

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 35)
Andreas Storm (Herausgeber)

Pflegereport 2021

Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung (Band 35)

Pflegereport 2021

Junge Menschen und Pflege

Einstellungen und Erfahrungen nachkommender Generationen

Herausgeber:

Andreas Storm, Vorsitzender des Vorstands der DAK-Gesundheit

DAK-Gesundheit

Nagelsweg 27–31, D-20097 Hamburg

Autor:

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Evangelische Hochschule Freiburg

Bugginger Str. 38, D-79114 Freiburg

Unter Mitarbeit von

Dr. Wilhelm Haumann, Dr. Christine Moeller-Bruker, Isabel Schön, Lukas Stürner,
Stefanie Oyoyo

Hamburg/Freiburg

Oktober 2021

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2021 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de



ISBN 978-3-86216-858-3

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: mediaprint solutions GmbH, Paderborn
Titelbilder: Bild links: © istockphoto.com/vorDa; Bild rechts: © istockphoto.com/fizkes
Titelbildgestaltung: Natalia Degenhardt
Printed in Germany

Vorwort

Pflegebedürftige Menschen möchten oftmals lieber zu Hause versorgt werden, als in einer betreuenden Einrichtung untergebracht zu werden. Auch viele Angehörige haben den Wunsch, ihre pflegebedürftigen Verwandten in den eigenen vier Wänden zu unterstützen. Mehr als zwei Millionen auf Pflege angewiesene Menschen werden in Deutschland zu Hause von ihren Angehörigen versorgt. Damit sind pflegende Verwandte der größte ambulante Pflegedienst der Nation.

Kaum ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt ist bislang, dass sich auch junge Menschen an der Pflege ihrer Angehörigen beteiligen. Teenager und junge Erwachsene kümmern sich um ihre auf Pflege angewiesenen Geschwister, Eltern oder Großeltern. Das Thema Pflege ist für ein Drittel der jüngeren Generation ein alltägliches Familienthema. Diese Teenager und jungen Erwachsenen helfen bei der Körperpflege, wechseln Verbände, gehen für pflegebedürftige Angehörige Einkaufen oder putzen deren Wohnung. Viele junge Pfleger leisten auch Hilfe jenseits der Leistungen der Pflegeversicherung. Im DAK-Pflegereport 2021 ist es mir wichtig, hierauf einen Fokus zu setzen.

Die Bevölkerungsbefragung zeigt, dass es eine große Bereitschaft bei jungen Menschen gibt, Aufgaben der Pflege von Angehörigen zu übernehmen. Das ist ein großes gesellschaftliches Plus. Ihnen ist gute Pflege wichtig und gute Pflege wird vor allem mit häuslicher Pflege durch die Familie assoziiert. Die qualifizierten Einzel-Interviews mit jungen Pflegenden belegen dieses starke Gefühl der Generationenverantwortung. Die Pflege von Angehörigen wird als eine Bewährungsprobe und selbstverständliche, gemeinsame Verantwortungsaufgabe für die ganze Familie erlebt, an der sich eben auch jüngere Menschen beteiligen. 83 Prozent geben an, positive Erfahrungen im Zusammenhang mit der Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben gemacht zu haben. Was gegen eine Übernahme von Pflegeverantwortung aus Sicht der jungen Generation spricht, sind Opportunitätskosten, also Einschränkungen in der Lebensführung bei dem, was einem persönlich wichtig ist. Auch die eigenen Lebensumstände wie die geografische Entfernung, die Ausbildungssituation oder Berufstätigkeit können dem entgegenstehen. Hier sehen wir als DAK-Gesundheit politischen Handlungsbedarf. Die Leistungsbereitschaft und das Engagement der jungen pflegenden Angehörigen gilt es entsprechend zu fördern, zu würdigen und zu honorieren.

Zugleich sollte eine Überforderung junger Menschen verhindert werden. Der Staat muss seine Vorleistungspflichten einlösen. Sensibilisiert für junge Pfleger sind auch die DAK-Berater*innen sowie Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte. Allerdings macht die Online-Befragung der Pflegestützpunkte auch deutlich, dass junge

Pflegende konsequenter als bisher zum Gegenstand von Fortbildungen und Informationsmaterialien gemacht werden müssen. Der DAK-Pflegereport 2021 mit seiner systematischen Bevölkerungsbefragung, qualifizierten Einzelinterviews und den Informationen der Pflegestützpunkte setzt hier einen Meilenstein.

Es ist bemerkenswert, dass junge Pflegende die häusliche Fürsorge für die ältere Generation nicht nur als Verpflichtung und Bürde mit negativen Erfahrungen assoziieren, sondern auch als persönliche Bereicherung mit positiven Erfahrungen. Mancher ist stolz darauf, gebraucht zu werden. Andere nehmen ihre Sorgeverantwortung gar nicht als etwas Außergewöhnliches wahr. Diese interessanten Ergebnisse unseres DAK-Pflegereports 2021 können einen Anstoß geben. Junge Pflegende nehmen mit ihrem Engagement und ihrer Fürsorge für Pflege- und Hilfebedürftige eine wichtige Rolle in der Gesellschaft ein. Der Politik sollte dies anerkennen und bei ihren Entscheidungen würdigen und fördern.



Andreas Storm

Vorstandsvorsitzender der DAK-Gesundheit

Hamburg, Oktober 2021

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
1. Geleitwort: Generationenbeziehungen und Pflege	1
2. Junge Pflege – eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021	5
<i>Thomas Klie</i>	
Literaturverzeichnis	26
3. Die junge Pflege – Allensbach-Befragung der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung junger Pfleger	31
<i>Wilhelm Haumann</i>	
3.1 Breite Bereitschaft zur Angehörigenpflege – Bei Interessenkonflikten haben Familie und Beruf meist Vorrang	33
3.2 Wie Jüngere pflegen	38
3.3 Erfahrungen der Jüngeren bei der Pflege	50
3.4 Pflegewissen und Pflegeberatung	52
3.5 Die Kosten der Pflege	55
3.6 Ausblick auf die zukünftige Pflege und Betreuung	61
3.7 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Pflege	65
3.8 Anhang	68
Literaturverzeichnis	69
4. Lernen und Kümmern: Der Alltag junger Pfleger – eine Interviewstudie	71
<i>Isabel Schön, Christine Moeller-Bruker, Thomas Klie</i>	
4.1 Einblicke in die Lebenswelten junger Pfleger	73
4.2 Engagiert und abgesichert. Wenn junge Menschen freiwillig pflegen – Querschnittliche Auswertung der qualitativen Interviews	91
4.3 Fazit: Engagiert und abgesichert. Wenn junge Menschen freiwillig pflegen	106
Literaturverzeichnis	109
5. Pflege- und Sorgeverantwortung in jungen Jahren: ein Literaturbericht	113
<i>Stefanie Oyoyo, Christine Moeller-Bruker</i>	
5.1 Annäherung an die Thematik	113
5.2 Zu den Auswirkungen	124
5.3 Möglichkeiten der Unterstützung	127
5.4 Zusammenfassung und Ausblick	134
Literaturverzeichnis	136

