHARElife ein Teil der Population detailliert zu ihrer Biografie befragt, zugleich wurden allerdings kaum Informationen über das laufende Jahr erhoben. Die vierte Welle von SHARE wurde im Jahr 2011 und 2012 erhoben und umfasst 1.572 Beobachtungen für Deutschland. Für unsere Forschungsfrage liegt die Stärke von SHARE insbesondere im Fokus auf gesundheitsrelevante Informationen. Beispielsweise werden detaillierte Fragen zu Einschränkungen der Mobilität, in den ADLs und in den IADLs gestellt.⁸ Die relativ kleine Stichprobe und die wenigen Erhebungszeitpunkte erlauben allerdings keine so differenzierte multivariate Analyse nach sozio-ökonomischen Charakteristika wie das SOEP. Da wir den

⁶ Die größeren regelmäßigen Erhebungen, die in Deutschland durchgeführt werden, wie das SOEP, SHARE, DEAS oder ähnliche Surveys, befragen generell nur die Bevölkerung in Privathaushalten. Es wird zwar versucht, die befragten Haushalte auch bei Umzügen weiterhin zu verfolgen, aber dies stellt keine Repräsentativbefragung der Bevölkerung in Gemeinschaftsunterkünften dar. Erst 1994 wurden im Rahmen der MuG Studien repräsentative Daten zur Situation der pflegebedürftigen Bevölkerung in Heimen erhoben und ausgewertet (Schneekloth und Müller 1997). Kurz darauf wurde der Altenheimsurvey (AHS) in den Jahren 1995 und 1996 erhoben (Klein und Gabler 1996), regelmäßige Erhebungen finden aber nicht statt. Rothgang u. a. (2008, S.23-34) geben einen Überblick über einige der durchgeführten größeren Pflege- und Altersstudien.

⁷ Weiterführende Informationen zum SOEP findet man in Wagner u. a. (2007) und auf <http://www.diw.de/de/soep>.

⁸ Weiterführende Information zu SHARE liefern Börsch-Supan und Jürges (2005) und <http://www.share-project.org>.

Gesundheitszustand mit SHARE besser beschreiben können, sind die Datensätze in diesem Punkt jedoch komplementär.⁹

4.2 Informationen über Pflegebedürftigkeit und Pflegepersonen in SOEP und SHARE

Das SOEP enthält im Haushaltsfragebogen, den der Haushaltsvorstand ausfüllt, eine Filterfrage nach dem Vorhandensein einer pflegebedürftigen Person im Haushalt.¹⁰ Wird diese Frage mit „ja“ beantwortet, wird spezifisch weitergefragt nach den Aktivitäten, bei denen die Person Hilfe benötigt, und nach den Formen der Pflege, die der Haushalt nutzt, um sie zu versorgen. Eine Stärke dieses Zugangs liegt darin, dass wir auf diese Weise Informationen über pflegebedürftige Personen erhalten, die den individuellen Fragebogen selbst nicht ausfüllen wollen oder können. Zwar ist der Umfang der Informationen über diese Personengruppe auf einige wenige persönliche Merkmale und die Haushaltsinformationen beschränkt; die verfügbaren Informationen eröffnen uns aber bereits verschiedene deskriptive und multivariate Analysemöglichkeiten.

Tabelle 4-1: Pflege- und Hilfebedarf im SOEP-Haushaltsfragebogen

Item	Braucht Hilfe bei ...
ADL 1	Besorgungen und Erledigungen außer Haus
ADL 2	Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken
ADL 3	einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren
ADL 4	schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

⁹ Ursprünglich hatten wir auch geplant, den Deutschen Alterssurvey (DEAS) zu nutzen, aber die Fallzahlen in der Gruppe der Personen mit Einschränkungen reichen für unsere Analysen leider nicht aus (<http://www.dza.de/forschung/deas.html>). Aufgrund der großen Stichprobe wäre eigentlich der Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes am besten geeignet die Pflegebedürftige Bevölkerung in Privathaushalten zu erfassen. Leider wurden spezifische Fragen zum Hilfebedarf nur in den Jahren 1996 bis 1999 gestellt, seitdem gibt es nur noch Informationen zum Leistungsbezug aus der PV.

¹⁰ Die Frage lautet „Gibt es in Ihrem Haushalt jemand, der aus Alters- oder Krankheitsgründen oder wegen einer Behinderung dauernd hilfe- oder pflegebedürftig ist?“.

Die in Tabelle 4-1 dokumentierten Items ADL 1 bis ADL 4, welche die Einschränkungen des Haushaltsmitglieds in den ADLs erfassen, sind hierarchisch angeordnet, d.h., ADL 4 unterstellt einen höheren Pflegebedarf als ADL 3 und ADL 3 einen höheren als ADL 2 usw. Das SOEP enthält also in aggregierter Form die übliche ADL-Skala. Durch die Filterfrage ist zudem zu vermuten, dass tendenziell schwerere Pflegefälle genannt werden, denn der Haushaltsvorstand muss selbst für alle Haushaltsmitglieder beurteilen, ob sie tatsächlich regelmäßig Hilfe im Alltag benötigen oder nicht. Bei Mehrpersonenhaushalten ist die pflegebedürftige Person nicht immer identisch mit dem Haushaltsvorstand. Außerdem können wir Personen, die Einschränkungen im Alltag haben, aber keine Hilfe in Anspruch nehmen, nicht direkt und für die meisten Jahre gar nicht beobachten.¹¹

Tabelle 4-2: Pflegepersonen im SOEP-Haushaltsfragebogen

Von wem erhält die Person die benötigte Hilfe? Von...	Formell/Informell
Angehörigen im Haushalt	Informell
Angehörigen außerhalb des Haushalts	Informell
Freunden / Bekannten	Informell
Nachbarn	Informell
öffentlicher / kirchlicher Gemeindeschwester, Sozialhelfer	Formell
privatem Pflegedienst	Formell

Daran anschließend wird im Haushaltsfragebogen danach gefragt, ob die Person Leistungen aus der PV bezieht und welche Pflegestufe vorliegt. Der Haushaltsvorstand wird auch nach der Pflegeperson gefragt, wobei Mehrfachnennungen möglich sind. Tabelle 4-2 gibt einen Überblick

¹¹ Bis 2001 und zuletzt 2011 enthielt das SOEP zudem die Frage, ob sich die Personen durch gesundheitliche Probleme in ihrem täglichen Leben entweder nicht, moderat oder stark eingeschränkt fühlen. Im Jahr 2011 beantworteten hochgerechnet rund sieben Millionen Personen die Frage mit „stark eingeschränkt“. 14,5 Millionen Personen gaben moderate Einschränkungen an. Eine ähnliche Größenordnung findet sich bei der gleichen Frage mit den Daten des European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-Silc). Das deutet darauf hin, dass wir in diesem Bericht – insbesondere im SOEP – tendenziell Personen mit schwereren gesundheitlichen Einschränkungen untersuchen. Wir haben auch untersucht, wie groß der Teil derjenigen ist, die angeben, Einschränkungen zu haben und Hilfe zu erhalten. Hier zeigt sich, dass im Prinzip nur Personen, die mit „stark eingeschränkt“ antworten auch Hilfe im Haushalt erhalten. Aber von den gut sieben Millionen sind dies nur knapp 1,2 Millionen oder 17%. Ob die anderen wirklich keine Hilfe bekommen, lässt sich aber mit den Daten nicht abschließend klären.

über die unterschiedlichen Pflegepersonen, die im SOEP abgefragt werden. Unsere empirischen Analysen konzentrieren sich auf den Unterschied zwischen formeller und informeller Pflege. Wir haben die Antwortkategorien daher bereits diesen beiden Pflegeformen zugeordnet. Gefragt wird schließlich auch, welche regelmäßigen Kosten für den Haushalt durch die Pflege entstehen.

SHARE enthält einen größeren Fragenkatalog zu den Einschränkungen der Befragten im täglichen Leben als das SOEP. Im SHARE werden die Personen zunächst gefragt, ob sie Einschränkungen in ihrer Mobilität haben. Sie können mit „ja“ oder „nein“ antworten, eine Frage nach dem Grad der Einschränkung wird nicht gestellt.¹² Tabelle 4-3 gibt einen Überblick über diese Items.

Tabelle 4-3: Informationen über Einschränkung der Mobilität im SHARE

Item	Gesundheitliche Probleme mit einer der Aktivitäten?
Mobil_a	100 Meter gehen
Mobil_b	Ungefähr zwei Stunden lang sitzen
Mobil_c	Nach längerem Sitzen aus einem Stuhl oder Sessel aufstehen
Mobil_d	Mehrere Treppenabsätze hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen
Mobil_e	Einen Treppenabsatz hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen
Mobil_f	Bücken, Hinknien, in die Hocke gehen
Mobil_g	Sich nach etwas strecken oder die Arme über Schulterhöhe anheben
Mobil_h	Größere Gegenstände wie einen Sessel ziehen oder schieben
Mobil_i	Gegenstände mit einem Gewicht von mehr als 5 Kilo (z.B. schwere Einkaufstasche) anheben oder tragen
Mobil_k	Mit den Fingern eine kleine Münze vom Tisch aufnehmen

¹² Die Frage lautet: „Wir möchten gerne wissen, welche Schwierigkeiten Menschen möglicherweise aufgrund gesundheitlicher oder körperlicher Probleme bei verschiedenen Aktivitäten haben. Sagen Sie mir bitte, ob Sie Schwierigkeiten bei einer der aufgeführten alltäglichen Verrichtungen haben. Ignorieren Sie dabei alle Schwierigkeiten, die Ihres Erachtens weniger als drei Monate andauern werden.“ Bemerkenswert an der Fragestellung ist, dass hier drei Monate als zeitliches Kriterium genannt werden anstatt der auch international üblichen sechs Monate.

Tabelle 4-4 enthält die entsprechenden Informationen aus SHARE auch für Einschränkungen in den ADLs bzw. IADLs. Die ersten sechs Items beziehen sich auf Einschränkungen in den ADLs und die folgenden sieben Items auf Einschränkungen in den IADLs.¹³

Neben diesen grundlegenden Indikatoren enthalten beide Datensätze eine Fülle weiterer Angaben zur Pflegesituation, die in den folgenden Kapiteln jeweils erläutert werden, wenn sie in die Analyse einbezogen werden.

Tabelle 4-4: Informationen über Einschränkungen in den ADLs und IADLs im SHARE

Item	Schwierigkeiten bei einer der Aktivitäten?
ADL_a	Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe
ADL_b	Durch einen Raum gehen
ADL_c	Baden oder Duschen
ADL_d	Essen, zum Beispiel beim Zurechtschneiden der Speisen
ADL_e	Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen
ADL_f	Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsetzen und Aufstehen
IADL_a	Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden
IADL_b	Zubereiten einer warmen Mahlzeit
IADL_c	Einkaufen von Lebensmitteln
IADL_d	Telefonieren
IADL_e	Medikamente einnehmen
IADL_f	Arbeiten im Haus oder im Garten
IADL_g	Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren

¹³ Die Frage im Fragebogen lautet „Sie finden darauf noch einige andere Alltagsverrichtungen. Sagen Sie mir bitte, ob Sie damit wegen körperlicher oder seelischer Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis Schwierigkeiten haben. Ignorieren Sie dabei wieder alle Schwierigkeiten, von denen Sie meinen, dass sie weniger als drei Monate andauern werden.“

4.3 Erfassung der Pflegebedürftigkeit: Evaluation der Stichprobengüte

In diesem Abschnitt werden zunächst Unterschiede zwischen der Bevölkerungsstatistik und den beiden Surveys, die wir nutzen, in Bezug auf die Erfassung der älteren Bevölkerung untersucht. Daran anschließend gehen wir der Frage nach, ob die hochgerechnete Anzahl der Pflegebedürftigen im Sinne der PV mit der Pflegestatistik übereinstimmt. Diese Analyse ist allerdings nur für das SOEP möglich, da die entsprechenden Angaben im SHARE nicht verfügbar sind. Die Repräsentativität der genutzten Umfragedaten ist wichtig für die Interpretation der deskriptiven Ergebnisse.

4.3.1 Wie gut ist die ältere Bevölkerung repräsentiert?

Wenn man Pflegebedarfstypen untersucht, ist die Repräsentativität der Daten im Hinblick auf das Alter von besonderer Relevanz. Tabelle 4-5 vergleicht die Altersverteilung in der Bevölkerungshochrechnung des Statistischen Bundesamtes aus dem Jahr 2007 mit den hochgerechneten Fallzahlen des SOEP aus dem Jahr 2008 und des SHARE aus dem Jahr 2006. Sowohl das SOEP als auch das SHARE sind repräsentativ für die Bevölkerungsgruppe 50+. Als Untergrenze für unseren Vergleich wählen wir hingegen ein Alter von 60 Jahren.

Tabelle 4-5: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. nach Altersgruppen in der Bevölkerungsstatistik (2007), im SOEP (2008) und im SHARE (2006)

Alter	Bevölkerungsstatistik			SOEP			SHARE		
	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	männlich	weiblich	gesamt
Hochgerechnete Anzahl									
60 – 69	4.641	4.934	9.575	5.219	5.067	10.285	4.933	5.142	10.075
70 – 79	3.214	4.053	7.268	3.817	4.115	7.932	3.376	4.157	7.534
80 – 84	730	1.462	2.192	812	1.408	2.220	1.187	2.360	3.547
85+	448	1.287	1.735	503	1.019	1.522	267	1.061	1.328
Gesamt	9.034	11.736	20.769	10.351	11.609	21.959	9.764	12.721	22.485
Anteile (in %)									
60 – 69	51,4	42,0	46,1	50,4	43,6	46,8	50,5	40,4	44,8
70 – 79	35,6	34,5	35,0	36,9	35,4	36,1	34,6	32,7	33,5
80 – 84	8,1	12,5	10,6	7,8	12,1	10,1	12,2	18,6	15,8
85+	5,0	11,0	8,4	4,9	8,8	6,9	2,7	8,3	5,9

Anmerkungen: Die Daten der Bevölkerungsstatistik sind vom 31.12.2007. Da im SOEP die meisten Interviews im ersten Quartal eines Jahres stattfinden, wurden die SOEP-Daten aus dem Jahr 2008 für den Vergleich genutzt. Die Daten des SHARE stammen aus dem Jahr 2006.

Quelle: Destatis (2008), SOEPv28.1, SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

Insgesamt fällt auf, dass sowohl SOEP als auch SHARE die Anzahl der Personen ab 60 Jahren leicht überschätzen. Die Bevölkerungsstatistik gibt hier für den Stichtag 31.12.2007 eine Bevölkerung von 20,8 Millionen Personen ab 60 Jahren an. Die hochgerechneten Zahlen von SOEP und SHARE liegen mit 22 Mio. bzw. 22,5 Mio. etwas darüber. Das liegt auch daran, dass die beiden Datensätze nicht mit der Bevölkerungsstatistik, sondern mit dem Mikrozensus hochgerechnet werden.¹⁴

Die Ergebnisse zeigen auch, dass SOEP und SHARE insbesondere die Anzahl der Männer in allen Alterskategorien überschätzen. Besonders auffällig ist dies bei SHARE in der Altersgruppe der 80 – 85 jährigen. In dieser Alterskategorie wird die Anzahl der Männer um 60% überschätzt. Da die Pflegeprävalenzraten auch geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen, ist diese Abweichung von der Altersverteilung in der Bevölkerungsstatistik auch bei der Auswertung der Ergebnisse zu berücksichtigen. Rund zwei Drittel der zuhause versorgten Pflegebedürftigen (das schließt sowohl Pflegebedürftige im Sinne der Pflegeversicherung als auch sonstige Hilfebedürftige ein) sind weiblich (Schneekloth und Wahl 2007, S.70). Wenn die Gewichtung zu einer leichten Überschätzung von Männern führt, ergibt sich damit möglicherweise auch eine entsprechende Überschätzung der männlichen Pflegefälle. Demgegenüber bildet das SOEP die für die Untersuchung der Pflegebedürftigkeit wichtigen Altersgruppen 80 – 85 und 85+ sehr gut ab und weist zudem noch relativ hohe Fallzahlen auf. Es ist bekannt, dass die Pflegeprävalenzraten in diesen beiden älteren Gruppen auf über 20% steigen. Es kommt hinzu, dass die Anteile der jeweiligen Altersgruppen im SOEP sehr ähnlich zur Bevölkerungsstatistik ausfallen.

4.3.2 Wie gut ist die pflegebedürftige Bevölkerung repräsentiert?

Anders als das SOEP enthält SHARE keine Angaben zur Pflegestufe. Das SOEP hingegen befragt den Haushaltsvorstand nicht nur, ob eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt, sondern auch, ob sie Leistungen aus der PV bezieht.¹⁵ Die Erfassung der pflegebedürftigen Personen durch den Haushaltsvorstand gewährleistet, dass alle Hilfe- und Pflegebedürftigen, unabhängig von der Art und Schwere ihrer Einschränkungen, in der Auswertung berücksichtigt

¹⁴ Insgesamt liegt das SOEP näher an der Bevölkerungsstatistik als SHARE. Dies könnte daran liegen, dass das SOEP von 2008 zeitlich deutlich näher am Stichtag der Bevölkerungsstatistik vom 31.12.2007 liegt als die Daten aus SHARE. Vergleicht man die Zahlen des SHARE mit denen der Bevölkerungsstatistik 2005, so schneidet SHARE deutlich besser ab.

¹⁵ Zur Hochrechnung wurden im SOEP die Haushaltshochrechnungsfaktoren verwendet, da nur auf Haushaltsebene gefragt wird und es praktisch keinen Haushalt im Sample gibt, in dem mehr als eine Person mit Pflegebedarf angegeben wird.

werden können. Insbesondere werden dadurch auch solche Personen erfasst, die nicht mehr selbst befragt werden können.¹⁶

Tabelle 4-6 vergleicht die Angaben aus dem SOEP mit denen der Pflegestatistik. Die Daten beziehen sich auf das Ende des Jahres 2007 (Pflegestatistik) und auf den Anfang des Jahres 2008 (SOEP) und dürften dadurch vergleichbar sein. Laut Pflegestatistik waren Ende 2007 rund 1,5 Millionen Personen in häuslicher Pflege. Mit 1,1 Millionen weist das SOEP eine deutlich geringere Anzahl aus. Der detaillierte Vergleich zeigt, dass im SOEP die Anzahl der Pflegebedürftigen insbesondere bei rein informeller Pflege durch Familienangehörige ohne weitere Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen unterschätzt wird. Die größte Abweichung beobachten wir dabei für Personen der Pflegestufe I, die nur informelle Hilfe in Anspruch nehmen. Hier unterschätzt das SOEP die Anzahl um ungefähr 50%. Bei Personen, die wenigstens teilweise auch einen Pflegedienst in Anspruch nehmen, liegt das SOEP in allen Pflegestufen relativ nah an den Werten der Pflegestatistik.

Tabelle 4-6: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit und ohne Pflegestufe aus der Pflegestatistik (2007) und dem SOEP (2008)

Pflegearrangement	Pflegestatistik				SOEP					
	Pflegestufe				Pflegestufe				Keine Leistung der PV	Gesamt
	I	II	III	Gesamt	I	II	III	Gesamt		
Ambulant										
Informell	638	308	85	1.033	319	200	100	619	510	1.129
(Anteil in %)	(61,8)	(29,8)	(8,2)		(51,5)	(32,3)	(16,2)			
Formell	264	178	61	504	252	166	43	489	142	603
(Anteil in %)	(52,4)	(35,3)	(12,1)		(51,5)	(33,9)	(8,8)			
Gesamt	903	487	146	1.537	571	367	144	1.081	652	1.733
(Anteil in %)	(58,8)	(31,7)	(9,5)		(52,8)	(34,0)	(13,3)			
Stationär	253	299	145	698						
Gesamt	1.156	787	291	2.235						

Anmerkungen: Die Daten des SOEP enthalten keine Angaben zu Personen in Heimen, aber Informationen über Hilfe- bzw. Pflegebedürftige ohne Pflegestufe. Die Daten der Pflegestatistik stammen vom Jahresende 2007 und wurden deswegen den SOEP-Daten aus dem Jahr 2008 gegenübergestellt, von denen die meisten im ersten Quartal des Jahres erhoben wurden. Aufgrund von Rundungen ergeben sich bei der Summenbildung kleinere Abweichungen. Aufgrund von fehlenden Angaben bezüglich einzelner Variablen (Pflegestufe, Alter des Pflegebedürftigen o.ä.), kann es im SOEP zu kleineren Änderungen der hochgerechneten Anzahl der Leistungsbezieher der PV kommen. Deswegen weichen die Aggregate in Tabelle 4-6 und Tabelle 4-7 voneinander ab.

Quelle: Pflegestatistik (2007), SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

¹⁶ Leider werden für diese Personen keine ausführlichen Proxyinterviews durchgeführt, so dass wir bei einigen der individuellen Merkmale für pflegebedürftige Personen, die nicht mehr selbst befragt wurden, keine Informationen haben.

Trotz der Unterschätzung der absoluten Anzahl der Pflegebedürftigen ist die Struktur, also der Anteil der jeweiligen Pflegestufe an der Gesamtzahl der Leistungsbezieher nicht so unterschiedlich. Das SOEP weist insgesamt einen Anteil von 53% für die Pflegestufe I aus, während die Pflegestatistik knapp 59% angibt. Im SOEP erhalten gut 13% die Pflegestufe III, in der Pflegestatistik 9,5%.

Das SOEP enthält allerdings auch Angaben zu Personen mit Pflegebedarf, aber ohne Pflegestufe. Deren Anzahl liegt nach unseren Hochrechnungen bei rund 652.000 Personen, von denen 513.000 ausschließlich informell betreut werden. Sie liegt damit deutlich unter den drei Millionen, die nach der Schätzung von Schulz (2010) hilfe- bzw. pflegebedürftig sind. Dieser Unterschied liegt darin begründet, dass Hilfe- bzw. Pflegebedürftigkeit in der hier verwendeten Variable einen höheren Pflegebedarf voraussetzt (vgl. Abschnitt 4.2).

Tabelle 4-7: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit Pflegestufe, die zuhause versorgt werden nach Alter in der Pflegestatistik (2007) und dem SOEP (2008)

Altersgruppe	Anzahl		Anteile (in %)	
	PV	SOEP	PV	SOEP
15-60	219.711	161.908	14,9	16,1
60-64	53.356	53.073	3,6	5,3
65-69	104.168	104.096	7,1	10,4
70-74	152.245	89.532	10,3	8,9
75-79	218.627	132.356	14,8	13,2
80-84	290.773	157.320	19,7	15,7
85-89	268.379	208.705	18,2	20,8
90+	167.347	97.315	11,3	9,7
Gesamt	1.474.606	1.004.304	100,0	100,0

Anmerkungen: Die Daten des SOEP enthalten keine Angaben zu Personen in Heimen, aber Informationen über Hilfe- bzw. Pflegebedürftige ohne Pflegestufe. Die Daten der Pflegestatistik stammen vom Jahresende 2007 und wurden deswegen den SOEP-Daten aus dem Jahr 2008 gegenübergestellt, von denen die meisten im ersten Quartal des Jahres erhoben wurden. Aufgrund von Rundungen ergeben sich bei der Summenbildung kleinere Abweichungen. Aufgrund von fehlenden Angaben bezüglich einzelner Variablen (Pflegestufe, Alter des Pflegebedürftigen o.ä.), kann es im SOEP zu kleineren Änderungen der hochgerechneten Anzahl der Leistungsbezieher der PV kommen. Deswegen weichen die Aggregate in Tabelle 4-6 und Tabelle 4-7 leicht voneinander ab. Pflegebedürftige, die jünger als 15 Jahre sind (62.912), wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: Pflegestatistik (2007), SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Eine weitere Vergleichsmöglichkeit bietet die Altersstruktur der Pflegebedürftigen, die Leistungen der PV beziehen. Hier spiegelt sich die Unterschätzung der absoluten Anzahl Pflegebedürftiger in fast jeder Altersgruppe wider (Tabelle 4-7). Nur bei den 60 bis 69-Jährigen

erreicht das SOEP die Zahlen der Pflegestatistik. Betrachtet man hingegen die Personen ab 80 Jahren, so unterschätzt das SOEP die Anzahl der Pflegebedürftigen um über ein Drittel. Allerdings zeigt die Tabelle auch, dass das SOEP die Struktur der Pflegebedürftigen sehr ähnlich zur Struktur in der Pflegestatistik abbildet. In der Pflegestatistik gibt es beispielsweise gut elf Prozent, der Leistungsempfänger die 90 Jahre oder älter sind. Das kommt für die Gruppe auf knapp zehn Prozent. Auch in den jüngeren Altersgruppen liegen die Anteile nah beieinander.

Die Pflegestatistik zeigt für das Jahr 2009, dass 1,62 Millionen Personen zu Hause versorgt wurden. Davon erhielten gut zwei Drittel oder 1,066 Millionen Personen ausschließlich Pflegegeld und 555.000 Personen erhielten zusätzlich oder ausschließlich Sachleistungen. Da im SOEP auch Fragen zu den Geldleistungen der PV enthalten sind, kann man aus der Kombination der Pflegestufen und der Höhe der Leistungen Rückschlüsse darauf ziehen, ob der Haushalt ausschließlich Pflegegeld bezieht oder auch Sachleistungen, entweder ausschließlich als ambulante Hilfe oder als Teil einer Kombileistung. Tabelle 4-8 zeigt, dass im SOEP insbesondere die Zahl derjenigen unterschätzt wird, die ausschließlich Pflegegeld beziehen. Deren Anteil lag im SOEP 2010 bei nur 50% der Leistungsempfänger der PV und mit hochgerechnet knapp 600.000 Personen liegt das SOEP entsprechend unter den 1,066 Millionen Personen der Pflegestatistik, die zu dieser Gruppe gehören. Gleichzeitig liegt das SOEP bei den übrigen Leistungsempfängern (592.000) relativ nahe am Aggregat der Pflegestatistik (555.000).

Tabelle 4-8: Hochgerechnete Anzahl der Personen in Tsd. mit Pflegestufe und Art der Leistung aus der Pflegestatistik (2009) und dem SOEP (2010)

Pflegebedürftige zu Haus versorgt	Pflegestatistik	SOEP		
		Gesamt	Kombileistungen	allein durch Pflegedienste
Ausschließlich durch Angehörige	1.066	591		
Kombileistungen/Ausschließlich durch Pflegedienste	555	592	326	267
Gesamt	1.621	1.184		

Anmerkungen: Die Daten der Pflegestatistik sind vom Jahresende 2009, deswegen wurden die SOEP-Daten aus dem Jahr 2010 gegenübergestellt, da die meisten Interviews im ersten Quartal eines Jahres stattfinden. Aufgrund von Rundungen ergeben sich kleinere Abweichungen bei der Summenbildung.

Quelle: Pflegestatistik (2009), SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Insgesamt unterschätzt das SOEP also die pflegebedürftige Bevölkerung. Eine mögliche Ursache dieser Abweichung könnte darin liegen, dass die Antwortbereitschaft des gesamten Haushaltes durch gesundheitliche Einschränkungen seiner Mitglieder negativ beeinflusst wird. Die Panelmortalität zwischen gesunden und kranken bzw. eingeschränkten Personen unterscheidet sich im SOEP allerdings nicht systematisch (Unger 2003; Heller und Schnell 2000). Im Hinblick auf die Unterschiede zwischen Personen ohne Pflegestufe liegt eine weitere mögliche Ursache in der, im Vergleich zur Studie von Schneekloth und Wahl (2005), eingeschränkten Information, die das SOEP über die ADLs bereitstellt. Wie oben bereits erwähnt, vermuten wir aufgrund der Filterfrage an den Haushaltsvorstand, dass das SOEP eher geringe Hilfebedarfe nicht so gut erfasst (vgl. dazu auch Fußnote 11). Zu beachten ist dagegen, dass die in der Pflegestatistik angegebenen Prävalenzen insgesamt höher sein können, weil es dort vielfach zu Doppelzählungen kommt, wenn gleichzeitig verschiedene Leistungen in Anspruch genommen werden.

Tabelle 4-9: Vergleich der Population der Pflegebedürftigen aus MUG und SOEP aus dem Jahr 2002 (Anteile in %)

Charakteristika	Pflegebedürftige (PV) ^a		Sonstige Pflegebedürftige	
	MUG	SOEP	MUG	SOEP
Geschlecht				
Männlich	37	34	36	34
Weiblich	63	66	64	66
Haushaltsgröße				
1 Person	31	43	41	42
2 Personen	41	40	40	42
3 Personen	16	11	11	9
4 und mehr Personen	12	7	8	6
Familienstand				
Verheiratet	31	37	41	37
Verwitwet	43	38	36	37
Geschieden	7	12	6	11
Ledig	19	13	17	14
Familienform				
Alleinlebend	29	43	40	42
(Ehe-)Paar im Zweipersonen-Haushalt	27	33	34	34
Bei den eigenen Kindern wohnend	30	21	14	20
Sonstige	23	3	12	3

Anmerkungen: (a) Leistungsbezieher der Sozialen und der Privaten Pflegeversicherung.

Quelle: Schneekloth und Wahl (2005), S. 70, Tabelle 2.6; SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Da diese über repräsentative Daten der Pflegebedürftigen der PV und sonstige Pflegebedürftige verfügt und auch Haushaltsmerkmale erhoben hat, erlaubt ein Vergleich mit der Studie von Schneekloth und Wahl (2005), die selektive Stichprobe der Pflegebedürftigen im SOEP etwas näher zu bestimmen. Tabelle 4-9 dokumentiert diesen Vergleich für das Jahr 2002. Es fällt zunächst auf, dass die Verteilung nach dem Geschlecht in beiden Untersuchungen kaum voneinander abweicht. Allerdings zeigen sich bei den Leistungsempfängern der PV größere Unterschiede bezüglich der Haushaltsgröße. Mit 31% gibt es in der MUG-Studie deutlich weniger Singlehaushalte als im SOEP mit 43%. Demgegenüber bestehen 28% der Haushalte aus drei oder mehr Personen, während es im SOEP nur rund 18% sind. Bei den sonstigen Pflegebedürftigen ist die Verteilung der Haushaltsgröße fast identisch. Letzteres war nicht unbedingt zu erwarten, da die Definition der Pflegebedürftigkeit in Schneekloth und Wahl (2005) etwas niedrigschwelliger liegt als in unserer Studie.

4.4 Zusammenfassung

Insgesamt zeigt sich also, dass SHARE im Hinblick auf den weiter gefassten Pflegebedürftigkeitsbegriff deutlich mehr und tiefergehende Informationen beinhaltet als das SOEP. Dieses verfügt neben einem zwar größeren Indikator der Einschränkungen in den ADLs allerdings auch über relativ umfangreiche Informationen zur Pflegeversicherung. Zudem können wir im SOEP auch Pflegebedürftige identifizieren, die nicht mehr an der Befragung selbst teilnehmen. Zwar kennen wir den Grund nicht, aber es liegt nahe zu vermuten, dass viele nicht mehr dazu in der Lage waren, den Fragebogen zu beantworten. Diese Population ist mutmaßlich nicht in ähnlicher Weise im SHARE enthalten. Die Datensätze sind in dieser Hinsicht komplementär. Leider ist die Stichprobe des SHARE relativ klein, so dass der auswertbare Stichprobenumfang, trotz des Fokus auf die ältere Bevölkerung, geringer ausfällt als im SOEP. In der empirischen Auswertung der Datensätze soll diese Komplementarität, wenn möglich, ausgenutzt werden.

Im nächsten Kapitel stellen wir die Ergebnisse unserer Analyse der pflegebedürftigen Bevölkerung nach soziodemografischen Merkmalen vor. Wir nutzen dafür in erster Linie das SOEP und beziehen den auf diese Weise ermittelten Pflegebedarf dann auf die jeweils gewählten Pflegearrangements, also die Kombination informeller und formeller Hilfe, durch die eine pflegebedürftige Person in ihrem Haushalt versorgt wird. So ergibt sich ein erstes Bild der zentralen Einflussfaktoren auf die Ausgestaltung von Pflege in Privathaushalten. Wir schätzen dieses Modell dann auch für SHARE und vergleichen die Ergebnisse miteinander. Das sechste

Kapitel ergänzt diese Analyse dann um eine Untersuchung der Determinanten des Übergangs ins Pflegeheim.

5 Empirische Analyse der Pflegebedarfstypen: Pflegebedürftigkeit und realisierte Versorgungssettings

Gegenstand dieses Kapitels ist die empirische Analyse der beobachteten Versorgungssettings von Pflegebedürftigen in Privathaushalten. Die neun folgenden Unterabschnitte behandeln dabei jeweils einen bestimmten Aspekt der Pflegesituation. Durch die Breite der Themen, die wir hier vorstellen, entsteht im Laufe des Kapitels ein besseres Verständnis der Pflegesettings.

Bei der empirischen Analyse gehen wir in der Regel in zwei Schritten vor. In einem ersten Schritt vergleichen wir die pflegebedürftigen Älteren über 64 mit Personen gleichen Alters ohne Pflegebedarf, an einigen Stellen vergleichen wir zusätzlich Personen ab 80 Jahren als zusätzliche Vergleichsgruppe. Dieser Vergleich verdeutlicht allgemeine Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen und wir können beispielsweise prüfen, ob die Pflegebedürftigkeit für sich - neben dem individuellen Gesundheitszustand - einen Unterschied zwischen diesen Gruppen bezüglich der betrachteten Variablen ausmacht. In einem zweiten Schritt betrachten wir dann nur die Gruppe der Pflegebedürftigen, um die Heterogenität innerhalb der Gruppe darzustellen. Dabei verwenden wir sowohl einfache bivariate statistische Modelle als auch, um die Signifikanz der Unterschiede zu testen, multivariate Modelle. Bei den Mittelwertvergleichen verwenden wir in der Regel die Hochrechnungsfaktoren und geben Hinweise an welchen Stellen wir darauf verzichten. Wo es möglich oder sinnvoll erscheint, werden auch Änderungen über die Zeit untersucht. Da wir sehr unterschiedliche Informationen analysieren, ist die Verfügbarkeit der Daten nicht einheitlich und wird jeweils angegeben.

5.1 Pflegebedürftigkeit und Formen der Pflege im Überblick

In diesem Unterabschnitt werden Informationen über die gesundheitlichen und mobilitätsbezogenen Einschränkungen der älteren Bevölkerung deskriptiv ausgewertet. Wir untersuchen zum einen, wie häufig die unterschiedlichen Formen der Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auftreten und vergleichen dabei Ergebnisse aus SOEP und SHARE miteinander. Zum anderen nehmen wir in den Blick, welche Form der Versorgung pflegebedürftige Personen im Haushalt erfahren. Auch hier berücksichtigen wir Informationen aus beiden Datensätzen.

In den Jahren 2005 bis 2011 wurden im SOEP pro Jahr zwischen 433 und 527 Pflegebedürftige erfasst. Tabelle 5-1 und Tabelle 5-2 dokumentieren, wie sich diese auf unterschiedliche Pflegearrangements verteilen. Im Haushaltsfragebogen wurden die Haushaltsvorstände gefragt, ob in ihrem Haushalt eine pflegebedürftige Person lebt. Traf dies zu, wurden sie

gebeten anzugeben, welche unterschiedlichen Pflegepersonen die Versorgung des pflegebedürftigen Haushaltsmitglieds gewährleisten. Wir können somit auch pflegebedürftige Personen berücksichtigen, die nicht an der individuellen Befragung des SOEP teilgenommen haben.

Tabelle 5-1: Absolute und relative Häufigkeiten der Haushalte mit Pflegebedarf und der Pflegepersonen im SOEP (2005-2011)

Jahr	Haushalte mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf	Informelle Pflege durch Familienangehörige		Formelle Pflege durch öffentliche, freie oder private Dienste		Informelle Pflege durch andere Personen	
		N	%	N	%	N	%
2005	450	386	86	108	24	39	9
2006	527	452	86	134	25	56	11
2007	488	425	87	120	25	56	11
2008	433	375	87	120	28	39	9
2009	505	440	87	141	28	64	13
2010	433	371	86	126	29	48	11
2011	482	415	86	141	29	64	13

Anmerkungen: Anzahl der beobachteten Haushalte mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf. Pro Haushalt können mehrere Pflegepersonen genannt werden. Daher addieren sich die (ungewichteten) Anteile der unterschiedlichen Pflegeleistenden nicht zu 100 Prozent. Informelle Pflege kann durch Familienangehörige geleistet werden, die im oder außerhalb des Haushalts leben. Diese sind in der ersten Kategorie erfasst. Sie kann aber auch durch andere Personen erfolgen. In der dritten Kategorie sind dementsprechend Freunde, Bekannte und Nachbarn erfasst.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Wie Tabelle 5-1 zeigt, erhalten etwa 86% der pflegebedürftigen Bevölkerung in Privathaushalten informelle Pflege durch Familienmitglieder. Dieser Anteil ist im betrachteten Zeitraum unverändert geblieben. Etwa ein Viertel der Pflegebedürftigen erhält außerdem formelle Pflege durch Mitarbeitende öffentlicher, freier oder privater Träger (eine Übersicht über die im SOEP erhobenen Formen informeller und formeller Pflege gibt Tabelle 4-2). Dieser Anteil ist zwischen 2005 und 2011 von 24% auf 29% Prozent gestiegen. Informelle Hilfe durch Personen, die nicht zur Familie gehören, wird hingegen relativ selten in Anspruch genommen. Der Anteil der Personen, die diese Form der Hilfe erhalten, schwankt in den Jahren 2005 bis 2011 ohne erkennbaren Trend zwischen 9% und 13%. Da im SOEP Mehrfachnennungen möglich sind, addieren sich die Anteile nicht zu 100%.

Tabelle 5-2 dokumentiert, welche Kombination aus informeller und formeller Unterstützung von Haushalten mit Pflegebedarf wie häufig in Anspruch genommen wird. Die Tabelle schlüsselt alle möglichen Kombinationen auf, so dass sich die Anteile zu 100% addieren. Häufigste Form der Pflege ist die ausschließliche informelle Pflege durch Familienangehörige. Sie hat einen Anteil von über 60% an allen Versorgungssettings der Haushalte mit Pflegebedarf. Obwohl der Anteil zwischen 2005 und 2011 von 70% auf 62% zurückgegangen ist, wird er von den übrigen Versorgungssettings nach wie vor nicht annähernd erreicht. Mit großem Abstand folgt die Kombination aus formeller und familiärer Pflege. Diese hatte 2005 einen Anteil von 13%, der bis 2011 auf 17% gestiegen ist. Im beobachteten Zeitraum nutzten außerdem zwischen 6% und 10% der Haushalte mit Pflegebedarf ausschließlich formelle Pflege. Alle übrigen Kombinationen haben nur eine geringe Bedeutung. In der Summe kommen sie auf Anteile zwischen 8% und 14%. Um zu gewährleisten, dass alle Zellen ausreichend besetzt sind, nutzen wir in unseren weiteren Analysen eine allgemeinere Unterscheidung zwischen informellen und formellen Versorgungssettings.

Tabelle 5-2: Absolute und relative Häufigkeiten der Pflegekombination aus informeller und formeller Pflege in Haushalten mit Pflegebedarf im SOEP (2005-2011)

Jahr	Pflegekombination													
	Informelle Pflege: Familie		Formelle Pflege		Familie & formelle Pflege		Informelle Pflege: Andere		Familie & Andere		Formelle Pflege & Andere		Formelle Pflege, Fam. & Andere	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2005	308	70	35	8	58	13	9	2	15	3	10	2	5	1
2006	345	67	43	8	73	14	15	3	23	4	7	1	11	2
2007	319	67	30	6	73	15	17	4	22	5	6	1	11	2
2008	281	66	41	10	67	16	9	2	18	4	3	1	9	2
2009	314	63	37	7	85	17	16	3	29	6	7	1	12	2
2010	276	64	43	10	64	15	11	3	18	4	6	1	13	3
2011	293	62	36	8	83	17	12	3	30	6	13	3	9	2

Anmerkungen: Absolute und relative Häufigkeiten (ungewichtet) der Haushalte mit Hilfe- bzw. Pflegebedarf nach Pflegekombination aus informeller Pflege durch Familienangehörige, formeller Hilfe durch öffentliche, freie oder private Träger und informeller Pflege durch andere Personen.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Tabelle 5-3 berichtet die entsprechenden Analysen mit SHARE. Untersuchungseinheit sind hier keine Haushalte mit Pflegebedarf, sondern pflegebedürftige Personen. Da die Fallzahlen

aufgrund der deutlich kleineren Gesamtstichprobe der Studie geringer sind als im SOEP, weist Tabelle 5-3 nur die Anteile der jeweiligen Pflegekombination an allen pflegebedürftigen Personen aus und beschränkt sich auf drei Versorgungssettings: ausschließlich informelle Pflege durch Familienangehörige oder andere Personen, ausschließlich formelle Pflege sowie die Kombination aus informeller und formeller Pflege. Zudem werden auch Personen erfasst, die eigenen Angaben zufolge pflegebedürftig sind, aber keine Pflege erhalten. Leider wurden die Fragen zur Inanspruchnahme professioneller Pflege in der vierten Welle von SHARE nicht mehr gestellt. Fälle, in denen Pflegebedürftige eine ambulant-formelle Versorgung zuhause in Anspruch nehmen, können wir daher nicht mehr identifizieren.

Tabelle 5-3: Relative Häufigkeiten der Personen mit Pflegebedarf und der realisierten Pflegekombinationen im SHARE (2004 und 2006; Anteile in %)

Jahr	Pflegekombination			
	Informell	Formell	Informell & Formell	Keine
2004	60	1	14	26
2006	62	1	20	17

Anmerkungen: Anteil der Pflegebedürftigen, die rein informelle, rein formelle oder eine Kombination aus informeller und formeller Pflege nutzen. Die letzte Kategorie weist Personen aus, die nach eigenen Angaben pflegebedürftig sind, aber keine Hilfe erhalten.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

Wenn man die Befunde von SHARE und SOEP miteinander vergleicht, fällt zunächst auf, dass der Anteil der rein formellen Versorgungssettings im SHARE verschwindend gering ist. Lediglich ein Prozent aller Pflegebedürftigen wird ausschließlich durch Mitarbeitende öffentlicher, freier oder privater Träger gepflegt. Im SOEP schwankt dieser Anteil während des Beobachtungszeitraums immerhin zwischen 6% und 10%. Eine mögliche Erklärung könnte in der Art der Befragung liegen: Während im SOEP der Haushaltsvorstand alle Fragen zur Pflege stellvertretend für die Haushaltsmitglieder beantwortet, werden die pflegebedürftigen Personen im SHARE persönlich befragt. Wenn man davon ausgeht, dass Personen, die ausschließlich formelle Pflege in Anspruch nehmen, einen höheren Grad der Pflegebedürftigkeit haben, ist ihre Wahrscheinlichkeit geringer, im SHARE erfasst zu werden als im SOEP. Addiert man im SHARE die beiden Kategorien der rein formellen Pflege und der Kombination aus informeller und formeller Pflege und bezieht sie auf die Population, die

insgesamt Pflege erhält, resultieren allerdings ähnliche Ergebnisse wie im SOEP. Mit einem Anteil von 20 bzw. 25% aller Personen, die Pflege erhalten, sind die Ergebnisse mit denen des SOEP vergleichbar. Dieser Befund deutet somit eher auf den Einfluss der Erhebungsinstrumente auf die unterschiedlichen Ergebnisse hin.