6. Die Beratung junger Pfleger in den Pflegestützpunkten und durch die Berater*innen der DAK-Gesundheit: eine Online-Befragung	143
<i>Thomas Klie, Lukas Stürner, Isabel Schön</i>	
6.1 Methodisches Vorgehen und Studienkontext	144
6.2 Ergebnisse der Online-Befragung	145
6.3 Zusammenfassung	155
Literaturverzeichnis	156
7. Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Pfleger: gute Praxis und Empfehlungen	159
<i>Isabel Schön, Christine Moeller-Bruker, Thomas Klie</i>	
7.1 Good Practice: Projekte und Akteure	159
7.2 Erfahrungswissen aus der Unterstützungs- und Beratungspraxis	169
Literaturverzeichnis	185
8. Ausblick: Agenda „Jugend und Pflege“	187
<i>Thomas Klie</i>	
Literaturverzeichnis	192
Autor*innenverzeichnis	195

1. Geleitwort: Generationenbeziehungen und Pflege

Der Pflegereport 2021 der DAK-Gesundheit leuchtet das Thema der (Langzeit-)Pflege unter einem häufig vernachlässigten Blickwinkel aus: Er betrachtet, wie die nachfolgenden Generationen zu dieser Thematik stehen. Gesellschaftlich – wem ordnen sie die Aufgaben der Pflege der älteren Generation zu? Ökonomisch – wer ist für die Finanzierung der Pflege verantwortlich? Politisch – wie sieht ein faires Konzept einer Pflegesicherung aus? Individuell – beteiligt man sich an Aufgaben der Pflege, wäre man bereit dazu? Diesen Facetten des Themas Pflege im Generationenverhältnis geht der diesjährige DAK-Pflegereport nach.

Dabei zeigt sich in durchaus beeindruckender Weise, dass die Aufgaben der Pflege und Sorge, insbesondere der älteren Generation, in eine recht stabile Generationensolidarität eingebettet sind. Die jüngeren Generationen verorten die Pflegeverantwortung in den Familien und zeigen sich mehrheitlich bereit, sich zu beteiligen. Praktisch bringen sich junge Menschen weit häufiger als öffentlich wahrgenommen in den Pflegearrangements ein – sei es gegenüber Geschwistern, Eltern oder sehr häufig auch Großeltern.

Dies sind allesamt Befunde, die die bisherige Konzeption der deutschen Pflegeversicherung stärken. Sie sind nicht selbstverständlich. Sie sind Errungenschaft und Ergebnis einer Gesellschaft, der es insgesamt – auch materiell – vergleichsweise gut geht. Jedoch treffen die Aussagen mitnichten auf die gesamte jüngere Bevölkerung zu. Auch weisen die Befunde daraufhin, dass die Solidaritätsbereitschaft der jüngeren Generation gegenüber den Älteren Voraussetzungen kennt; eine aktive Rolle des Staates wird vorausgesetzt. Der Subsidiaritätsgrundsatz, der auch und gerade die Pflegeversicherung prägt, verlangt Vorleistungen vom Staat. Und deutlich wird: Die jüngeren Generationen setzen sich nicht sehr realistisch mit den Herausforderungen der Finanzierung der Langzeitpflege auseinander.

Der DAK-Pflegereport 2021 dokumentiert, dass für junge Pflegenden zu wenig getan wird. Es fehlt an einer öffentlichen Wahrnehmung ihrer Pflegeverantwortung. Es fehlt an Unterstützungs-, Beratungs-, aber auch Entlastungsangeboten. Zum Teil basiert die Verantwortungsübernahme junger Menschen für die Pflege ihrer Großeltern auf Infrastrukturdefiziten vor Ort.

Für Jugendliche und junge Erwachsene stellen sich in besonderer Weise Vereinbarkeitsfragen: Es geht um die Vereinbarkeit mit Schule, Ausbildung, Studium oder Beruf, aber auch um die Wahrnehmung von Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz, die auch darin bestehen, sich aus familiären Zusammenhängen lösen zu können. Es zeigt sich in interessanter Weise, dass die Bereitschaft zur Übernahme von Pflege- und Sorgeaufgaben auch in der jungen Generation fest verankert ist. Sie hängt allerdings gerade bei Jugendli-

chen und jungen Erwachsenen von den Rahmenbedingungen ab: Die Opportunitätskosten dürfen nicht zu hoch sein. Nicht primär aus einem moralischen Imperativ, sondern vielmehr aus Verbundenheit mit der Familie und den Vorgängergenerationen speist sich ihre Bereitschaft. Gerade dann muss allerdings dafür Sorge getragen werden, dass die spezifischen Bedingungen der Vereinbarkeit von Pflege und den anderen Lebensthemen berücksichtigt werden. Interessant und durchaus bemerkenswert ist der Befund, dass diejenigen jungen Menschen, die pflegeerfahren sind, weit mehr bereit sind, auch in der Zukunft eine solche Verantwortung zu übernehmen, als diejenigen, die bisher noch keine Pflegeerfahrung haben sammeln können.

Die Verantwortungsübernahme für die Sorge um vulnerable Menschen ist in positiver Weise mit Reifungs- und Entwicklungsaufgaben von uns als Menschen verbunden – so könnte das Fazit lauten. Aber Vorsicht: Junge Menschen haben ihr eigenes Leben zu gestalten, ihre Zukunft in den Blick zu nehmen und dürfen weder ökonomisch noch praktisch von der älteren Generation in Fesseln gelegt werden. Auch können aus den Pflegesituationen erhebliche Belastungen resultieren. Das sollten unter anderem Sozialleistungsträger im Blick behalten. Alles andere wäre unverantwortlich.

Das Thema „Junge Menschen und Pflege“ ist auch deswegen wichtig, weil Pflege als berufliche Tätigkeit zunehmend bedeutsamer wird. Die Corona-Pandemie hat unterstrichen, dass ohne die professionelle Pflege eine verlässliche, empathische und fachlich fundierte gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung nicht zu haben ist. Deswegen ist die Thematisierung von Pflege und die Vermittlung von Erfahrung in Pflegekontexten für die Zukunft der Pflege wichtig. Wir wissen: Ob man einen Beruf für Menschen ergreift, hängt entscheidend davon ab, ob in Kindheit und Jugend (positive) Erfahrungen in der Verantwortungsübernahme für vulnerable Menschen gesammelt werden konnten. So beleuchtet der DAK-Pflegereport 2021 ein gesellschaftlich interessantes, wichtiges und zukunftssträchtiges Themenfeld.

Ich danke der DAK-Gesundheit, insbesondere ihrem Vorstandsvorsitzenden Andreas Storm, für das langjährige Vertrauen und die Zusammenarbeit bei der Erstellung der Pflegereporte. Ausdrücklich gilt mein Dank auch Frau Bätz und Herrn Pajovic. Die bewährte Zusammenarbeit mit dem Institut für Demoskopie Allensbach konnte auch bei diesem Pflegereport fortgesetzt werden. Das Schöne dabei ist, dass auch dort das inhaltliche Interesse immer wieder spürbar ist. Es bereitet Freude, die Fragen und die Instrumente gemeinsam zu entwickeln. Dr. Wilhelm Haumann sei herzlich gedankt für die verlässliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit – und die Bereitschaft, von der DAK-Gesundheit gewünschte Sonderauswertungen vorzunehmen. Danken möchte ich auch den Mitarbeiter*innen meines Instituts AGP Sozialforschung für die sehr engagierte Mit- und Zuarbeit zum diesjährigen Pflegereport.

Sie mussten sich in hohem Maße flexibel zeigen, um die zeitlichen Erwartungen an die Berichterstellung zu erfüllen. Der Dank gilt Isabel Schön, Stefanie Oyoyo, Lukas Stürner und den geschäftsführenden Mitarbeiter*innen Dr. Christine Moeller-Bruker und Pablo Rischard.

Bleibt zu hoffen, dass auch der DAK-Pflegereport 2021 eine breite Resonanz findet und einen Beitrag dazu leistet, dass die Bedeutung junger Menschen in der Pflege – mehr als in der Vergangenheit – wahrgenommen wird, und dass sich Unterstützungs- und Beratungsangebote weiterentwickeln.

Prof. Dr. habil. Thomas Klie

Tutzing, Freiburg, Berlin

2. Junge Pflege – eine vernachlässigte Wirklichkeit mit großer Relevanz für die Zukunft. Die Essenzen des DAK-Pflegereports 2021

Thomas Klie

Anlage und Ausrichtung des DAK-Pflegereports

Der Pflegereport 2021 der DAK-Gesundheit widmet sich dem Thema „Junge Pflege“. Welche Bundesbürgerin und welcher Bundesbürger weiß schon, dass rechnerisch in jeder Schulklasse ein*e oder zwei Schüler*innen sitzen, der oder die sich an Pflegeaufgaben in der Familie beteiligt bzw. beteiligen? Auch den Lehrer*innen ist dies nicht immer bewusst.

Pflege ist nicht nur ein Thema älterer Menschen – sowohl auf Seite der Gepflegten als auch der Pflegenden. Es ist richtig: Die Prävalenz der Pflegebedürftigkeit ist mit dem hohen Alter verbunden. Auch ist es richtig und zutreffend, dass es insbesondere die pflegenahen Jahrgänge und dort die über 60-Jährigen sind, die sich in ihren Familien und Partnerschaften an den Aufgaben beteiligen bzw. sie weitgehend alleine meistern. Die deutsche Pflegeversicherung ist weiterhin auf die Familienpflege hin kalkuliert und baut auf der großen Bereitschaft der Bevölkerung, insbesondere der Frauen, auf. Aber es sind eben auch junge Menschen, die die Verantwortung für die Pflege übernehmen (müssen). Und es gibt auch junge Menschen, die selbst auf Pflege angewiesen sind. Mit der Pflegeversicherung wurde Pflegebedürftigkeit als allgemeines Lebensrisiko – und das unabhängig vom Lebensalter – anerkannt und die Beantwortung der Unterstützungsbedarfe (mit) in die soziale Verantwortung des Staates gestellt. Dies betrifft seither nicht nur einkommensschwache Personen, wie bis dato, sondern alle Bürger*innen (vgl. zur 25-jährigen Geschichte der Pflegeversicherung DAK-Pflegereport 2019: Klie 2019a).

Aber nicht nur, weil es auf Seite der Pflegebedürftigen auch Kinder und Jugendliche gibt, oder weil sich auch junge Menschen an der Pflegeverantwortung gegenüber nahestehenden Menschen beteiligen, ist das Thema „Junge Menschen und Pflege“ bedeutsam. Die Pflegeversicherung ist die fünfte Säule der deutschen Sozialversicherung. Sie wird im Wesentlichen umlagefinanziert. Es gilt, sie demografiefest zu machen, was bedeutet, dass deren Finanzierung auf stabile Beine zu stellen ist. Ähnlich wie in der Rentenversicherung sind hier gesellschaftlicher Konsens und politische Konzepte gefragt, die auch von jungen Menschen, den jüngeren Generationen, mitgetragen werden können und müssen.

Im Wahlkampf wird mit dem Begriff der „enkelfitten Rente“ gespielt. Junge Menschen beteiligen sich häufig als „fitter Enkel“ an Pflegeaufgaben und sie sind mit überwältigender Mehrheit davon überzeugt:

Die Politik tut (noch) zu wenig für die Pflege. Wie aber sehen Lösungen und Konzepte für eine demografiefeste Pflegesicherung aus? Die zum Ende der 19. Legislaturperiode beschlossene Reform, die das bisher fest verschlossene Fenster des Steuerzuschusses geöffnet hat, reicht mitnichten aus, um die Zukunftsfragen der Pflege zu lösen. Der Pflegereport 2019 hat sich mit den verschiedenen pflegepolitischen Optionen auseinandergesetzt. Die DAK-Gesundheit hat sich als eine der wenigen Kranken- und Pflegekassen in Deutschland hierzu positioniert (vgl. Klie 2019a; Rothgang et al. 2021).

Werden solche Konzepte auch von den jüngeren Generationen mitgetragen? Welche Rolle spielen Pflegeerfahrungen junger Menschen im Hinblick auf ihre pflegepolitischen Einstellungen? Und wie können junge Menschen für Berufe für Menschen, auch der Pflege, gewonnen werden – welche Rolle kommt dabei entsprechenden eigenen Erfahrungen zu? Dies alles sind wichtige Fragen, die uns in den nächsten Jahren beschäftigen werden; einige greifen wir im diesjährigen Pflegereport auf. Dabei wird das Thema „Junge Pflege“ multiperspektivisch beleuchtet:

Fokus 1: Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die Pflegeverantwortung übernommen haben oder aktuell übernehmen

Fokus 2: Die jüngere Generation und ihre tatsächliche Beteiligung an Pflegeaufgaben sowie ihre Bereitschaft, sich zukünftig (wieder) bei Pflegeaufgaben einzubringen

Fokus 3: Die Einstellungen der jüngeren Generation gegenüber Aufgaben der Pflege und Sorge zwischen familiärer und staatlicher Verantwortung

Fokus 4: Die Vorstellungen der jüngeren Generation bezogen auf die Vorsorge für Lebenssituationen, die von Pflege bestimmt sein könnten, also ihre Erwartungen an die Pflegepolitik.

Diese vier Perspektiven werden auf unterschiedliche Weise beleuchtet. Wie die bisherigen Pflegereporte der DAK-Gesundheit werden unterschiedliche empirische Zugänge gewählt. Am Anfang steht – wie in den Vorjahren – eine repräsentative Bevölkerungsumfrage, durchgeführt vom Institut für Demoskopie Allensbach. Es wurden die 16- bis 39-Jährigen befragt. Neben Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen wurden dabei bewusst die 30- bis 39-Jährigen mit einbezogen, denn sie blicken ggf. auf Pflegeerfahrungen zurück und gehören beim Thema Pflege gleichwohl zu den Jüngeren, wird das Thema Pflege doch im hohen Maße vom Thema Alter dominiert – auch bei den Pflegepersonen.

Die Pflegereporte der DAK-Gesundheit zeichnet ein multimethodischer Zugang zum jeweils gewählten Untersuchungsgegenstand aus. Einblicke in die unmittelbare Lebenswirklichkeit und Lebenswelt dürfen nicht fehlen. AGP Sozialforschung hat deshalb wieder qua-

litative Interviews mit jungen Pflegenden geführt und sie systematisch ausgewertet. Die sieben Interviews vermitteln ein tiefenscharfes Bild von Erfahrungen, die junge Pflegenden gesammelt haben, sie zeichnen nach, wie es zur Übernahme von Pflegeaufgaben kam und sie gehen den Belastungen, aber auch den persönlichen Gewinnen nach, von denen junge Pflegenden berichten.

Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Befunde werden sodann in den Kontext der vorliegenden Wissensbestände und der Forschungslage zum Thema „Junge Pflegenden“ gestellt. Es handelt sich dabei um ein bislang wenig erforschtes Gebiet. Verdienstvoll hat sich das Zentrum für Qualität in der Pflege dem Thema gewidmet (vgl. ZQP 2017). Zudem liegen einzelne Studien aus dem In- und Ausland vor. Sie wurden in der Literaturstudie ausgewertet und durch eine systematische Recherche ergänzt.

Die DAK-Gesundheit ist in hohem Maße daran interessiert, das Thema „Junge Pflege“ nicht nur in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen: Sie sieht sich auch in der Verantwortung, ihre eigenen Angebote – mehr als bisher geschehen – auf die Bedarfe junger Pflegender auszurichten. Dabei kommt Unterstützungs- und Beratungsangeboten eine zentrale Bedeutung zu. Wie sieht die Wirklichkeit der Beratung junger Pflegender aus? Wie nimmt die DAK-Gesundheit im Rahmen der Pflegeberatung diese Aufgaben derzeit wahr und wo sehen die Pflegeberater*innen Möglichkeiten der Weiterentwicklung und Qualifizierung? Wie ist das Thema bei den Pflegestützpunkten in Deutschland verankert? Diesen Fragen wird in einer ebenfalls von AGP Sozialforschung durchgeführten Online-Befragung nachgegangen.

Auch der DAK-Pflegereport 2021 schließt mit konzeptionellen Ausblicken. Was hilft jungen Pflegenden? Auf welche Good-Practice-Beispiele kann zurückgegriffen werden? Welche von ihnen kann die DAK-Gesundheit, welche können auch andere Akteure, Bundesländer, Kommunen oder von der Freien Wohlfahrtspflege getragene Angebote nutzen, um der Gruppe junger Pflegender besser gerecht zu werden? Im Rahmen von Expert*innen-Interviews hat AGP Sozialforschung bestehende Beratungs- und Unterstützungsangebote in den Blick genommen.

Pflegebedürftigkeit ist ein allgemeines Lebensrisiko, das nicht auf hochbetagte Menschen begrenzt ist. Kinder und Jugendliche mit Behinderung bzw. lebensverkürzenden Erkrankungen (vgl. Klie und Bruker 2016b, 2016a) bestimmen in vielen Familien Alltag und Leben. Auch sie fristen ein Schattendasein in der pflegepolitischen Aufmerksamkeit. Und: Viele Familien und damit auch Kinder und Jugendliche als Geschwisterkinder sind von Pflegebedürftigkeit, Beeinträchtigungen oder einer schweren Krankheit betroffen. Auch sie sind in mancher Weise junge Pflegenden und alltäglich mit Fragen der Pflege und Sorge konfrontiert. Am Rande wird dieses Thema auch im DAK-Pflegereport 2021 aufgegriffen, z. B. dort, wo die Erfahrung

der Mitarbeiter*innen aus den Pflegestützpunkten darauf verweisen, wie wichtig es ist, gerade in diesen Situationen Beratungsangebote vorzuhalten, die sich deutlich von dem unterscheiden, was typischerweise „Pflegeberatung“ heißt.

Junge Pflege – die Bevölkerungsumfrage

Insgesamt 1.310 junge Männer und Frauen im Alter zwischen 16 und 39 Jahren, darunter 443 Personen, die aktuell Pflegeaufgaben übernehmen oder dies in den letzten zehn Jahren getan haben, wurden in der repräsentativen Bevölkerungsumfrage im März 2021 befragt (vgl. hierzu Haumann in diesem Band). Ein Drittel der Befragten hat Familienangehörige, die auf Pflege oder Hilfe im Alltag angewiesen sind, 13 Prozent unterstützen sie im Alltag oder übernehmen Pflegeaufgaben, 9 Prozent übernehmen Pflegeaufgaben im engeren Sinne (Körperpflege, Zubettbringen usw.) oder organisieren Pflege. Zahlenmäßig sind dies nur knapp weniger als in Pflegeaufgaben involvierte über 40-Jährige. Das heißt: Das Thema der Pflege ist für immerhin ein Drittel der jüngeren Generation ein wie auch immer geartetes alltägliches und Familienthema. Dabei zeigen sich wenige Unterschiede nach Schichtzugehörigkeit und Alter. Nur jüngere Menschen mit Migrationsgeschichte sind etwas stärker in Pflegeaufgaben in den Familien involviert.

Gepflegt werden zumeist die Großeltern, gefolgt von den Eltern, denen bei den 30- bis 39-Jährigen eine größere Rolle zukommt. Es ist zu erkennen: Auch wenn die Pflege von jüngeren Menschen im Verbund mit anderen erbracht wird, sind sie zumeist maßgeblich an den anfallenden Aufgaben beteiligt. Nur 33 Prozent geben an, nur einen kleineren Teil oder kaum etwas Nennenswertes an Unterstützungsaufgaben zu übernehmen. Dabei nimmt der Umfang der Aufgaben, die übernommen werden, mit steigendem Alter zu.

Die Art der Hilfe jüngerer Menschen, die von den Befragten genannt wird, bezieht sich ganz überwiegend auf den *Haushalt* (80 Prozent). Gefragt danach, ob sie sich die Übernahme derartiger Aufgaben in Zukunft vorstellen könnten, bejahten dies 90 Prozent. Quantitativ sind in Pflegehaushalten Aufgaben der Haushaltsführung und hauswirtschaftliche Tätigkeiten die zeitintensivsten und dominanten. Auch die *psychosoziale Seite* der Unterstützung und Pflege, die Sorge, spielt eine große Rolle und nimmt den zweiten Rang neben den haushaltsbezogenen Aufgaben ein. Die psychosoziale Unterstützung können sich die allermeisten Befragten auch zukünftig als eine von ihnen übernommene Aufgabe vorstellen (79 Prozent). Aufgaben der *Organisation und des Managements*, typischerweise Männern zugeordnet, findet sich auf dem dritten Rang der Tätigkeiten. Auch hier besteht eine große Bereitschaft, Verantwortung auch in der Zukunft zu übernehmen. 38 Prozent der jungen Pflegenden beteiligen sich aktiv an Aufgaben der *Körperpflege*, der Pflege im engeren Sinne. Auch hier gibt es schichtspezifisch keine Unterschiede, die als nennenswert zu bezeichnen wären.

Die Unterstützungs- und Pflegeleistungen der jungen Menschen sind durchaus zeitintensiv: 40 Prozent sind täglich aktiv, nur 9 Prozent seltener als einmal in der Woche. Dabei nimmt das Belastungserleben mit dem höheren Alter zu. Es ist bei jungen Menschen mit Migrationshintergrund besonders ausgeprägt, liegt aber unter dem Belastungsgrad der über 40-Jährigen, wenn sie sich an Pflegeaufgaben beteiligen.

Die Frage der Vereinbarkeit stellt sich für junge Menschen nicht in gleicher Intensität wie für erwerbstätige pflegende Angehörige. Das gilt sowohl bezogen auf Schule und Studium, als auch auf Ausbildung und Beruf. Vereinbarkeitsfragen gewinnen mit zunehmendem Alter junger Menschen an Bedeutung. Viele junge Pflegende geben an, dass sie auch und gerade im Zusammenhang mit der Übernahme von Pflegeaufgaben eine intensivere und stärkere emotionale Verbundenheit mit ihren An- und Zugehörigen, die der Pflege bedürfen, entwickelt haben.