Tabelle 5-4: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in den ADLs im SOEP (2005-2011)

Jahr	ADL 1		ADL 2		ADL 3		ADL 4		Summe ADLs
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2005	404	90	354	79	291	65	136	30	2,63
2006	475	90	422	80	337	64	148	28	2,62
2007	441	90	396	81	317	65	150	31	2,67
2008	389	90	339	78	288	67	131	30	2,65
2009	446	88	412	82	332	66	148	29	2,65
2010	386	89	345	80	287	66	127	29	2,64
2011	434	90	377	78	323	67	124	26	2,61

Anmerkungen: Die Anteile (ungewichtet) beziehen sich auf alle Personen mit Einschränkungen, Mehrfachnennungen sind möglich. ADL 1: Besorgungen und Erledigungen außer Haus; ADL 2: Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken; ADL 3: Einfachere Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren; ADL 4: Schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Im nächsten Schritt nehmen wir die Einschränkungen im Alltag genauer in den Blick und vergleichen dabei, soweit möglich, auch die Ergebnisse aus SOEP und SHARE miteinander. Die Tabellen 5-4 bis 5-8 geben Auskunft über die absoluten und relativen Häufigkeiten der Einschränkungen in den ADLs, in den IADLs und in der Mobilität. Wie bereits zu Beginn des vierten Kapitels erläutert wurde, enthält das SOEP vier Fragen zu den ADLs, die in aggregierter Form nach der Angewiesenheit der pflegebedürftigen Haushaltsmitglieder auf Unterstützung in der alltäglichen Lebensführung fragen. Die Items sind hierarchisch geordnet. Die meisten Personen, die Hilfe bei ADL 4, d.h. bei schwierigeren Pflegetätigkeiten, in Anspruch zu nehmen, benötigen auch Hilfe bei ADL 1, d.h. bei Besorgungen und Erledigungen außer Haus. Im SHARE werden die ADLs differenzierter als im SOEP, allerdings nicht hierarchisch erfasst. SHARE enthält insgesamt 23 Fragen, von denen sich sechs auf ADLs, sieben auf IADLs sowie zehn auf Einschränkungen der Mobilität beziehen.

Die hierarchische Erfassung der ADLs im SOEP spiegelt sich deutlich in den Ergebnissen der Tabelle 5-4 wider. Die ausgewiesenen Anteile beziehen sich immer auf alle Personen mit mindestens einer ADL, wobei auch Mehrfachnennungen möglich sind. Rund 90% aller Personen mit Einschränkungen im täglichen Leben nehmen Hilfe bei Besorgungen und Erledigungen außer Haus in Anspruch, rund 80% Hilfe bei der Haushaltsführung und rund 67% bei der Versorgung und bei einfacheren Pflegetätigkeiten. Die vierte Kategorie, d.h. Hilfe bei schwierigen Pflegetätigkeiten wie z.B. beim Umbetten oder beim Stuhlgang, fällt mit rund 25% bis 30% deutlich ab. Auf Basis des SOEP lassen sich keine Aussagen über Personen treffen, die pflegebedürftig sind, aber keinerlei Hilfe in Anspruch nehmen.

Im Durchschnitt weisen die pflegebedürftigen Personen im SOEP benötigte Hilfe bei 2,6 ADLs auf. Da das SOEP insgesamt nur vier ADLs abbildet, ist diese Zahl als relativ hoch zu bewerten. Wenn man davon ausgeht, dass Personen mit leichtem Pflegebedarf im SOEP unterschätzt werden und die im SOEP beobachteten pflegebedürftigen Personen bereits einen erheblichen Betreuungsbedarf aufweisen, erklärt sich auch, warum unsere hochgerechneten Zahlen für pflegebedürftige Personen ohne Pflegestufe (rund 650.000, vgl. Tabelle 4-6) deutlich niedriger sind als bei Schulz (2010).¹⁷

Tabelle 5-5: Absolute und relative Häufigkeiten von Personen mit Einschränkungen in den ADLs im SHARE (2004, 2006, 2010)

ADL	2004		2006		2010	
	N	%	N	%	N	%
ADL_a	169	66	165	68	161	74
ADL_b	50	20	50	20	52	24
ADL_c	134	52	130	53	113	52
ADL_d	46	18	60	25	44	20
ADL_e	83	32	79	32	68	31
ADL_f	55	21	60	25	55	25
Summe	2,1		2,3		2,3	

Anmerkungen: Anzahl und Anteile (ungewichtet) der Beobachtungen mit Einschränkungen in den ADLs. Die Anteile beziehen sich auf alle Personen mit Einschränkungen, wobei Mehrfachnennungen möglich sind. ADL_a: Sich anziehen; ADL_b: Durch einen Raum gehen; ADL_c: Baden oder Duschen; ADL_d: Essen; ADL_e: Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen; ADL_f: Benutzen der Toilette.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

¹⁷ Siehe dazu auch Fußnote 11 (Seite 23).

Tabelle 5-5 berichtet die absoluten und relativen Häufigkeiten der sechs im SHARE erfassten ADLs. Auch hier sind die Häufigkeiten als Anteile an allen Personen ausgewiesen, die Einschränkungen bei mindestens einer ADL haben. Es zeigt sich, dass ADL_a (sich anziehen) mit Anteilen zwischen 66% (2004) und 74% (2010) und ADL_c (Baden und Duschen) mit einem stabilen Anteil von rund 52% am häufigsten vorkommen. Die durchschnittliche Anzahl der Einschränkungen liegt mit 2,1 bzw. 2,3 niedriger als im SOEP. Wir müssen allerdings davon ausgehen, dass die Differenz der Durchschnittswerte erheblich durch den Unterschied zwischen den jeweils zugrunde liegenden Aggregationskonzepten beeinflusst ist. Die ADLs stehen im SHARE in keiner klaren hierarchischen Beziehung zueinander.

Tabelle 5-6 berichtet die absoluten und relativen Häufigkeiten für die Einschränkungen bei den IADLs im SHARE. Besonders stark besetzt sind diejenigen IADLs, die sich auf körperliche Anstrengungen beziehen. So haben zwischen 60% (2004) und 75% (2010) der betrachteten Personen dabei Probleme, selbst Arbeiten im Haus oder im Garten durchzuführen (IADL_f), und rund 40% haben Probleme beim Einkaufen von Lebensmitteln (IADL_c). Demgegenüber sind diejenigen IADLs, die gewohnte und vertraute leichtere Routinehandlungen erfassen, eher schwach besetzt. Nur etwas mehr als 10% geben Probleme mit dem Telefonieren an (IADL_d) und nur rund 20% geben an, im Alltag Probleme beim Umgang mit Geld zu haben (IADL_g).

Tabelle 5-6: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in den IADLs im SHARE (2004, 2006, 2010)

IADL	2004		2006		2010	
	N	%	N	%	N	%
IADL_a	175	44	120	39	89	34
IADL_b	90	23	79	26	69	27
IADL_c	151	38	141	46	108	42
IADL_d	38	10	39	13	27	10
IADL_e	48	12	51	17	38	15
IADL_f	236	60	222	73	193	75
IADL_g	72	18	71	23	46	18
Summe	2,1		2,4		2,2	

Anmerkungen: Anzahl und Anteile (ungewichtet) der Personen mit Einschränkungen in den ADLs. Die Anteile beziehen sich auf alle Personen mit Einschränkungen, Mehrfachnennungen sind möglich. IADL_a: Benutzen einer Karte; IADL_b: Zubereiten einer warmen Mahlzeit; IADL_c: Einkaufen von Lebensmitteln; IADL_d: Telefonieren; IADL_e: Medikamente einnehmen; IADL_f Arbeiten im Haus oder im Garten; IADL_g: Mit Geld umgehen.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

Zusätzlich zu den ADLs und den IADLs fragt das SHARE über zehn Items auch Einschränkungen in der Mobilität ab. Tabelle 5-7 berichtet, wie häufig diese Einschränkungen der Mobilität in der Population aller Personen mit wenigstens einer Einschränkung beobachtet wurden. Auch hier sind es die körperlich anstrengenden bzw. komplizierteren Tätigkeiten, die den Befragten am häufigsten Schwierigkeiten bereiten. Der Anteil der Personen mit Schwierigkeiten, sich zu bücken bzw. zu knien (Mobil_f) stieg von 59% (2004) auf 69% (2010). Gut 45% haben zudem Schwierigkeiten dabei, mehrere Treppenabsätze hochzusteigen (Mobil_d). Der Anteil der Personen, denen es schwerfällt, schwere Objekte zu heben, ist zwischen 2004 und 2010 ebenfalls von 23% auf 35% angestiegen. Am geringsten ist der Anteil derjenigen mit Schwierigkeiten, eine Münze aufzuheben. Allerdings ist ihr Anteil zwischen 2004 und 2010 ebenfalls gestiegen, und zwar von 5% auf 10%. Durchschnittlich geben die befragten Personen zwischen 2,7 und 3,2 Einschränkungen in ihrer Mobilität an.

Tabelle 5-8 gibt abschließend noch einen Überblick über alle Informationen im SHARE: die Anteile der Personen mit Einschränkungen in den ADLs, in den IADLs und in der Mobilität an allen Personen, bei denen mindestens eine Einschränkung in einem der drei Bereiche vorliegt.

Tabelle 5-7: Absolute und relative Häufigkeiten der Personen mit Einschränkungen in der Mobilität im SHARE (2004, 2006, 2010)

Mobilitätseinschränkung	2004		2006		2010	
	N	%	N	%	N	%
Mobil_a	266	17	228	19	185	20
Mobil_b	376	24	284	24	216	24
Mobil_c	599	39	514	44	376	41
Mobil_d	697	45	568	49	409	45
Mobil_e	229	15	214	18	128	14
Mobil_f	908	59	756	65	638	69
Mobil_g	269	17	220	19	191	21
Mobil_h	401	26	337	29	216	24
Mobil_i	355	23	477	41	319	35
Mobil_k	74	5	90	8	88	10
Summe	2,7		3,2		3,0	

Anmerkungen: Absolute und relative Häufigkeiten (ungewichtet) der Personen mit Einschränkungen in der Mobilität. Die Anteile beziehen sich auf alle Personen mit Einschränkungen, Mehrfachnennungen sind möglich. Mobil_a: 100m gehen; Mobil_b: Zwei Stunden sitzen; Mobil_c: Von einem Stuhl aufstehen; Mobil_d: mehrere Treppenabsätze hochsteigen; Mobil_e: Einen Treppenabsatz hochsteigen; Mobil_f: Sich bücken, knien; Mobil_g: Arm über Schulterhöhe anheben; Mobil_h: Große Dinge ziehen oder schieben; Mobil_i: Objekte über 5kg Gewicht anheben oder tragen; Mobil_k: Eine kleine Münze aufheben.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

Während fast alle der Befragten mit wenigstens einer Einschränkung Schwierigkeiten bei der Mobilität haben, sind die meisten noch dazu in der Lage, ihren Alltag selbst zu strukturieren und zu organisieren. Gut ein Viertel dieser Personen geben an, bei der Organisation ihres Alltages (den IADLs) Hilfe zu benötigen. Hilfe bei den ADLs benötigen zwischen 16% (2004) und 23% (2010) der Befragten. Die weite Verbreitung von Einschränkungen in der Mobilität ist also ein allgemeines Merkmal der etwas älteren Stichprobe des SHARE und nicht direkt mit den Einschränkungen in den ADL vergleichbar. Schwierigkeiten bei der Verrichtung des Alltags setzen insofern größere physische Einschränkungen voraus. Dabei sollte bedacht werden, dass Einschränkungen auch vom persönlichen Wohnumfeld abhängen. So ist z.B. die Schwierigkeit Treppen zu bewältigen (Mobild_d) eher dann ein größeres Problem, wenn die Wohnung, Grundstück oder das Haus nur über Treppen zu erreichen ist oder es Treppen innerhalb der Wohnräume gibt. Zudem dürften viele Schwierigkeiten bei Alleinlebenden eher ein Problem darstellen als bei Personen mit größeren Netzwerken, da Alleinlebende die Tätigkeiten eher selbständig organisieren müssen und tendenziell weniger Aufgaben delegieren können. Letzterer Punkt ist auch relevant für die Einschränkungen in den IADL.

Tabelle 5-8: Absolute und relative Häufigkeiten der Befragten mit Einschränkungen in den ADLs, den IADLs oder der Mobilität im SHARE (2004, 2006, 2010)

Einschränkung	2004		2006		2010	
	N	%	N	%	N	%
ADL	257	16	244	21	217	23
IADL	394	25	306	26	258	28
Mobilität	1.547	98	1.171	98	918	99
Irgendeine Einschränkung	1.581		1.190		931	

Anmerkungen: Anzahl und Anteil der Beobachtungen mit Einschränkungen in den ADLs, den IADLs oder bei der Mobilität. Die Anteile beziehen sich auf alle Personen mit mindestens einer Einschränkung in einer der drei Kategorien, Mehrfachnennungen sind möglich.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

5.2 Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen

Dieser Abschnitt vergleicht den Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen mit Personen ohne Pflegebedarf in derselben Alterskohorte. Tabelle 5-9 zeigt, dass es zu beiden Zeitpunkten kaum Pflegebedürftige gibt, die ihren Gesundheitszustand als sehr gut oder gut einschätzen. 53,8% (2001) bzw. 41,5% (2011) geben demgegenüber einen schlechten Gesundheitszustand an. In

der Vergleichsgruppe ab 65 Jahren sind es zu beiden Zeitpunkten lediglich sechs Prozent, die ihren eigenen Gesundheitszustand als schlecht einschätzen bzw. rund zehn Prozent bei den Personen ab 80 Jahren. Das ist auf den ersten Blick kein überraschendes Ergebnis, aber wie sich in Abschnitt 5.8 (Tabelle 5-42, S. 98) zeigt, sind immerhin gut 16% der Pflegebedürftigen sehr zufrieden mit ihrer Gesundheit. Die Frage nach dem allgemeinen Gesundheitszustand ist also ein Indikator für die Gesundheit des Individuums, aber die subjektive Bewertung dieses Zustandes kann davon abweichen.¹⁸

Tabelle 5-9: Gesundheitszustand von Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen (2001/2011; Anteile in %)

Allgemeiner Gesundheitszustand	nicht pflegebedürftig				pflegebedürftig	
	65+		80+			
	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Sehr gut	2,8	3,1	1,7	1,8	0,1	0,0
Gut	19,1	26,2	11,7	19,4	0,3	3,6
Zufriedenstellend	48,7	41,6	50,0	42,0	14,5	16,3
Weniger gut	23,6	23,2	25,9	27,6	31,3	38,6
Schlecht	5,8	6,0	10,8	9,3	53,8	41,5

Anmerkungen: Personen über 64 Jahre. Die gewichteten Anteile addieren sich zu 100%, Abweichungen sind rundungsbedingt.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Multimorbidität

Tabelle 5-10 schlüsselt die Krankheitsdiagnosen der älteren Bevölkerung mit und ohne Pflegebedarf auf. Der Vergleich zeigt, dass Pflegebedürftige neben schweren chronischen körperlichen Erkrankungen u.a. auch häufiger Schlafstörungen und Depressionen aufweisen. Unter den Pflegebedürftigen haben rund 23% bereits einen Schlaganfall erlebt, während es in der Vergleichsgruppe nur vier Prozent waren. Bei der Differenzierung nach dem Geschlecht, zeigt sich, dass hier insbesondere Männer mit 35% häufiger betroffen sind als Frauen (16%). Gut elf Prozent der Pflegebedürftigen leiden oder litten unter einer Depression und zehn Prozent an Demenz. Bei diesen beiden Diagnosen zeigt sich innerhalb der Gruppe der

¹⁸ Es wäre auch vorstellbar, dass Personen ihren Gesundheitszustand relativ beurteilen und körperliche Einschränkungen und Hilfebedarf ab einem gewissen Alter eher als normal einstufen. Dies ist bei den hier untersuchten Personen anscheinend nicht der Fall. Der hohe Anteil Zufriedener in dieser Gruppe könnte aber u.a. dadurch beeinflusst sein.

Pflegebedürftigen ein höherer Anteil bei Frauen als bei Männern. Während bei über 13% der Frauen eine Demenz diagnostiziert wurde, ist dies nur bei gut drei Prozent der Männer der Fall. Ein Grund dafür ist sicher das etwas höhere Alter der pflegebedürftigen Frauen im Vergleich mit den Männern.

Tabelle 5-10: Krankheitsdiagnosen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2011; Anteile in %)

Krankheitsdiagnose	Gesamt			Frauen		Männer	
	pflegebedürftig		Durchschnitt	pflegebedürftig		pflegebedürftig	
	Nein	Ja		Nein	Ja	Nein	Ja
Schlafstörung	12,5	22,8	13,1	15,9	25,6	9,0	18,4
Diabetes	16,6	29,9	17,3	15,0	30,0	18,2	29,6
Asthma	5,3	9,1	5,5	5,7	11,2	4,9	5,6
Herzkrankheit	24,0	47,4	25,3	20,8	48,0	27,4	46,4
Krebs	8,5	14,5	8,8	7,8	14,9	9,3	13,9
Schlaganfall	4,0	23,3	5,1	3,4	16,3	4,6	35,3
Migräne	3,3	3,1	3,3	5,0	3,4	1,5	2,7
Bluthochdruck	46,0	48,0	46,1	47,5	48,0	44,4	48,1
Depressiv	4,1	11,2	4,5	5,5	12,1	2,7	9,7
Demenz	0,5	9,9	1,1	0,7	13,7	0,3	3,4
Gelenk	37,9	48,8	38,4	44,2	52,2	31,1	43,5
Rücken	27,0	34,3	27,4	30,4	35,5	23,3	32,5
Sonstige	20,8	41,5	22,0	21,7	40,5	19,9	43,0

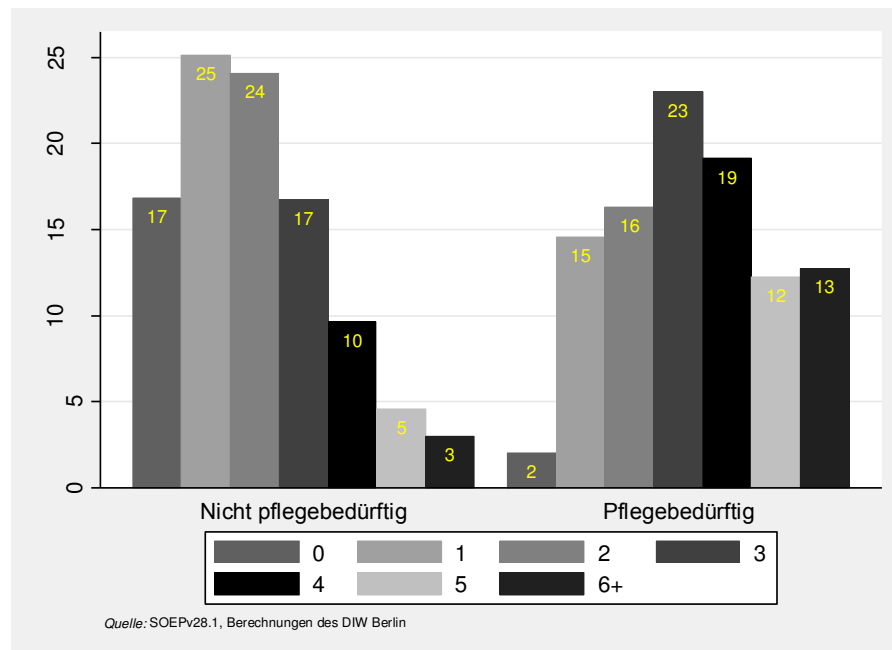
Anmerkungen: Personen über 64 Jahre. Die Frage im SOEP lautet „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?“, sie bezieht sich also auch auf Krankheiten, die eventuell ausgeheilt sind. „Sonstige Krankheiten“ konnten von den Befragten selbst angegeben werden, die anderen waren als Antwortkategorien vorgegeben. Die Anteile sind gewichtet.

Quellen: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Abbildung 5-1 gibt einen Überblick über die Verteilung von Multimorbidität im Vergleich zwischen nicht pflegebedürftigen und pflegebedürftigen Personen ab 65 Jahren. Eine gesundheitliche Einschränkung durch drei oder mehr Krankheiten tritt bei Pflegebedürftigen erheblich öfter auf als in der Vergleichsgruppe. Insgesamt sind 67% von drei und mehr Krankheiten betroffen gegenüber 35% der Personen ohne Pflegebedarf. Und auch der Anteil der Personen, die keine Krankheit angibt ist mit 17% in der Gruppe der Nicht-Pflegebedürftigen deutlich über dem der Pflegebedürftigen mit drei Prozent. Wir haben diesen Vergleich auch noch einmal innerhalb der Gruppe der Pflegebedürftigen durchgeführt und zwischen „keiner

Pflegestufe“, „Pflegestufe 1“ und „Pflegestufe 2 oder 3“ unterschieden (Abbildung 5-11 im Anhang zu diesem Kapitel, S.113). Es zeigt sich erwartungsgemäß eine höhere Multimorbidität mit steigender Pflegestufe. 39% der Personen ohne Pflegestufe geben weniger als drei diagnostizierte Krankheiten an, bei Pflegestufe 1 sinkt dieser Wert auf 32%, bei Pflegestufe 2 oder 3 auf 28% und gleichzeitig nimmt der Anteil mit hoher Multimorbidität entsprechend zu.

Abbildung 5-1: Multimorbidität von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2011; Anteile in %)



Anmerkungen: Personen über 64 Jahre; Anzahl der Krankheiten; siehe dazu Tabelle 5-10.

Im Anhang an dieses Kapitel haben wir zum Vergleich die Gruppe der Nicht-Pflegebedürftigen auf 80 Jahre und älter beschränkt, um zu sehen, wie stark das Alter der Vergleichsgruppe unsere Ergebnisse beeinflusst. Es zeigt sich, dass der Anteil einzelner Krankheitsdiagnose zwar ansteigt, die Unterschiede zu der Gruppe ab 65 Jahren aber nicht sehr groß sind (Tabelle 5-49, S.114). Beispielsweise steigt der Anteil der Personen mit einer Herzkrankheit auf 33%, also um neun Prozentpunkte, wenn man die über 80jährigen betrachtet. Der Anteil der Personen mit drei oder mehr diagnostizierten Krankheiten steigt um fünf Prozentpunkte auf 40%, liegt also immer noch deutlich unterhalb des Anteils dieser Gruppe innerhalb der Pflegebedürftigen. Und 11% der Befragten geben sogar an, dass bei ihnen keine der genannten Krankheiten bisher diagnostiziert wurde.

Physische und Mentale Gesundheit

Im nächsten Schritt haben wir schließlich auch die Verteilung und die Determinanten der mentalen und physischen Gesundheit zwischen beiden Gruppen verglichen. Im SOEP wird eine verkürzte Skala der üblichen SF-36v2-Skala¹⁹ verwendet, um die beiden Maße der *mental component scale* (MCS) und der *physical component scale* (PCS) zu erheben (vgl. Andersen et al. 2007). Die Einzelscores sind in Tabelle 5-51 im Anhang dokumentiert. Die Scores wurden auf den Mittelwert 50 und eine Standardabweichung von zehn normiert. Wie Tabelle 5-11 zeigt, liegen der durchschnittliche MCS und der durchschnittliche PCS der Pflegebedürftigen zu beiden Zeitpunkten deutlich unter den Werten der Vergleichsgruppen. Der mentale Gesundheitszustand der Bevölkerung ab 65 bzw. ab 80 Jahren ist generell besser als ihre physische Gesundheit.²⁰ Es zeigt sich auch beim Vergleich der Personen über 64 mit Personen ab 80 Jahren, dass die physische Gesundheit etwas stärker zurückgeht als die mentale. Der MCS liegt mit ungefähr 50 Punkten sogar im Bevölkerungsdurchschnitt.

Tabelle 5-11: Mentaler und Physischer Gesundheitsscores (MCS und PCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-pflegebedürftigen (2002/2010)

Jahr	MCS			PCS		
	Nicht pflegebedürftig		pflegebedürftig	Nicht pflegebedürftig		pflegebedürftig
	65+	80+		65+	80+	
2002	51,1	50,5	38,2	41,7	38,5	29,8
2010	51,6	49,9	41,6	42,2	38,8	30,3

Anmerkungen: *Mental component scale* (MCS) und *physical component scale* (PCS); für die Gesamtstichprobe standardisiert auf den Mittelwert 50 mit einer Standardabweichung von zehn. Die Stichprobe der Pflegebedürftigen bezieht sich auf Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Ein Blick auf die Verteilung der Gesundheitsscores in den beiden Vergleichsgruppen ergibt, dass sich die Differenz in der physischen Gesundheit zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen erwartungsgemäß relativ homogen verteilt (Abbildung 5-2). Fast keine der pflegebedürftigen Personen erzielt einen höheren PCS, und die Verteilung konzentriert sich auf

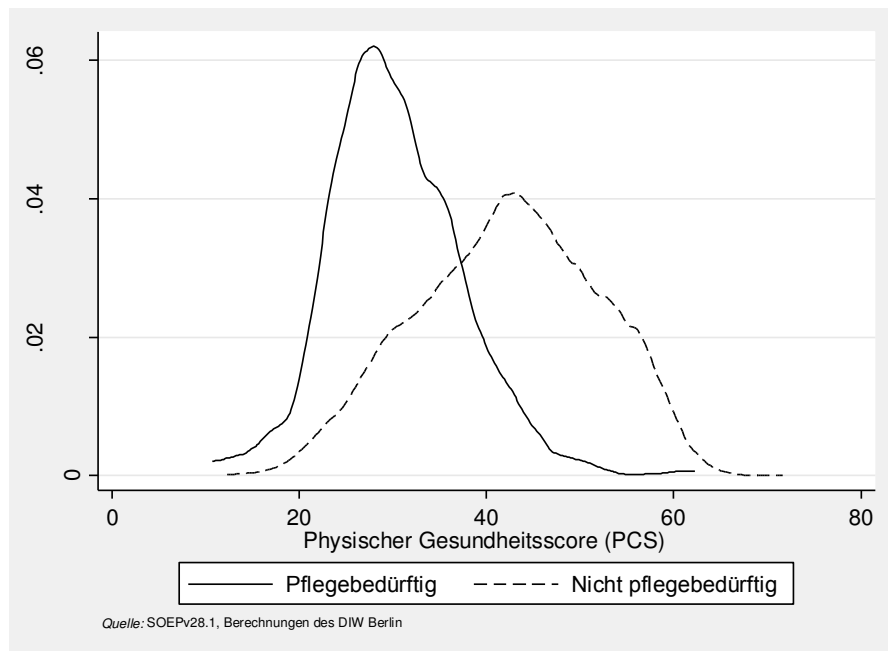
¹⁹ <http://www.sf-36.org/>

²⁰ Wir hatten ja bereits mit den Daten des SHARE dokumentiert, dass physisch bedingte Mobilitätseinschränkungen in der älteren Bevölkerung im Allgemeinen sehr verbreitet sind (vgl. Tabelle 5-7).

Werte zwischen 20 und 40. Im Hinblick auf die mentale Gesundheit ist die Heterogenität der Scores unter den Pflegebedürftigen deutlich höher, und ein großer Teil der Verteilung weist MCS auf, die mit denen in der Gruppe der Nicht-Pflegebedürftigen vergleichbar sind (Abbildung 5-3).

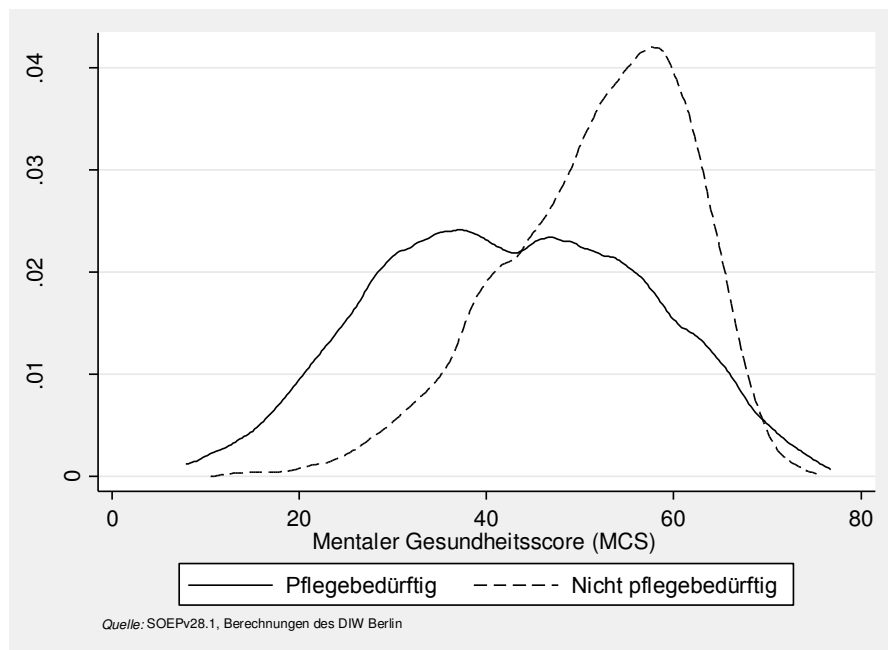
Beschränkt man auch hier die Personen in der Vergleichsgruppe auf 80 Jahre und älter, ergibt sich ein ähnliches Bild (vgl. Abbildung 5-13, S.116), allerdings steigt die Heterogenität bezüglich des MCS etwas an.

Abbildung 5-2: Verteilung des Physischen Gesundheitsscores (PCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen



Anmerkungen: Gewichtete Daten von 2008 und 2010. Personen ab 65 Jahren.

Abbildung 5-3: Verteilung des Mentalen Gesundheitsscores (MCS) von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen



Anmerkungen: Gewichtete Daten von 2008 und 2010. Personen ab 65 Jahren.

Die in Tabelle 5-12 berichteten Ergebnisse der multivariaten Analyse bestätigen den Unterschied zwischen Pflegebedürftigen und Personen ohne Pflegebedarf. Interessant ist, dass dieser Effekt bei der mentalen Gesundheit mit fast zehn Punkten oder einer Standardabweichung relativ groß ist im Unterschied zur physischen Gesundheit (-5,7). Im Hinblick auf beide Gesundheitsscores erweisen sich in der Gesamtstichprobe fast alle Variablen als signifikant. Ein höheres Einkommen oder auch höhere Bildung gehen mit höheren Scores auf beiden Skalen einher und weisen in beiden Modellen vergleichbare Größenordnungen auf. Interessant ist der Vergleich mit den Ergebnissen für das Sample der Pflegebedürftigen. Im Hinblick auf die mentale Gesundheit bleiben lediglich der Effekt des Haushaltskontextes und des Haushaltseinkommens weiterhin signifikant. Die Haushaltsgröße und der MCS sind negativ korreliert, was bedeutet, dass Personen mit geringerem MCS tendenziell häufiger in größeren Haushalten leben als in Einpersonenhaushalten. Man könnte dieses Ergebnis so interpretieren, dass ein höherer MCS eine Voraussetzung für das Alleinleben ist. Dieses Ergebnis tritt nicht bei Betrachtung der physischen Gesundheit auf.

Tabelle 5-12: Mentale und physische Gesundheit in der Gesamtbevölkerung ab 65 Jahren und bei Pflegebedürftigen ab 65 Jahren im Vergleich

Variablen	MCS		PCS	
	Alle	Pflegebedürftige	Alle	Pflegebedürftige
Pflegebedürftig (1=ja)	-9,102***		-5,656***	
Alter	0,554***	-1,097	-0,458**	0,134
Alter quadriert/100	-0,453***	0,723	0,069	-0,057
Frau	-1,532***	-0,946	-1,036***	-1,209**
Migrationshintergrund	-0,922***	-0,585	-0,885***	0,088
Haushaltsgröße (Basis: 1)				
2	0,498**	-4,537***	-1,095***	-0,868
3+	-1,153***	-6,534***	-1,330***	0,438
Haushaltseinkommen/1000	0,023***	0,060**	0,023***	0,034**
Bildung (Basis: niedrige Bildung)				
Mittlere Bildung	1,418***	0,017	0,896***	0,426
Höhere Bildung	2,596***	2,626*	2,599***	0,261
Beobachtungen	23386	1306	23386	1306
Individuen	8188	769	8188	769

Anmerkungen: Random-Effects Regression mit Daten von 2002, 2004, 2006, 2008 und 2010. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.3 Soziodemografische Struktur der Pflegebedürftigen

Dieses Unterkapitel geht der Frage nach, wie sich die Pflegebedürftigkeit in der Bevölkerung ab 65 Jahren nach allgemeinen soziodemografischen Merkmalen verteilt. Wir untersuchen Unterschiede zwischen Alterskohorten, den Geschlechtern und Bildungsgruppen und auch die Bedeutung des Migrationshintergrunds. Pflegeprävalenzraten korrelieren zunächst stark mit dem Alter und steigen insbesondere bei Personen im höheren Alter, mithin ab 80 Jahren, an. Schneekloth und Wahl (2005, S.68) schätzen für das Jahr 2002, dass knapp 20% der über 80-Jährigen in Privathaushalten pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung sind. Wenn man auch Personen mit Hilfebedarf, aber ohne Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung berücksichtigt, sind es sogar rund 26%. Rothgang u.a. (2010, S.113) schätzen für die Pflegeversicherung anhand von Routinedaten etwas höhere Prävalenzraten, allerdings unter Einschluss der vollstationären Pflege. Insgesamt kommen sie zu dem Schluss, dass die altersabhängigen Pflegeprävalenzraten relativ stabil geblieben sind. Im SOEP liegen die Anteile der Pflegebedürftigen grundsätzlich unterhalb der in den beiden zitierten Studien ermittelten Werte. Diese Abweichung ist eine Konsequenz der Untererfassung der Pflegebedürftigkeit im SOEP. Tabelle 5-13 zeigt, dass den Daten des SOEP zufolge im Jahr 2011 fast sieben Prozent der über 60-Jährigen und gut 18% der über 80-Jährigen in Privathaushalten pflegebedürftig gewesen sind. Leistungen der PV haben ungefähr fünf Prozent der über Personen ab 65 Jahren erhalten, bei den Personen ab 80 Jahren waren es rund 14%.

Tabelle 5-13: Anteile der Pflegebedürftigen an der Bevölkerung über 64 bzw. über 80 Jahren in Privathaushalten (2001 und 2011, in %)

Altersgruppen	Gesamt		Mit Leistungen der PV	
	2001	2011	2001	2011
Über 64-Jährige	8,5	6,7	4,9	5,0
Über 80-Jährige	24,1	18,4	14,4	14,1

Anmerkungen: Die beiden linken Spalten beziehen sich auf alle Personen, die einen Pflegebedarf angeben, die beiden rechten Spalten beziehen sich nur auf diejenigen, die zugleich auch Leistungen der PV beziehen. Die Anteile sind gewichtet.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Tabelle 5-14 berichtet für die Jahre 2001 und 2011 das durchschnittliche Alter der pflegebedürftigen Person. Im Durchschnitt ist die pflegebedürftige Person 72 Jahre alt, wobei die Altersverteilung stark linksschief ausfällt und der Median mit rund 77 Jahren (2001: 76) deutlich darüber liegt. Zehn Prozent der Befragten sind 90 Jahre oder älter. Die Ergebnisse sind

in beiden Wellen vergleichbar. Wenn man die Gruppe nochmals unterteilt in Personen, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen und sonstige Hilfebedürftige, stellt man fest, dass das Alter der Pflegebedürftigen, die keine Versicherungsleistungen beziehen, in der Regel etwas niedriger ist. Ein Grund dafür könnte ein geringerer Pflegebedarf sein, da erst bei größeren Einschränkungen Anspruch auf Leistungen der PV besteht. Ein niedrigeres Alter geht im Durchschnitt mit einem geringeren Pflegebedarf einher. Und wie Abbildung 5-11 im Anhang zeigt, liegt die Multimorbidität bei Leistungsbeziehern der PV höher als bei Personen, die keine Leistungen beziehen.

Tabelle 5-14: Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Personen nach Leistungen der PV und Geschlecht im SOEP (2001 und 2011)

Gruppe	Jahr	Bevölkerung mit Einschränkungen			Mit Leistungen der PV			Ohne Leistungen der PV		
		Durchschnitt	p50	p90	Durchschnitt	p50	p90	Durchschnitt	P50	p90
Alle	2001	72	76	90	72	77	92	71	75	88
	2011	72	77	90	72	77	90	70	76	91
Männer	2001	67	70	87	68	74	87	65	69	88
	2011	68	72	88	69	72	89	67	74	87
Frauen	2001	74	78	91	74	78	92	73	79	88
	2011	74	80	91	74	81	91	73	78	95

Anmerkungen: p50 bezeichnet den Median, p90 bezeichnet das 90% Perzentil.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Das Alter pflegebedürftiger Frauen liegt deutlich über dem der Männer. Im Jahr 2011 waren die pflegebedürftigen Frauen rund 74 Jahre alt gegenüber einem Durchschnittsalter der pflegebedürftigen Männer von 69 Jahren. In der Gruppe der Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, hat es zwischen 2001 und 2011 kaum Altersverschiebungen gegeben.

Frauen sind häufiger von Pflegebedürftigkeit betroffen und verweilen auch länger in diesem Zustand. Rothgang u.a. (2010, S.115) zeigen beispielsweise mit Routinedaten der Krankenkasse, dass 47% der gestorbenen Männer und immerhin knapp 67% der gestorbenen Frauen im Jahr 2009 vor dem Tod pflegebedürftig waren. Außerdem zeigen sie, dass das Pflegerisiko für Männer im Zeitablauf etwas stärker zugenommen hat als für Frauen. Betrachtet man den Anteil der Frauen unter den Pflegebedürftigen im SOEP, so zeigt Tabelle 5-15, dass 2001 rund 71% dieser Personen Frauen waren. 2011 lag der Anteil darunter bei etwa 64%. Der Anteil der

Frauen liegt in der Gruppe der Pflegebedürftigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen, nicht höher als bei denen, die keine Leistungen beziehen.

Tabelle 5-15: Pflegebedürftige Personen mit und ohne Leistungen aus der PV nach Geschlecht und Migrationshintergrund (2001 und 2011; Anteile in %)

Anteile	Bevölkerung über 64		Bevölkerung mit Einschränkungen über 64					
			Gesamt		Mit Leistungen aus der PV		Ohne Leistungen aus der PV	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Frauen	58,7	51,8	70,4	63,0	70,7	63,3	70,1	61,9
Migrationshintergrund	10,4	12,1	9,4	10,6				

Anmerkungen: Die beiden linken Spalten berichten den Anteil der Frauen in der Altersgruppe der über 64-Jährigen in der Gesamtbevölkerung. Die anderen Spalten beziehen sich auf die Bevölkerung mit Einschränkungen ab 65. Eine Differenzierung des Migrationshintergrunds nach Leistungen der PV war aufgrund der geringen Fallzahlen in dieser Gruppe nicht möglich. Die Anteile wurden gewichtet.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Tabelle 5-15 enthält zudem den Anteil von Personen mit Migrationshintergrund unter den Pflegebedürftigen ab 65 Jahren. Es zeigt sich, dass dieser ungefähr im Bevölkerungsdurchschnitt von 10% liegt und zwischen 2001 und 2011 leicht gestiegen ist. Leider lässt sich diese Gruppe aufgrund der geringen Fallzahlen nicht weiter differenzieren. Der Anteilswert liegt allerdings ähnlich hoch wie in der Schätzung von Kohls (2012), der von einer Pflegequote (Pflegeversicherung) bei den über 65-Jährigen Migranten von rund 8,6% ausgeht.

Unter den soziodemografischen Merkmalen wurde in bisherigen Studien schließlich auch Bildung als zentraler Faktor nachgewiesen. Demzufolge geht ein höheres Bildungsniveau mit einem geringeren Pflegerisiko einher. Unsere Auswertungen des SOEP bestätigen dieses Forschungsergebnis und sind in Tabelle 5-16 festgehalten. Im Durchschnitt hatten 2001 gut 34% der Bevölkerung ab 65 Jahren einen niedrigen Bildungsabschluss, während es innerhalb der pflegebedürftigen Bevölkerung gut 42% gewesen sind. In der Gesamtbevölkerung ist dieser Anteil bis 2011 um fast elf Prozentpunkte zurückgegangen und bei den Pflegebedürftigen um sechs Prozentpunkte, also deutlich unterproportional. Komplementär dazu lag der Anteil der beiden höheren Bildungsgruppen in der pflegebedürftigen Bevölkerung in allen Jahren unter ihrem jeweiligen Anteil in der älteren Gesamtbevölkerung. Allerdings finden wir eine Zunahme des Anteils Hochgebildeter in der pflegebedürftigen Bevölkerung, der sich nicht aus der durchschnittlichen Zunahme des Bildungsniveaus in der Gesamtbevölkerung erklären lässt. Während dort der Anteil von 19% auf knapp 27% stieg, hat

er sich bei den Pflegebedürftigen mit einem Anstieg von gut 13% auf 23% fast verdoppelt. Letztlich reicht die Fallzahl aber nicht aus, um zwischen einem Bildungseffekt und einem Kohorteneffekt unterscheiden zu können. Die nachrückenden besser gebildeten Kohorten haben auch größere Besetzungszahlen aufgrund der höheren Sterblichkeit bei den Älteren. Zudem ist die Sterblichkeit negativ mit höherer Bildung korreliert.

Tabelle 5-16: Pflegebedürftige nach Bildungsabschluss (2001 und 2011; Anteile in %)

Bildungsabschluss	Bevölkerung über 64		Bevölkerung mit Einschränkungen über 64					
			Gesamt		Mit Leistungen aus der PV		Ohne Leistungen aus der PV	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Niedrig	34,5	23,8	42,5	36,5	42,4	38,2	49,2	35,6
Mittel	46,1	49,6	44,3	40,5	47,5	39,3	40,7	42,9
Hoch	19,4	26,6	13,2	23,0	10,0	22,5	10,1	21,5

Anmerkungen: Ein niedriger Bildungsabschluss ist definiert als „maximal Hauptschulabschluss“; ein mittlerer Bildungsabschluss bezeichnet einen Lehrberuf ohne Abitur; als höherer Bildungsabschluss werden alle höheren Abschlüsse erfasst, also vor allem Personen, die mindestens das Abitur besitzen. Die Anteile wurden gewichtet.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.4 Einkommen und Vermögen von Pflegebedürftigen

Aus der Einkommenssituation des Haushaltes und der pflegebedürftigen Person selbst ergeben sich wichtige Handlungsspielräume für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen, die über die Leistungen der Pflegeversicherung hinausgehen. Davon betroffen sind sowohl der Einkauf privater Pflegeleistungen als auch die pflegegerechte Ausstattung der Wohnung oder des Hauses. Wenn Haushalte mit geringerem Einkommen Geldleistungen den Sachleistungen der PV vorziehen, könnte die Entscheidung über die Inanspruchnahme der Leistungen ebenfalls davon beeinflusst sein.

Tabelle 5-17 gibt zunächst einen Überblick über die Einkommensquellen, aus denen sich Haushalte mit pflegebedürftigen Personen finanzieren. Als Vergleichsgruppe betrachten wir Haushalte mit einem Haushaltsvorstand, der über 64 Jahre alt ist, sich also in der Regel im Ruhestand befindet, die aber kein pflegebedürftiges Haushaltsmitglied haben. Als Einkommensquellen unterscheiden wir (a) selbständige oder unselbständige Erwerbsarbeit, (b)

Vermögen, (c) den imputierten Mietwert²¹ für Hausbesitzer, (d) private Transfers, (e) öffentliche Transfers und (f) gesetzliche oder private Renten.

Tabelle 5-17: Anteile und Höhe verschiedener Einkommensquellen am Haushaltseinkommen im SOEP – Haushalte mit und ohne Pflegebedarf im Vergleich (2001 und 2011)

Einkommensarten	Anteil mit Einkommen aus... (in %)				Höhe des Einkommens aus ^a ... (Euro pro Jahr)			
	HH mit HV über 64 Jahren		HH mit Pflegebedürftigem über 64 Jahren		HH mit HV über 64 Jahren		HH mit Pflegebedürftigem über 64 Jahren	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Nettoeinkommen					15.146	21.040	15.970	22.004
Erwerbsarbeit	12,8	16,8	25,4	20,1	11.149	14.986	16.612	21.827
Vermögen	83,0	78,6	78,2	71,2	1.732	2.538	874	1.480
Imputierte Miete ^b	56,2	58,6	54,0	52,7	2.573	3.570	2.294	3.518
Private Transfers	1,2	1,4	2,0	3,2	3.459	5.004	2.204	3.507
Öffentliche Transfers	12,7	13,6	62,3	67,0	2.669	4.551	3.740	5.610
GRV Rente	98,5	98,2	90,5	91,4	13.070	17.188	11.640	15.577
Private Rente	18,6	28,5	14,1	30,6	4.714	6.541	3.076	3.881

Anmerkungen: Die Vergleichsgruppe zu den Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person bilden alle Haushalte mit einem Haushaltsvorstand (HV), der 65 Jahre oder älter ist. Zur besseren Vergleichbarkeit gilt als Bedingung auch, dass die pflegebedürftige Person ebenfalls mindestens 65 Jahre alt sein muss. (a) Die Einkommen werden nur für Haushalte ausgewiesen, die auch ein Einkommen aus der jeweiligen Quelle beziehen. Die Einkommen sind äquivalenzgewichtet. Als Gewicht wurde die Quadratwurzel der Anzahl der Haushaltsmitglieder genutzt. Das Einkommen wurde außerdem deflationiert und wird in Preisen von 2006 berichtet. (b) Für Hausbesitzer wird der imputierte Mietwert als Einkommenskomponente berücksichtigt.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Die Vergleichsgruppe der Haushalte mit einem Haushaltsvorstand ab 65 Jahren, aber ohne Pflegebedarf (im Folgenden als Rentnerhaushalte bezeichnet) hat im Jahr 2001 zu knapp 13% Einkommen aus Erwerbsarbeit bezogen. Dieser Wert ist bis 2011 auf fast 17% angestiegen. In Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person (die ebenfalls älter als 65 Jahre sein muss, aber nicht unbedingt auch der Haushaltsvorstand ist) ist dieser Anteil im betrachteten Zeitraum von 25% auf 20% zurückgegangen. Singlehaushalte mit Pflegebedarf haben eine geringere Wahrscheinlichkeit, überhaupt in den Daten beobachtet zu werden (vgl. Kapitel 6). In

²¹ Da Hausbesitzer keine Miete zahlen, ist es üblich, bei Verteilungsanalysen und in der Darstellung des verfügbaren Einkommens eine fiktive Miete für Hausbesitzer zu ermitteln. Dadurch wird die Vergleichbarkeit der verfügbaren Haushaltseinkommen dieser beiden Gruppen, also Mieter und Eigenheimbesitzer, verbessert (siehe dazu Frick und Grabka (2003)).

Haushalten mit älteren pflegebedürftigen Personen wird es sich bei der berufstätigen Person daher in der Regel um den Partner oder die Kinder handeln. Das Einkommen aus Erwerbsarbeit ist dementsprechend auch höher als in den Rentnerhaushalten. Das (deflationierte und äquivalenzgewichtete) Erwerbseinkommen liegt im Jahr rund fünf bis sechs Tausend Euro höher als in Rentnerhaushalten. Umgekehrt verhält es sich beim Vermögenseinkommen: Rentnerhaushalte ohne Pflegebedarf verfügen etwas häufiger über Einkommen aus Vermögen, und die erzielten Einkommen sind deutlich höher als in Haushalten mit Pflegebedarf. Beide Befunde deuten darauf hin, dass die Altersstruktur der Haushalte mit pflegebedürftigen Personen häufiger durch jüngere Personen ergänzt wird als in Rentnerhaushalten. Der Blick auf Einkommen aus der gesetzlichen Rente weist in dieselbe Richtung: nur rund 91% der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person ab 65 Jahren beziehen eine staatliche Rente im Vergleich zu 98% der Rentnerhaushalte.

Weitere Unterschiede zeigen sich vor allem bei Einkommen aus öffentlichen Transfers. Während nur knapp 14% der Rentnerhaushalte Einkommen aus dieser Quelle bezogen, waren es bei den Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person im Jahr 2011 67%. Mit 5.610 Euro lagen die jährlichen Zahlungen um knapp 20% über denen der Rentnerhaushalte. Insgesamt ist das äquivalenzgewichtete durchschnittliche Nettoeinkommen der Haushalte mit Pflegebedarf dennoch mit dem Durchschnittseinkommen der Rentnerhaushalte vergleichbar: 2011 lag es mit 22.000 Euro lediglich rund 1.000 Euro über dem der Rentnerhaushalte.

Neben dem Haushaltseinkommen sind auch die finanziellen Ressourcen der pflegebedürftigen Person selbst relevant. Tabelle 5-18 stellt die individuellen Einkommenskomponenten der pflegebedürftigen Personen im Rentenalter allen Personen im Rentenalter gegenüber. Erwartungsgemäß erweist sich die Pflegeversicherung als wichtige Einkommensquelle. Im Jahr 2001 bezogen rund 48% der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren Einkommen aus der Pflegeversicherung, und im Jahr 2011 waren es fast 62%. Im Jahr 2011 bezog eine Person durchschnittlich gut 5.300 Euro aus der Pflegeversicherung, was auf eine im Durchschnitt relativ hohe Pflegebedürftigkeit im Sinne der Pflegeversicherung hinweist. Als wichtige Einkommensquelle erweist sich nach wie vor auch die Witwen/Witwerrente. In der gesamten Rentnerpopulation ist ihr Anteil zwischen 2001 und 2010 von 29% auf 20% gesunken. Obwohl dieser Rückgang unter den pflegebedürftigen Personen sogar etwas stärker war, liegt ihr Anteil mit 33% noch immer deutlich über dem Durchschnittswert aller Rentner. Dieser Befund kann mit dem höheren Anteil von Frauen an der pflegebedürftigen Bevölkerung erklärt werden. Die höhere Lebenserwartung führt also auch dazu, dass wir hier mehr weibliche Personen mit Hinterbliebenenversorgung beobachten können.

Pflegebedürftige Personen über 65 erhalten zwar häufiger als der Durchschnitt private Transfer, mit ungefähr 2% ist diese Quote allerdings niedrig. Sie erhalten ebenfalls häufiger Wohngeld oder Sozialhilfe, allerdings mit abnehmender Tendenz. Ein kleiner Teil (rund 8% in 2011) bezieht nennenswerte Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung. Eigene Erwerbstätigkeit spielt so gut wie keine Rolle, sie ist allenfalls relevant für einen kleinen (aber steigenden) Anteil der Rentner ohne Pflegebedarf.

Tabelle 5-18: Individuelle Einkommenskomponenten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2001 und 2011)

Einkunftsarten	Anteil mit Einkommen aus ... (in %)				Höhe des Einkommen aus... ^a (in Euro pro Jahr)			
	Personen über 64		Person mit Pflegebedarf über 64		Personen über 64		Person mit Pflegebedarf über 64	
	2001	2011	2001	2011	2001	2011	2001	2011
Pflegeversicherung	6,4	6,5	48,0	61,8	4.212	5.107	4.129	5.323
Eigene Rente	92,0	96,5	85,6	95,3	10.913	15.330	8.587	12.310
Witwenrente	29,2	20,2	47,4	33,0	7.664	9.239	7.298	9.635
Private Transfers	0,8	0,8	1,8	2,1	3.871	4.387	2.275	4.759
Vermietung/Verpachtung	11,0	13,4	6,2	8,1	9.352	12.950	6.664	8.546
Wohngeld	3,3	1,4	6,4	4,3	805	1.078	986	934
Sozialhilfe	0,9	0,9	5,1	2,1	4.096	5.087	4.282	3.537
Kapitaleinkünfte	83,3	79,4	74,1	69,8	1.501	1.911	697	1.416
Erwerbstätigkeit	5,7	8,5	0,0	1,3	10.884	12.810		22.711

Anmerkungen: Die Einkommenskomponenten wurden deflationiert (Basis: 2006). Die Population bezieht sich auf Personen im Alter von 65 und älter. (a) Die Einkommen werden nur für Personen ausgewiesen, die auch ein Einkommen aus der jeweiligen Quelle beziehen. Die Anteile und Mittelwerte sind gewichtet.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

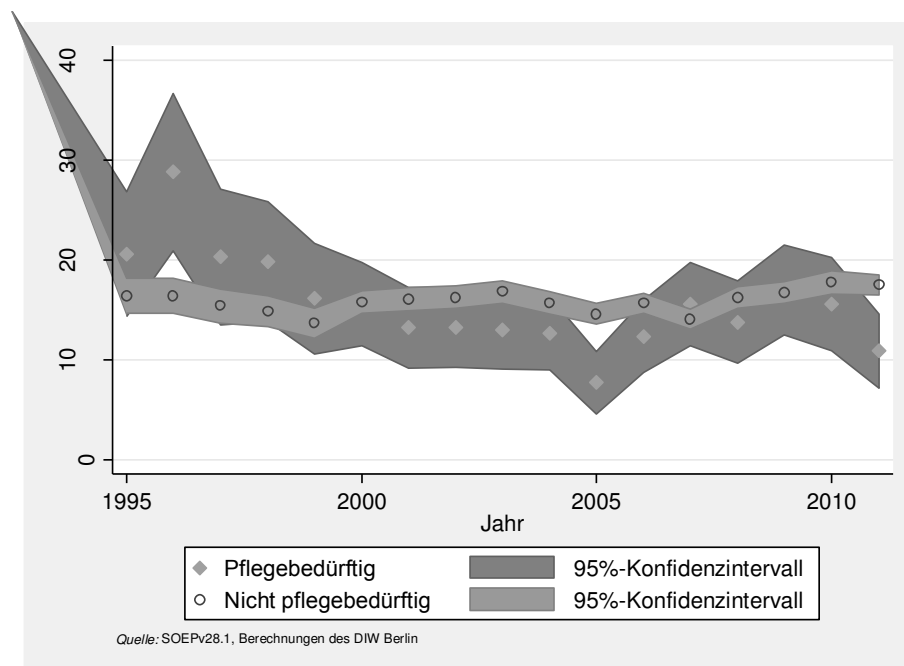
Insgesamt stellt die eigene Rente mithin die Haupteinkommensquelle der Pflegebedürftigen ab 65 Jahren dar, gefolgt von der Pflegeversicherung und der Hinterbliebenenrente. Die übrigen Einkommenskomponenten (mit der Ausnahme der Kapitaleinkünfte auf niedrigem Niveau) sind unter den Pflegebedürftigen kaum verbreitet.

Armutsrisiko

Neben der durchschnittlichen Verbreitung und Höhe unterschiedlicher Einkommenskomponenten ist die Verteilung der Einkommen insgesamt von Interesse. Wir haben daher auch untersucht, welchem Armutsrisiko Pflegebedürftige ausgesetzt sind.

Abbildung 5-4 zeigt die Entwicklung der Armutsquote²² von Pflegebedürftigen und Personen ohne Pflegebedarf ab 65 Jahren über die Jahre 1995 bis 2011, also ungefähr seit Einführung der Pflegeversicherung. Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Konfidenzbänder der Armutsquote der Pflegebedürftigen etwas breiter.

Abbildung 5-4: Armutsquote von Pflegebedürftigen und Personen ohne Pflegebedarf (1995 - 2011)



Anmerkungen: Die Armutsquote ist definiert als ein äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (pro Jahr), das unterhalb von 60% des Medianeinkommens liegt. Die Armutsquote wurde gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Im Beobachtungsfenster liegt die Armutsquote der Pflegebedürftigen etwas über der Armutsquote der Vergleichsgruppe, ist allerdings nur in einem Jahr (1996) auch signifikant höher. Bis 2005 ist sie seither gesunken und lag im Jahr 2005 sogar signifikant unterhalb der Armutsquote der Vergleichsgruppe. Seit 2005 ist sie dann bis 2010 wieder gestiegen. Eine mögliche Hypothese ist, dass sich das Armutsrisiko durch die Einführung der Pflegeversicherung leicht verringert hat und seitdem auf einem ungefähr durchschnittlichen Niveau verharret.

Um die Risikofaktoren für Einkommensarmut näher zu bestimmen, haben wir für die Jahre 2001 bis 2011 eine lineares Wahrscheinlichkeitsmodell spezifiziert. Tabelle 5-19 dokumentiert die

²² Die Armutsquote ist definiert als ein äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen, das unterhalb von 60% des Medianeinkommens liegt. Die Werte der Abbildung sind in Tabelle 5-52 im Anhang an dieses Kapitel dokumentiert.

geschätzten Koeffizienten für die gesamte Stichprobe und für die kleinere Stichprobe der Pflegebedürftigen.

Tabelle 5-19: Determinanten des Armutsrisikos Pflegebedürftiger

Variablen	Alle	Pflegebedürftige	
		Modell I	Modell II
Pflegebedürftig	-0,041***		
Leistungen der Pflegeversicherung (Basis: keine)			
Stufe I		-0,064***	
Stufe II		-0,099***	
Stufe III		-0,069***	
Formelle Pflege (Basis: rein informell)			-0,036***
Frau	-0,012***	-0,000	-0,002
Migrationshintergrund	0,155***	0,085***	0,096***
Ostdeutschland	0,009***	0,003	0,004
Alter	0,018***	0,006	0,017
Alter quadriert/100	-0,012***	-0,005	-0,012
Haushaltsgröße (Basis: 1)			
2	-0,114***	-0,060***	-0,075***
3+	-0,159***	-0,079***	-0,098***
Bildung (Basis: geringe Bildung)			
Mittlere Bildung	-0,098***	-0,040***	-0,045***
Höhere Bildung	-0,181***	-0,129***	-0,129***
Korrigiertes R ²	0,089	0,048	0,038
Beobachtungen	54.004	3.125	3.091
Mittelwert	0,131	0,117	0,117

Anmerkungen: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell für die Jahre 2001 bis 2011. Robuste Standardfehler. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Pflegebedürftige haben demzufolge eine um vier Prozentpunkte signifikant niedrigere Wahrscheinlichkeit arm zu sein. Ein hohes Armutsrisiko weisen Personen mit Migrationshintergrund (+15%-Punkte) und auch Personen mit geringer Bildung (+18%-Punkte im Verhältnis zu Pflegebedürftigen mit höherer Bildung) auf. Der Zusammenhang zwischen der Haushaltsgröße und dem Armutsrisiko ist negativ. Dieser Effekt hat vermutlich zwei Ursachen: erstens können größere Haushalte die sogenannten „economies of scale“ nutzen, also die effektivere Nutzung des Haushaltseinkommens durch gemeinsame Wohnen und Wirtschaften. Und zweitens wohnen in größeren Haushalten relativ häufiger jüngere Personen mit einem zusätzlichen Erwerbseinkommen. Um zu prüfen, welche Faktoren bei pflegebedürftigen

Personen mit einem höheren Armutsrisiko einhergehen, wurden zwei weitere Modelle spezifiziert: Modell I kontrolliert neben weiteren Kovariaten auch für die Leistungen der Pflegeversicherung und Modell II zusätzlich auch dafür, ob formelle Hilfe in Anspruch genommen wird oder nicht. Da formelle Hilfe entweder selbst eingekauft werden muss oder im Rahmen der PV als Sachleistung bezogen wird, gehen wir davon aus, dass ärmere Haushalte es vorziehen, Pflege selbst zu leisten, also keine Pflege am Markt privat zu kaufen bzw., falls ein Anspruch auf Leistungen der PV besteht, das Pflegegeld der Sachleistungen vorziehen.

Es zeigt sich, dass Haushalte, die Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, ein um sechs bis zehn Prozentpunkte geringeres Armutsrisiko haben (Tabelle 5-19). Die Möglichkeit, formelle Pflege zu nutzen, verringert das Armutsrisiko um drei Prozentpunkte. Wie im Gesamtsample erweist sich der Migrationshintergrund auch bei Pflegebedürftigen als Armutsrisiko, ebenso wie geringe Bildung und die Tatsache, allein zu leben.

Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte beachtet werden, dass wir nur die Bevölkerung in Privathaushalten einbeziehen. Es könnte sein, dass die Höhe des Einkommens positiv mit der Pflege zuhause zusammenhängt. Das heißt, wer es sich leisten kann, würde die ambulante der stationären Pflege vorziehen. Die Ergebnisse in Abschnitt 5.7 und Kapitel 6 deuten in diese Richtung. Dann wäre das Einkommen der hier betrachteten Population etwas überschätzt in Bezug auf alle Pflegebedürftigen. Zudem zeigen die Daten des Statistischen Bundesamtes zur Inanspruchnahme der Hilfe zur Pflege (§§ 61 ff. SGB XII) in den letzten Jahren einen ansteigenden Trend. Am Ende des Jahres 2011 bezogen rund fünf Prozent (ca. 90.000) der 1,76 Millionen Pflegebedürftigen, die ambulant versorgt werden, Hilfe zur Pflege. Diese Quote ist bei den knapp 743.000 stationär versorgten Pflegebedürftigen deutlich höher und erreicht 32% oder gut 240.000 Personen (Statistisches Bundesamt 2013).²³ Der Bezug von Hilfe zur Pflege ist zwar nicht direkt vergleichbar mit einer statistischen Armutsquote, zeigt aber, dass ein großer Teil der Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen seinen Bedarf nicht mehr aus eigenen Mitteln decken kann.

Man könnte in diesem Sinne argumentieren, dass wir den privaten finanziellen Aufwand bei der Analyse der Einkommenssituation der ambulanten Pflegebedürftigen, der mit der Deckung des Pflegebedarfs verbunden ist, für einen sinnvollen Vergleich mit der sonstigen Bevölkerung vom verfügbaren Einkommen abziehen müssten. Einerseits addieren wir die Leistungen der PV

²³ Die Zahlen bezüglich der Hilfe zur Pflege findet man u.a. hier [Destatis: Hilfe zur Pflege \(abgerufen am 01.08.2013\)](#) oder auch mit leicht abweichenden Fallzahlen in Duschek und Lemmer (2013). Duschek und Lemmer zeigen auch, dass die Statistik zusätzlich zu den am Stichtag beobachteten Leistungsbezügen immerhin 98.000 Leistungsbezüge ausweist, die vor dem Stichtag am Ende des Jahres beendet wurden.

zum verfügbaren Einkommen hinzu, andererseits sind diese Leistungen nur als Teilversicherung konzipiert und der darüber hinausgehende Aufwand muss privat finanziert werden. Allerdings gibt es wenige Informationen zu den Kosten, die mit der Pflege zuhause verbunden sind. Ein Anhaltspunkt ist die Information zu regelmäßigem finanziellen Aufwand im SOEP, die seit 2010 erhoben wird. Im Anschluss an die Frage nach einer pflegebedürftigen Person im Haushalt wird entsprechend nach den Kosten dieser Pflege gefragt.

Tabelle 5-20 zeigt, dass zwischen 40 und 50 Prozent der Haushalte mit einer pflegebedürftigen Person regelmäßig Kosten angeben, die mit der Pflege in Verbindung stehen. Im Durchschnitt belaufen sich die Kosten in beiden Jahren auf knapp 400 Euro. Das entspricht gut einem Fünftel des verfügbaren Nettohaushaltseinkommens.

Tabelle 5-20: Regelmäßige Kosten in Verbindung mit der Pflege (2010 und 2011)

Jahr	Pflegekosten		
	Höhe in Euro pro Monat	Anteil mit regelmäßigen Kosten (in %)	Anteil der Kosten am Haushaltsnettoeinkommen (in %)
2010	381	39,4	22,3
2011	396	52,7	23,6

Anmerkungen: Alle Angaben wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Wenn man nun die regelmäßigen Kosten der Pflege vom verfügbaren Nettohaushaltseinkommen abzieht, ergeben sich für die Einkommen Pflegebedürftiger deutliche Effekte in Bezug auf das Armutsrisiko (Tabelle 5-21). Leider ist auch hier das Konfidenzintervall relativ breit. Auf der Basis dieses modifizierten Haushaltseinkommens steigt die Armutsquote für 2010 und 2011 um über neun Prozentpunkte auf dann über 20%. Da die Intervallgrenzen so breit sind, ist der Unterschied in den Armutsquoten aber nur für das Jahr 2011 signifikant. Im Durchschnitt liegt sie dann höher als in der älteren Bevölkerung ohne Pflegebedarf. Ursprünglich lag die Armutsquote Pflegebedürftiger im Jahr 2011 sogar signifikant unterhalb der Quote in der Vergleichsgruppe, das ist nun nicht mehr der Fall.

Tabelle 5-21: Armutsquoten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen mit und ohne Kosten der Pflege (2010 und 2011)

	Ohne Kosten der Pflege		Mit Kosten der Pflege	
	2010	2011	2010	2011
Nicht-Pflegebedürftige	17,8 (16,6; 18,9)	17,5 (16,5; 18,5)	17,9 (16,7; 19,1)	17,6 (16,6; 18,6)
Pflegebedürftige	15,6 (10,9; 20,3)	10,9 (7,1; 14,6)	24,6 (19,0; 30,2)	20,5 (15,6; 25,3)

Anmerkungen: Die Armutsquote ist definiert als ein äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (pro Jahr), das unterhalb von 60% des Medianeinkommens liegt. Zur Berechnung des Haushaltsnettoeinkommens (pro Jahr) mit Kosten der Pflege wurden die regelmäßigen Kosten vom Haushaltsnettoeinkommen abgezogen. Die Armutsquote wurde gewichtet. Die Angaben in Klammern sind das 95-% Konfidenzintervall. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Vermögenssituation

Abschließend nehmen wir auch noch weitere Vermögenskomponenten und die Verschuldung von Personen ab 65 Jahren mit und ohne Pflegebedarf in den Blick. Das SOEP erhebt seit 2002 in fünfjährigen Abständen verschiedene Komponenten des Vermögens (Frick u. a. 2007) für eine Beschreibung der Daten). Erfasst werden Informationen über Geldvermögen, private Versicherungen, Sachvermögen, selbstgenutztes Immobilienvermögen, anderen Immobilienbesitz und Schulden.²⁴ Die Stärke dieser Daten liegt darin, dass sie auf individueller Ebene erhoben werden. Wir haben in Tabelle 5-22 die unterschiedlichen Vermögensanteile mit der jeweiligen Höhe für die Jahre 2002 und 2007 abgebildet.

Im Durchschnitt haben Personen ab 65 Jahren ohne Pflegebedarf ein ungefähr doppelt so hohes Vermögen wie Pflegebedürftige derselben Alterskohorte. Im Jahr 2007 betrug ihr Vermögen rund 115.000 Euro, während Pflegebedürftige über rund 67.000 Euro Vermögen verfügten. Da das Vermögen sehr ungleich verteilt ist, wird dieser Durchschnitt insbesondere durch hohe Vermögen beeinflusst. Bei der Betrachtung des Median ergibt sich ein noch größerer Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Er liegt bei den Pflegebedürftigen in beiden Jahren bei 5.000 Euro, während er in der Vergleichsgruppe bei 43.000 Euro liegt. Ein großer Teil der Pflegebedürftigen hat also nur sehr geringe finanzielle Reserven zur Verfügung. Das wird auch deutlich, wenn man für beide Gruppen den Anteil derjenigen betrachtet, der

²⁴ Außerdem werden auch Daten zum Betriebsvermögen erhoben, die wir hier nicht untersuchen. Ein nur sehr geringer Anteil der Haushalte in der Stichprobe besitzt Immobilienvermögen, dieses ist aber gleichzeitig sehr hoch bzw. weist eine große Varianz auf. Eine sinnvolle Auswertung dieser Komponente ist innerhalb der hier verwendeten Daten deswegen nicht sinnvoll durchführbar.

überhaupt über ein positives Nettovermögen verfügt. Gut 60% der Pflegebedürftigen stehen rund 80% der Personen ab 65 Jahren ohne Pflegebedarf gegenüber. Die größten Unterschiede zeigen sich dabei im Hinblick auf das selbstgenutzte Immobilienvermögen. Indirekt kann man aus Tabelle 5-17 auf die Quote der Hauseigentümer schließen. Für diese wird in der Einkommensanalyse eine fiktive Miete berechnet, der „imputierte Mietwert“. Die Quote der Eigentümer liegt bei den Pflegebedürftigen mit gut 50% nur leicht unter der Quote von älteren Personen ohne Pflegebedarf.

Tabelle 5-22: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (2002 und 2007)

	Pflegebedürftige		Nicht pflegebedürftige	
	2002	2007	2002	2007
Nettovermögen				
Mittelwert	49.167	67.070	109.743	115.560
Median	5.000	5.000	43.000	43.500
Anteile (in %)				
positives Nettovermögen	60,0	61,3	79,2	80,6
kein Nettovermögen	37,4	37,3	19,8	17,8
negatives Nettovermögen	2,6	1,4	1,0	1,6
Durchschnittliche Höhe der Vermögensarten				
Geldvermögen	9.224	10.448	14.823	23.070
Private Versicherungen	2.066	1.829	3.860	5.296
Sachvermögen	966	843	2.052	2.367
Selbstgenutzter Immobilienbesitz	33.557	40.962	68.478	66.256
Sonstiger Immobilienbesitz	5.037	13.461	21.313	19.303
Schulden	1.684	473	783	732

Anmerkungen: Zur Berechnung der durchschnittlichen Höhe der Vermögensarten werden nur positive Werte verwendet. Bei der Berechnung der Anteile, Mediane und Durchschnittswerte wurde berücksichtigt, dass die Daten als multiple Imputationen vorliegen. Mittelwerte und Anteile sind gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Ein möglicher Erklärungsgrund für diesen Unterschied könnte die Zusammensetzung der Pflegebedürftigen sein. Frauen sind in dieser Gruppe überdurchschnittlich häufig vertreten und gleichzeitig verfügen Frauen über ein geringeres Vermögen als Männer (Sierminska u. a. 2010). Tabelle 5-23 zeigt die Verteilung des Einkommens im Jahr 2007 getrennt nach Männern und Frauen und der Pflegebedürftigkeit. Hier zeigt sich, dass pflegebedürftige Frauen tatsächlich über ein deutlich geringeres Nettovermögen als pflegebedürftige Männer verfügen. Im Durchschnitt verfügen Frauen dieser Gruppe über knapp 50.000 Euro, während Männer über

100.000 Euro besitzen. Auch hier ist die Verteilung stark linksschief, so dass der Median deutlich unter dem Mittelwert liegt. Im Mittel verfügen diese Frauen über 5.000 Euro und Männer über 10.000 Euro in der Gruppe der Pflegebedürftigen. Vergleicht man die Höhe des Vermögens mit den Personen ohne Pflegebedarf, so ergeben sich sowohl für Männer als auch für Frauen große Differenzen. Das Medianvermögen von Männern ohne Pflegebedarf ist mit rund 60.000 Euro sechsmal so hoch wie bei den Pflegebedürftigen. Bei den Frauen ergibt sich dieselbe Relation: Frauen ohne Pflegebedarf verfügen im Mittel über knapp 30.000 Euro. Ähnliche Relation zeigen sich entsprechend für alle Vermögenskomponenten.

Tabelle 5-23: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2007)

	Pflegebedürftige		Nicht pflegebedürftige	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Nettovermögen				
Mittelwert	104.058	47.607	137.673	96.232
Median	10.000	5.000	61.500	29.881
Anteile (in %)				
positives Nettovermögen	67,5	58,1	83,9	77,6
kein Nettovermögen	30,7	40,8	14,3	20,8
negatives Nettovermögen	1,8	1,1	1,8	1,5
Durchschnittliche Höhe der Vermögensarten				
Geldvermögen	12.578	9.327	28.577	18.257
Private Versicherungen	2.976	1.225	7.546	3.329
Sachvermögen	501	1.024	3.649	1.247
Selbstgenutzter Immobilienbesitz	55.168	33.486	74.585	58.976
Sonstiger Immobilienbesitz	34.111	2.594	24.192	15.031
Schulden	1.276	50	875	608

Anmerkungen: Zur Berechnung der durchschnittlichen Höhe der Vermögensarten werden nur positive Werte verwendet. Bei der Berechnung der Anteile, Mediane und Durchschnittswerte wurde berücksichtigt, dass die Daten als multiple Imputationen vorliegen. Mittelwerte und Anteile sind gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Ein weiterer Faktor neben dem Geschlecht ist die Haushaltsgröße. Die Mehrheit der Zweipersonenhaushalte mit einer pflegebedürftigen Person, wie im folgenden Abschnitt ausführlich dargestellt wird, besteht aus Paaren. Diese verfügen im Vergleich zu kleineren oder größeren Haushalten, in denen eine pflegebedürftige Person lebt, im Durchschnitt über ein relativ hohes Vermögen. Tabelle 5-24 weist beispielsweise für einen Zweipersonenhaushalt mit

einer pflegebedürftigen Person im Jahr 2007 ein Medianvermögen von 17.500 Euro aus. Der Median von Einpersonenhaushalten dieser Gruppe lag bei nur 1.000 Euro und in größeren Haushalten bei 2.000 Euro. Ein großer Anteil der Alleinlebenden – wie ebenfalls im nächsten Abschnitt gezeigt wird – ist verwitwet und weiblich. Bei den größeren Haushalten ist ebenfalls häufig der Fall, dass ältere Pflegebedürftige zu ihren Kindern oder anderen Verwandten ziehen. Vermutlich haben viele dieser Personen ihr persönliches Vermögen inzwischen stark reduziert. Ein weiterer Effekt könnte sich dadurch ergeben, dass ältere Pflegebedürftige Vermögen bereits an ihre Erben verschenkt haben und es sich deswegen verringert hat.

Tabelle 5-24: Durchschnittliche Höhe des individuellen Vermögens von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Haushaltsgröße (2007)

Nettovermögen	Pflegebedürftige		Nicht pflegebedürftige	
	2002	2007	2002	2007
Haushaltsgröße				
Mittelwert				
1	25.425	44.358	103.598	109.319
2	83.200	96.732	112.058	117.414
3+	32.707	23.115	123.490	136.575
Median				
1	2.500	1.000	17.500	22.065
2	23.500	17.500	58.736	55.000
3+	3.000	2.000	65.750	80.415

Anmerkungen: Zur Berechnung der durchschnittlichen Höhe der Vermögensarten werden nur positive Werte verwendet. Bei der Berechnung der Mediane und Durchschnittswerte wurde berücksichtigt, dass die Daten als multiple Imputationen vorliegen. Mittelwerte sind gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.5 Netzwerkbeziehungen

Zunächst werden in diesem Kapitel die Beziehungen innerhalb des Haushaltes dargestellt. Dabei betrachten wir die Stellung der pflegebedürftigen Person zum Haushaltsvorstand. Tabelle 5-25 zeigt die Stellung zum Haushaltsvorstand in den Jahren 2001 und 2011 differenziert nach der Größe des Haushaltes. Wenn es sich um einen Zweipersonenhaushalt handelt, ist in rund 86% der Fälle die pflegebedürftige Person der Partner des

Haushaltsvorstandes²⁵, nur in 6% (2001) bzw. knapp 5% (2011) der Fälle, handelte es sich um ein Elternteil, das allein mit seinem Kind zusammenlebt. Dieses Verhältnis verändert sich, wenn man größere Haushalte betrachtet. Haushalte mit drei oder mehr Personen weisen eine große Heterogenität auf und sind relativ seltener im Datensatz zu beobachten. Häufig ist die Pflegeperson ein Elternteil des Haushaltsvorstandes oder steht in einem anderen verwandtschaftlichem Verhältnis zu ihm.

Tabelle 5-25: Stellung der pflegebedürftigen Person zum Haushaltsvorstand nach Haushaltsgröße (2001 und 2011)

Haushaltsgröße	2001				2011			
	Allein-lebender HV	Partner des HV	Eltern des HV	Andere	Allein-lebender HV	Partner des HV	Eltern des HV	Andere
1	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0
2	6,2	85,7	6,1	2,0	4,7	86,9	4,5	3,9
3+	4,9	6,5	47,9	40,7	5,8	11,3	34,3	48,6
Anteil an Haushalten (in %)	45,7	30,0	13,7	10,6	47,0	38,0	6,6	8,4

Anmerkungen: Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Im Jahr 2001 waren rund 46% der Pflegebedürftigen lediger Haushaltsvorstand, was auch Witwen und Witwer miteinschließt. 2011 liegt dieser Anteil etwas höher bei 47%. Stark zurückgegangen ist der Anteil der Eltern an den pflegebedürftigen Personen im Haushalt ihrer Kinder, von gut 13% im Jahr 2001 auf über sechs Prozent 2011.

Tabelle 5-26 zeigt zusätzlich den Familienstand der pflegebedürftigen Person und die Verteilung der Personen nach der Größe des Haushaltes. Die meisten Haushalte mit nur einer Person bestehen aus verwitweten Pflegebedürftigen. 2001 waren dies 75% und 2011 immer noch 66%. Bei den Zweipersonenhaushalten handelt es sich überwiegend um Ehepaare, die zusammen leben. Im Jahr 2011 waren dies 90%. Die bereits erwähnte starke Heterogenität bei größeren Haushalten zeigt sich auch hier. Hier handelt es sich sowohl um Paare (2011: 36%) als auch um verwitwete Personen (2011: 55%) und seltener um ledige Personen (2011: 8%).

²⁵ Haushaltsvorstand ist kein klar abgegrenzter Begriff, sondern wird im Zuge der Befragung im SOEP festgelegt. Es handelt sich deswegen bei Haushalten mit einer pflegebedürftigen Person häufiger um weibliche Haushaltsvorstände.

Die überwiegende Mehrheit der Haushalte mit Pflegebedürftigen besteht aus zwei Personen und die Pflege übernimmt der Partner (40%). Ein weiterer großer Anteil dieser Haushalte besteht aus verwitweten Personen (37%). Nur rund 22% der Haushalte bestanden im Jahr 2011 aus mehr als zwei Personen.

Tabelle 5-26: Familienstand der pflegebedürftigen Person und Haushaltsgröße (2001 und 2011, Anteile in %)

Haushaltsgröße	2001			2011		
	Verheiratet	Ledig	Verwitwet	Verheiratet	Ledig	Verwitwet
1	0,0	25,3	74,7	0,0	34,1	65,9
2	84,2	5,3	10,5	90,2	5,6	4,1
3+	37,6	7,5	54,9	36,4	8,4	55,2
Anteil an Haushalten (in %)	43,0	19,3	37,7	39,9	20,9	39,2

Anmerkungen: Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Die Wohnsituation ist eine wichtige Determinante des Netzwerkes, aber wir verfügen auch über Daten, die das Netzwerk etwas spezifischer charakterisieren können. In den Jahren 2003, 2008 und 2011 wurde nach der Anzahl enger Freunde gefragt. Die Frage lautete „Was würden Sie sagen: Wie viele enge Freunde haben Sie?“. Pflegebedürftige haben ungefähr ein Drittel weniger enge Freunde als ältere Personen ohne Pflegebedarf. Zwei wichtige Faktoren für diesen Unterschied sind vermutlich das höhere Alter in der Gruppe der Pflegebedürftigen und die höhere Wahrscheinlichkeit, dass enge Freunde bereits verstorben sind. Wie Tabelle 5-27 weiterhin zeigt, variiert die Größe des Freundeskreises mit der Größe des Haushaltes. Bei Älteren ohne Pflegebedarf haben Mehrpersonenhaushalte den größten Freundeskreis (4,6 bei Zweipersonenhaushalten bzw. 4,3 bei größeren Haushalten). Bei Pflegebedürftigen trifft dies nur für Personen in Zweipersonenhaushalten zu, diese haben im Durchschnitt 3,3 Freunde. Bei größeren Haushalten sinkt die Anzahl der Freunde auf 1,5.

Tabelle 5-27: Durchschnittliche Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen

	Nicht pflegebedürftig	Pflegebedürftig
Gesamt	4,3	2,8
Haushaltsgröße		
1	3,8	2,4
2	4,6	3,3
3+	4,3	1,5

Anmerkungen: Die Frage zur Anzahl enger Freunde wurde in den Jahren 2003, 2008, 2011 erhoben. Die Statistiken beruhen auf gepoolten Daten. Die Angaben wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Bemerkenswert ist der hohe Anteil von Pflegebedürftigen, die angeben, über keine Freunde zu verfügen (Tabelle 5-28). Immerhin 23% der Männer und fast 29 der Frauen geben an, keine engen Freunde zu haben. Bei den älteren Personen ohne Pflegebedarf sind dies mit 14% (Männer) bzw. 12% (Frauen) deutlich weniger. Immerhin 46% der Nicht-Pflegebedürftigen, aber nur 27% der Pflegebedürftigen geben vier oder mehr enge Freunde an. Interessant ist, dass pflegebedürftige Männer im Durchschnitt mehr enge Freunde angeben als Frauen.

Tabelle 5-28: Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (Anteile in %)

Anzahl enger Freunde	Nicht pflegebedürftig			Pflegebedürftig		
	Alle	Männer	Frauen	Alle	Männer	Frauen
Keinen	13,2	14,4	12,1	26,6	23,0	28,7
1	8,1	7,8	8,4	14,3	13,1	15,0
2	17,5	16,9	17,9	18,6	16,8	19,7
3	14,9	14,4	15,3	13,3	15,1	12,3
4+	46,4	46,5	46,3	27,1	32,0	24,3

Anmerkungen: Die Frage zur Anzahl enger Freunde wurde in den Jahren 2003, 2008, 2011 erhoben. Die Statistiken beruhen auf gepoolten Daten. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Es zeigt sich, dass insbesondere Alleinlebende Männer, die ausschließlich informelle Hilfe erhalten einen relativ großen Freundeskreis angeben (4,1), während Frauen in dieser Gruppe nur 2,6 Personen angeben (Tabelle 5-29).

Tabelle 5-29: Durchschnittliche Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen nach formeller und informeller Pflege und nach dem Geschlecht

Haushaltsgröße	Gesamt		Frauen		Männer	
	Informelle Pflege	Formelle Pflege	Informelle Pflege	Formelle Pflege	Informelle Pflege	Formelle Pflege
1	2,9	2,1	2,6	2,0	4,1	2,3
2	3,5	2,9	3,3	3,2	3,6	2,6
3+	1,4	1,8	1,3	1,8	1,8	2,0

Anmerkungen: Die Frage zur Anzahl enger Freunde wurde in den Jahren 2003, 2008, 2011 erhoben. Die Statistiken beruhen auf gepoolten Daten. Die Angaben wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Eine mögliche Erklärung für diesen Befund ist, dass pflegebedürftige Männer im Durchschnitt jünger als pflegebedürftige Frauen sind und deswegen über einen größeren potentiellen Freundeskreis verfügen. Überraschend ist das Ergebnis trotzdem, weil man bei Frauen gleichzeitig größere soziale Netzwerke vermuten könnte. Außerdem gibt es eine gewisse Ungenauigkeit bei der Fragestellung: was definiert einen guten Freund? Wenn Frauen und Männer hier bei der Einschätzung voneinander abweichen, wäre der Vergleich nicht sinnvoll.