Abbildung 1: Erfahrungen: Im Vordergrund steht die Verbundenheit mit den Gepflegten und Unterstützten

16- bis 39-Jährige	Aktuell oder früher Pflegende		
	insgesamt	Männer %	Frauen %
Diese Erfahrungen habe auch ich gemacht - - Auszug: häufigste Nennungen -			
Durch die Pflege bzw. Betreuung ist das Verhältnis zwischen dem/der Angehörigen und mir (noch) enger geworden	43 %	36	51
Trotz der schwierigen Situation haben/hatten wir auch schöne Momente zusammen	43	38	49
Mich belastet(e) oft der Gedanke, dass sich der Zustand in absehbarer Zeit verschlechtern wird (könnte)	42	37	48
Die Pflege bzw. Betreuung hat mich geprägt	31	25	37
Ich fühl(t)e mich mit der Unterstützung bzw. Pflege öfter überfordert	24	18	31
Durch die Pflege bzw. Betreuung sehe ich die Welt anders; ich habe gelernt, was wirklich wichtig ist im Leben	24	22	26
Es gibt/gab mir Kraft zu wissen, dass mein(e) Angehörige(r) wegen meiner Unterstützung nicht in Heim muss/musste	23	19	28
Ich fühl(t)e mich mit der Pflege oft allein bzw. im Stich gelassen	20	20	19
Ich bin bei der Unterstützung bzw. Pflege auch mal über meine Grenzen gegangen	19	11	28
Ich habe/hatte viel Arbeit mit Behördenangelegenheiten wie z.B. Anträgen	18	19	18

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

83 Prozent der Befragten geben an, positive Erfahrungen im Zusammenhang mit der Übernahme von Sorge- und Pflegeaufgaben gemacht zu haben – Frauen häufiger als Männer. 73 Prozent berichten von negativen Erfahrungen. Es zeigt sich: Beides ist typisch, sowohl das Belastungserleben als auch „Gewinne“. Pflege nur als Last zu sehen und zu kommunizieren, entspricht nicht den Erfahrungen junger Pfleger.

Für jemanden anderen zu sorgen, ist eine der zentralen Dimensionen unserer Existenz – „die Sorge ist aller Dinge Anfang“, so Camus (2000). Sorgeaufgaben gehören zum Leben, und wenn sie sich in die sonstigen Lebensumstände integrieren lassen, können sie, so auch die Befunde der Allensbach-Befragung, von jungen Menschen

als bereichernd und positiv, als beziehungs- und Nähe stiftend erlebt werden. Die Rahmenbedingungen müssen stimmen, das ist ein zentraler Aspekt. Ein weiterer, gerade bei jungen Menschen zutreffender Aspekt ist, ob sich Pflege- und Unterstützungsaufgaben mit den anderen An- und Herausforderungen des Lebens und mit den alterstypischen Entwicklungsaufgaben in ihrer biographischen Situation vereinbaren lassen. Opportunitätskosten dürfen insbesondere bei den jungen Erwachsenen und über 30-Jährigen nicht zu hoch sein (vgl. Blinkert/Klie 2004). Werden schulischer Erfolg, Ausbildungs- und Studienziele, Berufstätigkeit, Freundschaften, Familie oder die Partnerschaft gefährdet, schwindet die Bereitschaft deutlich, Pflegeaufgaben zu übernehmen. Dann werden andere Lösungen, etwa das Pflegeheim oder eine Wohngruppe, als realistisch und auch als dem auf Pflege angewiesenen Menschen zumutbar angesehen.

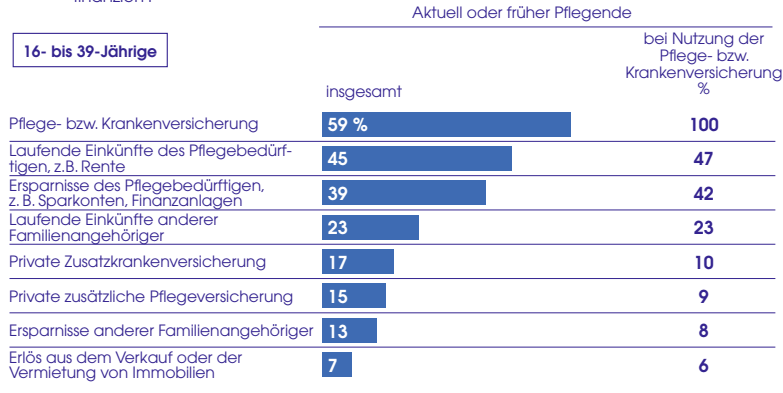
Bei all den Aufgaben, die jüngere Menschen im Zusammenhang mit der Pflege übernehmen, fällt auf, dass Fragen der Schulung und der Beratung so gut wie keine Rolle spielen. Man hat sich die Pflegekenntnisse zumeist selbst angeeignet, im Internet recherchiert, ggf. bei Professionellen der Pflege nachgefragt. Immerhin einmal hat sich etwa die Hälfte der jungen Pflegenden professionell beraten lassen. Das Thema „Beratung junger Pflegenden“ spielt im DAK-Pflegereport 2021 eine zentrale Rolle. Die Zahlen der Allensbach-Umfrage unterstreichen diese Notwendigkeit.

Insbesondere im Zusammenhang mit der Heimpflege wird auch im politischen Raum die finanzielle Belastung von Pflegebedürftigen diskutiert. Zum Ende der 19. Legislaturperiode wurde eine Deckelung der Eigenanteile der Bewohner*innen beschlossen, die sowohl im Interesse der Sozialhilfeträger als auch der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen liegt. Wie die Neuregelungen wirken und wie sich die fiskalischen Engpässe der Corona-Pandemie auf die Pflegeversicherung auswirken, ist eine offene Frage. Jüngere Pflegenden fühlen sich durch Probleme der Finanzierung der Pflege weniger belastet, sehen aber die Belastung der Familie insgesamt.

Die Pflege in den Pflegehaushalten, in denen junge Menschen involviert sind, nutzen unterschiedliche Finanzquellen, um den Aufwand zu decken.

Abbildung 2: Finanzierung der Pflege und Betreuung

Frage: "Soweit Sie das wissen: Wie werden (wurden) die Kosten für die Pflege bzw. Betreuung finanziert?"



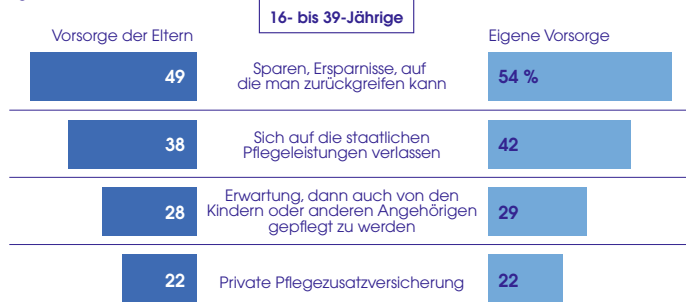
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre mit konkreter Angabe; Mehrfachnennungen
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Dabei spielen laufende Einkünfte des Pflegebedürftigen, aber auch Ersparnisse eine große Rolle. Dominant sind allerdings die Leistungen der Pflegeversicherung. Für die Zukunft erwarten die jungen Pflegenden hohe Kosten im Kontext von Pflegebedürftigkeit. Die Rolle der Pflege- und Krankenversicherung wird dabei auch prospektiv besonders betont. Aber auch für die Zukunft werden Renten, Pensionen, andere Einkünfte des Pflegebedürftigen sowie seine Ersparnisse als Grundlage für die Pflegefinanzierung angesehen. Eine Forderung nach einer Pflegevollversicherung wird nicht erkennbar. Gefragt nach eigenen Vorsorgeaktivitäten, spielen Ersparnisse, auf die man zurückgreifen kann, eine deutlich größere Rolle als die Leistungen der Pflegeversicherung. Der privaten Pflegeversicherung kommt offenbar eine nachgeordnete Rolle zu. Dies gilt sowohl für die jungen Pflegenden, als auch die heute Gepflegten. Die Befragungsergebnisse lassen erkennen, dass sich ein großer Teil der jüngeren Generationen in nicht sehr realistischer Weise mit Fragen der Pflegesicherung auseinandersetzt.