Das SOEP bietet zur Erforschung der Netzwerkbeziehungen noch präzisere Informationen als die allgemeine Frage nach guten Freunden. In den Jahren 2006 und 2011 wurden die Personen auch explizit nach den ihnen nahestehenden Personen gefragt. Die Befragten konnten aus einer Liste (26 verschiedene Optionen) verschiedene Personen zu den folgenden Fragen als Antworten auswählen:

1. *„Mit wem teilen Sie persönliche Gedanken und Gefühle oder sprechen über Dinge, die Sie nicht jedem erzählen würden?“*
2. *„Nur einmal hypothetisch gefragt: Wie wäre es bei einer langfristigen Pflegebedürftigkeit, z.B. nach einem schweren Unfall: Wen würden Sie um Hilfe bitten?“²⁶*
3. *„Mit wem haben Sie gelegentlich Streit oder Konflikte, die belastend für Sie sind?“*
4. *„Wer kann Ihnen auch mal unangenehme Wahrheiten sagen?“*

Zu jeder Frage bestand die Möglichkeit bis zu fünf (2006: drei) Personen zu nennen. Für Pflegebedürftige ist die Antwort auf Frage 2 nicht hypothetisch und für unsere Analysezwecke von besonderer Bedeutung. Aber auch die erste Frage ist relevant, da sie einen wichtigen

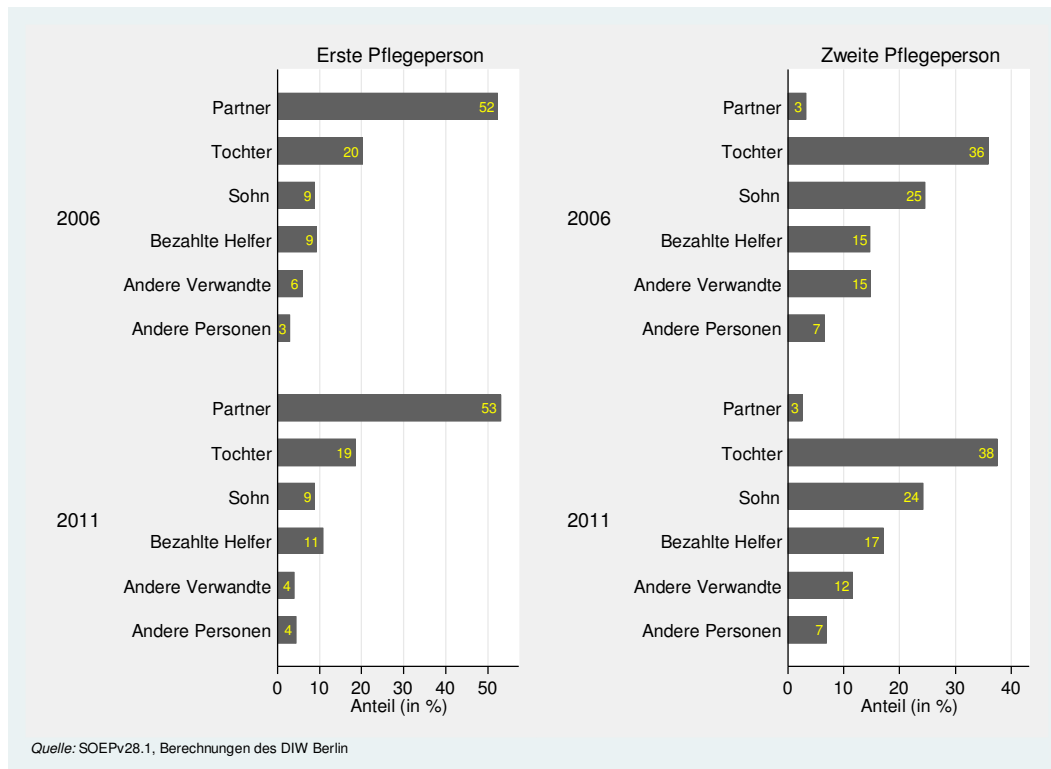
²⁶ Ein ähnliches Item war auch schon 1991, 1996 und 2001 im Fragebogen vorhanden, ist aber aufgrund geänderter Kodierung leider nicht vergleichbar, siehe dazu Schupp und Künemund (2004).

Aspekt der Qualität des Netzwerkes abbildet. Frage 3 wiederum zielt auf Probleme im Netzwerk, da nicht nur das Vorhandensein des Netzwerkes entscheidend für das Wohlbefinden ist sondern natürlich auch die Qualität der Beziehungen. Frage 4 schließlich ist die Frage nach Personen, die einem auch mal etwas sagen können. Auch das ist eine Frage der Qualität der Beziehungen, insbesondere nach der Offenheit in der persönlichen Beziehung.

Zunächst betrachten wir die Angaben zur ersten und zweiten Pflegeperson für alle älteren Personen (Frage 2). In Abbildung 5-5 zeigt sich, dass über die Hälfte der Personen angibt zuerst den Partner nach Hilfe zu fragen. An zweiter Stelle kommt die Tochter mit rund 20%, an dritter Stelle rangieren die Söhne und bezahlte Helfer mit ungefähr zehn Prozent. Andere Personen spielen eine untergeordnete Rolle. Das Bild ändert sich bei der zweiten Pflegeperson. Nur sehr wenige geben hier ihren Partner an, da die meisten ihn schon als erste Person genannt haben. Stattdessen nennen mit 36% (2011: 38%) die meisten ihre Tochter. Ein Viertel der Befragten gibt den Sohn an und 15 bis 17% bezahlte Helfer. Hier spielen nun auch andere Personen, d.h. andere Verwandte oder Bekannte, eine wichtigere Rolle (zusammen ungefähr 20%).

Betrachtet man die Entwicklung über die Zeit, so stellt man kaum Änderungen im Antwortverhalten fest. Man könnte einwenden, dass die fünf Jahre zwischen den beiden Erhebungsjahren zu kurz sind, um Änderungen zu messen. Allerdings ist der jüngste Befund für 2011 relativ eindeutig: die verfügbaren oder gewünschten Pflegepersonen kommen zunächst aus der näheren Familie und hier dominieren insbesondere weibliche Pflegepersonen. Es ist kein Trend festzustellen, der auf eine größere Bedeutung nicht-familiärer Netzwerke hindeuten würde.

Abbildung 5-5: Inanspruchnahmen von Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (erste und zweite Pflegeperson 2006 und 2011)



Anmerkungen: Personen ab 65 Jahren mit und ohne Pflegebedarf. Die Anteile beziehen sich auf alle Personen, die eine Pflegeperson genannt haben. Personen, die keine Angabe gemacht haben, oder die keine Person angeben konnten, sind nicht berücksichtigt. Die Anteile wurden gewichtet.

Die Analyse der ersten Pflegeperson wird nun erweitert. Wir unterscheiden in Tabelle 5-30 einerseits zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen und zusätzlich die Haushaltsgröße und das Geschlecht. Personen, die in Mehrpersonenhaushalten leben, geben zu ungefähr drei Vierteln an, dass sie zunächst ihren Partner um Hilfe bitten würden. Dies sind vor allem die Haushalte, in denen noch ein Partner lebt. Das wird auch deutlich, wenn man Männer und Frauen in Mehrpersonenhaushalten unterscheidet. Bei den Pflegebedürftigen geben ungefähr 90% der Männer ihren Partner an, aber nur 60% der Frauen. Das entspricht der höheren Wahrscheinlichkeit von Frauen ihren Partner zu überleben. Ansonsten dominieren in den Mehrpersonenhaushalten wieder die Töchter als erste Pflegeperson neben dem Partner.

Tabelle 5-30: Inanspruchnahmen von Hilfe und Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit (erste Pflegeperson, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße; Anteile in %)

Erste Pflegeperson	Pflegebedürftig					
	Nein			Ja		
	Alle	Singles	Mehrpers.HH	Alle	Singles	Mehrpers.HH
Männer und Frauen						
Partner	53,5	5,5	77,7	40,1	3,5	75,3
Tochter	19,4	37,0	10,5	22,0	33,0	11,4
Sohn	8,8	18,2	4,1	11,4	18,3	4,7
Bezahlte Helfer	9,5	19,0	4,7	18,0	32,5	4,1
Andere Verwandte	5,1	12,3	1,5	5,3	7,2	3,4
Andere Personen	3,6	8,1	1,4	3,2	5,5	1,1
Frauen						
Partner	38,2	2,1	69,3	26,1	3,4	60,5
Tochter	26,7	39,5	15,6	28,2	33,0	20,8
Sohn	11,7	19,4	5,1	14,8	20,6	6,0
Bezahlte Helfer	12,4	19,2	6,5	22,0	33,3	4,9
Andere Verwandte	6,7	12,2	2,0	6,3	5,9	6,8
Andere Personen	4,3	7,6	1,5	2,7	3,8	1,0
Männer						
Partner	70,5	14,4	83,9	64,8	3,7	89,8
Tochter	11,3	30,4	6,7	11,1	32,9	2,2
Sohn	5,7	15,1	3,4	5,4	10,1	3,5
Bezahlte Helfer	6,3	18,3	3,4	11,0	29,7	3,3
Andere Verwandte	3,4	12,6	1,2	3,5	11,7	0,1
Andere Personen	2,9	9,2	1,4	4,2	11,8	1,1

Anmerkungen: Es wurden gepoolte Daten von 2006 und 2011 verwendet. Kursive Zahlen beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen. Mehrpersonenhaushalte umfassen Haushalte mit zwei oder mehr Personen. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Bei den Alleinlebenden gibt es häufig keinen Partner, deswegen ergibt sich hier eine größere Varianz bei den Antworten – ähnlich zu den Angaben für die zweite Pflegeperson in Abbildung 5-5. 37% der alleinlebenden Nicht-Pflegebedürftigen und 33% der alleinlebenden Pflegebedürftigen geben ihre Tochter an und ungefähr 18% ihren Sohn. Interessant ist aber der Unterschied bezüglich bezahlter Helfer. Hier zeigt sich, dass der Anteil bei den alleinlebenden Pflegebedürftigen mit fast 33% deutlich über dem bei den alleinlebenden Personen ohne Pflegebedarf (19%) liegt. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund ist, dass die pflegebedürftigen Alleinlebenden bereits über eine größere Erfahrung mit bezahlter Hilfe verfügen und deswegen eine größere Bereitschaft zur Inanspruchnahme entwickelt haben. Es

könnte allerdings auch sein, dass ihnen mangels anderer informeller Hilfe keine andere Option bleibt.

Das nahe familiäre Netzwerk spielt auch bei der Beantwortung der Frage 1 nach der Vertrauensperson eine bedeutende Rolle. Wie Tabelle 5-31 zeigt, geben bei den Pflegebedürftigen in Mehrpersonenhaushalten gut 82% als erste ihren Partner an, bei den Personen ohne Pflegebedarf sind es sogar 91%. Bei den Alleinlebenden dominiert hier wieder die Tochter mit knapp 39% bei den Pflegebedürftigen und einem ähnlich hohen Wert (35%) in der Vergleichsgruppe. Hier ist auch der Unterschied zwischen den Anteilen von Söhnen und Töchtern nicht ganz so groß wie bei der Frage nach der Pflegeperson. Von den pflegebedürftigen Alleinlebenden geben immerhin knapp 28% ihren Sohn an. Wesentlich häufiger werden hier auch andere Verwandte und sonstige Personen genannt. Bezahlte Helfer sind erwartungsgemäß äußerst selten wie auch enge Vertrauenspersonen.

Die entsprechenden Tabellen für die beiden anderen Netzwerkfragen sind im Anhang an dieses Kapitel dokumentiert (Tabelle 5-54 und Tabelle 5-55). Im Folgenden wollen wir noch untersuchen, wie groß die jeweiligen Netzwerke sind. Die Befragten konnten im Jahr 2006 bis zu drei und 2011 sogar fünf Personen angeben. Diese haben wir dann summiert und in Tabelle 5-32 für alle vier Fragen dokumentiert.

Tabelle 5-31: Vertrauensperson (erste Vertrauensperson, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße)

Erste Vertrauensperson	Pflegebedürftig					
	Nein			Ja		
	Alle	Singles	Mehrpers.HH	Alle	Singles	Mehrpers.HH
Männer und Frauen						
Partner	64,4	8,5	91,3	45,8	5,2	82,5
Tochter	14,0	34,8	4,0	22,7	38,9	8,2
Sohn	7,3	19,9	1,2	15,7	27,8	4,8
Bezahlte Helfer	0,2	0,5	0,0	1,0	2,2	0,0
Andere Verwandte	6,8	17,8	1,5	7,0	10,8	3,5
Andere Personen	7,4	18,7	2,0	7,8	15,2	1,1
Frauen						
Partner	48,3	3,4	85,8	30,5	3,7	71,7
Tochter	21,3	37,9	7,5	30,3	40,5	14,6
Sohn	10,5	21,0	1,9	21,1	30,4	6,9
Bezahlte Helfer	0,1	0,3	0,0	0,9	1,5	0,0
Andere Verwandte	10,2	19,7	2,3	8,6	9,8	6,7
Andere Personen	9,5	17,8	2,5	8,6	14,1	0,1
Männer						
Partner	82,1	22,5	95,4	74,6	12,6	92,8
Tochter	5,8	26,1	1,3	8,5	30,4	2,0
Sohn	3,7	17,0	0,8	5,5	14,7	2,7
Bezahlte Helfer	0,2	0,9	0,0	1,4	6,0	0,0
Andere Verwandte	3,0	12,5	0,9	3,8	15,7	0,4
Andere Personen	5,2	21,0	1,7	6,2	20,6	2,0

Anmerkungen: Es wurden gepoolte Daten von 2006 und 2011 verwendet. Kursive Zahlen beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen. Mehrpersonenhaushalte umfassen Haushalte mit zwei oder mehr Personen. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Die Nicht-Pflegebedürftigen geben ein ähnlich großes Pflegenetzwerk an wie Pflegebedürftige. Nur gut sieben bzw. knapp sechs Prozent gibt gar keine Pflegeperson an. Dies betrifft bei den Pflegebedürftigen insbesondere Alleinlebende, Frauen und Personen, die formelle Hilfe erhalten. Die meisten, gut 40%, geben nur eine Pflegeperson an. Insbesondere 47% der Männer nennen nur eine Person. Vor allem Personen in Mehrpersonenhaushalten und Frauen geben häufiger drei oder mehr Pflegepersonen an. Hier liegt eine Differenz zu der oben dokumentierten Auswertung der Anzahl der „guten Freunde“. Dort hatten wir bei Männern ein größeres Netzwerk festgestellt. Bei der spezifischen Frage nach dem Ansprechpartner im Fall der Pflege zeigt sich aber, dass Frauen ein größeres Netzwerk angeben. Dieser Befund

wiederholt sich auch mit Blick auf die Antworten zur Frage nach der Vertrauensperson. Hier geben rund 28% der Frauen an, drei oder mehr Vertrauenspersonen zu haben, während dies nur 14% der Männer tun. Interessant ist, dass Pflegebedürftige mit über 11% deutlich häufiger als beim Pflegenetzwerk (6%) angeben, keine Vertrauensperson zu haben. Besonders häufig betrifft dies Alleinlebende und Personen, die formelle Hilfe erhalten. Durch das fortgeschrittene Alter wächst natürlich auch das Risiko, dass das Netzwerk von Vertrauenspersonen schrumpft. Dazu passt, dass Personen, die formelle Hilfe erhalten, tendenziell älter sind als Personen, die nur informell gepflegt werden. Des Weiteren sind alleinlebende Ältere häufig verwitwet.

Tabelle 5-32: Größe des jeweiligen Netzwerkes (differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltgröße (Anteile in %))

Netzwerkgröße	Pflegebedürftig							
	Nein	Ja	Ja					
			Männer	Frauen	Singles	Mehrpers.HH	Informell	Formell
Pflegepersonen								
0	7,2	5,9	3,5	7,2	9,9	1,7	3,6	8,4
1	38,8	42,9	47,4	40,5	44,9	40,8	39,3	44,8
2	29,9	28,7	30,5	27,8	26,4	31,2	31,9	26,1
3+	24,2	22,5	18,6	24,6	18,9	26,3	25,2	20,8
Vertrauenspersonen								
0	7,7	11,5	12,7	10,8	18,0	4,7	9,2	15,6
1	33,2	38,3	42,5	36,1	33,5	43,3	37,9	37,8
2	24,4	26,7	30,2	24,8	25,5	27,9	26,3	27,4
3+	34,8	23,5	14,6	28,3	23,0	24,0	26,6	19,2
Personen mit denen es zu echten Streits kommen kann								
0	72,0	73,5	72,9	73,8	79,1	67,7	70,5	77,9
1	21,2	20,9	22,6	19,9	16,7	25,2	24,0	16,3
2	4,5	4,3	3,4	4,8	4,1	4,4	4,0	4,5
3+	2,2	1,3	1,1	1,5	0,1	2,6	1,5	1,3
Personen, die einem auch unangenehme Wahrheiten sagen können								
0	21,3	24,8	21,5	26,6	31,2	18,1	22,1	28,1
1	41,2	47,6	53,6	44,3	42,4	53,1	48,8	43,5
2	18,8	18,8	20,1	18,1	19,8	17,7	18,1	22,0
3+	18,7	8,8	4,8	11,0	6,6	11,1	11,0	6,4

Anmerkungen: Es wurden gepoolte Daten von 2006 und 2011 verwendet. Im Jahr 2011 konnten bis zu fünf Personen angegeben werden, im Jahr 2006 höchstens drei. Mehrpersonenhaushalte umfassen Haushalte mit zwei oder mehr Personen. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

In Tabelle 5-32 wurden auch die Fragen 3 und 4 bezüglich der Netzwerkgröße ausgewertet. Frage 3 zielt im Prinzip auf Probleme im Netzwerk ab. Hier gibt es kaum Unterschiede bei der Betrachtung von Personen mit und ohne Pflegebedarf. Knapp drei Viertel geben an, keine Personen im Netzwerk zu haben mit denen es regelmäßig zu belastenden Streits kommt. Ungefähr 20% geben eine Person an und sechs Prozent sogar mehr. Die Größe des nahen Netzwerkes erhöht entsprechend auch das Risiko von belastenden Beziehungen. So haben Alleinlebende mit fast 80% und Personen, die formelle Hilfe erhalten, mit 77% die größte Wahrscheinlichkeit mit niemandem eine belastende Beziehung zu haben.

Abschließend wollen wir die Zufriedenheit mit dem Netzwerk in Abhängigkeit der jeweiligen Netzwerkgröße multivariat untersuchen. Die Zufriedenheit mit dem Netzwerk wurde im Anschluss an die Netzwerkfragen 2006 und 2011 auf einer 11-stufigen Skala erfragt. Tabelle 5-33 dokumentiert die geschätzten Effekte. Modell 1 beruht auf allen älteren Personen und erlaubt es neben den Effekten der Netzwerke auch den Effekt der Pflegebedürftigkeit zu schätzen. Modelle 2 und 3 beruhen nur auf den Pflegebedürftigen, wobei in Modell 3 auch das Pflegearrangement (formell vs. rein informell) berücksichtigt wird.

Pflegebedürftige geben eine signifikant um ungefähr einen Punkt geringere Netzwerkzufriedenheit an als Personen ohne Pflegebedarf. Dieser Effekt ist unabhängig von der Größe der Netzwerke, da für diese und auch die Haushaltsgröße bereits kontrolliert wurde. Der Effekt der Größe des Netzwerkes bei den Pflegepersonen und den Vertrauenspersonen geht in die erwartete Richtung: Je größer das Netzwerk, desto höher die Netzwerkzufriedenheit. Umgekehrt bei der Anzahl der Personen mit denen man belastende Beziehungen pflegt. Bei den Pflegebedürftigen sind diese Effekte sehr ähnlich aber nicht im selben Ausmaß signifikant wie in der Gesamtstichprobe. Einen größeren negativen Effekt schätzen wir, wenn keine Vertrauensperson im Netzwerk vorhanden ist. Und mit Abstand wird der größte negative Effekt von -2,2 Punkten für Pflegebedürftige geschätzt, die drei oder mehr Personen angeben, mit denen sie belastende Streits führen (im Vergleich zu nur einer Person). Interessant ist, dass das Einkommen in allen Modellen die Netzwerkzufriedenheit erhöht. Das Pflegearrangement hat zwar ein negatives Vorzeichen, aber der Koeffizient ist nicht signifikant.

Tabelle 5-33: Regression zur Erklärung der Netzwerkzufriedenheit (SOEP)

Variablen	Alle	Pflegebedürftige	
	1	2	3
Pflegebedürftig (1=ja)	-1,104***		
Formelle Pflege (vs. Informell)			-0,097
Netzwerkgröße: Pflegepersonen (Basis: 1)			
0	-0,192*	0,455	0,303
2	0,084*	0,177	0,271
3+	0,114**	0,690**	0,751**
Netzwerkgröße: Vertrauenspersonen (Basis: 1)			
0	-0,654***	-1,000**	-0,928**
2	0,112**	-0,166	-0,207
3+	0,284***	0,029	0,018
Netzwerkgröße: Personen im Streit (Basis: 1)			
0	0,497***	0,694**	0,701**
2	-0,189**	-0,131	-0,265
3+	-0,423***	-2,244***	-2,219***
Netzwerkgröße: Offenes Verhältnis (Basis: 1)			
0	-0,082	0,026	-0,017
2	-0,071	0,654**	0,671**
3+	0,071	0,383	0,378
Alter	0,156**	0,553**	0,505**
Alter quadriert/100	-0,108**	-0,365**	-0,334**
Frau	0,099**	-0,006	-0,023
Migrationshintergrund	-0,259***	0,538	0,522
Haushaltsgröße (Basis: 1)			
2	0,259***	0,247	0,258
3+	-0,021	0,352	0,383
Haushaltseinkommen/1000	0,004***	0,015*	0,014*
Bildung (Basis: geringe Bildung)			
Mittlere Bildung	0,264***	0,012	0,033
Höhere Bildung	0,357***	-0,044	-0,012
Beobachtungen	9.177	487	477
Korrigiertes R2	0,087	0,071	0,069

Anmerkungen: Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Lineare Regression, robuste Standardfehler. Daten von 2006 und 2011. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.6 Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen

Dieser Abschnitt umfasst die Analyse von zwei Bereichen subjektiver Indikatoren zur Persönlichkeit: ie Risikoeinstellungen und die sogenannten Kontrollüberzeugungen („Locus of Control“). Die Risikoeinstellungen werden anhand einer 11er Skala erhoben und es wird ganz allgemein danach gefragt, wie „risikobereit“ eine Person ist.²⁷ Bei den Kontrollüberzeugungen werden verschiedene Items erhoben, um zu erfassen ob die Personen glauben, dass die Kontrolle sie betreffender Ereignisse eher bei ihnen selbst liegt oder außerhalb ihrer Person.

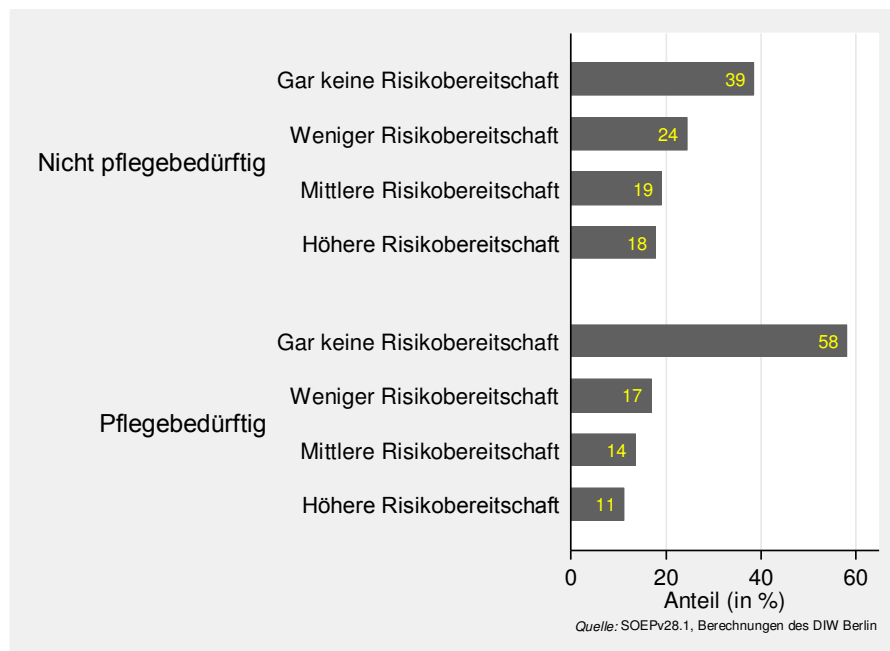
Bei der Analyse der Persönlichkeitsmerkmale im Kontext der Pflege ist es wichtig zu bedenken, dass die Persönlichkeit zwar einerseits das Gesundheitsverhalten beeinflusst, andererseits aber auch durch die Gesundheit und ihre Veränderungen beeinflusst wird. Häufig wird in Analysen der erwerbstätigen Bevölkerung von relativ stabilen Persönlichkeitsmerkmalen ausgegangen, so dass sie als exogene, gegebene Faktoren, behandelt werden können. Bei unserer speziellen Untersuchung ist dies vermutlich nicht der Fall, denn die Älteren, insbesondere die Pflegebedürftigen, haben neben den auftretenden Gesundheitsschocks auch eine höhere Wahrscheinlichkeit soziale Verluste zu erleiden wie den Tod des Partners oder den Verlust der Autonomie. Leider verfügen wir über zu wenige Beobachtungen über die Zeit, die Veränderung der Persönlichkeit in Abhängigkeit der Pflegebedürftigkeit zu untersuchen.

Risikobereitschaft

Pflegebedürftige sind weit weniger risikofreudig als ältere Personen ohne Pflegebedarf. Das zeigt schon ein Blick auf den Anteil, der gar keine Risikobereitschaft angibt in Abbildung 5-6 (Werte von 0 bis 2). 58% der Pflegebedürftigen wählen diese Kategorie, während es bei den Personen ohne Pflegebedarf nur 39% sind. Gleichzeitig geben überhaupt nur elf Prozent eine über die mittlere Risikobereitschaft hinausgehenden Wert an, in der Vergleichsgruppe sind es immerhin 18%.

²⁷ Die Frage lautet: „Wie schätzen Sie sich persönlich ein: Sind Sie im allgemeinen ein risikobereiter Mensch oder versuchen Sie, Risiken zu vermeiden? Bitte kreuzen Sie ein Kästchen auf der Skala an, wobei der Wert 0 bedeutet: "gar nicht risikobereit" und der Wert 10: "sehr risikobereit". Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Einschätzung abstufen.“

Abbildung 5-6: Risikobereitschaft von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (Anteile in %)



Anmerkungen: Die 11er Skala der Risikobereitschaft wurde in vier Kategorien aggregiert: 0...2 „gar keine Risikobereitschaft“; 3...4 „weniger Risikobereitschaft“; 5 „mittlere Risikobereitschaft“; 6...10 „höhere Risikobereitschaft“. Die Daten wurden gepoolt für die Jahre 2009, 2010 und 2011. Personen ab 65 Jahren.

Eine mögliche Ursache für diesen Befund ist der hohe Anteil von Frauen unter den Pflegebedürftigen, da diese im Vergleich zu Männern eine geringere Risikopräferenz aufweisen. Allerdings zeigt sich dieser Unterschied zwischen den Gruppen mit und ohne Pflegebedarf auch separat für Männer und Frauen (siehe dazu Abbildung 5-14 im Anhang zu diesem Kapitel).

Die Determinanten der Risikobereitschaft werden in Tabelle 5-34 mittels einer linearen Regression ermittelt. Die Vermutung liegt nahe, dass der Effekt der Pflegebedürftigkeit vor allem einen Gesundheitseffekt abbildet. Aber die Pflegebedürftigkeit hat einen signifikant negativen Effekt auf die Risikobereitschaft auch unter Kontrolle des Gesundheitszustandes. Gleichzeitig nimmt die Risikobereitschaft mit schlechterer Gesundheit in steigendem Maße ab.

Weiterhin haben neben den Frauen, Personen in größeren Haushalten und Personen mit Migrationshintergrund eine geringere Risikofreude als Personen der jeweiligen Referenzkategorie. Umgekehrt steigt die Risikobereitschaft mit steigendem Einkommen und höherer Bildung. Interessant ist, dass diese Muster erhalten bleiben, wenn man nur die Gruppe der Pflegebedürftigen betrachtet. Diese Effekte werden also nicht durch die Pflegesituation verändert und weisen sogar ähnliche Größenordnungen auf. Zur Kontrolle des Gesundheitszustandes wurde hier lediglich der Pflegebedarf zusätzlich berücksichtigt. Und auch bezüglich des Bedarfs zeigt sich, dass größere Einschränkungen mit weniger Risikofreude einhergehen.

Tabelle 5-34: OLS Schätzung zu den Determinanten der Risikobereitschaft

Variablen	Alle	Pflegebedürftige
Pflegebedürftig (1=ja)	-0,327***	
Gesundheitsstatus (Basis: sehr gut)		
Gut	-0,252**	
Zufriedenstellend	-0,522***	
Weniger gut	-0,744***	
Schlecht	-1,195***	
Einschränkungen (Basis: ADL 1)		
ADL 2		-0,253
ADL 3		-0,433**
ADL 4		-0,863***
Alter	0,034	0,023
Alter quadriert/100	-0,045*	-0,039
Frau	-0,543***	-0,437***
Migrationshintergrund	-0,454***	-0,485***
Haushaltsgröße (Basis: 1)		
2	0,003	-0,072
3+	-0,326***	-0,453*
Haushaltsnettoeinkommen/1000	0,006***	0,007**
Bildung (Basis: Geringe Bildung)		
Mittlere Bildung	0,305***	0,265**
Höhere Bildung	0,835***	0,839***
Beobachtungen	29.411	1.615
Korrigiertes R ²	0,129	0,101

Anmerkungen: OLS Modelle mit robusten Standardfehlern. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Die Risikobereitschaft wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei ein Wert von Null „gar nicht risikobereit“ bezeichnet und zehn „sehr risikobereit“. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Locus of Control / Kontrollüberzeugungen

Der Locus of Control (LOC) ist ein theoretisches Konstrukt aus der Persönlichkeitspsychologie und wurde ursprünglich von Rotter (1966) als Teil einer sozialen Lerntheorie entwickelt. Vereinfacht dargestellt, bezeichnet der LOC die Überzeugungen eines Individuums über das Ausmaß der Kontrolle von Ereignissen, die es selbst betreffen. Diese Kontrollüberzeugungen können als zwei unabhängige Faktoren operationalisiert werden: internale und externale Kontrollüberzeugungen. Die internalen Kontrollüberzeugungen beschreiben die Möglichkeit des Individuums über die Folgen seines Handelns Kontrolle zu besitzen, während die

externalen Kontrollüberzeugungen im Gegensatz dazu, den Einfluss anderer, der Umwelt, betonen und die Kontrolle eher außerhalb des Individuums verorten.

Die Kontrollüberzeugungen werden inzwischen auch in größeren Erhebungen wie dem SOEP in unregelmäßigen Abständen erhoben und finden immer häufiger Verwendung in den Sozialwissenschaften (z.B. Studien, basierend auf Daten des SOEP: Caliendo u. a. 2010; Piatek und Pinger 2010; McGee und McGee 2011). Wir haben diese Persönlichkeitsdimension auch deshalb in Bezug auf die Pflegebedürftigen untersucht, da der Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen und Gesundheitsverhalten bereits häufig in unterschiedlichsten Studien untersucht wurde (für einen Überblick zur Verwendung von Kontrollüberzeugungen im Zusammenhang mit Alter und Gesundheit, siehe Lachmann u. a. (2011)). Es zeigt sich, dass Kontrollüberzeugungen starke Prädiktoren sowohl für das Gesundheitsverhalten als auch für verschiedene Gesundheitsergebnisse wie Mortalität oder Pflegebedürftigkeit sind (Infurna et al. 2011). Ältere Menschen, so zeigen verschiedene Querschnittsstudien, weisen eine höhere Wahrscheinlichkeit für niedrige Kontrollüberzeugungen auf als jüngere Erwachsene. Als mögliche Ursachen wird einerseits das Gesundheitsverhalten oder der Gesundheitsstatus genannt. Darüber hinaus gibt es aber altersspezifisch häufigere Erfahrungen des Verlustes wichtiger Menschen und von Gesundheitsschocks (Rodin 1986).

Im SOEP wurde in den Jahren 2005 und 2010 zehn Items zur Generierung einer sogenannten Rotter-Skala erhoben. Tabelle 5-35 enthält die zehn Items und die jeweiligen Anteilswerte der Antworten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen. Es ergeben sich bei vielen der einzelnen Items große Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Sehr deutlich ist die Differenz bei LOC 1, LOC 5 und LOC 10. Die drei Fragen beziehen sich sehr stark auf die Selbständigkeit der Person. So fragt LOC 1 nach der Zustimmung zu der Behauptung *„Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab“*. Hier antworten immerhin fast 30% der Älteren ohne Pflegebedarf, dass sie voll zustimmen können, aber nur knapp 19% der Pflegebedürftigen. Nimmt man die Kategorie sechs noch dazu, dann ist der Unterschied sogar noch größer. Entsprechend antworten fast neun Prozent der Pflegebedürftigen mit *„stimme überhaupt nicht zu“*. LOC 5 fragt noch konkreter nach der Autonomie der Person: *„Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen“*. Hier stimmen gut neun Prozent der Pflegebedürftigen voll zu, in der Vergleichsgruppe nur knapp vier Prozent. Und ein ähnliches Verhältnis der Antworten gibt es beim Item LOC 10: *„Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren“*.

Weniger Unterschiede gibt es im Hinblick auf allgemeinere, nicht auf die Person bezogene Aussagen, wie LOC 6 „Erfolg muss man sich hart erarbeiten“ oder auch LOC 3 „Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück“.

Tabelle 5-35: Einzelne Items zur Konstruktion der Kontrollüberzeugungen (Locus of Control)

Item / Stichprobe	Skala der Zustimmung (1: stimme überhaupt nicht zu; 7: stimme voll zu)						
	1	2	3	4	5	6	7
LOC 1	<i>Wie mein Leben verläuft, hängt von mir selbst ab</i>						
Nicht pflegebedürftig	1,4	2,1	6,1	13,4	23,0	24,4	29,6
Pflegebedürftig	8,7	8,4	11,6	20,4	19,2	13,0	18,7
LOC 2	<i>Im Vergleich mit anderen habe ich nicht das erreicht, was ich verdient habe</i>						
Nicht pflegebedürftig	20,4	17,1	13,3	18,6	15,2	9,3	6,2
Pflegebedürftig	15,4	15,8	11,6	25,0	15,8	9,4	7,0
LOC 3	<i>Was man im Leben erreicht, ist in erster Linie eine Frage von Schicksal oder Glück</i>						
Nicht pflegebedürftig	9,8	11,8	13,0	24,8	18,3	12,2	10,1
Pflegebedürftig	6,6	5,0	14,7	26,4	22,5	13,7	11,0
LOC 4	<i>Wenn man sich sozial oder politisch engagiert, kann man die sozialen Verhältnisse beeinflussen</i>						
Nicht pflegebedürftig	15,2	13,7	16,6	23,2	16,2	9,1	5,9
Pflegebedürftig	19,9	19,1	17,0	19,8	15,3	5,8	3,1
LOC 5	<i>Ich mache häufig die Erfahrung, dass andere über mein Leben bestimmen</i>						
Nicht pflegebedürftig	31,1	19,3	15,3	13,4	11,3	5,9	3,7
Pflegebedürftig	21,1	13,0	11,0	19,1	13,5	13,1	9,1
LOC 6	<i>Erfolg muss man sich hart erarbeiten</i>						
Nicht pflegebedürftig	0,4	0,7	1,0	5,8	13,1	30,1	48,8
Pflegebedürftig	0,9	0,8	1,5	6,6	16,4	28,8	45,0
LOC 7	<i>Wenn ich im Leben auf Schwierigkeiten stoße, zweifle ich oft an meinen Fähigkeiten</i>						
Nicht pflegebedürftig	21,0	19,6	16,8	18,3	14,0	6,8	3,6
Pflegebedürftig	19,1	20,5	16,5	19,8	14,2	4,7	5,1
LOC 8	<i>Welche Möglichkeiten ich im Leben habe, wird von den sozialen Umständen bestimmt</i>						
Nicht pflegebedürftig	4,1	6,0	9,9	27,6	22,8	17,1	12,5
Pflegebedürftig	3,1	3,5	6,6	25,3	27,7	19,1	14,7

Item / Stichprobe	Skala der Zustimmung (1: stimme überhaupt nicht zu; 7: stimme voll zu)						
	1	2	3	4	5	6	7
LOC 9	<i>Wichtiger als alle Anstrengungen sind die Fähigkeiten die man mitbringt</i>						
Nicht pflegebedürftig	1,4	2,3	5,6	22,6	24,8	23,5	19,7
Pflegebedürftig	1,4	2,8	6,2	28,7	26,2	20,2	14,6
LOC 10	<i>Ich habe wenig Kontrolle über die Dinge, die in meinem Leben passieren</i>						
Nicht pflegebedürftig	25,1	22,9	15,2	17,5	10,8	5,4	3,1
Pflegebedürftig	15,1	15,2	13,3	17,6	17,2	10,3	11,2

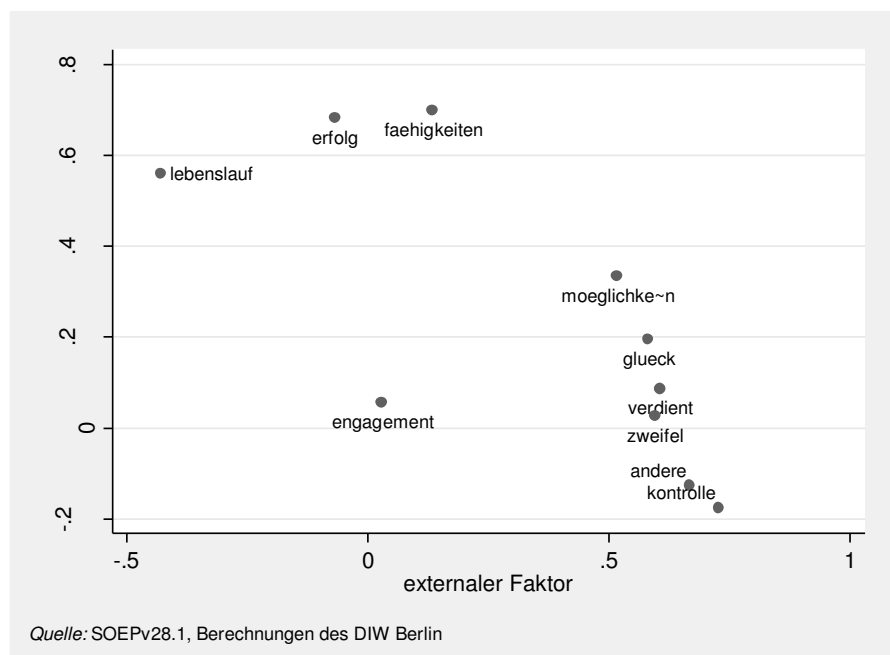
Anmerkungen: Die Befragten konnten auf einer 7-stufigen Skala Werte von eins „stimme überhaupt nicht zu“ und sieben „stimme voll zu“ vergeben. Diese Fragen wurden 2005 und 2010 im SOEP erhoben. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Um diese verschiedenen Items in ein Maß der Kontrollüberzeugungen zu bringen, wurde eine Faktorenanalyse durchgeführt. Das Ergebnis der Faktorenanalyse zeigt, dass die Items LOC 1, LOC 6 und LOC 9 auf einem Faktor laden („Internaler Faktor“) und die Items LOC 2, LOC 3, LOC 5, LOC 7, LOC 8 und LOC 10 auf einem zweiten Faktor („Externaler Faktor“). Das Item LOC 4 („Engagement“) lädt auf keinem der beiden Faktoren und wird in der folgenden Darstellung nicht berücksichtigt. Abbildung 5-7 zeigt grafisch wie die Items auf den beiden Faktoren laden. Eine ganz ähnliche Struktur der Faktoren findet sich z.B. auch in Caliendo u. a. (2010).

Die Pflegebedürftigen Personen weisen im Durchschnitt höhere Faktorwerte bei dem externalen Faktor und niedrigere bei dem internalen Faktor auf. Das entspricht Kontrollüberzeugungen, die stärker davon ausgehen, dass man nicht die Kontrolle über die Ereignisse besitzt, die einen selbst betreffen. Abbildung 5-8 macht dies anhand der Verteilung der Scores des externalen und Abbildung 5-9 des internalen Faktors deutlich. Die Verteilung des externalen Faktors liegt etwas weiter rechts im Vergleich zu der von Personen ohne Pflegebedarf und beim internalen Faktor entsprechend etwas weiter links, also niedriger.

Abbildung 5-7: Faktorladungen (interner und externer Faktor)

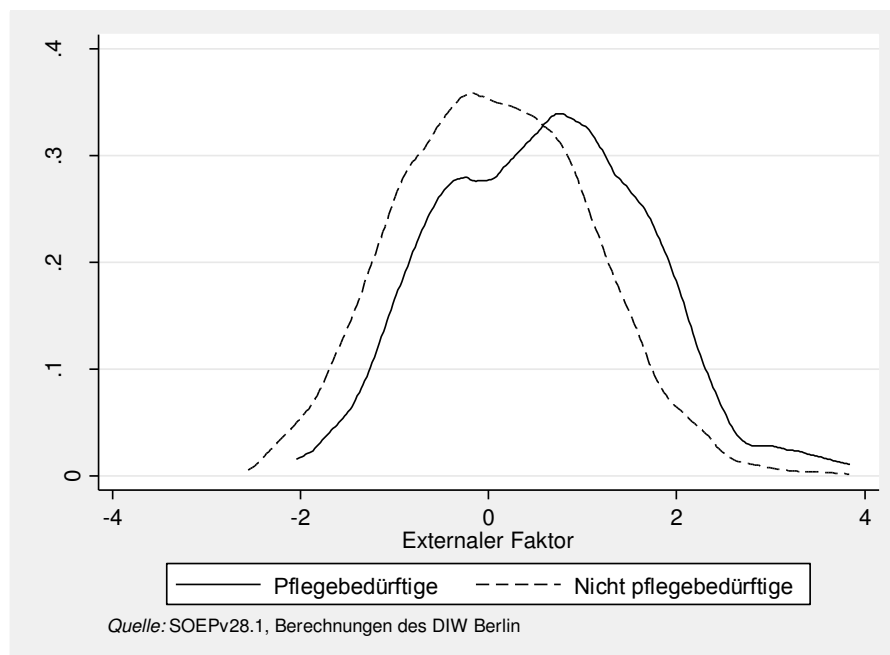


Anmerkungen: Methode: *principal component analysis*. Rotation: *orthogonal varimax*. Die Daten wurden gepoolt für 2005 und 2010, allerdings ergibt sich die gleiche Faktorstruktur, wenn man die Zerlegung getrennt in beiden Jahren durchführt. Die Faktoranalyse basiert auf dem gesamten Sample.

Ähnlich wie bei den Risikoeinstellungen haben wir im zweiten Schritt ein multivariates Modell geschätzt, um zu prüfen, welche Variablen mit den beiden Faktoren korrelieren. Die Modelle wurden wieder erst für die gesamte Stichprobe geschätzt und dann für die Gruppe der Pflegebedürftigen, jeweils für beide Faktoren. Tabelle 5-36 zeigt die geschätzten Koeffizienten der vier Modelle. Die Ergebnisse für die Gesamtstichprobe für beide Faktoren zeigen bei vielen Variablen signifikante Effekte. Wie zu erwarten war, haben Variablen, die negativ mit dem internalen Faktor zusammenhängen eine positive Korrelation mit dem externalen Faktor.

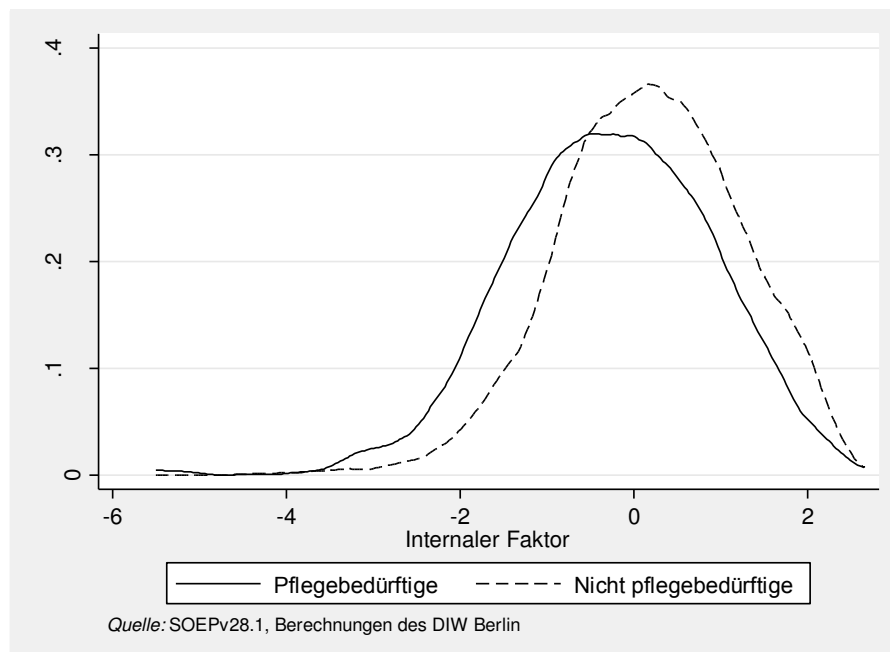
Die Pflegebedürftigkeit ist in beiden Modellen signifikant und mit stärkerer externaler Kontrollüberzeugung verknüpft bzw. mit niedrigerer internaler Kontrollüberzeugung. Der spiegelbildliche Effekt zeigt sich auch bei gesundheitlichen Einschränkungen.

Abbildung 5-8: Verteilung des externen Faktors der Kontrollüberzeugungen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen



Anmerkungen: Die Abbildung beruht auf den Daten von 2005 und 2010. Personen ab 65 Jahren.

Abbildung 5-9: Verteilung des internalen Faktors der Kontrollüberzeugungen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen



Anmerkungen: Die Abbildung beruht auf den Daten von 2005 und 2010. Personen ab 65 Jahren.

Insgesamt ergibt sich ein Muster, das den Effekten des Regressionsmodells zur Risikoeinstellung stark ähnelt. Wobei die Variablen, die mit weniger Risikofreude einhergehen hier mit stärkeren externalen Kontrollüberzeugungen verknüpft sind.

Tabelle 5-36: OLS Schätzung zu den Determinanten der Kontrollüberzeugungen

Variablen	Alle		Pflegebedürftige	
	Externaler Faktor	Internaler Faktor	Externaler Faktor	Internaler Faktor
Pflegebedürftig (1=ja)	0,386***	-0,282***		
Gesundheitsstatus (Basis: sehr gut)				
Gut	0,142**	-0,186**		
Zufriedenstellend	0,364***	-0,166**		
Weniger gut	0,588***	-0,298***		
Schlecht	0,811***	-0,568***		
Einschränkungen (Basis: ADL 1)				
ADL 2			0,151	0,114
ADL 3			0,269*	0,001
ADL 4			0,463***	-0,285
Alter	-0,004	0,119***	-0,132	0,077
Alter quadriert/100	-0,001	-0,076***	0,078	-0,054
Frau	0,120***	-0,070***	0,146	-0,162
Migrationshintergrund	0,199***	-0,092***	0,242	-0,151
Haushaltsgröße (Basis: 1)				
2	0,165***	-0,049*	0,262**	-0,180
3+	0,337***	-0,144***	0,305	-0,465*
Haushaltsnettoeinkommen/1000	-0,004***	-0,001*	-0,006**	0,001
Bildung (Basis: Geringe Bildung)				
Mittlere Bildung	-0,130***	0,138***	-0,182	0,017
Höhere Bildung	-0,295***	0,080**	-0,427***	0,077
Beobachtungen	9.121	9.121	459	459
Korrigiertes R ²	0,114	0,036	0,053	0,022

Anmerkungen: Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Beim Blick auf die Effekte in den beiden Modellen für die Pflegebedürftigen fällt allerdings auf, dass nur wenige Koeffizienten signifikant sind. Die Vorzeichen und häufig auch die Größenordnung sind ähnlich wie in den Modellen der Gesamtstichprobe. Da die Erhebung des Locus of Control nur zweimal stattfand, ist die Fallzahl in den Modellen der Pflegebedürftigen

sehr gering. Das führt wahrscheinlich dazu, dass die Koeffizienten nur sehr ungenau geschätzt werden können.

Im folgenden Abschnitt zur Inanspruchnahme der Pflege haben wir zusätzlich untersucht, ob die Persönlichkeitsmerkmale mit einem unterschiedlichen Inanspruchnahmeverhalten zusammenhängen.

5.7 Inanspruchnahme informeller und formeller Pflege

In diesem Abschnitt werden die bisher diskutierten und dargestellten Determinanten des Pflegearrangements auf die Inanspruchnahme ambulant-formeller und informeller Pflege bezogen. Die Pflegevarianten sind in den Tabellen 5-2 (SOEP) und 5-3 (SHARE) dargestellt, also die Pflegekombination aus informeller und formeller Pflege in Haushalten mit Pflegebedarf. Dabei wird zunächst mit dem SOEP die jeweilige Pflegevariante in Abhängigkeit der ADLs untersucht. Als zusätzliche Variable werden Geschlecht, Migrationshintergrund und Alter kontrolliert. Das ist das Basismodell (1), dann führen wir sukzessive die Haushaltsgröße, Haushaltseinkommen und den höchsten Bildungsabschluss der pflegebedürftigen Person ins Modell ein und prüfen die Auswirkungen auf die geschätzten Koeffizienten.²⁸ So erhalten wir für jedes Pflegearrangement vier Modelle.

Die Modelle wurden unabhängig voneinander mit einem linearen Wahrscheinlichkeitsmodell geschätzt. Die Grundgesamtheit der Schätzung bilden Personen mit Pflege- bzw. Hilfebedarf, per Definition bzw. Fragebogenkonstruktion im SOEP erhält auch jede dieser Personen Hilfe in der einen oder anderen Form.

In Tabelle 5-37 werden die geschätzten Koeffizienten dargestellt. Die Koeffizienten können als Prozentpunktänderung interpretiert werden. Der Koeffizient von -0,081 in der ersten Spalte (1) bei ADL 2 gibt an, dass diese Personen im Durchschnitt eine um 8,1 Prozentpunkte niedrigere Wahrscheinlichkeit haben, ausschließlich informelle Pflege in Anspruch zu nehmen als eine Person, die nur Einschränkungen oder Hilfebedarf bei ADL 1 berichtet. Im vollständigen Modell (4) sinkt dieser Effekt bis auf -5,9 Prozentpunkte.

²⁸ Außerdem enthält die Schätzung Jahresdummies (2005-2011), die wir aber nicht berichten. Es zeigt sich kein Trend in den geschätzten Koeffizienten.

Tabelle 5-37: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP)

Variable	Pflegearrangement											
	Ausschließlich informell				Ausschließlich formell				Formell & Informell			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ADL (Basis: ADL 1)												
ADL 2	-0,081***	-0,062**	-0,058**	-0,059**	0,095***	0,082***	0,081***	0,081***	0,010	0,012	0,011	0,011
ADL 3	-0,101***	-0,167***	-0,166***	-0,167***	0,084***	0,125***	0,125***	0,126***	0,114***	0,115***	0,114***	0,114***
ADL 4	-0,183***	-0,285***	-0,280***	-0,282***	0,045***	0,109***	0,108***	0,110***	0,219***	0,219***	0,218***	0,218***
Frau	-0,097***	-0,018	-0,021	-0,020	0,065***	0,010	0,011	0,013	0,004	0,009	0,010	0,006
Migrationshintergrund	0,134***	0,054**	0,056**	0,061**	-0,075***	-0,025*	-0,026**	-0,026*	-0,021	-0,020	-0,021	-0,027
Alter (Basis 65-70)												
71 – 80	-0,039	-0,014	-0,015	-0,015	0,007	-0,011	-0,010	-0,010	0,037**	0,039**	0,039**	0,037**
81 – 90	-0,169***	-0,074***	-0,069***	-0,067***	0,066***	-0,001	-0,002	-0,002	0,090***	0,098***	0,097***	0,094***
91+	-0,203***	-0,092***	-0,080**	-0,080**	0,093***	0,008	0,005	0,006	0,102***	0,118***	0,116***	0,114***
Haushaltsgröße (Basis: 1)												
2		0,408***	0,433***	0,433***		-0,276***	-0,282***	-0,282***		0,021	0,015	0,015
3+		0,515***	0,579***	0,575***		-0,290***	-0,306***	-0,302***		-0,040*	-0,054**	-0,054**
Haushaltseinkommen			-0,002***	-0,002***			0,000**	0,000**			0,000	0,000
Bildung (Basis: niedrige Bildung)												
Mittlere Bildung				0,018				0,002				-0,029*
Höhere Bildung				-0,017				0,016				-0,001
Korrigiertes R ²	0,056	0,212	0,216	0,216	0,035	0,183	0,183	0,183	0,056	0,058	0,058	0,059
N	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983	2.983

Anmerkungen: Signifikanzniveaus: * p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001. Die Schätzung enthält zudem Jahresdummies (2001-2011). Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin.

Bei den Gesundheitsvariablen²⁹ zeigt sich ein klares Muster. Ausschließlich informelle Pflege ist wahrscheinlicher im Falle von Einschränkungen in den ADL 1 und gleichzeitig unwahrscheinlicher im Falle von Einschränkungen in den ADL 2, ADL 3 und ADL 4. Ausschließlich formelle Pflege wird wahrscheinlicher mit Einschränkungen in den ADL 2, ADL 3 und ADL 4. Die Kombination von formeller und informeller Pflege wird häufiger dann in Anspruch genommen, wenn Einschränkungen in ADL 3 (ungefähr elf Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit) oder ADL 4 (ungefähr 22 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit) vorliegen.

Je schwerer also die Pflegebedürftigkeit ausfällt, desto eher wird formelle Pflege in Anspruch genommen und kombiniert mit informeller Pflege. Dieser Befund korrespondiert zu den geschätzten Alterseffekten. Mit dem Alter steigt nicht nur die Wahrscheinlichkeit an, pflegebedürftig zu sein, sondern auch der Grad der Pflegebedürftigkeit. Je älter die Person ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit formelle Pflege in Kombination mit informeller Pflege in Anspruch zu nehmen. Interessant ist weiterhin, dass die Effekte der gesundheitlichen Einschränkung auch bei Hinzufügen der weiteren Kontrollvariablen signifikant bleiben und sich quantitativ in den meisten Fällen kaum verändern.

Bei den weiteren Merkmalen fällt auf, dass weibliche pflegebedürftige Personen in dem Modell ohne Kontrolle der Haushaltsgröße (Modell 1) eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen ausschließlich formelle Pflege und eine geringere Wahrscheinlichkeit ausschließlich informelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Dieser Effekt verschwindet allerdings, wenn für die Haushaltsgröße kontrolliert wird. Das deutet darauf hin, dass sich hier die höhere Lebenserwartung bzw. die im Durchschnitt erst im höheren Alter eintretende Pflegebedürftigkeit von Frauen geltend macht. Da ein Großteil der Pflege von Angehörigen im eigenen Haushalt geleistet wird und hier der Partner von entscheidender Bedeutung ist, ist die Wahrscheinlichkeit entsprechend hoch, dass der männliche Partner zunächst von seiner Partnerin Hilfe oder Pflege erhält. Stattdessen sind höhere Pflegebedarfe bei der Kombination von familiärer und formeller Pflege statistisch hoch signifikant. Das könnte darauf hindeuten, dass diese höheren Pflegebedarfe kaum ohne informelle Pflege zuhause gedeckt werden können, so dass sie entweder eine Kombination von Pflegeleistenden erhalten oder aber auch ins Pflegeheim wechseln müssen. Hinter diesem Arrangement könnten insbesondere

²⁹ ADL1: Besorgungen und Erledigungen außer Haus; ADL2: Haushaltsführung, Versorgung mit Mahlzeiten und Getränken; ADL3: einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren; ADL4: schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw.

Haushalte von Alleinlebenden stehen, die bei schwererer Pflegebedürftigkeit wahrscheinlich eher in vollstationäre Pflege wechseln.

Modell 3 kontrolliert außerdem für das Haushaltseinkommen. Hier zeigt sich ein signifikant negativer Effekt auf die Wahrscheinlichkeit nur informelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Das ist insofern interessant, da der Effekt unter Konstanthaltung des Pflegebedarfs geschätzt wird. Also würde der Haushalt, hätte er die Mittel, den Pflegebedarf wenigstens zum Teil durch ambulant-formelle Hilfe befriedigen. Der Koeffizient ist auch in dem Modell für formelle Pflege signifikant, aber nicht bei einer Kombination von formeller und informeller Pflege, so dass der Befund etwas widersprüchlich bleibt. Bildung (Modell 4) hat hingegen keinen systematischen Einfluss.

5.7.1 Vergleich mit Ergebnissen aus SHARE

Mit den SHARE Daten wurde nun ein vergleichbares Modell geschätzt. Allerdings wird im SHARE auch erhoben, ob die Person zwar Einschränkungen in den ADLs berichtet aber keine Hilfe bekommt. Deswegen wurde hier ein multinomiales Logit Modell spezifiziert, das die Variante „keine Pflege“ zusammen mit informeller und formeller Pflege berücksichtigt. Die Angaben zu den Einschränkungen in den ADL, IADL sowie den Einschränkungen in der Mobilität werden kumuliert und nichtparametrisch als Dummyvariablen aufgenommen. Tabelle 5-38 enthält die marginalen Effekte, die aus der Schätzung resultieren. Ihre Interpretation ist analog zu den Effekten des vorhergehenden linearen Wahrscheinlichkeitsmodells. Ein Effekt von 0.171 in der ersten Spalte der Tabelle bei zwei Einschränkungen in einer IADL bedeutet, dass diese Person eine um 17,1 Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit hat, informelle Pflege in Anspruch zu nehmen als eine Person ohne Einschränkungen in den IADL.

Da das Modell multinomial spezifiziert wurde, addieren sich die Änderungen in den Wahrscheinlichkeiten zu Null. Das heißt, bei dem Beispiel mit zwei Einschränkungen in den IADL, steigt auch die Wahrscheinlichkeit formelle Pflege in Anspruch zu nehmen um knapp 17 Prozentpunkte wohingegen die Wahrscheinlichkeit, keine Hilfe in Anspruch zu nehmen, um 34 Prozentpunkte sinkt (immer im Vergleich zu einer Person ohne Einschränkungen in den IADL).

Zwar wurden im Vergleich zum SOEP mehr Indikatoren zu den gesundheitlichen Einschränkungen verwandt, aber die verwendeten Variablen sind der Qualität nach vergleichbar (außer der Outcome „keine Pflege“). Es zeigt sich, dass starke Einschränkungen in den ADL (drei oder vier und mehr) die Wahrscheinlichkeit formeller Pflege stark erhöhen und

gleichzeitig sinkt die Wahrscheinlichkeit keine Hilfe in Anspruch zu nehmen. Allerdings wird deutlich, dass insbesondere Einschränkungen in den IADL stärker mit der Inanspruchnahme von Pflegeleistungen einhergehen. Die Wahrscheinlichkeit formelle Pflege in Anspruch zu nehmen steigt mit dem Grad der Einschränkungen in den IADL, gleichzeitig sinkt die Wahrscheinlichkeit keine Pflege in Anspruch zu nehmen bereits bei einer Einschränkung um über 30 Prozentpunkte. Interessant ist, dass die Wahrscheinlichkeit informelle Hilfe in Anspruch zu nehmen für die Modelle 2 bis 4 sogar stärker steigt als die Wahrscheinlichkeit für formelle Hilfe (außer bei vier oder mehr Einschränkungen in den IADL).³⁰ Betrachtet man noch die Einschränkungen der Mobilität, zeigt sich auch hier, dass die Wahrscheinlichkeit für formelle Hilfe stark ansteigt. Ähnlich wie im SOEP ändern sich die Effekte der gesundheitlichen Einschränkungen durch die Hinzunahme weiterer erklärender Variablen weder in ihrer Signifikanz noch in ihrer Größenordnung merklich.

Insgesamt zeigt sich ein ähnliches Muster der Effekte in beiden Datensätzen. Das kann man auch gut anhand des Altersprofils sehen. In beiden Fällen steigt die Wahrscheinlichkeit formelle Pflege zu beziehen mit dem Alter an, auch unter Kontrolle der weiteren Merkmale. Und ein größerer Haushalt macht es wahrscheinlicher, ausschließlich auf informelle Hilfe zurückzugreifen. Der Effekt des Geschlechts verschwindet auch hier, wenn für die Haushaltsgröße kontrolliert wird. Das Haushaltseinkommen hat einen signifikant positiven Effekt auf die Inanspruchnahme der Kombination formeller und informeller Hilfe, und einen negativen Effekt für rein informelle Pflege. Letzterer ist leider nicht signifikant, könnte aber bedeuten, dass der Effekt, den wir schon bei den Ergebnissen des SOEP beobachten konnten, doch eine größere Bedeutung zukommt. Der Bildungseffekt hat, ähnlich wie im SOEP, keinen systematischen Einfluss auf das Pflegearrangement.

³⁰ Das ist auch deswegen interessant, da es für die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreicht in den IADL eingeschränkt zu sein.

Tabelle 5-38: Multinomiales Logit Modell der Pflegearrangements im SHARE (marginale Effekte) – Einfluss von ADL, IADL und Mobilität

Variablen	Pflegearrangement											
	Informelle Pflege				Formelle und informelle Pflege				Keine Pflege			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ADL (Basis: keine)												
1	0,006	0,035	0,031	0,038	0,061*	0,041	0,045	0,036	-0,068	-0,076*	-0,076*	-0,074*
2	-0,055	-0,022	-0,014	-0,020	0,071	0,054	0,044	0,040	-0,017	-0,032	-0,030	-0,021
3	-0,058	-0,058	-0,039	-0,026	0,206***	0,206***	0,183***	0,177***	-0,149***	-0,147***	-0,144**	-0,151***
4+	-0,072	-0,108	-0,093	-0,085	0,127**	0,144***	0,126**	0,114**	-0,055	-0,035	-0,033	-0,029
IADL (Basis: keine)												
1	0,103	0,146**	0,144**	0,157**	0,185***	0,178***	0,173***	0,166***	-0,288***	-0,324***	-0,318***	-0,323***
2	0,171**	0,239***	0,234***	0,237***	0,169***	0,145***	0,146***	0,147***	-0,340***	-0,384***	-0,380***	-0,384***
3	0,184**	0,263***	0,252***	0,248***	0,225***	0,189***	0,195***	0,205***	-0,409***	-0,452***	-0,448***	-0,453***
4+	0,175**	0,188**	0,182**	0,183**	0,181***	0,198***	0,200***	0,207***	-0,356***	-0,386***	-0,382***	-0,390***
Mobilität (Basis: keine)												
1	-0,121	-0,158	-0,158	-0,146	0,114**	0,136**	0,141**	0,143**	0,007	0,022	0,017	0,003
2	-0,056	-0,078	-0,075	-0,071	0,157***	0,161***	0,157***	0,168***	-0,101	-0,083	-0,082	-0,097
3	-0,082	-0,090	-0,090	-0,073	0,146***	0,152***	0,150***	0,152***	-0,064	-0,062	-0,061	-0,078
4+	-0,091	-0,085	-0,087	-0,071	0,198***	0,195***	0,196***	0,197***	-0,107	-0,111	-0,109	-0,127
Alter (Basis: 65-70)												
71-80	-0,088**	-0,046	-0,048	-0,048	0,084***	0,068**	0,069**	0,070**	0,004	-0,022	-0,021	-0,022
81-90	-0,116**	-0,040	-0,040	-0,044	0,162***	0,125***	0,124***	0,124***	-0,046	-0,085*	-0,084*	-0,080*
91+	-0,184**	-0,110	-0,100	-0,105	0,321***	0,279***	0,268***	0,270***	-0,137**	-0,169***	-0,168***	-0,165***
Frau	-0,102***	-0,036	-0,038	-0,048	0,077***	0,043	0,043	0,051*	0,025	-0,007	-0,006	-0,002

Variablen	Pflegearrangement											
	Informelle Pflege				Formelle und informelle Pflege				Keine Pflege			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Migrationshintergrund	-0,043	-0,053	-0,056	-0,061	-0,002	0,005	0,008	0,012	0,045	0,048	0,048	0,049
Haushaltsgröße (Basis: 1)												
2		0,326***	0,344***	0,332***		-0,157***	-0,178***	-0,177***		-0,169***	-0,166***	-0,156***
3+		0,480***	0,495***	0,477***		-0,252***	-0,271***	-0,266***		-0,228***	-0,224***	-0,211***
(log) Haushaltseinkommen			-0,028**	-0,024**			0,029**	0,027*			-0,001	-0,003
Schulabschluss (Basis: Hauptschule)												
Realschule				-0,153**				0,094**				0,059
Abitur (Fachhochschule)				-0,014				0,023				-0,009
kein/ andere Abschluss				-0,024				-0,075				0,099
Pseudo R ²	0,20	0,22	0,26	0,26	0,20	0,22	0,26	0,26	0,20	0,22	0,26	0,26
N	471	471	471	471	471	471	471	471	471	471	471	471

Anmerkungen: Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SHARE, Berechnungen des DIW Berlin

5.7.2 Inanspruchnahme und Persönlichkeitsmerkmale

Es könnte sein, dass auch die Persönlichkeitsmerkmale aus dem vorhergehenden Abschnitt mit den Pflegearrangements zusammenhängen. Beispielsweise wäre es denkbar, dass eine höhere Risikobereitschaft der pflegebedürftigen Person auch mit einer größeren Bereitschaft einhergeht von Fremden Hilfe zu beanspruchen, also auch formelle Hilfe.

In Tabelle 5-39 haben wir die Modelle 4 aus Tabelle 5-37 jeweils ergänzt um die Risikoeinstellungen. Es zeigt sich hier, dass die meisten Koeffizienten nicht signifikant sind. Der einzige signifikante Effekt ergibt sich für Personen mit größerer Risikofreude in Bezug auf die Nutzung rein informeller Pflege. Personen mit größerer Risikobereitschaft haben ein um sechs Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit diese Form der Hilfe in Anspruch zu nehmen als Personen mit sehr geringer Risikobereitschaft.

Tabelle 5-39: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP) unter Kontrolle der Risikobereitschaft

Variablen	Informelle Pflege	Formelle Pflege	Informelle und formelle Pflege
	4b	4b	4b
Risikobereitschaft (Basis: Keine Risikobereitschaft; 0...2)			
Weniger (3...4)	-0,012	0,016	-0,007
Mittlere (5)	0,017	0,004	-0,025
Höhere (6...10)	0,063**	-0,027	-0,039
Einschränkungen (Basis: ADL 1)			
ADL 2	-0,109***	0,110***	0,026
ADL 3	-0,234***	0,156***	0,126***
ADL 4	-0,309***	0,134***	0,203***
Beobachtungen	1.590	1.590	1.590
Korrigiertes R ²	0,222	0,186	0,048

Anmerkungen: Die Modelle wurden analog zu den jeweiligen Modellen (4) aus Tabelle 5-37 spezifiziert und geschätzt. Als zusätzliche Variable wurde die Risikobereitschaft aufgenommen. Die Schätzung basiert auf den Jahren 2004, 2006 und 2008 bis 2011. Es wurden gepoolte OLS Modelle mit robusten Standardfehlern geschätzt. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Dieses Ergebnis überrascht auf den ersten Blick, andererseits gehört zur rein informellen Pflege auch eine größere Autonomie. Wir hatten ja bereits gezeigt, dass die meisten Pflegebedürftigen vom Partner oder der Tochter gepflegt werden wollen. Es könnte sein, dass Personen diese Pflege besser organisieren können, wenn sie risikobereiter sind. Diese

Interpretation wird auch unterstützt von den Ergebnissen bezüglich der Kontrollüberzeugungen (Tabelle 5-40). Hier haben wir in den Modellen die beiden oben diskutierten Faktoren berücksichtigt. Und es ergeben sich wieder sehr ähnliche Effekte wie der Betrachtung der Risikopräferenzen.

Tabelle 5-40: Lineares Wahrscheinlichkeitsmodell der Pflegearrangements (SOEP) unter Kontrolle des Locus of Control

Variablen	Informelle Pflege	Formelle Pflege	Informelle und formelle Pflege
	4c	4c	4c
Externaler Faktor	-0,018	-0,004	0,040**
Internaler Faktor	0,048**	0,001	-0,024
Einschränkungen (Basis: ADL 1)			
ADL 2	-0,124*	0,138***	-0,023
ADL 3	-0,210***	0,119**	0,101**
ADL 4	-0,309***	0,151***	0,158***
Beobachtungen	453	453	453
Korrigiertes R ²	0,214	0,177	0,071

Anmerkungen: Die Modelle wurden analog zu den jeweiligen Modellen (4) aus Tabelle 5-37 spezifiziert und geschätzt. Als zusätzliche Variable wurden die Faktoren der Kontrollüberzeugungen aufgenommen. Die Schätzung basiert auf den Jahren 2005 und 2010. Es wurden gepoolte OLS Modelle mit robusten Standardfehlern geschätzt. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

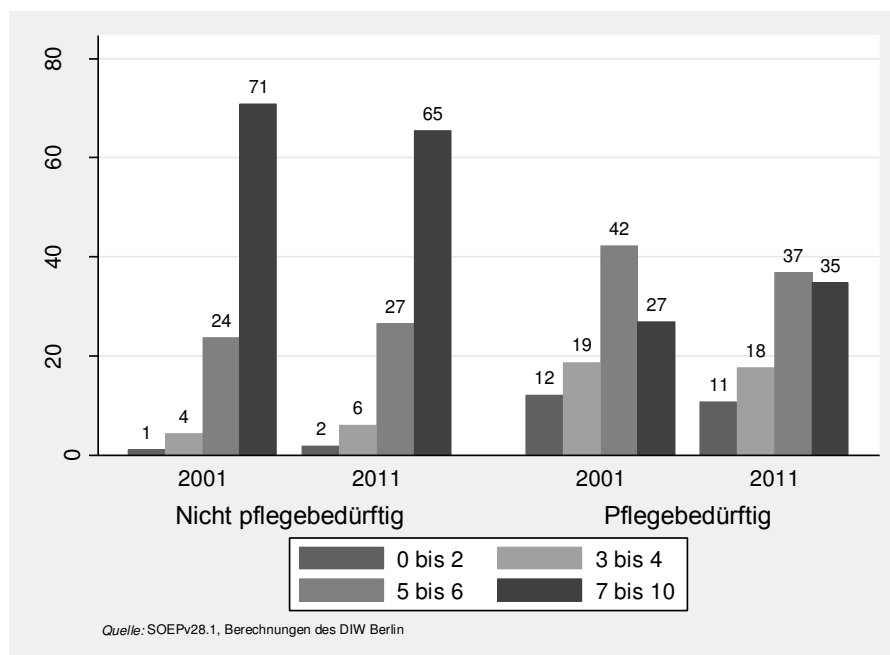
Der interne Faktor hat einen positiven Effekt auf die Inanspruchnahme rein informeller Pflege und der externe Faktor hat einen positiven Effekt auf kombinierte informelle und formelle Pflege. Das bedeutet also, dass Personen, die sich mehr Kontrolle zutrauen auch eher nur auf informelle Hilfe zurückgreifen. An dieser Stelle sei nochmal daran erinnert, dass die Interpretation dieser Effekte nicht kausal sein kann. Denn die Persönlichkeitsmerkmale werden stark von der Pflegesituation beeinflusst. Personen, die bereits Erfahrung mit formeller Hilfe gemacht oder mit sehr großem Pflegebedarf haben, erleben wahrscheinlich auch eher Situationen, in denen sie einen Kontrollverlust erleiden.

5.8 Zufriedenheit

Pflegebedürftigkeit geht mit einer signifikant niedrigeren allgemeinen Lebenszufriedenheit einher. Vergleicht man die Personen ab 65 Jahren ohne Pflegebedarf mit den Pflegebedürftigen in dieser Alterskohorte, so weicht der Anteil der Befragten, der angibt sehr zufrieden zu sein (Werte zwischen „7 bis 10“ auf der 11-stufigen Zufriedenheitsskala, vgl.

Abbildung 5-10), erheblich voneinander ab. Unter den Pflegebedürftigen geben 27% (2001) bzw. 35% (2011) an, sehr zufrieden zu sein, während in der Vergleichsgruppe zu beiden Zeitpunkten jeweils rund zwei Drittel der Befragten sehr zufrieden sind. Bemerkenswert ist auch der relativ hohe Anteil der Pflegebedürftigen (rund 11%), die einen Wert unter drei angeben, also sehr unzufrieden mit ihrem Leben sind.

Abbildung 5-10: Allgemeine Lebenszufriedenheit von Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen (2001 und 2011)



Anmerkungen: Die Lebenszufriedenheit wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei „0“ die niedrigste und „10“ die höchste Stufe der Zufriedenheit kennzeichnet. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Auf der einen Seite erscheint dieser allgemeine Unterschied intuitiv plausibel. Und der Befund korrespondiert zu einem Muster, das in verschiedenen Studien nachgewiesen wurde: die allgemeine Zufriedenheit erreicht im mittleren Alter ihr Minimum und nimmt mit dem Alter tendenziell wieder zu, im höheren Alter nimmt sie aber wieder ab (Blanchflower und Oswald 2008; Van Landeghem 2009). Unsere Befunde zeigen einen wichtigen Faktor für diese Dynamik, die Pflegebedürftigkeit. Wir haben für die beiden Gruppen daher auch das Altersprofil genauer untersucht. Unsere Ergebnisse bestätigen, dass die Zufriedenheit vor allem für diejenigen Personen mit dem Alter stark sinkt, die pflegebedürftig werden (siehe dazu auch Gwozdz und Sousa-Poza (2010)).

Tabelle 5-41: Regression der allgemeinen Lebenszufriedenheit auf Gesundheitsmerkmale und Pflegebedürftigkeit (Fixed Effects Modelle)

Variablen	Alle		Pflegebedürftige	
	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Pflegebedürftig	-0,582***			
Gesundheitszustand (Basis: sehr gut)				
Gut	-0,265***	-0,266***		
Weniger gut	-0,582***	-0,585***		
Schlecht	-1,106***	-1,103***		
Sehr schlecht	-2,262***	-2,195***		
Formelle Pflege (Basis: rein informelle Pflege)				-0,331**
Einschränkungen in den ADL (Basis: ADL 1)				
ADL 2			-0,278	-0,244
ADL 3			-0,523***	-0,451**
ADL 4			-0,932***	-0,839***
Beobachtungen	52976	52976	2989	2989
Individuen	9877	9877	1109	1109

Anmerkungen: Die Lebenszufriedenheit wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei „0“ die niedrigste Stufe der Zufriedenheit kennzeichnet und „10“ die höchste. Die Fixed-Effects Modelle kontrollieren außerdem für Einkommen, Haushaltsgröße, Alter und quadriertes Alter. Es wurden Daten der Wellen 2001 bis 2011 verwendet. Zur Definition der Variablen ADL 1 bis ADL 4, siehe Tabelle 4-1. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quellen: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Im Hinblick auf die Determinanten des Unterschieds in der Zufriedenheit zwischen Älteren mit und ohne Pflegebedarf könnte man zunächst einen maßgeblichen Einfluss der gesundheitlichen Einschränkungen vermuten. Darüber hinaus erscheint aber auch der Einfluss weiterer Faktoren, wie z.B. der Form der Pflege, die in der Gruppe der Pflegebedürftigen realisiert wird, plausibel. Für die gesamte Stichprobe haben wir daher ein Fixed-Effects-Modell spezifiziert, das für den Gesundheitszustand und individuelle Charakteristika kontrolliert.³¹ Wir haben insgesamt vier Modelle geschätzt (Tabelle 5-41), in denen wir den Effekt der Gesundheit zunächst für die gesamte Stichprobe und für die Unterstichprobe der Pflegebedürftigen schätzen (Modelle I und III). Modell II nimmt dann den Status „pflegebedürftig“ als weiteren Regressor auf, um zu testen, ob sich unabhängig vom Gesundheitszustand ein Effekt der

³¹ Beim Fixed-Effects Modell wird der Einfluss aller zeitkonstanten Merkmale, also z.B. Bildung, Geschlecht oder auch der Migrationshintergrund, bei der Schätzung herausgerechnet. Dieses Modell erlaubt eine konsistente Schätzung der Parameter auch dann, wenn die erklärenden Variablen mit individuellen nicht-beobachtbaren zeitkonstanten Eigenschaften korreliert sind. Dies führt in der Regel zu sehr robusten Ergebnissen, da der Schätzer weniger Annahmen für die Konsistenz benötigt als ein einfaches OLS Modell (vgl. z.B. Wooldridge 2003, Kap. 14).

Pflegebedürftigkeit nachweisen lässt. Und für die Unterstichprobe der Pflegebedürftigen wird dann zusätzlich der Effekt formeller Pflege im Unterschied zur informellen Pflege aufgenommen (Modell IV).

Zunächst bestätigt Modell I die Vermutung, dass die Lebenszufriedenheit mit der Verschlechterung des Gesundheitszustandes ebenfalls stark abnimmt. So sinkt die Lebenszufriedenheit bei Personen, die ihre Gesundheit als „sehr schlecht“ einschätzen, im Vergleich zu Personen, die eine „sehr gute“ Gesundheit haben, um gut zwei Punkte auf der Zufriedenheitsskala. Alle Gesundheitsindikatoren sind negativ und signifikant von Null verschieden, die Lebenszufriedenheit sinkt mithin bereits bei leichter gesundheitlicher Beeinträchtigung.

In Modell II wird das Schätzmodell nur um den Indikator der Pflegebedürftigkeit erweitert, d.h. Stichprobe und Kontrollvariablen wurden nicht verändert. Interessant ist nun, dass wir in Modell II weiterhin hochsignifikante negative Parameter für die Gesundheitseinschränkungen schätzen, die sich in der Größenordnung kaum von den Koeffizienten des ersten Modells unterscheiden. Der Gesundheitseffekt wird durch diese Variable also nicht aufgefangen. Der Effekt der Pflegebedürftigkeit ist selbst hochsignifikant und negativ. Im Durchschnitt senkt er die allgemeine Lebenszufriedenheit um knapp 0.6 Punkte auf der Zufriedenheitsskala. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Pflegebedürftigkeit selbst – über die gesundheitlichen Einschränkungen hinaus – einen negativen Einfluss auf die Zufriedenheit ausübt. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Pflegebedürftigkeit auch mit einem Verlust an Autonomie einhergeht.

Wir haben die gleichen Modell noch einmal für die Unterstichprobe der Pflegebedürftigen geschätzt und in diesen Modellen anstelle der subjektiven Gesundheitseinschätzung den Hilfebedarf berücksichtigt (ADL 1 bis ADL 4). Verglichen mit leichtem Pflegebedarf, senkt ein sehr hoher Pflegebedarf die Zufriedenheit um ungefähr einen Punkt (Modell III). In Modell IV haben wir nun zusätzlich einen Indikator des Pflegesettings aufgenommen, dabei wird die Inanspruchnahme formeller Pflege von informeller Pflege unterschieden. Es zeigt sich, dass die Inanspruchnahme formeller Pflege tendenziell mit einer niedrigeren Lebenszufriedenheit einhergeht (-0,3 Punkte). Interessant ist hier wieder, dass sich die Koeffizienten der Indikatoren für die Einschränkungen in den ADLs nicht stark verändern, so dass der Indikator für das Pflegesetting tatsächlich eine davon unabhängige Dimension der Pflegesituation erfasst.³²

³² In einem weiteren Modell (nicht berichtet, auf Anfrage verfügbar) haben wir getestet, ob andere „objektive“ Gesundheitsindikatoren (wie die vorher beschriebenen Skalen MCS und PCS) das Ergebnis verändern. Tatsächlich haben diese Variablen einen weiteren unabhängigen Einfluss auf die Zufriedenheit, ändern aber nichts an der

Zufriedenheit nach Lebensbereichen

Neben der allgemeinen Lebenszufriedenheit haben wir die Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen in konkreten Lebensbereichen miteinander verglichen. Für zehn verschiedene Lebensbereiche weist Tabelle 5-42 die Anteile der Personen aus, die in die vier Kategorien der aggregierten Zufriedenheitsskala fallen. Folgende Lebensbereiche werden unterschieden: Gesundheit, Schlaf, Haushaltseinkommen, Wohnung, Freizeit, Familienleben, Netzwerk³³, Waren und Dienstleistungen, Lebensstandard und der sozialen Sicherung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen.

Der größte Unterschied zwischen den beiden Gruppen liegt in ihrer Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Hier antworten rund zwei Drittel der Pflegebedürftigen mit einem Wert von unter fünf. Im Vergleich dazu fallen „nur“ knapp 23% der Antworten der Nicht-Pflegebedürftigen in diesem Bereich. Interessant ist hier der Vergleich mit der subjektiven Gesundheitseinschätzung, die im Unterkapitel 5.2 berichtet wurde (Tabelle 5-9). Dort hatten wir festgestellt, dass rund 80% aller Pflegebedürftigen ihre Gesundheit als „schlecht“ oder „sehr schlecht“ einschätzen, während sie fast niemand als „gut“ oder „sehr gut“ ansieht. Bei der Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit verhält es sich offenbar anders, denn hier haben sogar fast 17% einen Wert von sieben oder mehr angegeben, also ein hohes Maß an Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit. Verglichen mit den Nicht-Pflegebedürftigen ist dieser Anteil zwar immer noch sehr niedrig (43%); er verweist aber auch darauf, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit noch weitere Aspekte der Gesundheit erfasst, wie möglicherweise die Erwartung der Person an einen altersgemäßen typischen Gesundheitszustand, die über den subjektiven Gesundheitsstatus nicht erfasst werden.

Tabelle 5-42: Zufriedenheit von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Lebensbereichen (Anteile in %)

Zufriedenheit mit...	Pflegebedürftige				Nicht-Pflegebedürftige			
	0...2	3...4	5...6	7...10	0...2	3...4	5...6	7...10
Gesundheit	34,3	29,6	19,3	16,7	6,9	16,0	33,9	43,2
Schlaf	10,6	15,8	19,7	53,9	5,5	13,9	25,3	55,3
Haushaltseinkommen	6,8	15,8	27,2	50,2	3,8	11,3	26,7	58,2
Wohnung	2,2	2,4	14,4	81,0	1,4	2,7	9,8	86,1

Signifikanz der Pflegebedürftigkeit in Modell II, der Koeffizient ist lediglich etwas geringer (-0,4). In Modell IV bleibt der Indikator für formelle Pflege signifikant und der Punktschätzer liegt sogar deutlich höher (-0,7). Allerdings sind dann die Variablen ADL 2 bis ADL 4 nicht mehr signifikant. Aufgrund einer deutlich kleineren Stichprobe (MCS und PCS werden nur alle zwei Jahre erhoben), ist das Modell für die Pflegebedürftigen vermutlich nicht gut identifiziert.

³³ Siehe dazu auch die Analyse der Netzwerkzufriedenheit in Tabelle 5-33.

Freizeit	3,0	7,6	20,6	68,9	1,4	3,1	10,8	84,7
Familienleben	4,6	10,5	19,1	65,8	2,0	3,7	12,1	82,2
Netzwerk	8,2	13,0	23,3	55,4	2,2	5,4	16,9	75,5
Waren und Dienstleistungen ^a	3,9	12,9	19,6	63,5	7,6	9,2	19,3	64,0
Lebensstandard ^b	4,4	14,8	35,1	45,7	1,9	5,3	22,7	70,1
Soziale Sicherung ^c	8,1	16,1	29,6	46,2	7,4	20,5	36,8	35,3

Anmerkungen: Die Daten stammen mit drei Ausnahmen aus dem Jahr 2011. (a) erhoben in 2005 (b) erhoben in 2006 (c) erhoben in 2007. Die Zufriedenheit wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei „0“ die niedrigste Stufe der Zufriedenheit kennzeichnet und „10“ die höchste. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

In den übrigen Lebensbereichen sind die Differenzen erheblich geringer. Wenn man lediglich die höchste Zufriedenheitskategorie zwischen beiden Gruppen vergleicht, zeigen sich größere Unterschiede in der Zufriedenheit mit dem Lebensstandard (Differenz: -24%), dem sozialen Netzwerk (Differenz: -20%), dem Familienleben (Differenz: -16%) und der Freizeit (Differenz: -16%). Dieser Befund ist plausibel, da Pflegebedürftigkeit in der Regel besonders in diesen Bereichen zu stärkeren Einschränkungen der eigenen Lebensführung beiträgt. Mit der Ausnahme der Gesundheit, des Lebensstandards und der sozialen Sicherung geben allgemein mehr als 50% der Pflegebedürftigen an, sehr zufrieden zu sein.