Abbildung 3: Finanzielle Absicherung für die Pflegebedürftigkeit

Fragen: "Wie haben Ihre Eltern für den Fall vorgesorgt, dass sie vielleicht einmal pflegebedürftig werden?"
 "Und wie werden Sie das voraussichtlich machen, wenn es um Ihre eigene Absicherung geht?"



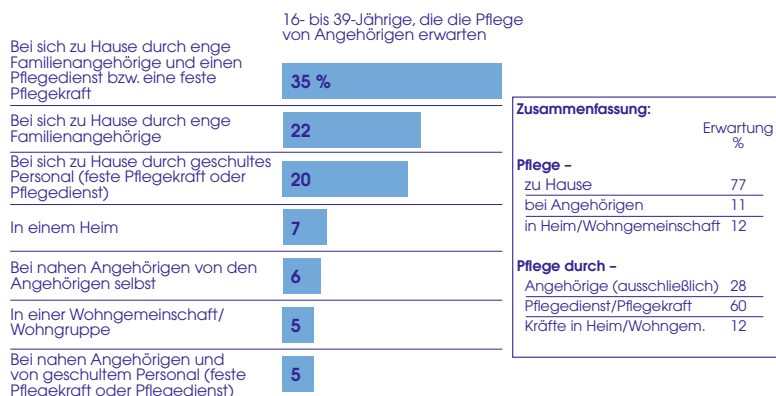
Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre mit konkreter Angabe; Mehrfachnennungen
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Pflege ist für die jüngere Generationen kein Randthema. Auch deswegen ist es wichtig, dass das Thema der Pflege nicht lediglich mit dem Alter und dem hohen Alter assoziiert wird. Wie gesagt: Etwa 30 Prozent haben bereits Familienangehörige mit Pflege- und Unterstützungsbedarf, 40 Prozent rechnen damit, dass ihnen Pflegeaufgaben zuwachsen. Und auch die junge Generation steht zur Familienverantwortung und -präferenz: Man rechnet damit, dass Aufgaben der Pflege und Unterstützung ganz wesentlich von der Familie bewältigt werden. Nur 7 Prozent kalkulieren mit einer Heimunterbringung. Auch die Aufnahme im eigenen Haushalt spielt eine nachgeordnete Rolle.

Abbildung 4: Zukünftige Pflege in der Familie

Vermutlich wird die Pflegesituation bei meinem Angehörigen/ meiner Angehörigen dann so aussehen -



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

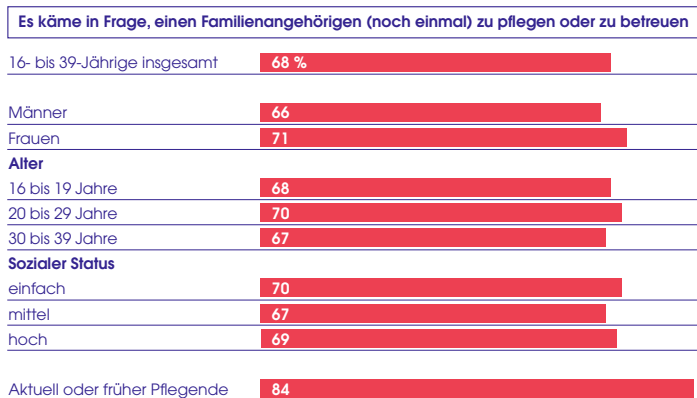
© IfD-Allensbach

Wie schon in anderen Befragungen herausgestellt (vgl. Klie 2017), besteht bei der Frage, wie man die Aufgaben im Zusammenhang ei-

ner Pflegebedürftigkeit naher Angehöriger gestalten und bewältigen kann, recht große Ratlosigkeit. Wie sich Aufgaben der Unterstützung und Pflege gestalten lassen, auf welche Hilfen man zurückgreifen will und kann, das ist bei einer großen Zahl der Befragten (44 Prozent) noch völlig offen. Dabei zeigt sich, dass die Selbstverständlichkeit der Übernahme von Pflegeaufgaben nach sozialen Milieus unterschiedlich verteilt ist: 40 Prozent der Befragten mit einem einfachen sozialen Status geben an, in jedem Fall selbst pflegen und betreuen zu wollen. Dies ist bei Befragten mit einem höheren sozialen Status nicht in gleicher Weise der Fall (29 Prozent). Die Erwartungen an innerfamiliäre Solidarität im Kontext von Pflegebedarfen sind in jedem Fall ungebrochen. Diese Erwartung korrespondiert mit der Bereitschaft, sich selbst an Aufgaben der Pflege zu beteiligen. Das gilt für 68 Prozent. Für diejenigen, die sich bereits an Pflegeaufgaben in früheren Zeiten oder aktuell beteiligt haben oder beteiligen, ist dieser Anteil noch höher: Er liegt bei 84 Prozent.

Abbildung 5: Breite Bereitschaft zur (erneuten) Angehörigenpflege

Frage: "Käme es für Sie grundsätzlich in Frage, (noch einmal) einen Familienangehörigen zu pflegen oder zu betreuen, oder käme das für Sie nicht (mehr) in Frage?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Dabei ist interessant, dass sich diese Bereitschaft weniger aus einer moralisch empfundenen Verpflichtung zur Pflege ergibt. Weniger als die Hälfte der unter 40-Jährigen sieht eine entsprechende Pflicht, etwa gegenüber den Eltern. Auch wenn moralökonomische Einflüsse (vgl. Schulz-Nieswandt 2006) kulturell, aber auch sozialpolitisch wirken – die Pflegeversicherung ist fiskalisch auf der Pflegebereitschaft der Familien kalkuliert, die Leistungsdeckelung führt bei hohen Pflegebedarfen schnell zur finanziellen Leistungsgrenze der Haushalte – scheint es doch eher ein tragfähiges und von Verbundenheit geprägtes Generationenverhältnis zu sein, das die Grundlage für die Übernahme von Pflegeverantwortung bildet. Die Generationenverhältnisse sind einerseits durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen belastet, andererseits aber auch sehr belastbar. Das gilt namentlich auch für das Verhältnis von Großeltern zu

Enkeln (vgl. BMFSFJ 2012, S. 24). Wenn es nicht primär die Moral ist, sondern die emotionale Verbundenheit und der Generationenzusammenhalt, wäre dies auch und gerade in einer modernen Gesellschaft bemerkenswert. Umso mehr kommt es darauf an, dass die Übernahme von Pflegeverantwortung in staatlich garantierte Rahmenbedingungen und -infrastrukturen eingebettet ist, die sie für alle Beteiligten verträglich macht – damit die Aufgabenverteilung auch innerhalb von Familien fair bleibt.