Es gibt nur einen Bereich in dem sich eine höhere Zufriedenheit bei den Pflegebedürftigen zeigt, das ist die soziale Sicherung. Hier geben immerhin 46% an sehr zufrieden zu sein, wohingegen es nur 35% in der Vergleichsgruppe sind. Es gibt zwar auch acht Prozent, die überhaupt nicht zufrieden sind mit der sozialen Sicherung, aber bei den Nicht-Pflegebedürftigen ist der Anteil fast genauso hoch.

Für alle Lebensbereiche wurden außerdem Regressionsmodelle spezifiziert, um den Effekt der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegesettings auf die Zufriedenheit analog zu Modell IV der Tabelle 5-41 zu schätzen. Die geschätzten Koeffizienten sind im Anhang zu diesem Kapitel in Tabelle 5-56 dokumentiert. Unser wichtigstes Ergebnis ist, dass sich für die allgemeine Lebenszufriedenheit nachgewiesenen Muster in den einzelnen Lebensbereichen nicht wiederfinden. So hat die Gesundheit nur im Hinblick auf die Zufriedenheit der Befragten mit ihrer Gesundheit, ihrem Schlaf und der Freizeit einen signifikanten negativen Effekt. Vermutlich dominiert in den übrigen Lebensbereichen der allgemeine Effekt der Pflegebedürftigkeit. Das Pflegesetting erweist sich nur bezüglich der Gesundheitszufriedenheit als signifikant und hat hier sogar einen positiven Effekt. Das heißt, im Vergleich zu Personen, die nur informell gepflegt werden, sind Pflegebedürftige, die auch formelle Hilfe erhalten, mit ihrem Gesundheitszustand bei gegebener Einschränkung in den ADLs zufriedener.

Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten

Die Frage nach der Zufriedenheit mit der sozialen Sicherung könnte speziell bei der betrachteten Stichprobe von den eigenen Erfahrungen mit Pflege, Rente und Gesundheitsproblemen beeinflusst sein. Eine etwas genauere Frage zur Zufriedenheit mit der Pflege wurde im SOEP in den Jahren 1997, 2002 und 2008 gefragt. Diese Frage richtete sich allerdings ausschließlich an den Haushaltsvorstand, im Anschluss an die Frage, ob eine pflegebedürftige Person im Haushalt lebt. Die Frage lautet:

- *„Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit den vorhandenen Pflegemöglichkeiten?“*

Die Auswertung dieser Frage weicht deswegen von den vorher präsentierten Variablen bezüglich der verwendeten Stichprobe ab, erschien uns aber so relevant, dass wir sie hier trotzdem berichten.

Tabelle 5-43 zeigt die Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten insgesamt, also für alle Befragten Haushaltsvorstände und für die, die zusätzlich angeben pflegebedürftig zu sein. Die Kombination von Haushaltsvorstand und Pflegebedarf bedeutet, dass Männer und Singlehaushalte leicht überdurchschnittlich in der Stichprobe enthalten sind. Die Tabelle zeigt, dass es insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit den existierenden Pflegemöglichkeiten gibt. Fast 60% aller Befragten sind mit den Pflegemöglichkeiten sehr zufrieden und rund 30% zufrieden (2008). Im Jahr 1997 waren gut 10% der Befragten nicht zufrieden, dieser Anteil stieg in 2002 auf knapp 17%. Allerdings hat sich die Einschätzung im Jahr 2008 wieder verbessert, hier geben nur noch gut 12% an, unzufrieden zu sein. Interessant ist der Vergleich mit den Personen, die selbst pflegebedürftig sind. Diese sind in allen Jahren deutlich zufriedener als die Vergleichsgruppe. Dieser Befund korrespondiert zu der vergleichsweise hohen Zufriedenheit bezüglich der sozialen Sicherung im vorhergehenden Abschnitt. Bei der Interpretation dieses Unterschiedes ist aber zu beachten, dass die Wahrnehmung der Pflegemöglichkeiten zwischen den Pflegebedürftigen und den (potenziell) pflegenden Angehörigen abweichen kann. Denn für die eine Gruppe ist die geleistete Pflege mit Aufwand verbunden, die Frage nach den vorhandenen Pflegemöglichkeiten könnte also auch als Frage nach der Unterstützung bei der Pflege verstanden werden. Die Gruppe der Pflegebedürftigen hingegen, hat vermutlich eher den Vergleich zwischen Bedarf und Bedarfsdeckung vor Augen.

Tabelle 5-43: Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten insgesamt und von den Pflegebedürftigen (1997,2002,2008)

Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten	Alle ^a			Pflegebedürftige ^a		
	1997	2002	2008	1997	2002	2008
0...2	2,3	4,7	3,0	1,4	5,8	2,5
3...4	8,5	12,2	9,7	4,5	11,1	5,6
5...6	32,6	31,3	26,7	23,0	25,3	23,7
7...10	56,6	51,8	60,6	71,0	57,9	68,2

Anmerkungen: Die Zufriedenheit wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei „0“ die niedrigste Stufe der Zufriedenheit kennzeichnet und „10“ die höchste. (a) Die Stichprobe besteht aus Haushaltsvorständen, die die Fragen zur Pflege im Haushalt im SOEP beantwortet haben. Es handelt sich deswegen um eine andere Grundgesamtheit als in den meisten anderen Auswertungen dieses Kapitels. Das betrifft auch die Pflegebedürftigen, denn diese müssen selbst der Haushaltsvorstand sein, um auf die Frage antworten zu können. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Diese Interpretation legt auch Tabelle 5-44 nahe. Hier wird nicht mehr nach der individuellen Pflegebedürftigkeit differenziert, sondern nach den Pflegesettings „rein informell“ und „formell oder Kombinationen von informell und formell“. Auffällig ist auch hier, dass es insgesamt eine hohe Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten unter den Befragten gibt. Allerdings liegt die Zufriedenheit bei Personen, in deren Haushalten nur informelle Pflege stattfindet, etwas niedriger als in Haushalten wo es entweder nur formelle oder ein kombiniertes Pflegesetting gibt. Dies ist besonders deutlich in den Jahren 1997 und 2008. Dies könnte man vorsichtig so interpretieren, dass die Inanspruchnahme der formellen Pflege von den Pflegenden als Verbesserung der Bedingungen der Pflege interpretiert wird.

Tabelle 5-44: Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten bei rein informeller und formeller bzw. kombinierter Pflege (1997, 2002, 2008)

Zufriedenheit mit den Pflegemöglichkeiten	Rein informelle Pflege ^a			Formelle Pflege und Kombinationen		
	1997	2002	2008	1997	2002	2008
0...2	2,3	4,8	4,0	2,2	4,6	0,3
3...4	8,5	11,8	10,3	9,3	13,7	7,6
5...6	38,6	32,1	31,3	17,3	27,5	15,6
7...10	50,6	51,3	54,4	71,3	54,2	76,5

Anmerkungen: Die Zufriedenheit wird auf einer 11-stufigen Skala erfragt, wobei „0“ die niedrigste Stufe der Zufriedenheit kennzeichnet und „10“ die höchste. (a) Die Stichprobe besteht aus Haushaltsvorständen, die die Fragen zur Pflege im Haushalt im SOEP beantwortet haben. Es handelt sich deswegen um eine andere Grundgesamtheit als in den meisten anderen Auswertungen dieses Kapitels. Die Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.9 Zeitverwendung

Im Folgenden sollen einige Alltagsaktivitäten pflegebedürftiger und älterer Menschen ohne Pflegebedarf verglichen werden. Es hatte sich im Hinblick auf die Freizeit und das Netzwerk gezeigt, dass pflegebedürftige Personen häufig weniger zufrieden sind als gleichaltrige Ältere. Bei der Betrachtung der verschiedenen Aktivitäten und dem Unterschied zwischen den beiden Gruppen, kann man Rückschlüsse darüber ziehen, welche Aktivitäten im stärkeren Ausmaß reduziert werden und ob es eventuell auch Aktivitäten gibt, die ausgedehnt werden.

Es gibt eine Reihe von Informationen zu den Freizeitaktivitäten, die in unregelmäßigen Abständen erhoben werden. Zu den einzelnen Aktivitäten konnten die Befragten angeben, wie häufig sie diesen nachgehen (täglich, mindestens einmal pro Woche, mindestens einmal pro Monat, seltener, nie). Wir haben die Angaben dichotomisiert, so dass, wenn mindestens einmal pro Monat einer Aktivität nachgegangen wird, die Variable als Eins kodiert wird und sonst als Null. Die folgenden Tätigkeiten haben wir in die Analyse einbezogen:

- Kinobesuche, Besuch von Popkonzerten, Tanzveranstaltungen, Discos, Sportveranstaltungen
- Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten
- Beteiligung in Parteien, in der Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen
- Nutzung des PCs außerhalb der Arbeit / des Berufs
- Basteln / Handarbeiten / Reparaturen am Haus, in der Wohnung / Gartenarbeit
- Auto-/Motorradpflege oder kleinere Auto-/Motorradreparaturen
- Besuch von kulturellen Veranstaltungen (z.B. Konzerten, Theater, Vorträgen)
- Künstlerische und musische Tätigkeiten (Musizieren, Tanzen, Theater, Malen, Fotografieren)
- Aktiver Sport
- Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen
- Gegenseitige Besuche von Nachbarn, Freunden oder Bekannten
- Essen oder trinken gehen (Café, Kneipe, Restaurant)
- Gegenseitige Besuche von Familienangehörigen oder Verwandten
- Ausflüge oder kurze Reisen machen
- Fernsehen / Video

Tabelle 5-45 zeigt die Häufigkeiten mit der Pflegebedürftige und ältere Nicht-Pflegebedürftige den jeweiligen Aktivitäten nachgehen. Da es bei vielen der Aktivitäten geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, werden die Anteile auch separat für Männer und Frauen ausgewiesen.

Tendenziell sind Aktivitäten bei denen ein besonders hoher individueller Aufwand nötig ist deutlich weniger verbreitet bei den Pflegebedürftigen. Dabei handelt es sich um so unterschiedliche Tätigkeiten wie „Ehrenamtliche Tätigkeiten in Vereinen, Verbänden oder sozialen Diensten“ oder auch „Basteln / Handarbeiten / Reparaturen am Haus, in der Wohnung / Gartenarbeit“. Ehrenamtliche Tätigkeiten sind beispielsweise stark verbreitet unter

den älteren Personen ohne Pflegebedarf (19%), sinken aber auf unter drei Prozent bei den Pflegebedürftigen. Bei den handwerklichen Freizeittätigkeiten geht der Anteil von knapp 64% auf gut zwölf Prozent zurück.

Gesellige Aktivitäten hingegen, wie das Besuchen von Freunden oder der Familie gehen zwar ebenfalls mit der Pflegebedürftigkeit zurück, weisen aber eine höhere Verbreitung auf. Die Personen ohne Pflegebedarf geben zu 68% an, regelmäßig Freunde zu besuchen und besucht zu werden, bei den Personen mit Pflegebedarf sind es knapp 50%. Der regelmäßige Kontakt mit der Familie ist noch häufiger (74%) und geht bei den Pflegebedürftigen nur leicht zurück (65%). Die meisten Aktivitäten werden häufiger von Männern ausgeübt als von Frauen

Insgesamt ist auffällig, dass es keine Aktivität gibt, der häufiger durch Pflegebedürftige nachgegangen wird als von Personen ohne Pflegebedarf. Zwei naheliegende Ursachen sind die schlechtere Gesundheit der Pflegebedürftigen und das tendenziell höhere Alter, wobei dies nicht für jede Aktivität im gleichen Maße relevant sein muss. Die Frage ist also, ob sich diese bivariaten Befunde auch bestätigen, wenn für weitere individuelle Merkmale kontrolliert wird.

Es zeigt sich, dass der Unterschied zwischen Personen mit und ohne Pflegebedarf fast bei allen Aktivitäten signifikant negativ ist, d.h. dass Pflegebedürftige auch unter Kontrolle diverser sozio-ökonomischer Charakteristika diesen Aktivitäten seltener nachgehen als die Vergleichsgruppe (Tabelle 5-46). Allerdings ist der Unterschied in einigen Fällen deutlich geringer als im bivariaten Vergleich.³⁴ Der Rückgang bei den handwerklichen Tätigkeiten ist beispielsweise mit rund 27%-Punkten nur etwa halb so groß als die entsprechende Differenz in Tabelle 5-45. Es zeigt sich ebenfalls für fast alle Aktivitäten ein negativer Zusammenhang mit schlechter Gesundheit.

Tabelle 5-45: Zeitverwendung von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (2011 bzw. 2008)

Regelmäßige Aktivitäten	Alle			Pflegebedürftige		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Kinobesuche o.ä. ^a	9,5	8,8	10,1	1,8	0,5	3,8
Ehrenamtliche Tätigkeiten ^a	19,2	15,8	22,9	2,8	1,7	4,5
Beteiligung in Parteien ^a	2,9	1,8	4,1	0,9	0,0	2,2
PC Nutzung ^b	22,0	13,5	31,8	6,6	3,0	11,9
Basteln / Handarbeit / Reparaturen ^b	63,9	58,4	70,2	12,6	13,1	11,9
Pflege des Auto ^b	21,4	5,4	39,7	4,4	0,0	11,2
Besuch kultureller Veranstaltungen ^a	20,8	22,5	19,0	8,1	8,0	8,2

³⁴ Aktivitäten, die kaum unter Pflegebedürftigen verbreitet sind, haben wir nicht in die multivariate Analyse einbezogen.

Künstlerische und musische Tätigkeiten ^a	35,1	33,6	36,7	13,1	11,2	16,1
Sportliche Aktivität ^a	33,0	34,0	32,0	5,9	3,4	9,7
Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen ^a	26,6	29,7	23,3	12,4	12,0	13,0
Gegenseitige Besuche (Freunde) ^a	68,3	69,4	67,2	49,9	52,5	45,9
Essen oder trinken gehen ^b	40,7	38,0	43,8	19,5	13,5	28,8
Gegenseitige Besuche (Familie) ^b	74,2	76,1	72,1	65,2	61,1	71,4
Ausflüge / kurze Reisen ^b	25,2	21,3	29,7	9,5	6,2	14,3
Fernsehen ^b	96,9	96,4	97,4	92,0	92,6	91,0

Anmerkungen: Wenn die Tätigkeit mindestens einmal pro Monat ausgeübt wird, wird sie als Eins kodiert, sonst Null. (a) Daten aus 2011; (b) Daten aus 2008. Anteile wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Es zeigt sich zudem, dass Alleinlebende vielen Aktivitäten häufiger nachgehen als Personen in größeren Haushalten. Dieser Effekt muss aber vor dem Hintergrund interpretiert werden, dass wir bereits für das Haushaltseinkommen kontrollieren. Der Effekt bedeutet also: bei gleichem Haushaltseinkommen, gehen Alleinlebende einer Aktivität eher nach als Personen in größeren Haushalten. Da das Haushaltseinkommen Alleinlebender in der Regel deutlich niedriger ist als in Mehrpersonenhaushalten, kann man davon ausgehen, dass die meisten Aktivitäten sogar seltener von Alleinlebenden ausgeübt werden. Einen positiven Effekt auf die meisten Aktivitäten haben auch das Einkommen und eine höhere Bildung. Lediglich der Kirchbesuch korreliert negativ mit mittlerer und höherer Bildung (im Vergleich zu geringer Bildung).

Tabelle 5-46: Regression zu den Determinanten der Zeitverwendung in unterschiedlichen Aktivitäten von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen

Variablen	PC Nutzung	Besuch kultureller Veranstaltungen	Künstlerische Tätigkeiten	Aktiver Sport	Kirchbesuch	Gegenseitige Besuche (Freunde)	Gegenseitige Besuche (Verwandte)	Essen und trinken gehen	Ausflüge	Basteln / Handarbeit / Reparaturen
Pflegebedürftig (1=ja)	0,004	-0,041***	0,074** *	0,051 ***	0,157 ***	0,134* **	0,084** *	0,081 ***	0,059 ***	0,270* **
Gesundheitss tatus (Basis: sehr gut)										
Gut	- 0,048 *	-0,061***	0,013	0,081 ***	0,011	0,033* **	0,053**	- 0,045	- 0,045	-0,006
Zufriedenstell end	- 0,112 ***	-0,114***	-0,019	0,166 ***	0,008	0,075* **	0,050**	- 0,087 ***	- 0,112 ***	-0,029
Weniger gut	- 0,118 ***	-0,137***	- 0,047** *	- 0,232 ***	-0,015	- 0,112* **	0,027	- 0,139 ***	- 0,175 ***	- 0,099* **

Schlecht	- 0,138 ***	- -0,185***	- 0,102** *	- 0,288 ***	- 0,103 ***	- 0,219* **	- -0,047	- 0,216 ***	- 0,241 ***	- 0,247* **
Alter	- 0,062 ***	- 0,026***	- -0,005	- 0,015 ***	- 0,072 ***	- 0,034* **	- 0,005	- 0,016	- 0,008	- 0,024* *
Alter quadriert/100	- 0,035 ***	- -0,020***	- -0,001	- 0,004	- 0,045 ***	- 0,026* **	- -0,005	- 0,014 **	- 0,011 *	- 0,023* **
Frau	- 0,075 ***	- 0,059***	- 0,017** *	- 0,050 ***	- 0,047 ***	- 0,035* **	- 0,020**	- 0,056 ***	- 0,007	- 0,096* **
Migrations- hintergrund	- 0,035 ***	- -0,030***	- 0,053** *	- 0,068 ***	- 0,086 ***	- 0,038* **	- -0,019*	- 0,091 ***	- 0,099 ***	- 0,149* **
Haushalts- größe (Basis: 1)										
2	- 0,006	- -0,052***	- 0,007	- -0,008	- 0,024 ***	- 0,065* **	- 0,024** *	- 0,095 ***	- 0,007	- 0,101* **
3+	- 0,035 **	- -0,138***	- 0,019**	- 0,089 ***	- 0,076 ***	- 0,104* **	- -0,002	- 0,221 ***	- 0,116 ***	- 0,103* **
Haushalts- eink./1000	- 0,002 ***	- 0,003***	- 0,001** *	- 0,002 ***	- 0,000 ***	- 0,001* **	- 0,001** *	- 0,003 ***	- 0,002 ***	- -0,000
Mittlere Bildung	- 0,024 ***	- 0,040***	- 0,042** *	- 0,056 ***	- 0,065 ***	- 0,020* **	- -0,004	- 0,047 ***	- 0,038 ***	- 0,031* **
Höhere Bildung	- 0,203 ***	- 0,215***	- 0,220** *	- 0,162 ***	- 0,070 ***	- 0,051* **	- 0,026**	- 0,102 ***	- 0,149 ***	- 0,074* **
Beobach- tungen	11.43 5	44.234	38.097	44.01 1	44.15 8	43.815	13.507	13.53 4	13.48 6	13.493
Korrigiertes R2	0,223	0,138	0,125	0,138	0,041	0,042	0,017	0,094	0,105	0,167

Anmerkungen: Es wurden lineare Wahrscheinlichkeitsmodelle mit robusten Standardfehlern geschätzt. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Die einzelnen Aktivitäten wurden unterschiedlich oft und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfragt, deswegen unterscheidet sich die Anzahl der Beobachtungen zwischen den Modellen. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Im nächsten Schritt betrachten wir nur die Gruppe der Pflegebedürftigen und kontrollieren für die Form der Pflege (Tabelle 5-47). Der Bezug von formeller Pflege im Vergleich zu rein informeller Pflege ist in vier Fällen signifikant. Sie geht einher mit einer um zwei Prozentpunkte höheren Wahrscheinlichkeit kulturelle Veranstaltungen zu besuchen und einer Erhöhung um sieben Prozentpunkte beim Item „essen oder trinken gehen“. Gleichzeitig ist sie negativ korreliert mit aktivem Sport und dem gegenseitigen Besuch von Freunden. Eine mögliche Erklärung wäre, dass die genutzte formelle Pflege auch den Besuch entsprechender Veranstaltungen oder beispielsweise gemeinsame Essen organisiert. Bei den anderen Aktivitäten zeigt sich kein signifikanter Effekt. Bei fast allen Aktivitäten findet sich ein negativer Effekt bezüglich der Einschränkungen in den ADLs, allerdings sind die Effekte fast nur bei ADL 4 signifikant, also bei sehr großen Einschränkungen.

Auch bei den Pflegebedürftigen zeigen die Alleinlebenden eine hohe Aktivität im Vergleich zu Personen in größeren Haushalten. Alleinlebende gehen signifikant häufiger zu kulturellen Veranstaltungen, betreiben häufiger Sport, sind künstlerisch aktiv und besuchen häufiger Freunde und Verwandte. Und ähnlich wie in der Gesamtstichprobe haben Einkommen und höhere Bildung signifikant positive Effekte bei den meisten Aktivitäten (hier auch beim Kirchbesuch).

Interessant ist der Effekt des Geschlechts. In den deskriptiven Auswertungen zeigte sich ja, dass Frauen in der Regel weniger häufig den einzelnen untersuchten Aktivitäten nachgehen als Männer. Dieser Effekt findet sich aber in den multivariaten Modellen nur bei der PC-Nutzung und bei „Basteln / Handarbeit / Reparaturen“ wieder, in den meisten anderen Fällen, ist der Koeffizient sogar signifikant und positiv. Bei den Pflegebedürftigen nun, ist er überhaupt nur noch beim Kirchgang positiv und signifikant, das bedeutet, dass Frauen eine ungefähr vier Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen in die Kirche zu gehen als Männer in der Gruppe der Pflegebedürftigen.

Ähnlich wie in den Modellen, die auf der gesamten Stichprobe beruhen, findet sich wieder ein positiver Einkommens- und Bildungseffekt bei den meisten Aktivitäten auch unter der Pflegebedürftigen.

Tabelle 5-47: Regression zu den Determinanten der Zeitverwendung in unterschiedlichen Aktivitäten von Pflegebedürftigen

Variablen	PC Nutzung	Besuch kultureller Veranstaltungen	Künstlerische Tätigkeiten	Aktiver Sport	Kirchbesuch	Gegenseitige Besuche Freunde	Gegenseitige Besuche Verwandte	Essen gehen	Ausflüge	Basteln / Handarbeit / Reparaturen
Formelle Pflege (Basis: rein informell)	0,014	0,022**	-0,012	-0,018**	0,025	-0,051**	-0,061	0,070*	-0,024	-0,024
Einschränkungen (Basis: ADL 1)										
ADL 2	0,001	-0,025	-0,029	0,032**	-0,019	-0,031	-0,047	-0,004	-0,018	-0,018
ADL 3	0,014	-0,044**	-0,028	0,013	-0,022	-0,090**	-0,027	-0,071	-0,045	-0,045
ADL 4	-0,009	-0,052***	-0,063**	-0,023*	-0,058**	-0,173***	-0,131*	-0,179***	-0,076	-0,076
Alter	-0,044**	-0,002	-0,014	-0,011	0,009	-0,015	-0,071	-0,025	-0,026	-0,026
Alter quadriert/100	0,024**	0,000	0,007	0,006	-0,006	0,007	0,043	0,012	0,014	0,014
Frau	-0,024	0,012	0,017	-0,000	0,038**	0,038	-0,038	-0,003	0,034	0,034
Migrationshintergrund	0,019	0,013	0,062***	0,016	0,032	0,038	-0,058	0,055	-0,000	-0,000
Haushaltsgröße (Basis: 1)										
2	-0,044*	-0,030**	-0,077***	-0,038***	-0,008	-0,089***	-0,099*	0,007	0,025	0,025
3+	-0,062	-0,063***	-0,122***	-0,084***	0,025	-0,219***	-0,257***	-0,068	-0,036	-0,036
Haushaltseinkommen/1000	0,001	0,002***	0,004***	0,003***	0,001*	0,002*	-0,001	0,003*	0,001	0,001
Bildung (Basis: Geringe Bildung)										
Mittlere Bildung	0,012	0,006	0,022	0,013	-0,010	0,017	-0,009	0,021	0,039*	0,039*
Höhere Bildung	0,058*	0,074***	0,109***	0,021	0,053**	0,103***	0,038	0,114*	0,122***	0,122***
Beobachtungen	535	2.205	1.894	2.197	2.193	2.137	536	534	533	533
Korrigiertes R2	0,069	0,046	0,088	0,071	0,011	0,037	0,031	0,052	0,049	0,049

Anmerkungen: Es wurden lineare Wahrscheinlichkeitsmodelle mit robusten Standardfehlern geschätzt. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Die einzelnen Aktivitäten wurden unterschiedlich oft und zu unterschiedlichen Zeitpunkten erfragt, deswegen unterscheidet sich die Anzahl der Beobachtungen zwischen den Modellen. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

5.10 Zusammenfassung

Abschließend fassen wir die zentralen empirischen Befunde des fünften Kapitels über die Situation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten und die Ausgestaltung der Versorgungssettings, in denen sie gepflegt werden, noch einmal zusammen. Unsere Hauptdatengrundlage bildeten Längsschnittdaten des SOEP, die an einigen Stellen durch Auswertungen des SHARE ergänzt wurden. Ziel des Kapitels war es zum einen, die Population der Pflegebedürftigen zu beschreiben und sie mit der älteren Bevölkerung ohne Pflegebedarf zu vergleichen. Wir haben daher nur Personen über 64 Jahren in unsere Analyse einbezogen und an einigen Stellen die Vergleichsgruppe auf 80 Jahre und älter beschränkt. Zum anderen haben wir die pflegebedürftige Population selbst, soweit es die Datenlage erlaubt, näher in den Blick genommen. Eine zentrale Rolle spielt dabei die Frage, in welcher Pflegekombination aus formeller und informeller Pflege Personen versorgt werden. Haushalte, die ambulante Pflege organisieren, müssen sich zwischen formellen und informellen Pflegearrangements oder einer Kombination aus beiden entscheiden.

Bei der Betrachtung der Einflussfaktoren auf diese Entscheidung zeigt sich, dass es verschiedene stabile Einflussfaktoren gibt. So gehen stärkere gesundheitliche Einschränkungen der Pflegebedürftigen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einher, formelle Pflege in Anspruch zu nehmen. Dieser Effekt wird kaum moderiert durch Berücksichtigung anderer Haushaltscharakteristika. Als weiterer wichtiger Faktor erweist sich das Alter, denn es findet sich in den meisten Spezifikationen auch ein Zusammenhang von höherem Alter und der Inanspruchnahme formeller Pflege. Dies ist insofern bemerkenswert, als dieser Effekt unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes geschätzt wird. Sofern die pflegebedürftige Person mit ihrem Partner zusammenlebt, steigt mit dem Alter auch die Wahrscheinlichkeit, dass der Partner nicht mehr die volle Pflegearbeit übernehmen kann. Als stabile und starke Einflussgröße erweist sich auch die Größe des Haushaltes. Wir haben im fünften Kapitel neben dem Gesundheitszustand der Pflegebedürftigen zentrale Erklärungsdimensionen ihres Versorgungssettings genauer untersucht und schließlich auch die Zufriedenheit und Alltagsgestaltung Pflegebedürftiger analysiert, die in Privathaushalten versorgt werden.

Eine wichtige Determinante des Pflegebedarfs ist der Gesundheitszustand der Person. Erwartungsgemäß ist der Gesundheitszustand von Pflegebedürftigen deutlich schlechter als in der älteren Bevölkerung ohne Pflegebedarf, was sich auch im höheren Ausmaß der Multimorbidität dieser Gruppe widerspiegelt. Während Pflegebedürftige in ihrer physischen Gesundheit generell stark eingeschränkt sind, weist die psychische Gesundheit eine heterogenere Verteilung auf. In der multivariaten Analyse zeigt sich, dass Pflegebedürftige in

größeren Haushalten häufiger über eine schlechtere psychische Gesundheit verfügen als in Singlehaushalten. Vor dem Hintergrund, dass ein Alleinleben für Pflegebedürftige ein nicht unerhebliches Maß an psychischer Gesundheit voraussetzt, ist dieser Befund plausibel. Interessanterweise unterscheiden sich Pflegebedürftige, die allein leben, in ihrer physischen Gesundheit nicht signifikant von Pflegebedürftigen, die in Mehrpersonenhaushalten leben. Trotz des insgesamt sehr schlechten Gesundheitszustandes dieser Gruppe, gibt immerhin ein Drittel der Pflegebedürftigen an, mit dem eigenen Gesundheitszustand zufrieden oder sogar sehr zufrieden zu sein.

Für die Frage, in welchem Pflegesetting eine Person versorgt wird, hat sich der Kontext der familialen und sonstigen persönlichen Kontakte als wichtiger Erklärungsfaktor erwiesen, d.h. das jeweilige soziale Netzwerk, in dem sich pflegebedürftige Personen bewegen und in dem ggf. ein Teil der Pflege übernommen wird. Im Hinblick auf die Frage, wer pflegt, zeigen die Pflegesettings in Privathaushalten wenig Heterogenität. Die meisten Haushalte beziehen informelle Hilfe und diese fast ausschließlich von der Familie. Dies betrifft 60% der Haushalte, in denen Pflegebedürftige leben, wobei dieser Anteil seit 2005 leicht gesunken ist. Demgegenüber haben Pflegesettings zugenommen, in denen die informelle Hilfe der Familienangehörigen durch formelle Hilfe ergänzt wird (2011:17%). Weitere rund 10% erhalten ausschließlich formelle Hilfe, und die übrigen Haushalte nutzen unterschiedliche weitere Pflegekombinationen. Insgesamt zeigt sich, dass Haushalte die informelle Hilfe von Menschen, die nicht aus dem Kreis der eigenen Familie stammen, nach wie vor sehr selten in Anspruch nehmen. Schließlich gibt es auch einen nicht unerheblichen Anteil an Personen mit Pflegebedarf, die allerdings keine Pflege erhalten. Dieser Gruppe konnten wir nur anhand des SHARE identifizieren, da das SOEP die Einschränkungen der Befragten in den ADLs nicht unabhängig davon erfasst, welche Hilfen in Anspruch genommen werden. Im SHARE zeigt sich, dass ein großer Teil der Pflegebedürftigen, immerhin 20%, trotz Einschränkungen keine Hilfe erhält.

Die Art und Weise, wie Pflege realisiert wird, ist sehr eng verknüpft mit dem Netzwerk der Pflegebedürftigen. Ausschlaggebend ist dabei zunächst die Familie und, eng damit verknüpft, die Haushaltskonstellation. Gut drei Viertel aller Haushalte von Pflegebedürftigen sind entweder Single- oder Paarhaushalte, wobei ein Großteil der Singlehaushalte aus Hinterbliebenen besteht. Bei den übrigen Haushalten handelt es sich häufig um Mehrgenerationenhaushalte. Wenn man die Inanspruchnahme rein informeller Pflege mit der Kombination aus informeller und formeller Pflege vergleicht, zeigt sich ein deutlicher Effekt der Haushaltsgröße: je größer ein Haushalt ist, desto höher ist auch die Wahrscheinlichkeit, dass der Pflegebedarf im Haushalt rein informell gedeckt werden kann. Danach gefragt, durch wen

sie am liebsten gepflegt werden möchten, geben drei Viertel nicht nur der Pflegebedürftigen, sondern aller Befragten ihren Partner an, sofern sie in Mehrpersonenhaushalten leben. Anders sieht es bei Alleinlebenden aus, die bei der Frage nach der gewünschten Pflegeperson am häufigsten ihre Tochter nennen. Pflegebedürftige Singles geben schließlich häufiger auch bezahlte Helfer als Pflegeperson an. Insgesamt deuten unsere Befunde darauf hin, dass die Distanz gegenüber formeller Hilfe durch bezahlte Pflegekräfte deutlich sinkt, wenn man bereits Erfahrung mit Pflegediensten hat: knapp ein Drittel der alleinlebenden Pflegebedürftigen geben an, in erster Linie bezahlte Hilfe in Anspruch nehmen zu wollen. Das entspricht dem Anteil der alleinlebenden Pflegebedürftigen, die ihre Tochter nennen. Bei alleinlebenden Personen ohne Pflegebedarf hingegen, liegt der Anteil, der bezahlte Pflegekräfte als erste Pflegeperson angibt, nur bei knapp 20.

Die Netzwerke Pflegebedürftiger sind im Durchschnitt kleiner als bei Personen ohne Pflegebedarf und sie verfügen beispielsweise auch über weniger enge Freunde. Die Tatsache, dass Männer, die informell gepflegt werden, im Vergleich zu Frauen über größere Freundesnetzwerke verfügen, interpretieren wir als Hinweis darauf, dass der Beginn der Pflegebedürftigkeit eine zentrale Rolle spielt: man kann davon ausgehen, dass Männer, die generell früher pflegebedürftig werden, zu diesem Zeitpunkt noch ein größeres Netzwerk haben als Frauen bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Ihr Netzwerk besteht dann größtenteils mindestens aus ihrer Partnerin. Vergleicht man hingegen Pflegebedürftige, die neben informeller auch formelle Pflege nutzen, so zeigt sich dieser Unterschied der Netzwerkgröße nicht. Befragt man die Personen aber zur konkreten Qualität des Netzwerkes und spezifischen Eigenschaften, beispielsweise ob es Pflege- oder Vertrauenspersonen im Netzwerk gibt, geben Frauen ein größeres Netzwerk an. Insofern scheinen sich die verbindlicheren sozialen Bindungen trotz des im Durchschnitt höheren Alters eher bei den Frauen zu befinden.

Wenn man die individuellen Ressourcen betrachtet, die Einfluss auf das Pflegearrangement, die Zufriedenheit und die Alltagsgestaltung von Pflegebedürftigen haben, so gehört neben den Netzwerken die Einkommens- und Vermögenssituation zu den zentralen Determinanten. Pflegebedürftige ab 65 Jahren sind relativ zufrieden mit ihrem Einkommen und sogar zufriedener mit der sozialen Sicherung als die sonstige ältere Bevölkerung. Die Analyse der Einkommens- und Vermögensverhältnisse zeigt, dass Ältere mit Pflegebedarf über ein ähnlich hohes Haushaltseinkommen verfügen wie Ältere ohne Pflegebedarf. Neben der gesetzlichen Rente stellt die Pflegeversicherung ihre Haupteinkommensquelle dar. Es liegt nahe, zu vermuten, dass finanzielle Ressourcen den Spielraum für ambulante Pflege erhöhen. Zwar verfügen Pflegehaushalte über ähnlich hohe Haushaltseinkommen wie die übrigen Rentnerhaushalte; eine offene Frage ist allerdings, ob dieser finanzielle Rahmen ausreicht, um

zusätzlich zur informellen Pflege auch formelle Pflege nutzen zu können. Unsere multivariaten Schätzungen zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme formeller Pflege mit dem Einkommen steigt.

Das Armutsrisiko der Pflegebedürftigen, die älter als 64 Jahre alt sind, ist seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 90er Jahre bis 2005 gesunken und seither relativ stabil geblieben. Wie unsere multivariaten Analysen zeigen, weisen Pflegebedürftige sogar ein signifikant niedrigeres Armutsrisiko auf als die übrige ältere Bevölkerung. Innerhalb der Pflegebedürftigen sinkt das Armutsrisiko, wenn Leistungen der Pflegeversicherung bezogen werden. Wenn man aber zusätzlich die Kosten der Pflege berücksichtigt, zeigt sich, dass das verfügbare Einkommen um gut 20% niedriger ist in den Haushalten, die regelmäßige Kosten angeben (ungefähr 50% der Haushalte). Berechnet man die Armutsquote auf diesem korrigierten Einkommen, liegt sie sogar oberhalb der Armutsquote anderer Älterer.

Im Gegensatz zum Einkommen, liegt das Vermögen von Pflegebedürftigen deutlich unterhalb des Vermögens der Vergleichsgruppe. Ein relativ hoher Anteil der Pflegebedürftigen verfügt über keine nennenswerten Vermögensbestände. Ob dieser Befund primär dadurch zu erklären ist, dass Pflegebedürftige Ersparnisse auflösen, um ihre Pflege zu finanzieren, konnte anhand der vorliegenden Daten nicht geprüft werden. Wichtig bei der Analyse der Einkommensverhältnisse ist auch, dass wir nur Pflegebedürftige in Privathaushalten analysieren. Es könnte sein, dass diejenigen, die sich die Pflege zuhause noch leisten können über ein höheres Einkommen und Vermögen verfügen als diejenigen in stationären Einrichtungen. Ein Indiz in diese Richtung ist die hohe Quote derjenigen, die Hilfe zur Pflege in Anspruch nehmen, in den Heimen waren es 2011 bereits über 30%, in den Privathaushalten unter sechs Prozent. Leider können wir die Population in stationären Einrichtungen nicht detailliert untersuchen.

Mit dem SOEP hatten wir auch die Möglichkeit, Persönlichkeitsmerkmale Pflegebedürftiger auszuwerten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Persönlichkeit zwar einerseits das Gesundheitsverhalten einer Person beeinflusst, andererseits aber auch selbst durch die Gesundheit und deren Veränderungen beeinflusst werden kann. Pflegebedürftige haben häufig bereits Gesundheitsschocks erlebt. Zugleich ist bei ihnen auch die Wahrscheinlichkeit größer, soziale Verluste zu erleiden (bzw. erlitten zu haben) wie den Tod des Partners oder den Verlust der eigenen Autonomie. Diese Ereignisse können ebenfalls auf die Persönlichkeit zurückwirken.

Wir haben die Risikoeinstellungen und Kontrollüberzeugungen Pflegebedürftiger im Vergleich mit der übrigen älteren Bevölkerung untersucht und konnten zeigen, dass Pflegebedürftige weniger risikobereit sind. Es zeigt sich zudem, dass Personen mit schlechterer Gesundheit eine

geringere Risikobereitschaft haben. Die Gesundheit erweist sich mithin als wichtige Determinante der individuellen Risikobereitschaft. Aber auch unabhängig vom Gesundheitszustand haben Pflegebedürftige eine geringere Präferenz für Risiken. Im Hinblick auf die Kontrollüberzeugungen konnten wir zeigen, dass Pflegebedürftige geringere interne Kontrollüberzeugungen haben. Das heißt, sie glauben weniger an die Fähigkeit, selbst Dinge in ihrem Umfeld beeinflussen zu können, als ältere Menschen ohne Pflegebedarf. Darüber hinaus zeigt sich, dass eine höhere Risikobereitschaft und höhere interne Kontrollüberzeugungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit einhergehen, informelle Pflege in Anspruch zu nehmen.

Abschließend haben wir uns zwei Outcome-Dimensionen näher angesehen, und zwar die Zufriedenheit und die Alltagsgestaltung von Pflegebedürftigen. Erwartungsgemäß führt Pflegebedürftigkeit zu einer niedrigeren allgemeinen Lebenszufriedenheit. Dieser Befund zeigt sich sowohl bivariat als auch unter Kontrolle des Gesundheitszustandes der Pflegebedürftigen. Wir vermuten, dass der durch den Eintritt der Pflegebedürftigkeit ausgelöste Autonomieverlust diese Veränderung wesentlich erklärt. Auch die Tatsache, dass Pflegebedürftige formelle Hilfe in Anspruch nehmen, beeinflusst ihre Lebenszufriedenheit negativ. Dieser Befund steht in einem gewissen Widerspruch zu unserer Annahme, dass Erfahrung mit formeller Pflege allein die Distanz gegenüber dieser Hilfeform verringern kann. Offenbar scheint auch die Qualität dieser Pflegeleistungen, z.B. im Hinblick auf den eigenen Autonomieerhalt, einen Einfluss zu haben. Insgesamt ist die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen vor allem in den Lebensbereichen signifikant niedriger als in der Gesamtpopulation der über 64-Jährigen, die in stärkerem Ausmaß durch die Pflegebedürftigkeit beeinträchtigt werden, wie z.B. die Freizeitgestaltung und der allgemeine Lebensstandard. Auch die Alltagsgestaltung wird durch Pflegebedürftigkeit beeinträchtigt, denn das Ausmaß der Alltagsaktivitäten nimmt generell ab. Insgesamt sind davon weniger soziale Aktivitäten betroffen, wie z.B. Besuche bei Freunden und auch hier insbesondere der Familie, als vielmehr Freizeitaktivitäten zuhause, die durch eine höhere Eigenaktivität gekennzeichnet sind, z.B. Basteln oder Handarbeiten. Erwartungsgemäß nehmen Pflegebedürftige signifikant weniger am gesellschaftlichen Leben teil, was sich sowohl im Rückgang kultureller als auch ehrenamtlicher Tätigkeiten widerspiegelt.

5.11 Anhang

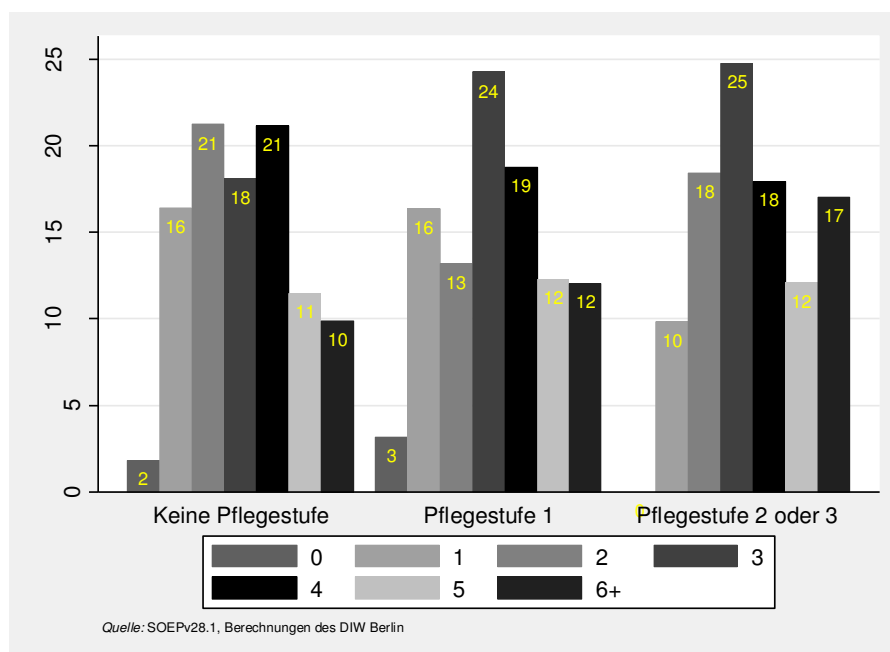
Tabelle 5-48: Unterschiede in der Wahrscheinlichkeit von Krankheitsdiagnosen zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (geschätzte Koeffizienten, differenziert nach Geschlecht)

Krankheitsdiagnose	Gesamt	Männer	Frauen
Schlafstörung	0,080***	0,066*	0,096**
Diabetes	0,153***	0,165***	0,130***
Asthma	0,039***	0,049***	0,021
Herzkrankheit	0,170***	0,176***	0,156***
Krebs	0,063***	0,089***	0,027
Schlaganfall	0,212***	0,153***	0,308***
Migräne	0,009	0,002	0,023*
Bluthochdruck	0,039*	0,016	0,074**
Depressiv	0,088***	0,093***	0,081***
Demenz	0,070***	0,085***	0,041***
Gelenk	0,027	0,024	0,040
Rücken	0,073**	0,062	0,096**
Sonstige	0,200***	0,188***	0,231***

Anmerkungen: Die abgebildeten Werte bezeichnen geschätzte Unterschiede zwischen pflegebedürftigen Personen und nicht pflegebedürftigen Personen bezüglich der Verbreitung der jeweiligen Krankheitsdiagnose. Bei dem verwendeten linearen Regressionsmodell wurde zusätzlich für Alter, Bildung, Einkommen und Haushaltsgröße kontrolliert. Fettgedruckte Werte sind mindestens auf dem 5%-Niveau signifikant. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Abbildung 5-11: Multimorbidität von Pflegebedürftigen (differenziert nach Leistungen der PV; 2011)



Anmerkungen: Pflegebedürftige Personen über 64 Jahre; Anzahl der Krankheiten. Siehe dazu Tabelle 5-10 bzw. Abbildung 5-11.