Gefragt danach, was gegen die Übernahme einer Pflege spricht, sind es vor allem Kompetenzfragen nach dem Motto: „Ich traue mir das nicht zu.“ Insofern könnte es von einiger Bedeutung sein, das Thema hauswirtschaftliche, sozio-emotionale, aber auch pflegerische Unterstützung deutlich mehr zum Thema für junge Menschen zu machen, damit sie hier Kompetenz erleben und ihre Kompetenzzuschreibung verändern können.

Auch die Frage der Vereinbarkeit mit ihrer Ausbildung, dem Studium und ihrem Beruf stellt sich für viele jüngere Menschen. Das ist in hohem Maße nachvollziehbar und bekannt. Gerade bei jungen Pflegenden kommt es auf eine Art Work-Life-Blending an, auf eine ausgewogene Balance unterschiedlicher Lebensbereiche und biografisch zu gestaltenden Aufgaben. Auch hier bewährt sich das Konzept der geteilten Verantwortung (vgl. Klie 2019b). Junge Menschen sind bereit, sich an Pflege- und Unterstützungsaufgaben zu beteiligen, sie tun dies in vielfältiger Art und Weise. Sie sind auch für die Zukunft überzeugt, dass es richtig ist, sich hier einzubringen – wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Die vergleichsweise geringe Inanspruchnahme professioneller Begleitung und Beratung, die geringe Rolle, die ambulante Pflegedienste in den Pflegehaushalten spielen, all dies weist darauf hin, dass in der Langzeitpflege staatliche Verantwortung – anders als in der Kindererziehung – nicht in gleicher Weise eingelöst, aber offenbar auch nicht erwartet wird. Es werden auch keine Forderungen nach einer Vollversicherung erhoben. Pflege ist und bleibt auch in den jüngeren Generationen eine Familienaufgabe.

Es zeigt sich zudem: Der moralische Imperativ nimmt ab und die Entscheidungsfreiheit, insbesondere bei den 30- bis 39-Jährigen, wird als größer erlebt. Insofern wird es in Zukunft darauf ankommen, die latente Solidaritätsbereitschaft seitens des Staates und der Kommunen gut zu flankieren. Gegenüber den Kindern und Jugendlichen, die Pflegeaufgaben übernehmen, zeigt sich die Zurückhaltung staatlicher Verantwortungsträger von einer besonders problematischen Seite: Sie und ihre Familien bleiben häufig unter dem Radar staatlich organisierter Awareness.

Was die Einstellungen gegenüber der Pflegeversicherung und der Vorsorge in Fragen der Langzeitpflege anbelangt, zeigt sich deutlich, dass sich die jüngeren Generationen nicht sehr realistisch mit Fragen der Kosten und Aufwände im Zusammenhang mit Pflege-

bedürftigkeit befassen. Ein Fünftel haben keinen eigenen Plan. Ein Teil setzt auf die Pflegeversicherung, andere auf private Vorsorge. Pflegevorsorgeversicherungen spielen kaum eine Rolle. Dabei zeigt sich auch, dass sich die Erfahrungen und Einstellungen der drei in die Allensbach-Studie integrierten Gruppen – die der bis 18-Jährigen, der jungen Erwachsenen und der 30- bis 39-Jährigen – kaum unterscheidet.

Einblicke in die Lebenswirklichkeit und den Alltag junger Pfleger – die qualitative Studie

Welche Lebenssituationen und Aufgaben, welcher Alltag verbirgt sich hinter den referierten Zahlen über junge Pfleger, die auf der Basis der Allensbach-Studie zusammengefasst wurden? Sieben qualitative Interviews geben exemplarisch Einblicke in die sehr unterschiedlichen Pflegearrangements, in denen junge Menschen Verantwortung tragen (vgl. Interviewstudie von Schön et al. in diesem Band). Es war nicht einfach, junge Pfleger zu gewinnen, die sich für ein längeres Telefoninterview zur Verfügung stellen wollten. Mithilfe der DAK-Gesundheit, aber auch angefragter Beratungsstellen für junge Pfleger gelang es jedoch, Interviewpartner*innen zu finden. Es waren junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren, mit denen wir sprechen konnten. Die Orte, an denen sie lebten, das Pflegesetting, in das sie eingebunden waren, und die jeweilige Lebenssituation unterschieden sich stark. Aber gerade dazu dient qualitative Forschung: nach Möglichkeit ein breites Spektrum unterschiedlicher Lebenswirklichkeiten exemplarisch zu untersuchen und zu verstehen.

So konnte beispielhaft Einblick genommen werden in eine Situation, in der Pflege „in Gemeinschaft“ gestaltet wurde, in einer Art Mehrgenerationenhaus. Die Familie hatte sich gemeinschaftlich gegen die Versorgung des Urgroßvaters im Pflegeheim entschieden und teilte sich die Rund-um-die-Uhr-Versorgung auf. Einen Beitrag dazu zu leisten, dass der Urgroßvater weiter zuhause leben konnte, das war eines der Motive der befragten Person, sich an der Pflegeverantwortung zu beteiligen.

Urgroßeltern und Großeltern, dies sind zumeist die Gepflegten, um die es für junge Pfleger geht, bisweilen aber auch die Eltern. In den zweitgenannten Konstellationen sind es nicht die für das hohe Alter typischen pflegeauslösenden Diagnosen, etwa Demenz oder Schlaganfall, sondern eher Krebserkrankungen, Multiple Sklerose oder chronische psychische Erkrankungen. Die Beziehung zu den Eltern ist zumeist emotional deutlich enger als die zu Großeltern oder Urgroßeltern. Insofern ist es hier eine besondere Verbundenheit, aber auch ein hoher Verpflichtungsgrad, der die Pflegesituation prägt. Für Schüler*innen und Studierende stehen die zum Teil umfangreichen Pflegeaufgaben im Spannungsfeld zu den schulischen Aufgaben bzw. den Anforderungen in Ausbildung und Studium einerseits, und dem Wunsch und der altersentsprechenden „Notwen-

digkeit“, sich mit den Peers zu treffen, das Leben mit ihnen zu teilen und zu gestalten. Die ständige Verfügbarkeit, die mit Pflegeaufgaben häufig verbunden ist, stellt somit eine besondere Herausforderung für viele junge Pflegenden dar. Nicht die „Freiheit“ der Kindheit und Jugend, sondern die Einbindung in einen redundanten Alltag bestimmt das Leben und fordert die jungen Menschen. Dabei ist mit der Übernahme von Pflegeaufgaben, gerade gegenüber den Eltern, auch eine Art Rollenkehr verbunden. Beziehungen intensivieren, Rollen verändern und verschränken sich. Von filialer Reife sprach einst Bruder (1988), als er pflegende Angehörigkeit in den für sie biografisch neuen Aufgaben und Rollen beschrieb. So berichtet eine der Interviewten von den Herausforderungen, die sich für sie stellten, als ihr Vater an Demenz erkrankte und sie ihm in ganz neuer Weise begegnete, körperlich, aber auch in der Verantwortungsübernahme ihm gegenüber.