Tabelle 5-49: Krankheitsdiagnosen von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter) nach Geschlecht (2011; Anteile in %)

Krankheitsdiagnose	Gesamt			Frauen		Männer	
	pflegebedürftig		Durchschnitt	pflegebedürftig		pflegebedürftig	
	Nein	Ja		Nein	Ja	Nein	Ja
Schlafstörung	15,8	22,8	17,3	20,7	25,6	9,2	18,4
Diabetes	18,0	29,9	20,9	17,0	30,0	19,4	29,6
Asthma	3,9	9,1	5,2	4,6	11,2	3,0	5,6
Herzkrankheit	33,7	47,4	37,0	30,7	48,0	37,8	46,4
Krebs	7,2	14,5	9,0	5,7	14,9	9,3	13,9
Schlaganfall	5,8	23,3	10,1	6,2	16,3	5,3	35,3
Migräne	1,8	3,1	2,1	2,4	3,4	1,0	2,7
Bluthochdruck	48,3	48,0	48,2	52,5	48,0	42,4	48,1
Depressiv	3,1	11,2	5,1	4,4	12,1	1,4	9,7
Demenz	1,5	9,9	3,5	2,1	13,7	0,6	3,4
Gelenk	44,4	48,8	45,4	49,0	52,2	38,5	43,5
Rücken	30,4	34,3	31,3	33,5	35,5	26,4	32,5
Sonstige	22,2	41,5	26,9	20,3	40,5	24,9	43,0

Anmerkungen: Die Vergleichsgruppe weicht bezüglich des Alters von Tabelle 5-10 (S. 44) ab, da hier bei den Nicht-Pflegebedürftigen nur Personen im Alter von 80 Jahren und mehr berücksichtigt wurden. Die Frage im SOEP lautet „Hat ein Arzt bei Ihnen jemals eine oder mehrere der folgenden Krankheiten festgestellt?“, sie bezieht sich also auch auf Krankheiten, die eventuell ausgeheilt sind. „Sonstige Krankheiten“ konnten von den Befragten selbst angegeben werden, die anderen waren als Antwortkategorien vorgegeben. Die Anteile sind gewichtet.

Quellen: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

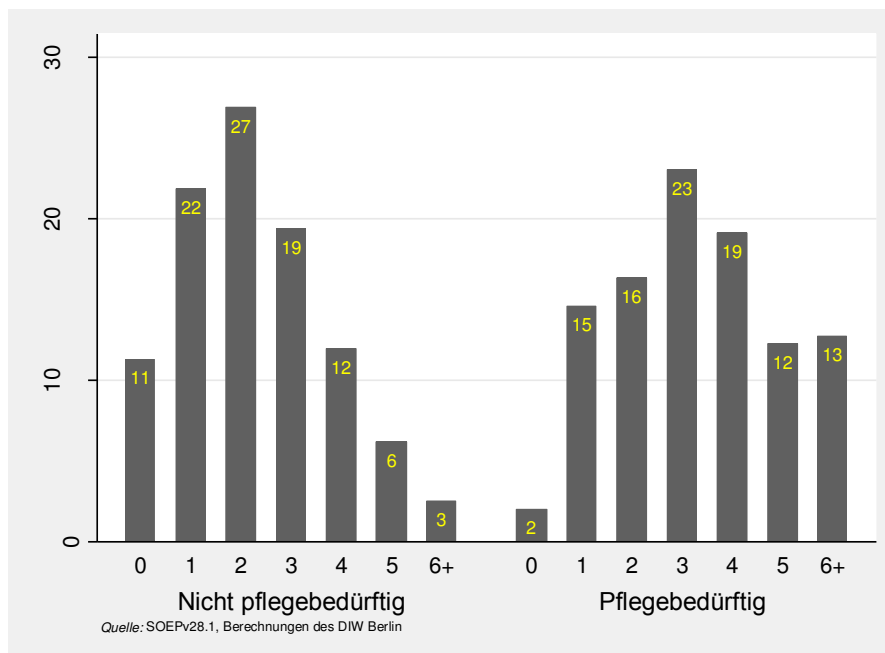
Tabelle 5-50: Mentale und physische Gesundheit von Pflegebedürftigen differenziert nach Geschlecht

Variablen	MCS		PCS	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Alter	-0,188	-2,809*	-0,308	1,574**
Alter quadriert/100	0,128	1,881*	0,230	-1,009**
Migrationshintergrund	-0,647	-1,341	-0,423	1,165
Haushaltsgröße (Basis: 1)				
2	-3,717***	-5,716***	-0,646	-0,830
3+	-5,070**	-8,754***	1,382	-0,918
Haushaltseinkommen/1000	0,031	0,068*	0,007	0,068***
Bildung (Basis: niedrige Bildung)				
Mittlere Bildung	-0,032	-0,360	-0,001	1,834*
Höhere Bildung	3,344*	1,756	0,996	0,260
Beobachtungen	820	486	820	486
Individuen	467	302	467	302

Anmerkungen: Random-Effects Regression mit Daten von 2002, 2004, 2006, 2008 und 2010. Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Vgl. Tabelle 5-12. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Abbildung 5-12: Multimorbidität von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter)



Anmerkungen: Pflegebedürftige Personen über 64 Jahre; Nicht-Pflegebedürftige ab 80 Jahren. Anzahl der Krankheiten. Siehe dazu Tabelle 5-10 bzw. Abbildung 5-11.

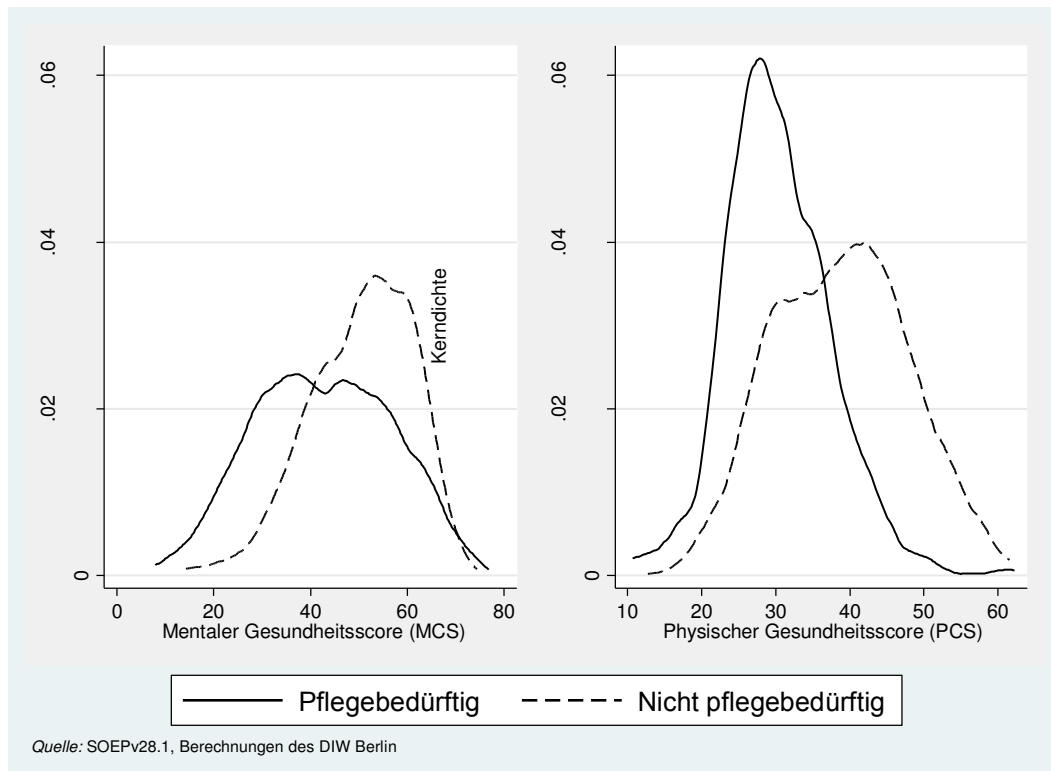
Tabelle 5-51: Komponenten der Gesundheitsscores MCS und PCS (Subskalen)

Komponenten der Gesundheitsscores MCS und PCS (Subskalen)	Pflegebedürftig				
	Nein	Ja	Ja		
			Haushaltsgröße		
			1	2	3+
PCS					
Physische Fitness	42,3	29,7	29,8	29,5	30,6
Einschränkungen aufgrund physischer Beeinträchtigung	45,0	30,1	32,2	28,1	29,3
Körperliche Schmerzen	45,8	37,8	38,5	37,2	36,2
Allgemeiner Gesundheitszustand	44,8	32,8	34,2	31,1	33,7
MCS					
Vitalität	47,5	37,1	37,5	37,0	34,0
Sozialleben	48,0	34,2	36,1	32,6	30,9
Einschränkungen aufgrund mentaler Beeinträchtigung	48,3	39,1	42,1	36,7	31,4
Mentale Gesundheit	52,2	45,1	46,5	44,0	40,5

Anmerkungen: Die beiden Skalen MCS und PCS beruhen jeweils auf vier Subskalen, die in der Tabelle abgebildet sind. Jede Skala wurde auf einen Mittelwert von 50 und eine Standardabweichung von 10 standardisiert. Die Mittelwerte sind gewichtet und beziehen sich auf die Jahre 2008 und 2010. Vgl. dazu Tabelle 5-11. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Abbildung 5-13: Verteilung von MCS und PCS von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen (80 Jahre und älter)



Anmerkungen: Pflegebedürftige Personen über 64 Jahre; Nicht-Pflegebedürftige ab 80 Jahren. Vgl. dazu Tabelle 5-11 und Abbildung 5-2 und Abbildung 5-3.

Tabelle 5-52: Armutsquote von Pflegebedürftigen und nicht Pflegebedürftigen (1995-2011)

Jahr	Nicht pflegebedürftig			Pflegebedürftige		
	Mittelwert	Obere Grenze	Untere Grenze	Mittelwert	Obere Grenze	Untere Grenze
1995	16,4	18,2	14,6	20,6	26,9	14,4
1996	16,4	18,1	14,6	28,8	36,7	21,0
1997	15,4	17,1	13,7	20,3	27,1	13,5
1998	14,8	16,4	13,3	19,8	25,9	13,8
1999	13,7	15,2	12,2	16,1	21,7	10,6
2000	15,7	16,9	14,6	15,6	19,7	11,4
2001	16,1	17,3	14,9	13,2	17,3	9,2
2002	16,2	17,4	15,1	13,2	17,3	9,2
2003	16,8	17,9	15,7	13,0	16,9	9,0
2004	15,7	16,8	14,6	12,6	16,3	9,0
2005	14,6	15,7	13,5	7,7	10,8	4,6
2006	15,7	16,7	14,7	12,4	16,0	8,7
2007	14,1	15,1	13,1	15,5	19,7	11,4
2008	16,2	17,3	15,2	13,8	18,0	9,6
2009	16,7	17,8	15,6	17,0	21,5	12,5
2010	17,8	18,9	16,6	15,6	20,3	10,9
2011	17,5	18,5	16,5	10,9	14,6	7,1

Anmerkungen: Zur Berechnung der Armutsquote wurde das Jahreseinkommen des Vorjahres verwendet. Die Tabelle enthält die Daten zur Abbildung 5-4. Die Armutsquote ist definiert als ein äquivalenzgewichtetes Haushaltseinkommen, das unterhalb von 60% des Medianeinkommens liegt. Wichtig ist, dass die Jahreseinkommen auch den imputierten Mietwert von selbstgenutzten Immobilien beinhalten. Die „obere“ und die „untere“ Grenze markieren das 95%-Konfidenzintervall. Die Armutsquoten wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Tabelle 5-53: Anzahl enger Freunde von Pflegebedürftigen nach informeller und formeller Pflege

Anzahl enger Freunde	Frauen		Männer	
	Rein informelle Pflege	Formelle & kombinierte Pflege	Rein informelle Pflege	Formelle & kombinierte Pflege
Keinen	28,1	28,2	19,3	30,6
1	14,1	16,7	10,6	19,9
2	19,9	19,1	18,4	13,5
3	8,2	17,1	15,1	13,9
4+	29,6	18,9	36,6	22,2

Anmerkungen: Die Frage zur Anzahl enger Freunde wurde in den Jahren 2003, 2008, 2011 erhoben. Die Statistiken beruhen auf gepoolten Daten. Die Angaben wurden gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Tabelle 5-54: „Wer kann Ihnen auch mal unangenehme Wahrheiten sagen?“ (erste Person, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße, Anteile in %)

Erste Person	Pflegebedürftig					
	Nein			Ja		
	Alle	Singles	Mehrpers.HH	Alle	Singles	Mehrpers.HH
Männer und Frauen						
Partner	59,6	7,2	83,8	44,3	3,7	79,9
Tochter	16,5	36,7	7,2	24,7	41,1	10,2
Sohn	8,7	21,1	3,0	14,6	25,0	5,5
Bezahlte Helfer	0,1	0,4	0,0	1,3	2,8	0,0
Andere Verwandte	7,1	16,2	3,0	8,3	12,9	4,4
Andere Personen	7,9	18,5	3,0	6,8	14,5	0,0
Frauen						
Partner	43,9	3,1	76,2	29,3	2,2	67,4
Tochter	24,4	40,3	11,8	31,7	41,4	18,0
Sohn	12,3	22,4	4,3	20,1	29,7	6,7
Bezahlte Helfer	0,2	0,3	0,1	1,5	2,6	0,0
Andere Verwandte	9,5	16,7	3,8	9,5	10,6	8,0
Andere Personen	9,6	17,0	3,8	7,8	13,4	0,0
Männer						
Partner	76,5	18,0	89,4	69,9	9,3	92,0
Tochter	8,0	27,1	3,8	12,7	40,0	2,7
Sohn	4,8	17,4	2,0	5,1	7,3	4,4
Bezahlte Helfer	0,1	0,4	0,0	1,0	3,7	0,0
Andere Verwandte	4,6	14,6	2,4	6,3	21,2	0,9
Andere Personen	6,0	22,4	2,4	5,0	18,6	0,0

Anmerkungen: Es wurden gepoolte Daten von 2006 und 2011 verwendet. Kursive Zahlen beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen. Mehrpersonenehaushalte beinhalten Haushalte ab zwei Personen. Die Anteile sind gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

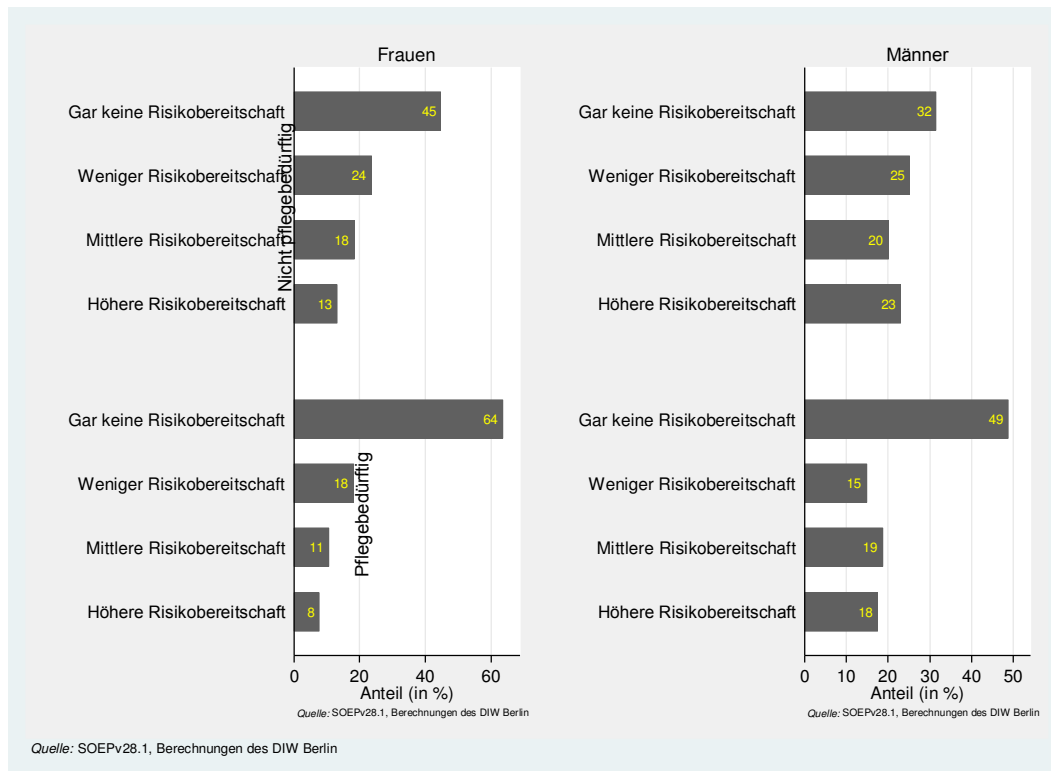
Tabelle 5-55: „Mit wem haben Sie gelegentlich Streit oder Konflikte, die belastend für Sie sind?“ (erste Person, differenziert nach Pflegebedürftigkeit, Geschlecht und Haushaltsgröße, Anteile in %)

Erste Person	Pflegebedürftig					
	Nein			Ja		
	Alle	Singles	Mehrpers.HH	Alle	Singles	Mehrpers.HH
Männer und Frauen						
Partner	45,0	7,2	60,5	45,4	3,5	72,6
Tochter	11,2	21,9	6,8	22,6	42,4	9,8
Sohn	10,8	16,7	8,4	8,1	16,0	2,9
Bezahlte Helfer	0,2	0,1	0,2	1,6	3,9	0,1
Andere Verwandte	14,9	22,6	11,7	12,6	14,8	11,2
Andere Personen	17,9	31,4	12,4	9,7	19,4	3,4
Frauen						
Partner	36,6	4,3	59,6	28,4	0,0	57,1
Tochter	16,6	25,0	10,6	28,2	37,8	18,6
Sohn	11,7	18,1	7,1	9,2	16,5	1,8
Bezahlte Helfer	0,1	0,2	0,0	2,5	4,8	0,2
Andere Verwandte	17,2	22,7	13,2	19,0	18,3	19,6
Andere Personen	18,0	29,8	9,5	12,7	22,6	2,7
Männer						
Partner	54,7	16,8	61,3	74,7	18,4	89,3
Tochter	5,1	12,2	3,9	13,0	61,9	0,3
Sohn	9,8	12,3	9,3	6,2	13,9	4,2
Bezahlte Helfer	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Andere Verwandte	12,2	22,3	10,5	1,6	0,0	2,0
Andere Personen	17,8	36,5	14,6	4,5	5,8	4,2

Anmerkungen: Es wurden gepoolte Daten von 2006 und 2011 verwendet. Kursive Zahlen beruhen auf weniger als 50 Beobachtungen. Mehrpersonenehaushalte beinhalten Haushalte ab zwei Personen. Die Anteile sind gewichtet. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Abbildung 5-14: Risikobereitschaft von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen nach Geschlecht (Anteile in %)



Anmerkungen: Die 11er Skala der Risikobereitschaft wurde in vier Kategorien aggregiert: 0...2 „gar keine Risikobereitschaft“; 3...4 „weniger Risikobereitschaft“; 5 „mittlere Risikobereitschaft“; 6...10 „höhere Risikobereitschaft“. Die Daten wurden gepoolt für die Jahre 2009, 2010 und 2011. Personen ab 65 Jahren.

Tabelle 5-56: Determinanten der Indikatoren zur Bereichszufriedenheit von Pflegebedürftigen

Variablen	Gesundheit	Schlaf	Haushaltseinkommen	Wohnung	Freizeit	Familienleben	Netzwerk	Waren und Dienstleistungen	Lebensstandard	Soziale Sicherung
Formelle Pflege (Basis: informelle Pflege)	0,254*	-0,188	0,061	0,004	0,084	-0,190	-0,067	0,352	0,073	-0,622
Einschränkungen in den ADL (Basis: ADL 1)										
ADL 2	-0,185	-0,053	-0,069	-0,195	-0,227	0,053	0,626	0,077	0,120	-0,500
ADL 3	-0,358*	-0,120	-0,152	-0,220	-0,354*	0,149	0,047	-0,227	-0,078	-0,411
ADL 4	-0,546**	-0,986*	0,014	-0,209	-0,696***	-0,397	-1,398	-0,173	-0,086	-0,014
Beobachtungen	2435	992	2903	2989	2840	1553	515	781	1651	521
Individuen	974	536	1094	1108	1075	718	455	442	707	450

Anmerkungen: Es wurden Fixed-Effects Modelle geschätzt. Es wurden die gleichen Kovariate aufgenommen wie im Modell zur allgemeinen Lebenszufriedenheit (Tabelle 5-41). Signifikanzniveaus: *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Personen ab 65 Jahren.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Exkurs: Altersgerechtes Wohnen

Im SOEP wird seit 2009 erfragt, ob in der Wohnung oder im Haus der Befragten Umbauten vorgenommen wurden, um ein altersgerechtes Wohnen zu ermöglichen. Eine altersgerechte Wohnung ist häufig eine der wichtigen Voraussetzungen für die Möglichkeit trotz Einschränkungen weiterhin zuhause leben zu können. Allerdings sind die Fallzahlen im SOEP zu gering, um eine differenzierte Analyse vorzunehmen. Interessant ist, dass die Umbauten vornehmlich in Haushalten vorgenommen wurden, in denen keine pflegebedürftige Person lebt. Dabei handelt es sich vermutlich entweder um einen Umbau für den eigenen Bedarf oder für nahestehende pflegebedürftige Personen, denen so ein Umzug ermöglicht werden soll.

Tabelle 5-57: Anzahl (Fallzahlen) der Haushalte, die Umbauten für das altersgerechte Wohnen vorgenommen haben (2009 bis 2011)

	2009	2010	2011
Anzahl der Haushalte			
Haushalte insgesamt	48	53	59
Haushalte mit Pflegebedürftigen	7	7	12
Träger der Kosten			
Vermieter	15	5	6
Eigene Kosten	30	34	41
Teils, teils	3	3	10

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Im Durchschnitt über die drei Wellen ist der Haushaltsvorstand in einem Haushalt der Umbaumaßnahmen durchführt gut 61 Jahre (das Medianalter liegt bei 64 Jahren). Es wurden auch Informationen zu den Kosten der Umbauten erhoben (2010 und 2011), leider lassen die niedrigen Fallzahlen eine genauere Analyse nicht zu. Im Durchschnitt (ungewichtet) hatten die Haushalte Kosten von gut 20.000 Euro, wobei der Median bei 10.000 Euro lag. Meistens mussten die Haushalte selbst die Kosten des Umbaus tragen, ob es Zuschüsse dazu gab, wurde nicht erfragt.

6 Der Übergang ins Pflegeheim

In Kapitel 2 (S.13ff) wurde bereits diskutiert, dass die formelle Pflege im Heim eine Sonderstellung einnimmt, da der Wohnortwechsel eine fundamentale Änderung der Lebensumstände bedeutet und sich massiv auf die mentale und physische Gesundheit der Pflegebedürftigen auswirkt. Personen, die den Heimübergang vollzogen haben, kehren in der Regel nicht in ihren Haushalt zurück. Dementsprechend zeigen zahlreiche Studien, dass sowohl die überwiegende Mehrheit der Pflegebedürftigen selbst als auch ihrer Angehörigen die Pflege zuhause der Pflege im Heim vorzieht. Rothgang u.a. (2010, S.145ff) weisen anhand von Versichertendaten nach, dass sich ein Großteil der Pflegeverläufe stabilen Mustern zuordnen lässt und dass diese häufig ausschließlich durch informelle beziehungsweise ambulant-formelle Pflege bis zum Tod gekennzeichnet sind, also ohne einen späteren Übergang in vollstationäre Pflege. Immerhin 15% der betrachteten Zugangskohorten beginnen die Pflegebedürftigkeit allerdings mit vollstationärer Pflege und weitere knapp 10% machen diesen Übergang innerhalb der ersten drei Jahre ihrer Pflegebedürftigkeit.³⁵

Die Versichertendaten liefern dazu sehr detaillierte Informationen, insbesondere auch zur Krankheitsgeschichte der Versicherten, aber es fehlen Informationen über den Haushaltskontext. Größere regelmäßige Datenerhebungen zu diesem Thema gibt es leider nicht. Wir stützen unsere Analysen in diesem Kapitel auf das SOEP, in dem immerhin der Übergang aus einem Privathaushalt in ein Pflegeheim beobachtet werden kann. Da nur sehr wenige Personen auch nach dem Heimübergang noch an der Befragung teilnehmen, können wir diese Population nicht weiter untersuchen. Wir konzentrieren uns im Folgenden auf den Übergang aus einem Privathaushalt in ein Pflegeheim.

Mehrere Studien haben den Heimübergang bereits mit dem SOEP analysiert, allerdings auf Basis deutlich älterer Wellen und damit relativ geringer Stichprobengrößen. Klein (1998) weist mit den Daten des SOEP und des Deutschen Altenheimsurveys (AHS) das Alter unabhängig vom Gesundheitszustand als wichtige Determinante dieses Übergangs nach. Außerfamiliäre Netzwerke scheinen keine bedeutende Rolle zu spielen, allerdings haben verheiratete Partner eine wesentlich geringere Wahrscheinlichkeit des Heimübertritts. Die höheren Übergangsraten von Frauen, die wir auch in den jüngeren Wellen des SOEP beobachten können, sind jedoch nicht auf das Geschlecht zurückzuführen: diese Variable wird nach Kontrolle des Familienstandes insignifikant. Stattdessen scheint insbesondere der Tod des Partners ein

³⁵ Dabei ist zu beachten, dass mit Pflegebedürftigkeit der Bezug von Leistungen aus der Pflegeversicherung gemeint ist. Damit ist nicht ausgeschlossen, dass vor dem erstmaligen Leistungsbezug im Pflegeheim informelle Pflege genutzt wurde, die aber nicht durch Leistungen der Pflegeversicherung ergänzt wurde.

ausschlaggebender Faktor zu sein, von dem Frauen häufiger als Männer betroffen sind und der das Risiko des Heimübergangs begünstigt. Dieses Ergebnis unterstreicht den Befund des vorigen Kapitels, dass der Haushaltskontext eine zentrale Rolle für die Wahl des Pflegearrangements spielt.

6.1 Daten

Unsere Analyse stützt sich auf das SOEP (siehe dazu auch Kapitel 4.1). Da erst seit 1986 Informationen über Wohnortwechsel - auch in Altenheime - erfasst werden, beziehen wir den Zeitraum von 1986 bis 2011 ein. Da Personen erst ab einem höheren Alter häufiger in ein Altenheim umziehen, beschränkt sich die Untersuchung auf Befragte ab 70 Jahren.

Es könnte sein, dass durch die Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein Bruch in der Zeitreihe entsteht. Wir haben unsere Analysen daher sowohl für den Gesamtzeitraum als auch für die Zeit vor und nach Einführung der Pflegeversicherung durchgeführt. Da sich dabei keine systematischen Zeiteffekte gezeigt haben, berichten wir hier nur die Ergebnisse für den Gesamtzeitraum.

Definition des Heimübergangs

Der Heimübergang wird im SOEP nur für diejenigen, die auch weiterhin an der Erhebung teilnehmen, direkt beobachtet. Für die übrigen Befragten muss er aus verschiedenen Indikatoren gebildet werden. Dazu wurde eine Indikatorvariable konstruiert, die anzeigt, ob eine beobachtete Person in der folgenden Periode ($t+1$) in ein Altenheim umzieht oder nicht. Als Altenheim werden unterschiedliche Einrichtungen für ältere Menschen, auch Pflegeheime oder Altenwohnheime, erfasst.

Unsere Indikatorvariable stützt sich in erster Linie auf den Haushaltsfragebogen des SOEP, in dem die Befragten Angaben über Wohnortwechsel von Haushaltsmitgliedern seit der letzten Befragungswelle machen. Sie werden u.a. auch gefragt, ob es sich bei dem Ziel des genannten Umzugs um ein Altenheim gehandelt hat. Wenn man davon ausgeht, dass kurze Aufenthalte einer Person im Altenheim unmittelbar vor ihrem Tod nicht mehr registriert werden können (Himes u. a. 2000, S.104f) und dass dem Übergang ins Pflegeheim häufig gesundheitliche Beeinträchtigungen vorausgehen, die zum Ausscheiden aus dem SOEP führen, werden die tatsächlichen Heimübergänge mit dieser Variable tendenziell unterschätzt. Seit 2009 wird durch das SOEP eine zusätzliche Befragung über verstorbene Personen durchgeführt. Darin werden auch Auskünfte über den Todesort einer verstorbenen Person gesammelt. Wir nutzen daher auch diese Information für die Identifikation unserer Stichprobe: Stirbt eine Person im

Altenheim, die zu einem früheren Zeitpunkt an Befragungen des SOEP teilgenommen hat, gehen wir davon aus, dass mit dem Austritt aus dem SOEP ein Übergang ins Altenheim stattgefunden hat.

Bei älteren Personen, deren Todesjahr durch Nacherhebungen bekannt ist, die das SOEP aber bereits vor ihrem Tod verlassen haben, besteht die Möglichkeit, dass der frühzeitige Austritt durch den Umzug in ein Altenheim erklärt werden kann. Wir unterscheiden dabei zwischen Personen im Alter von 70 bis 90 Jahren und Personen, die älter als 90 Jahre sind. Für die erste Gruppe gehen wir davon aus, dass mit dem Austritt aus dem SOEP der Übergang in ein Altenheim stattgefunden hat, sofern die Person erst nach ihrem Austritt verstorben ist und bereits im Jahr vor ihrem Ausscheiden aus dem SOEP pflegebedürftig gewesen ist. Als pflegebedürftig gilt eine Person dabei nicht auf Grundlage der Pflegestufen der Pflegeversicherung, sondern anhand ihrer Einschränkungen in der selbstständigen Lebensführung. Benötigt eine Person Hilfe bei Tätigkeiten im Haushalt, gilt sie mithin als pflegebedürftig (vgl. dazu Tabelle 4-1).

In der zweiten Gruppe verzichten wir auf die Bedingung der Pflegebedürftigkeit. Für Personen über 90 Jahren, die ein Jahr vor ihrem bekannten Todesjahr aus dem SOEP ausgeschieden sind, gehen wir von einem Heimübertritt aus. Wir müssen davon ausgehen, dass wir durch diese Approximation auch Personen erfassen, die nicht in ein Altenheim ziehen, sondern beispielsweise lange Zeit in einem Krankenhaus verbringen müssen oder schlicht in einen anderen privaten Haushalt wechseln. Aufgrund der geringen Gesamtzahl dieser zusätzlichen Übergänge halten wir diese Approximation dennoch für sinnvoll, um einen Teil der unbeobachteten Heimübergänge abzubilden.

6.2 Methoden und Variablenauswahl

Die multivariate Analyse wird anhand einer logistischen Regression mit dem Risiko des Heimübergangs als binäre abhängige Variable geschätzt. Dem Risiko des Heimübertritts liegt in dem Modell eine latente Variable y^* zugrunde:

$$y^* = \beta_0 + x\beta + e, \quad y = 1[y^* > 0] \quad (1)$$

mit $e \sim \Delta(0, \pi^2/3)$ und $E[e|x] = 0$

Wobei $1[.]$ eine Indikatorfunktion bezeichnet, die den Wert 1 annimmt, wenn der Ausdruck innerhalb der Klammern wahr ist, und ansonsten den Wert 0. Ein Heimübergang ($y=1$) wird in dem Modell also dann eintreten, wenn gilt $y^* > 0$. e bezeichnet einen Zufallsfehler, der unabhängig von x sein soll und einer standard-logistischen Verteilung folgt. Die Ergebnisse

werden als marginale Effekte ausgewiesen, also als Änderung der Übergangswahrscheinlichkeit. Als zentrale erklärende Variablen berücksichtigen wir den Gesundheitszustand, das Alter, Einkommen und Geschlecht der Befragten, ihre Bildung und Pflegedauer in Jahren sowie die Haushaltsgröße und die Gemeindegröße.

Gesundheitszustand, Alter, Haushaltsgröße und Einkommen waren auch zentrale bzw. signifikante unabhängige Variablen in den Modellen, die wir im vorigen Kapitel zu den Determinanten der Wahl des häuslichen Pflegearrangements geschätzt haben (vgl. Kapitel 5.7). Der Übergang ins Heim kann sicher als ein spezieller Typ der formellen Pflege betrachtet werden. Auf der einen Seite können wir also vergleichbare Befunde erwarten; auf der anderen Seite ist die vollstationäre Pflege die Form der Pflege, die von Pflegebedürftigen und Angehörigen am wenigsten gewünscht wird. Wir vermuten daher, dass der Haushaltskontext bzw. das Netzwerk einer pflegebedürftigen Person für die Erklärung ihres Heimübertritts eine besondere Relevanz besitzt.

Um den Gesundheitszustand zu erfassen, greifen wir auf die vier Kategorien zurück, die im SOEP den Pflegebedarf einer Person abbilden (vgl. Kapitel 4.2). Die Gemeindegröße wurde berücksichtigt, da die Größe einer Gemeinde als Indikator der Verfügbarkeit von Altersheimen vor Ort betrachtet werden kann. Wenn man davon ausgeht, dass ein besseres Angebot (Qualität der Einrichtung, Vielfalt des Angebots, Nähe zum Wohnort etc.) den Heimübergang begünstigt, müsste sich für städtische Regionen ein positiver Effekt nachweisen lassen.

Als zusätzliche Variable beziehen wir außerdem die Dauer der Pflegebedürftigkeit in unsere Schätzungen ein. Einerseits findet ein nicht unerheblicher Anteil der Übergänge in vollstationäre Pflege bereits zu Beginn, also bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit statt. Andererseits könnte es bei einem Teil der Pflegeverläufe auch die Tendenz zur Professionalisierung geben, so dass die Dauer der Pflegebedürftigkeit den Eintritt ins Heim begünstigt. Demgegenüber bleibt die Wahrscheinlichkeit, auch mit steigender Dauer der Pflegebedürftigkeit stabile informelle oder ambulant-formelle Pflegeverläufe zu beobachten, allerdings nach wie vor höher.

6.3 Deskriptive Ergebnisse

Für die deskriptive Analyse berechnen wir alters- und geschlechtsspezifische Übergangsraten in Altenheime, die über mehrere Jahre aggregiert werden. Wir gehen davon aus, dass für eine Person zwei Möglichkeiten bestehen, den Datensatz zu verlassen: entweder durch den Übergang in ein Altenheim oder durch den Todesfall. Außerdem nehmen wir an, dass die Ausfälle über das Jahr hinweg gleichverteilt sind und gewichten daher Todesfälle und Übergänge im Nenner mit $1/2$ (vgl. dazu Himes et al. 2000, S.107).

Die Übergangsraten werden demnach berechnet als

$$\frac{N}{S + 1/2(N + D)} \quad (2)$$

mit N:=Anzahl der Übergänge in Altenheime, S:= Anzahl der Überlebenden und D:= Anzahl der Todesfälle.

Tabelle 6-1 berichtet jährliche Heimeintrittsraten nach Geschlecht und Altersgruppen für den Zeitraum von 1986 bis 2010. Außerdem sind für die Übergangsraten aller Altersgruppen auch die absoluten Übergänge (Zähler) und die um Ausfälle korrigierte Anzahl der Personen angegeben (Nenner). Wir beobachten 298 Übergänge aus dem SOEP in ein Pflegeheim, von denen mehr als zwei Drittel auf Frauen entfallen (210).

Tabelle 6-1: Jährliche Heimeintrittsraten nach Geschlecht und Alter (1986 - 2010)

Altersgruppen	Gesamt	Männer	Frauen
70-74	0,00257596	0,002499	0,00264156
75-79	0,00429593	0,00415731	0,00439775
80-84	0,00814513	0,00501505	0,00997653
85+	0,02610077	0,01535893	0,03163143
alle Altersgruppen	0,00615092	0,00429143	0,00751557
Anzahl der Übergänge	298	88	210
Personen	49583	20506	27942

Anmerkungen: Für die Berechnung der Übergänge wird auch die Welle 2011 genutzt, für die noch keine Übergänge beobachtet werden können. Die Übergänge beziehen sich immer auf das vergangene Jahr. Lesebeispiel: die jährliche Heimeintrittswahrscheinlichkeit für Frauen im Alter von 85 und mehr Jahren beträgt ungefähr 3,2%.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Durch die genauere Bestimmung der Übergänge ist die Gesamtzahl höher als in Himes et al. (2000). Wir schließen allerdings weniger Personen aus der Analyse aus, so dass sich unsere Übergänge auf eine größere Anzahl von Personen beziehen. Dadurch erhöht sich sowohl der Zähler als auch der Nenner und die Übergangsraten weichen im Ergebnis nur geringfügig von denen ab, die Himes et al schätzen. In der Tendenz sind sie insgesamt allerdings etwas niedriger (siehe Tabelle 6-4 im Tabellenanhang). Frauen haben deutlich höhere Übergangsraten als Männer, und je älter die Gruppe der beobachteten Personen ist, umso höher ist ihre Übergangsrate. Die Übergangswahrscheinlichkeit liegt für die Gesamtstichprobe bei 0,6%, für

Frauen bei fast 0,75% und für Männer bei 0,43%. Für Personen, die älter als 85 Jahre sind, steigt sie merklich an.

Tabelle 6-2 weist die deskriptiven Statistiken für drei Gruppen aus: (1) die Gesamtstichprobe, (2) diejenigen, die einen Übergang in vollstationäre Pflege erleben und (3) diejenigen, die keinen Übergang erfahren. Fast 40% der Personen, die ins Heim eintreten, sind 85 oder älter, wobei dies nur auf 10% der Gesamtstichprobe zutrifft. 10% dieser Personen sind stark pflegebedürftig im Unterschied zu nur rund 2% in der Gesamtstichprobe. Interessant ist hier allerdings, dass immerhin knapp 50% keine Pflegebedürftigkeit vor Eintritt in ein Pflegeheim angeben. Im Durchschnitt dauert der aktuelle Pflegespell bereits 1,5 Jahre an.

Tabelle 6-2: Deskriptive Statistik für die Schätzung der Wahrscheinlichkeit einen Übergang in vollstationäre Pflege zu vollziehen 1986 - 2010 (Anteile in %)

Variable	Kein Übergang	Übergang	Gesamt
Heimübertritt	0,0	100,0	0,6
Pflegedauer in Jahren	0,31	1,52	0,31
Alter 70 – 74	43,9	18,8	43,7
Alter 75 – 79	29,3	20,1	29,3
Alter 80 – 84	17,0	21,8	17,0
Alter 85+	9,8	39,2	10,0
Nicht pflegebedürftig	91,0	49,1	90,7
Leicht pflegebedürftig	1,2	8,2	1,2
Moderat pflegebedürftig	5,8	32,4	6,0
Stark pflegebedürftig	2,0	10,2	2,1
Gemeindegröße < 5000	17,8	11,9	17,7
Gemeindegröße 5000 – 20.000	22,9	28,0	22,9
Gemeindegröße 20.000 – 100.000	26,5	25,6	26,5
Gemeindegröße > 100.000	32,9	34,5	32,9
Geschlecht weiblich	58,0	70,6	58,1
Haushaltsgröße: 1	35,5	63,5	35,7
Haushaltsgröße: 2	56,5	30,0	56,4
Haushaltsgröße: 3+	7,9	6,5	7,9
Haushaltseinkommen	24.514	19.908	24.485

Anmerkungen: Das Haushaltseinkommen ist deflationiert in Preisen von 2006. Die Pflegedauer bezieht sich auf den aktuell beobachtbaren Pflegespell.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

Schließlich leben Personen, die ins Heim umziehen, deutlich seltener in kleineren Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern (12% im Vergleich zu knapp 18% in der Gesamtstichprobe).

Demgegenüber leben sie häufiger in Gemeinden mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern oder in größeren Städten mit mehr als 100.000 Einwohnern.

6.4 Multivariate Ergebnisse

Für die multivariate Analyse wurde das oben beschriebene logistische Regressionsmodell in vier Varianten geschätzt. Dabei haben wir sukzessive das Haushaltseinkommen (logarithmiert), die Haushaltsgröße und die bisherige Dauer des aktuellen Pflegespells hinzugefügt und können die Effektstärken und Signifikanzen zwischen den Modellen vergleichen. Tabelle 6-3 berichtet die geschätzten marginalen Effekte. Ein Wert von 0,028 für leichte Pflegebedürftigkeit in Modell I bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit im nächsten Jahr einen Heimübergang zu beobachten, für Personen mit leichter Pflegebedürftigkeit um 2,8 Prozentpunkte höher liegt als für Personen, die (noch) nicht pflegebedürftig sind.

Insgesamt zeigt sich in allen Modellen eine stabile und signifikant positive Abhängigkeit der Übergangswahrscheinlichkeit vom Alter. Personen, die über 85 Jahre alt sind, haben ein um etwa einen Prozentpunkt höheres Risiko, in ein Heim zu wechseln, als Personen im Alter zwischen 70 und 74 Jahren. Klein (1998) findet ein ähnliches Muster und argumentiert, dass der Alterseffekt deswegen nicht auf abnehmende Sozialbeziehungen oder Verwitwung zurückgeführt werden kann. Wahrscheinlich kann ein Teil des Alterseffekts dadurch erklärt werden, dass ältere Personen generell eine höhere Wahrscheinlichkeit aufweisen pflegebedürftig zu werden, auch wenn sie zum Beobachtungszeitpunkt keine oder nur geringe gesundheitliche Einschränkungen aufweisen.

Einen stabilen Effekt besitzen in allen Modellen auch die gesundheitlichen Einschränkungen. Im Durchschnitt erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs um zwei bis drei Prozentpunkte, wenn bereits eine Form der Pflegebedürftigkeit gegeben ist. Interessant ist, dass die Effektstärke zwischen den Kategorien leichter und starker Pflegebedürftigkeit kaum variiert. Man kann also nicht aus einer stärkeren Pflegebedürftigkeit auf eine höhere Wahrscheinlichkeit des Heimübergangs schließen. Bemerkenswert ist auch der stabile positive Einfluss der Gemeindegrößenklassen: im Verhältnis zu Gemeinden mit weniger als 5000 Einwohnern weisen alle übrigen Größenklassen eine statistisch signifikant höhere Wahrscheinlichkeit eines Heimübergangs auf.

Frauen haben nur in Modell I eine höhere Wahrscheinlichkeit ins Heim zu ziehen. Schon bei der Kontrolle für Haushaltseinkommen verschwindet dieser Effekt. Dabei handelt es sich allerdings um keinen reinen Einkommenseffekt, denn das Haushaltseinkommen wurde nicht um die Anzahl der Haushaltsmitglieder bereinigt. Es repräsentiert in diesem Modell also auch einen Teil des Effektes der Haushaltsgröße. Steigt das Haushaltseinkommen um 1%, verringert sich in

Modell II die Wahrscheinlichkeit des Heimeintritts um 0,3 Prozentpunkte. Allerdings reduziert sich dieser Effekt bei Kontrolle der Haushaltsgröße auf 0,1 und ist nur noch auf dem 10%-Niveau statistisch signifikant. Die Haushaltsgröße hat einen negativen Effekt auf die Übergangswahrscheinlichkeit. Im Verhältnis zu Single-Haushalten reduziert sich die Übergangswahrscheinlichkeit um 0,5 Prozentpunkte in Mehrpersonenhaushalten (Modelle III und IV).

Tabelle 6-3: Logit-Schätzung der Wahrscheinlichkeit für den Heimübertritt (Marginale Effekte)

Variablen	Modell I	Modell II	Modell III	Modell IV
Alter 70 – 74		Basis		
Alter 75 – 79	0,001	0,001	0,001	0,001
Alter 80 – 84	0,004***	0,003***	0,003***	0,003***
Alter 85+	0,011***	0,011***	0,009***	0,009***
Nicht pflegebedürftig		Basis		
Leicht pflegebedürftig	0,028***	0,027***	0,026***	0,031***
Moderat pflegebedürftig	0,020***	0,021***	0,022***	0,027***
Stark pflegebedürftig	0,017***	0,020***	0,022***	0,029***
Geschlecht weiblich	0,002*	0,001	-0,000	-0,000
Gemeindegröße < 5000		Basis		
Gemeindegröße 5000 – 20.000	0,003***	0,003***	0,003***	0,003***
Gemeindegröße 20.000 – 100.000	0,002**	0,002*	0,002*	0,002*
Gemeindegröße > 100.000	0,002**	0,003***	0,002**	0,002**
Log Haushaltseinkommen		-0,003***	-0,001*	-0,001*
Haushaltsgröße: 1		Basis		
Haushaltsgröße: 2			-0,005***	-0,005***
Haushaltsgröße: 3+			-0,005***	-0,006***
Dauer Pflegebedürftigkeit in Jahre				-0,000**
Pseudo R ²	0.12	0.13	0.14	0.14
N	45.666	45.666	45.666	45.666

Anmerkungen: Signifikanzniveaus:*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1. Robuste Standardfehler. Gepoolte Beobachtungen 1986 – 2011.

Quelle: SOEPv.28.1, Berechnungen des DIW Berlin

In Modell IV wurde auch die Dauer der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt. Der marginale Effekt ist negativ und liegt bei 0,04 Prozentpunkten. Obwohl dieser Effekt quantitativ nicht so stark ausfällt, lässt er sich als Hinweis darauf interpretieren, dass bei längerer Pflegebedürftigkeit zuhause auch die Tendenz besteht, nicht ins Heim zu ziehen. Umgekehrt findet ein großer Teil

der Übergänge in vollstationäre Pflege unmittelbar oder kurz nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit statt.

6.5 Diskussion

In diesem Kapitel haben wir anhand des SOEP die Übergangswahrscheinlichkeit von Personen ab 70 Jahren in vollstationäre Pflege untersucht. Die Heimeintrittsrates lag über den gesamten Zeitraum von 1986 bis 2011 hinweg bei nur 0,6%. Trotzdem konnten wir verschiedene signifikante und robuste Einflussfaktoren bestimmen. Wie bereits in den Modellen des Kapitels 5.5 war der Einfluss des Alters und des Gesundheitszustandes bzw. der Pflegebedürftigkeit über alle Spezifikationen hinweg stabil. Es hat sich ebenfalls gezeigt, dass keine geschlechtsspezifischen Unterschiede im Heimeintrittsrisiko zu beobachten sind, sofern man auch für die Haushaltsgröße kontrolliert. Hier zeigt sich insbesondere die Bedeutung des Partners im Haushalt und das höhere Risiko für Frauen im Pflegefall allein zu sein, da sie ihren Partner bereits überlebt haben.

Ähnlich wie in den Modellen zur Inanspruchnahme der ambulanten Pflege (Kapitel 5.7) ist der Einfluss des Einkommens in den Modellen zum Heimeintritt signifikant und bleibt stabil in den unterschiedlichen Modellvarianten. Die Ergebnisse liefern weitere Evidenz für die zentrale Bedeutung des Einkommens bei der Wahl des Pflegearrangements. In Kapitel 5.7 haben wir diskutiert, ob das Einkommen zum Einkauf ambulant-formeller Pflege genutzt wird. Diese Überlegung können wir nun ergänzen: das Einkommen wird genutzt, um ambulante Pflege anstelle vollstationärer Pflege zu ermöglichen.

Unsere Ergebnisse über den negativen Zusammenhang zwischen der Pflegedauer und dem Heimübertritt deuten darauf hin, dass man die beiden Perspektiven, also die Untersuchung der ambulanten Pflegearrangements zuhause und die Untersuchung stationärer Pflegearrangements, in zukünftigen Forschungsprojekten stärker aufeinander beziehen sollte. Es könnte sein, dass es sich um zwei unterschiedliche Aspekte der Pflegesituation handelt, die sich im Zeitablauf unterscheiden. Wenn Pflege zunächst mehrheitlich ambulant im Haushalt (Paarkontext) organisiert wird, dann kann die pflegebedürftige Person relativ lange in dem informellen oder ambulant-formellen Pflegearrangement bleiben. Diese Form wird auch in der Regel von den Pflegebedürftigen präferiert. Umgekehrt stellt sich dieses Verhältnis für den Partner dar, der nach dem Versterben des Pflegebedürftigen weiterhin im Haushalt lebt. Hier geht der Eintritt von Pflegebedürftigkeit mit einem höheren Risiko des Heimeintritts einher.

6.6 Anhang

Tabelle 6-4: Jährliche Heimeintrittsraten nach Geschlecht und Alter (1986 - 1996)

Altersgruppen	Absolut	Männer	Frauen
70-74	0,00340681	0,00203562	0,00429752
75-79	0,00509134	0,00568643	0,00474383
80-84	0,01216374	0,00289226	0,01659751
85+	0,0180424	0,01073826	0,02173913
alle Altersgruppen	0,00691145	0,00399061	0,00861244
Anzahl der Übergänge	80	17	63
Personen	11575	4260	7315

Anmerkungen: Die Tabelle wurde analog zu Himes u.a. (2000, S.109) gebildet, basiert aber auf der genaueren Definition des Heimeintritts (vgl. Kapitel 0).

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

7 Fazit

Ausgangspunkt unserer Studie war die Überlegung, dass sich bei gleichem Hilfe- bzw. Pflegebedarf aus den Ressourcen einer pflegebedürftigen Person und ihres Haushaltes ein wichtiger Handlungsspielraum für die Ausgestaltung der Pflege ergibt. Dabei haben wir den individuell geäußerten Hilfe- bzw. Pflegebedarf zur Grundlage der Definition der Pflegebedürftigkeit gemacht, um auch diejenigen Pflegebedürftigen zu erfassen, die keine Leistungen der PV beziehen. Bei der Gestaltung der Pflegesituation geht es zum einen um die Entscheidung, ob stationäre oder ambulante Pflege gewählt wird. Nach wie vor werden Pflegebedürftige überwiegend ambulant zuhause gepflegt. Die ambulante Pflege kann ihrerseits verschieden ausgestaltet werden, und zwar durch unterschiedliche Kombinationen formeller und informeller Pflegearbeit. Auf der einen Seite können unterschiedliche Formen formeller Unterstützung gewählt werden, also Pflegegeld, Pflegesachleistungen und privat finanzierte Pflegedienstleistungen, mit denen die Pflegesituation variiert. Auf der anderen Seite gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, informelle Pflege zu realisieren. Dabei spielt insbesondere das soziale Netzwerk und die finanziellen Ressourcen eine bedeutende Rolle. So können wir Regelmäßigkeiten und Strukturen in den Pflegehaushalten identifizieren. Darüber hinaus haben wir auch untersucht, wie zufrieden die Pflegebedürftigen sind und welche Faktoren sich als entscheidend für die Zufriedenheit erweisen. Eine weitere Dimension dieser Untersuchung stellt die Zeitverwendung Pflegebedürftiger dar.

Die Haushaltsgröße erweist sich in der empirischen Analyse als guter Indikator für die aktuelle Pflegesituation. Deswegen haben wir in einer zusammenfassenden Übersicht ausgewählte Merkmale, die wir in diesem Bericht untersucht haben, in Tabelle 7-1 differenziert nach der Haushaltsgröße zusammengefasst. Dabei handelt es sich teilweise um neue Auswertungen, einige Zahlen wurden auch direkt aus anderen Abschnitten übernommen.

Die Mehrheit der Pflegebedürftigen lebt entweder allein oder in einem Zwei-Personenhaushalt mit dem Partner. Diese Gruppen machen über 80% der von uns untersuchten Haushalte aus und ihr Anteil an allen Haushalten mit Pflegebedürftigen hat sich in den letzten zehn Jahren kaum verändert. Die Alleinlebenden sind häufig weiblich und verwitwet, während die Pflegebedürftigen in Paarhaushalten häufiger Männer sind. Nur eine Minderheit der Pflegebedürftigen wohnt bei den eigenen Kindern oder mit anderen Personen zusammen in größeren Haushalten. Allerdings sind diese Wohnformen bei Personen ohne Pflegebedarf praktisch überhaupt nicht zu beobachten. Alleinlebende Pflegebedürftige und Pflegebedürftige in größeren Haushalten (drei und mehr Personen) sind im Durchschnitt älter (83 - 84 Jahre) als Pflegebedürftige in Paarhaushalten (78 Jahre). Die meisten Pflegebedürftigen erhalten informelle Hilfe aus dem familiären Netzwerk. Das enge familiäre Netzwerk wird auch

genannt, wenn die Pflegebedürftigen nach den gewünschten Pflegepersonen gefragt werden. Zunächst wird – sofern vorhanden – der Partner angegeben und dann Töchter und Söhne. Einzig bei Alleinlebenden spielt auch die bezahlte formelle Pflege eine größere Rolle, was umgekehrt ein Hinweis auf ein – vermutlich altersbedingt – kleineres informelles Netzwerk hinweist. Interessant ist, dass diese Struktur auch im Zeitverlauf relativ stabil ist, wir also keine signifikanten Tendenzen zu anderen nicht-familiären Pflegeformen bei der ambulanten Pflege beobachten können. Pflegebedürftige, die in Paarhaushalten wohnen, verfügen im Durchschnitt über größere Netzwerke als Personen mit Pflegebedarf, die allein oder in größeren Haushalten leben. Dies zeigt sich beispielsweise bei der Frage, ob es im näheren Netzwerk eine oder mehrere Vertrauenspersonen gibt. Von den Alleinlebenden Pflegebedürftigen geben gut 18% niemanden an, bei den Pflegebedürftigen aus Drei- und Mehrpersonenhaushalten sind es 19%. In den Paarhaushalten geben nur gut 3% an keine Vertrauensperson zu haben (vgl. Tabelle 7-1).

Beim Vergleich von Älteren ohne und mit Pflegebedarf zeigen sich unterschiedliche Entwicklungen bezüglich der physischen und der mentalen Gesundheit. Die physische Gesundheit geht ganz allgemein mit dem Alter zurück. Zwar beobachten wir hier auch einen stärkeren Rückgang bei den Pflegebedürftigen, aber dieser Trend zeigt sich abgeschwächt auch bei Personen ohne Pflegebedarf. Bei der mentalen Gesundheit ist das anders: Die durchschnittliche mentale Gesundheit Älterer ohne Pflegebedarf liegt ungefähr im Bevölkerungsdurchschnitt. Die mentale Gesundheit Pflegebedürftiger liegt hingegen deutlich unter dem Bevölkerungsdurchschnitt. Der Befund, dass alleinlebende Pflegebedürftige über einen besseren mentalen Gesundheitszustand verfügen als Pflegebedürftige, die in größeren Haushalten leben deutet darauf, dass die mentale Gesundheit eine Voraussetzung für das Alleinleben ist. Wenn kein Partner vorhanden ist, der hilft die Pflege zu organisieren, können Personen mit größeren Einschränkungen in diesem Bereich anscheinend nur in Drei- und Mehrpersonenhaushalten mit ambulanter Betreuung leben. Der größere Betreuungsbedarf zeigt sich auch mit Blick auf Einschränkungen in den ADL, so dass gut 35% der Pflegebedürftigen in Drei- und Mehrpersonenhaushalten Hilfe bei ADL 4³⁶ benötigen während es bei den Alleinlebenden „nur“ gut 16% sind. Über 70% berichten Einschränkungen in ADL 3³⁷ oder ADL 4, während der Anteil bei den Alleinlebenden mit gut 55% deutlich niedriger liegt (Tabelle 7-1).

³⁶ ADL 4: schwierigeren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim Umbetten, Stuhlgang usw. (vgl. Tabelle 4-1).

³⁷ ADL 3: einfacheren Pflegetätigkeiten, z.B. Hilfe beim An- und Auskleiden, Waschen, Kämmen und Rasieren (vgl. Tabelle 4-1).

Auch beim Blick auf Persönlichkeitsmerkmale spiegelt sich die Struktur der Pflegebedürftigen in den unterschiedlichen Haushalten wider. Wir haben im Bericht die Risikobereitschaft und die Kontrollüberzeugungen untersucht. Es zeigt sich eine starke Korrelation zwischen der Situation der Pflegebedürftigkeit und der gesundheitlichen Einschränkungen mit den Persönlichkeitsmerkmalen. Im Vergleich zur älteren Bevölkerung ohne Einschränkungen nimmt die Risikobereitschaft deutlich ab und die Wahrnehmung seine Lebensumstände nicht mehr kontrollieren zu können deutlich zu. Alleinlebende Pflegebedürftige betrifft dies in geringerem Maße als Pflegebedürftige in Drei- und Mehrpersonenhaushalten.

Neben den Netzwerken sind aber auch die finanziellen Ressourcen, also Einkommen und Vermögen, wichtig zur Deckung des Pflegebedarfs. Beispielsweise erhöht ein höheres Einkommen die Wahrscheinlichkeit neben informeller Hilfe auch formelle Hilfe zuhause in Anspruch zu nehmen. Umgekehrt erhöht ein geringeres Einkommen das Risiko eines Heimeintritts. Höheres Einkommen ist auch positiv korreliert mit der Ausübung der meisten hier untersuchten Freizeitaktivitäten.

Bei Betrachtung der Einkommensverteilung zeigt sich, dass das Armutsrisiko Pflegebedürftiger seit der Einführung der Pflegeversicherung tendenziell abgenommen hat. Pflegebedürftige haben sogar ein geringeres Armutsrisiko als Ältere ohne Pflegebedarf. Und Leistungsbezieher der PV sind weniger von Armut betroffen als Pflegebedürftige ohne Leistungsbezug. Dafür sind vor allem drei Faktoren ausschlaggebend: die eigene Rente oder Hinterbliebenenrente, die Pflegeversicherung, die Einkommen der anderen Haushaltsmitglieder – letztere insbesondere dann, wenn ein pflegebedürftiges Elternteil bei seinen Kindern wohnt. Dazu passt, dass Pflegebedürftige im Durchschnitt eine relativ hohe Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen und mit der sozialen Sicherung angeben.

Bei der Einkommensbetrachtung muss allerdings auch erwähnt werden, dass unsere Stichprobe der Pflegebedürftigen in Privathaushalten nur einen Teil der Pflegebedürftigen umfasst. In der stationären Pflege steigt seit einigen Jahren der Anteil der Sozialhilfeempfänger deutlich an und lag 2011 bei ungefähr einem Drittel. Die Pflege zuhause stellt für viele Haushalte zudem eine große zusätzliche finanzielle Belastung da. Ungefähr die Hälfte der Haushalte gibt an, aufgrund der Pflege regelmäßige Kosten zu haben, die im Durchschnitt gut 20% des Nettohaushaltseinkommens betragen. Das könnte auch ein Faktor dafür sein, dass die Höhe des Vermögens der Pflegebedürftigen deutlich niedriger liegt als bei Älteren ohne Pflegebedarf. Am höchsten ist die Belastung bei alleinlebenden Pflegebedürftigen. Hier geben rund 57% an regelmäßige Kosten von über 400 Euro pro Monat aufgrund der Pflege zu haben (Tabelle 7-1).

Es bestehen bei den meisten Haushalten kaum finanzielle Reserven. Nur bei Paarhaushalten findet sich ein etwas größeres Vermögen der Pflegebedürftigen. Das liegt auch daran, dass Männer im Vergleich zu Frauen über ein höheres Vermögen verfügen. Aufgrund des höheren Männeranteils in den Paarhaushalten im Vergleich zu Alleinlebenden und sonstigen Haushalten, ist hier auch das Vermögen etwas höher. Es liegt aber deutlich unterhalb des Vermögens von Haushalten ohne Pflegebedarf.

Die Angewiesenheit der Pflegebedürftigen auf die laufenden (eigenen und abgeleiteten) Renten und die Leistungen der Pflegeversicherung birgt für die Zukunft auch Risiken. Denn zur Stabilisierung des Beitragssatzes der Gesetzlichen Rentenversicherung wird das Rentenniveau in Zukunft sinken. Die von uns untersuchten Kohorten der Pflegebedürftigen waren noch nicht so stark von diesen Leistungsreduktionen der gesetzlichen Rente betroffen wie es jüngere Kohorten sind (Geyer und Steiner 2010). Jüngere Kohorten müssen auch privat vorsorgen, um ein ähnlich hohes Einkommensniveau zu erreichen. Das dürfte insbesondere für Geringverdiener nur schwer möglich sein.

Neben dem Einkommen konnten wir auch zeigen, dass Bildung einen wichtigen Indikator für verschiedene Aspekte der Pflegesituation darstellt. Eine höhere Bildung ist nicht nur ein Indikator für einen etwas besseren mentalen Gesundheitszustand Pflegebedürftiger, sie korreliert auch positiv mit der Wahrscheinlichkeit häufiger im Alltag aktiv zu sein. Darüber hinaus senkt sie das Armutsrisiko und geht einher mit einer erhöhten Risikobereitschaft. Diese Befunde sind auch deswegen interessant, weil die durchschnittliche Bildung der zukünftigen pflegebedürftigen Kohorten zunehmen wird. Insbesondere bei Frauen gibt es einen starken Trend zu einem höheren Bildungsniveau.

Die Lebenszufriedenheit wird durch die Pflegebedürftigkeit deutlich verringert. Interessant ist, dass dieser Effekt auch dann eintritt, wenn gesundheitliche Einschränkungen bereits berücksichtigt werden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass der mit der Pflegebedürftigkeit einhergehende Verlust an Kontrolle einen unabhängigen negativen Effekt auf die Lebenszufriedenheit ausübt. Diese Vermutung wird auch dadurch gestützt, dass Pflegebedürftige, die formelle Hilfe in Anspruch nehmen (müssen), weniger zufrieden sind als Pflegebedürftige, die nur informelle Hilfe erhalten – bei gleichen Einschränkungen. In Tabelle 7-1 fallen beim bivariaten Vergleich keine großen Unterschiede zwischen den Haushaltstypen auf. Lediglich die Zufriedenheit mit dem Familienleben ist bei Paarhaushalten deutlich höher als bei Alleinlebenden.

Bei der Betrachtung der Zeitverwendung ist auffällig, dass es keine Aktivität gibt, der häufiger durch Pflegebedürftige nachgegangen wird als von Personen ohne Pflegebedarf. Tabelle 7-1 zeigt bezüglich der Zeitverwendung, dass Alleinlebende in der Regel seltener den einzelnen

Aktivitäten nachgehen als Personen in größeren Haushalten. Zwei naheliegende Ursachen sind die schlechtere Gesundheit der Pflegebedürftigen und das tendenziell höhere Alter, wobei dies nicht für jede Aktivität im gleichen Maße relevant sein muss. Pflegebedürftige in Drei- und Mehrpersonenhaushalten geben beispielsweise selten an Sport zu betreiben (1,6%), während es bei den Zweipersonenhaushalten immerhin fast neun Prozent sind.

Es zeigt sich auch in den multivariaten Modellen, dass der Unterschied zwischen Personen mit und ohne Pflegebedarf fast bei allen Aktivitäten signifikant negativ ist, d.h. dass Pflegebedürftige auch unter Kontrolle diverser sozio-ökonomischer Charakteristika diesen Aktivitäten seltener nachgehen als die Vergleichsgruppe. Insgesamt sind davon weniger soziale Aktivitäten betroffen, wie z.B. Besuche bei Freunden und auch hier insbesondere der Familie, als vielmehr Freizeitaktivitäten zuhause, die durch eine höhere Eigenaktivität gekennzeichnet sind, z.B. Basteln oder Handarbeiten. Erwartungsgemäß nehmen Pflegebedürftige signifikant weniger am gesellschaftlichen Leben teil, was sich sowohl im Rückgang kultureller als auch ehrenamtlicher Tätigkeiten widerspiegelt.

Neben dieser ausführlichen Darstellung der Situation von Pflegebedürftigen in Privathaushalten, wollten wir auch die Möglichkeiten und Grenzen der Analyse dieser Fragestellung mit frei zugänglichen und regelmäßig erhobenen Datenquellen aufzeigen. Dabei zeigte sich, dass das SOEP im Vergleich zu anderen Erhebungen (z.B. SHARE oder DEAS) die größte Stichprobe mit pflegebedürftigen Personen beinhaltet und am besten für die Analyse geeignet ist. Wir konnten eine Reihe von quantitativen Untersuchungen mit diesen Daten durchführen, sind aber an vielen Stellen auch an Grenzen, insbesondere des Stichprobenumfangs, gestoßen. Ein Problem bestand auch darin, dass wir die Situation von Personen, die den Fragebogen nicht ausfüllen wollten oder konnten, nur begrenzt untersuchen konnten. Für diese Gruppe gab es neben den Haushaltsmerkmalen nur einige wenige Angaben seitens des Haushaltsvorstandes. Da das Thema Pflegebedürftigkeit in naher Zukunft an Bedeutung gewinnen wird, sehen wir hier Verbesserungsbedarf der Dateninfrastruktur. Möglich wäre beispielsweise die Wiederaufnahme der Fragen zum Pflegebedarf im Mikrozensus, die leider seit 1999 nicht mehr Teil des Fragebogens sind. Darüber hinaus besteht aus unserer Sicht auch Bedarf an regelmäßigen Erhebungen zur Situation von Pflegebedürftigen in Heimen. Wünschenswert wären Erhebungen, die differenzierte Untersuchungen nach sozio-ökonomischen Charakteristika und über die Zeit erlauben.

Tabelle 7-1: Zusammenfassende Darstellung der Charakteristika von Pflegebedürftigen nach Haushaltsgroße

Merkmale (alle Anteile in %)	Haushaltsgroße		
	1	2	3+
Anteil der Haushalte	43,9	42,1	13,9
Soziodemografische Merkmale (Abschnitt 5.3)			
Alter	83,3	78,0	84,3
Männer	21,8	52,1	14,4
Frauen	78,2	47,8	85,6
<i>Familienstand</i>			
Verheiratet	0	90,2	36,4
Ledig	25,3	5,6	8,4
Verwitwet	74,7	4,1	55,2
Gesundheitsmerkmale (Abschnitt 5.2)			
<i>Einschränkungen in den ADL</i>			
ADL 1	17,6	14,7	9,0
ADL 2	26,9	22,6	20,4
ADL 3	39,4	41,8	34,8
ADL 4	16,2	21,4	35,8
<i>Physische Gesundheit</i>			
PCS	30,8	29,6	32,6
Physische Fitness	29,8	29,5	30,6
Einschränkungen aufgrund physischer Beeinträchtigung	32,2	28,1	29,3
Körperliche Schmerzen	38,5	37,2	36,2
Allgemeiner Gesundheitszustand	34,2	31,1	33,7
<i>Mentale Gesundheit</i>			
MCS	44,9	40,9	35,5
Vitalität	37,5	37,0	34,0
Sozialleben	36,1	32,6	30,9
Einschränkungen aufgrund mentaler Beeinträchtigung	42,1	36,7	31,4
Mentale Gesundheit	46,5	44,0	40,5
Pflegearrangement (Abschnitt 5.1)			
Nur informelle Pflege	45,5	73,4	87,9
Formelle Pflege & Kombinationen aus formeller und informeller Pflege	54,5	26,6	12,1
Einkommen, Vermögen und Kosten der Pflege (Abschnitt 5.4)			
Äquivalenzgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (pro Jahr)	18.317	22.292	28.764
<i>Eigene Rente</i>			
Anteil	89,3	97,9	90,2
Betrag (pro Jahr)	9.550	14.322	9.375
<i>Hinterbliebenenrente</i>			
Anteil	63,4	3,5	46,3

Merkmale (alle Anteile in %)	Haushaltsgröße		
	1	2	3+
Betrag (pro Jahr)	9.552	9.633	6.820
<i>Leistungen der Pflegeversicherung</i>			
Anteil	61,7	64,3	62,3
Betrag (pro Jahr)	4.743	4.629	4.643
<i>Individuelles Vermögen</i>			
Mittelwert	44.358	96.732	23.115
Median	1.000	17.500	2.000
<i>Regelmäßige Kosten durch Pflege</i>			
Anteil der Pflegebedürftigen mit regelmäßigen Kosten	57,8	36,6	40,9
Betrag (pro Monat)	416	400	236
Netzwerke (Abschnitt 5.5)			
<i>Anzahl enger Freunde</i>			
Gesamt	2,4	3,3	1,5
Pflegebedürftige, die nur informelle Pflege erhalten	2,9	3,5	1,4
Pflegebedürftige, die auch formelle Pflege erhalten	2,1	2,9	1,8
<i>Pflegenetzwerk: erste Pflegeperson</i>			
Partner	3,5	79,1	25,9
Tochter	32,6	7,7	56,3
Sohn	18,4	4,6	7,0
Bezahlte Pfleger	32,7	4,4	2,1
Andere	12,8	4,2	8,8
<i>Erste Vertrauensperson</i>			
Partner	5,2	86,4	27,2
Tochter	38,4	4,5	58,6
Sohn	28,0	4,4	10,5
Bezahlte Pfleger	2,2	0,0	0,0
Andere	26,2	4,7	3,8
<i>Pflegepersonen (Anzahl der Personen im Netzwerk)</i>			
0	9,9	1,2	7,3
1	45,1	40,9	41,2
2	25,9	30,3	37,6
3+	19,0	27,7	13,9
<i>Vertrauenspersonen (Anzahl der Personen im Netzwerk)</i>			
0	18,1	3,4	19,7
1	33,7	44,7	34,9
2	25,1	27,3	28,9
3+	23,1	24,6	16,5
Persönlichkeitsmerkmale (Abschnitt 5.6)			
Risikobereitschaft	2,4	2,7	1,4

Merkmale (alle Anteile in %)	Haushaltsgröße		
	1	2	3+
<i>Kontrollüberzeugungen</i>			
Internaler Faktor (Median)	-0,03	-0,54	-1,78
Externaler Faktor (Median)	0,59	0,60	1,64
Zufriedenheit (Abschnitt 5.8)			
Allgemeine Lebenszufriedenheit	5,6	5,0	4,8
<i>Bereichszufriedenheit</i>			
Freizeit	7,7	7,2	7,9
Haushaltseinkommen	5,9	6,5	7,9
Gesundheit	4,1	3,8	3,1
Familienleben	6,1	8,1	7,7
Netzwerk	6,0	6,3	7,0
Zeitverwendung (Abschnitt 5.9)			
Besuch kultureller Veranstaltungen	6,1	5,9	1,8
Künstlerische und musische Tätigkeiten	9,2	14,2	9,1
Sportliche Aktivität	4,8	8,8	1,6
Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen	8,7	12,9	16,0
Gegenseitige Besuche (Freunde)	45,8	48,4	45,5
Gegenseitige Besuche (Familie)	65,5	65,9	56,5
Essen oder trinken gehen	16,2	22,5	23,8
Ausflüge / kurze Reisen	7,8	12,1	0,0

Anmerkungen: Die Darstellungen beziehen sich auf Pflegebedürftige im Alter ab 65 Jahren. Teilweise wurden die Merkmale aus dem Bericht, insbesondere Kapitel 5 übernommen; an vielen Stellen haben wir aber in die Merkmale zusätzlich und nur in dieser Tabelle nach der Haushaltsgröße disaggregiert. In der Regel werden gewichtete Anteile berichtet; ansonsten berichten wir Mittelwerte, wenn nicht explizit angegeben wird, dass wir davon abweichen.

Quelle: SOEPv28.1, Berechnungen des DIW Berlin

8 Literatur

- Andersen, Hanfried H., Matthias Nübling Nübling, Axel Mühlbacher, Jürgen Schupp und Gert G. Wagner. 2007. „Computation of Standard Values for Physical and Mental Health Scale Scores Using the SOEP Version of SF12v2“. *Schmollers Jahrbuch: Journal of Applied Social Science Studies / Zeitschrift für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* 127 (1): 171-182.
- Andersen, Ronald M. 1968. „A Behavioral Model of Families' Use of Health Services“. University of Chicago, Center for Health Administration Studies.
- Andersen, Ronald M. 1995. „Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter?“ *Journal of Health and Social Behavior* 36 (1) (März 1): 1-10.
- Blanchflower, David G. und Andrew J. Oswald. 2008. „Is well-being U-shaped over the life cycle?“ *Social Science & Medicine* 66 (8) (April): 1733-1749.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie. 2000. „Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus“. *Sozialer Fortschritt* (10): 237-245.
- Blinkert, Baldo und Thomas Klie. 2004. „Solidarität in Gefahr: Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel; die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.
- Boggatz, Thomas und Theo Dassen. 2011. „Why older persons seek nursing care: towards a conceptual model“. *Nursing Inquiry* 18 (3): 216-225.
- Börsch-Supan, Axel und Hendrik Jürges (Hrsg.). 2005. „The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology“. Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing. Mannheim.
- Bradley, Elizabeth H., Sarah A. McGraw, Leslie Curry u. a. 2002. „Expanding the Andersen Model: The Role of Psychosocial Factors in Long-Term Care Use“. *Health Services Research* 37 (5): 1221-1242.
- Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hrsg.). 2002. Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ.
- Caliendo, Marco, Deborah Cobb-Clark und Arne Uhlendorff. 2010. „Locus of Control and Job Search Strategies“. Discussion Papers of DIW Berlin 979.
- Charles, Kerwin Kofi und Purvi Sevak. 2005. „Can family caregiving substitute for nursing home care?“ *Journal of Health Economics* 24 (6): 1174-1190.
- Coward, Raymond T. und Jeffrey W. Dwyer. 1990. „The Association of Gender, Sibling Network Composition, and Patterns of Parent Care by Adult Children“. *Research on Aging* 12 (2): 158-181.
- Destatis, Statistisches Bundesamt. 2008. „Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Bevölkerungsfortschreibung 2007“. Fachserie 1, Reihe 1.3. Wiesbaden.
- Duschek, Karl-Heinz und Antje Lemmer. 2013. „Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2011“. *Wirtschaft und Statistik* 3: 199-2011.
- Engelhardt, Gary V. und Nadja Greenhalgh-Stanley. (2010): „Home health care and the housing and living arrangements of the elderly“. *Journal of Urban Economics* 67 (2): 226-238.
- Filipp, Sigrun-Heide und Dieter Ferring. 1989. „Zur Alters- und Bereichsspezifität subjektiven Alterserlebens“. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* 21 (4): 279-293.

- Freedman, V. A. 1996. „Family Structure and the Risk of Nursing Home Admission“. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 51B (2): 61-69.
- Frick, Joachim R. und Markus M. Grabka. 2003. „Imputed Rent and Income Inequality: A Decomposition Analysis for Great Britain, West Germany and the U.S“. *Review of Income and Wealth* 49 (4): 513-37.
- Frick, Joachim R., Markus M. Grabka und Jan Marcus. 2007. „Editing and Multiple Imputation of Item-Non-Response in the 2002 Wealth Module of the German Socio-Economic Panel (SOEP)“. SOEPpapers 18. DIW Berlin, The German Socio-Economic Panel (SOEP).
- Garber, Alan M. und Thomas E. MaCurdy (1990): „Predicting Nursing Home Utilization Among the High-Risk Elderly“. In: Wise, David A. (Hrsg.). *Issues in the Economics of Aging*. University of Chicago Press: 173-204.
- Geyer, Johannes und Viktor Steiner. 2010. „Künftige Altersrenten in Deutschland: relative Stabilität im Westen, starker Rückgang im Osten“. DIW Wochenbericht 77(11): 2-11.
- Greene, Vernon L., Mary E. Lovely und Jan I. Ondrich. 1993. „Do Community-Based, Long-Term-Care Services Reduce Nursing Home Use? A Transition Probability Analysis“. *Journal of Human Resources* 28 (2): 297-317.
- Gwozdz, Wencke und Alfonso Sousa-Poza. 2010. „Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany“. *Social Indicators Research* 97(3): 397-417.
- Heinemann-Knoch, Marianne, Tina Knoch und Elke Korte. 2006. „Hilfe- und Pflegearrangements älterer Menschen in Privathaushalten.“ In: *Selbständigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen in Privathaushalten – Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*, herausgegeben von Ulrich Schneekloth und Hans Werner Wahl, 146-171. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heller, Günther und Rainer Schnell. 2000. „The Choir Invisible. Zur Analyse der gesundheitsbezogenen Panelmortalität im Sozio-Oekonomischen Panel“. In: Helmert, Uwe, Karin Bammann, Wolfgang Voges u.a. (Hrsg.). *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland*. Weinheim: Juventa, 115-134.
- Himes, Christine L., Gert G. Wagner, Douglas A. Wolf u.a. 2000. „Nursing home entry in Germany and the United States“. *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 15 (2): 99-118.
- Himes, Christine L., Ulrike Schneider und Douglas A. Wolf. 2001. „The Dynamics of Long-Term Care Service Use in Germany“. *Vierteljahrshefte zur Wirtschaftsforschung/Quarterly Journal of Economic Research* 70 (1): 153-158.
- Holden, Karen, Timothy McBride und Maria Perozek. 1997. „Expectations of Nursing Home Use in the Health and Retirement Study: The Role of Gender, Health, and Family Characteristics“. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 52B (5), S. S240-S251.
- Infurna, Frank J., Denis Gerstorf, Nilam Ram, Jürgen Schupp und Gert G. Wagner. 2011. „Long-term Antecedents and Outcomes of Perceived Control“. *Psychology and aging* 26 (3): 559-75.
- Jette, Alan M., Sharon Tennstedt und Sibyl Crawford. 1995. „How does formal and informal community care affect nursing home use?“. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*. 50 (1), S. S4-S12.
- Klein, Thomas und Siegfried Gabler. 1996. „Der Altenheimsurvey: Durchführung und Repräsentativität einer Befragung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe“. *ZUMA Nachrichten* 38 (20): 112-134.

- Klein, Thomas. 1998. „Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe“. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 31 (6): 407-416.
- Kohls, Martin. 2012. „Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel“. Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Lachman, Margie E., Shevaun D. Neupert und Stefan Agrigoroaei. 2011. „The Relevance of Control Beliefs for Health and Aging“. *Handbook of the Psychology of Aging*, Elsevier, 175-90. <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/B9780123808820000115> (28. Juli 2013).
- Lindrooth, Richard C., Thomas J. Hoerger und Edward C. Norton. 2000. „Expectations among the elderly about nursing home entry“. *Health Services Research* 35 (5 Part II): 1181-1202.
- McGarry, Kathleen M. 1998. „Chapter 5: Caring for the Elderly: The Role of Adult Children“. In: Wise, David A. (Hrsg.) *Inquiries in the Economics of Aging*. University of Chicago Press, 133-166.
- McGee, Andrew und Peter McGee. 2011. „Search, Effort, and Locus of Control“. IZA Discussion Paper 5948. Institute for the Study of Labor (IZA).
- Mellor, Jennifer M. 2001. „Long-term care and nursing home coverage: are adult children substitutes for insurance policies?“. *Journal of Health Economics* 20 (4): 527-547.
- Michaelis, Jochen, Melanie Arntz und Alexander Spermann. 2005. „Die Reform der Pflegeversicherung – weniger Kostendruck durch flexiblere Pflegearrangements?“ (Discussion Papers in Economics Nr. 71/05) University of Kassel, Institute of Economics.
- Piatek, Rémi und Pia Pinger. 2010. „Maintaining (Locus of) Control? Assessing the Impact of Locus of Control on Education Decisions and Wages“. IZA Discussion Paper 5289. Institute for the Study of Labor (IZA).
- Rodin, Judith. 1986. „Aging and Health: Effects of the Sense of Control“. *Science* 233 (4770): 1271-76.
- Rothgang, Heinz, Lars Borchert, Rolf Müller u.a. 2008. „BARMER GEK Pflegereport 2008“. (Nr. 66) Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse).
- Rothgang, Heinz, Stephanie Iwansky, Rolf Müller u.a. 2010. „BARMER GEK Pflegereport 2010“. (Nr. 5) Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse).
- Rothgang, Heinz, Stephanie Iwansky, Rolf Müller u.a. 2011. „BARMER GEK Pflegereport 2011“. (Nr. 11) Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse).
- Rothgang, Heinz, Dawid Kulik, Rolf Müller u.a. 2009. „BARMER GEK Pflegereport 2009“. (Nr. 73) Schwäbisch Gmünd (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse).
- Rotter, Julian B. 1966. „Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement“. *Psychological Monographs: General and Applied* 80, 1-28.
- Saup, Winfried. 1990. „Stress und Stressbewältigung bei der Heimübersiedlung älterer Menschen“. In: *Zeitschrift für Gerontologie* 17 (4): 198–204.
- Schmidt, Manuela und Ulrich Schneekloth. 2011. „Abschlussbericht zur Studie ‚Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes‘“. Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit von TNS Infratest Sozialforschung, München Juni 2011.
- Schneekloth, Ulrich und Udo Müller. 1997. „Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen“. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt "Möglichkeiten und Grenzen

- selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" (Bd. 147.2 – Schriftenreihe des BMFSFJ). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich. 2006. „Entwicklungstrends beim Hilfe- und Pflegebedarf in Privathaushalten – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung“. In: *Selbständigkeit und Hilfebedarf älterer Menschen in Privathaushalten – Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*, herausgegeben von Ulrich Schneekloth und Hans Werner Wahl, 57-102. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich und Hans Werner Wahl. 2007. *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen (MUG IV)*. (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- Schneekloth, Ulrich und Hans Werner Wahl. 2005. *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)*. (Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend).
- Schulz, Erika. 2010. „The Long-Term Care System in Germany“. *Discussion Papers of DIW Berlin* 1039. DIW Berlin, German Institute for Economic Research.
- Schupp, Jürgen und Harald Künemund. 2004. „Private Versorgung und Betreuung von Pflegebedürftigen in Deutschland: überraschend hohes Pflegeengagement älterer Männer“. *Wochenbericht des DIW Berlin*, 71 (20): 289-294.
- Sierminska, Eva M., Joachim R. Frick, und Markus M. Grabka. 2010. „Examining the Gender Wealth Gap“. *Oxford Economic Papers* 62(4): 669–90.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.). 2010. „Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern“. Wiesbaden (Demografischer Wandel in Deutschland, Heft 2).
- Statistisches Bundesamt. 2013. „Pflegestatistik 2011 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse“. Wiesbaden.
- Statistisches Bundesamt. 2008. „Pflegestatistik 2007 - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse“. Wiesbaden.
- Unger, Rainer. 2003. „Soziale Differenzierung der aktiven Lebenserwartung im internationalen Vergleich: Eine Längsschnittuntersuchung mit den Daten des Sozio-oekonomischen Panel und der Panel Study of Income Dynamics“. Aufl. Deutscher Universitätsverlag.
- Van Landeghem, Bert G. M. 2009. „The Course of Subjective Well-Being over the Life Cycle“. *Schmollers Jahrbuch* 129 (2) (April): 261-267.
- Wagner, Gert G., Joachim R. Frick und Jürgen Schupp. 2007. „The German Socio-Economic Panel Study (SOEP): Scope, Evolution and Enhancements“. *Schmollers Jahrbuch* 127 (1): 139-170.
- Wooldridge, Jeffrey. 2003. *Introductory econometrics: A modern approach*. Mason Ohio: South-Western.
- Ziegler, Uta und Gabriele Doblhammer. 2008. „Cohort Changes in the Incidence of Care Need in West Germany Between 1986 and 2005“. *European Journal of Population/Revue européenne de Démographie*. 24 (4): 347-362.
- Ziegler, Uta und Gabriele Doblhammer. 2005. „Reductions in the incidence of care need in west and east Germany between 1991 and 2003: compression-of-morbidity or policy effect?“. In: Tours, Frankreich.
- Schulz, Erika .2012. „Pflegemarkt: Drohendem Arbeitskräftemangel kann entgegengewirkt werden.“ *DIW Wochenbericht* 51/52: 3-16.