Sie und andere der Interviewten waren auch in der Zeit der Coronapandemie an Pflegeaufgaben beteiligt. Zeitlich hat ihnen das Homeschooling respektive das Ruhen der Präsenzlehre neuen Spielraum eröffnet, sie aber auch zugleich noch stärker in die alltägliche und zeitintensive Pflegeverantwortung geführt. Dem Vater gerecht zu werden, den Verbleib zu Hause zu ermöglichen und auf seine Bedürfnisse einzugehen, und dies mit der Expertise, die sie als Tochter ihres Vaters hat, darum ging es der Interviewten. Dabei sah sie, ähnlich wie es in den Allensbach-Zahlen zum Ausdruck kommt, keine moralische Verpflichtung; sie hat die Pflegeverantwortung aus einer persönlichen Nähe und Verbundenheit heraus übernommen.

Einige der Befragten haben sich mit anderen Angehörigen zu Pflege-teams entwickelt: als Familie, als Vater-Sohn oder Vater-Tochter-Konstellationen. Auch davon war in einem der Interviews die Rede: Vater und Sohn teilen sich die Verantwortung für die Sorge der an Krebs erkrankten Mutter – und dies mit einer bemerkenswerten Gelassenheit und Pragmatik. Pflege muss kein Drama sein. Auch das lässt sich von jungen Pflegenden bisweilen lernen.

Unter den jungen Pflegenden finden sich auch einige, die sich in der Ausbildung zur Pflegefachkraft befinden. Ihnen wachsen in besonderer Weise Pflegezuständigkeiten zu – im Familiensetting oder auch in der Geschwisterkonstellation. So berichtet eine der Interviewten, wie sie in die Pflege ihrer Großeltern hineingewachsen ist. Sie weiß gerade vor ihrem professionellen Hintergrund zu schätzen, was es heißt, in der eigenen Häuslichkeit gepflegt und versorgt zu werden. Auch das ist dominant in den Geschichten der jungen Pflegenden: Es geht darum, einen Beitrag dazu zu leisten, dass die Pflege zu Hause gelingt und ein Heimaufenthalt vermieden wird.

Wie belastend Pflege sein kann und junge Menschen sich gezwungen sehen, ihr eigenes Leben zurückzustellen, um der ihnen übertragenen oder zugewachsenen Pflegeverantwortung gerecht zu werden, auch das erscheint eindrücklich und in aller Emotionalität

in den Interviews. Unzureichende Unterstützung, Angst vor kaum übersehbarer Verantwortung, Gefühle des Ekels: Sie können mit der Übernahme von Pflegeverantwortung verbunden sein. Der Druck, in jedem Fall eine Heimunterbringung zu vermeiden, stabilisiert ggf. eine so nicht gewollte und überfordernde Pflegesituation. So wird in den Interviews auch deutlich, wie „ausbaufähig“ die professionelle Begleitung und Unterstützung ist, wie alleingelassen sich auch junge Pflegenden fühlen können und wie groß der Druck sein kann, der auf ihnen lastet.

Wie unterschiedlich Pflegesettings mit jungen Pflegenden sein können, zeigen auch Konstellationen, in denen es nicht nur um einen zu Pflegenden, sondern zumindest im Laufe der Zeit um mehrere geht. Die so gering ausgeprägte Akzeptanz gegenüber Pflegediensten und anderen beruflichen und professionellen Hilfen erscheint als eine der Rahmenbedingungen, mit der junge Pflegenden konfrontiert sind. Die aktuelle Pflegestatistik (vgl. Destatis 2020) weist aus, dass nur eine Minderheit der Pflegehaushalte einen Pflegedienst in Anspruch nimmt. Man meistert die Pflege selbst als Familienaufgabe. Ein solches Verständnis ist in Deutschland in hohem Maße verbreitet. Dass auch die jüngeren Generationen dieses Verständnis und diese Haltung gegenüber der Pflegeverantwortung mittragen und sich zu eigen machen, gehört mit zu den besonders bemerkenswerten Befunden der qualitativen Studie. So erscheint der verbreitete Familialismus in der Pflege als Chance und Gefahr zugleich: Als Chance, mit Familien und anderen sozialen Netzwerken die Solidaritätsaufgabe der Sorge und Pflege gemeinsam zu meistern. Dies wird auch von jungen Pflegenden durchaus als eine wichtige und beziehungsstiftende und vertiefende Erfahrung erlebt. Gleichzeitig ist der Erwartungsdruck da, die (drohende) finanzielle Belastung und die für Deutschland recht typische geringe Offenheit gegenüber professioneller und beruflicher Unterstützung. Das Thema Pflege und Sorge zu einem (auch) öffentlichen Thema zu machen, in schulischen Zusammenhängen zu behandeln und zum Gegenstand örtlicher und sublokaler Pflegepolitik zu machen – dies erscheint, gerade wenn man die Interviews auf sich wirken lässt, als naheliegend.

Bemerkenswert ist das in der gesamten Bevölkerung tief verankerte schlechte Image von Pflegeheimen. Wie in anderen Studien dargelegt werden konnte, ändert sich dies auch nicht durch persönliche Erfahrungen mit Pflegeheimen, die sich möglicherweise viel Mühe geben und qualitativ hochwertige Unterstützung und Betreuung anbieten. Gerade diejenigen, die Erfahrungen mit Pflegeheimen gesammelt haben, lehnen Pflegeheime stärker ab, als diejenigen, die noch keinen unmittelbaren Kontakt mit der Wirklichkeit in Pflegeheimen hatten (vgl. Klie 2016). Alternative Wohnformen, Pflegewohngruppen etwa, die in der Bevölkerung eine deutlich höhere Präferenz aufweisen als Pflegeheime, gibt es vor Ort nicht: Eine entsprechende Infrastruktur ist vielerorts nicht verfügbar. Von gleichwertigen Lebensbedingungen in der Pflege kann in Deutschland

nicht ausgegangen werden (vgl. DAK-Pflegereport 2018; Klie 2018). Insofern beherrschen auch bei jungen Pflegenden die Alternativen der Pflege daheim oder der Pflege im Heim deren Vorstellungen. Die Corona-Pandemie mit ihren dramatischen Rechtseinschränkungen von Bewohner*innen, die in vollstationären Pflegeeinrichtungen lebten, haben das Image der Pflegeheime keineswegs verbessert. Im Gegenteil: Heime werden (noch mehr) mit Rechtseinschränkungen und potenziellem Würdeverlust sowie Ausgrenzung verbunden (vgl. Jacobs et al. 2021). Eine Pflege ohne Sektoren ist die lang gehegte Forderung aus Gerontologie und Sozialpolitik (vgl. Klie et al. 2021; Rothgang/Kalwitzki 2019). Die Überwindung der Sektorengrenzen würde, so ist zu hoffen, auch die Handlungsspielräume für Pflegearrangements erweitern helfen.

Besonders interessant sind die Aussagen der Interviewten zu ihrer Motivation: Warum übernehmen sie Pflegeaufgaben? Ebenso wie in der Allensbach-Studie wird deutlich: Eine moralische Verpflichtung wird eher nicht gesehen. Es werden auch durchaus Szenarien durchgespielt, in denen sich die Beteiligung an Pflegeaufgaben relativ schnell erledigt haben könnte. Etwa, wenn das Studium wieder in Präsenz stattfindet. Wird dann doch auf eine 24-Stunden-Kraft aus Osteuropa zurückgegriffen oder ist ein anderes Setting erforderlich? Andere Entwicklungsaufgaben, Lebensthemen und Anforderungen junger Menschen relativieren den Verpflichtungsgrad, den sie selbst erleben bzw. zulassen. Gleichwohl weisen nicht nur die Allensbach-Zahlen, sondern auch die qualitativen Interviews darauf hin, dass das Generationenverhältnis ein häufig gutes, belastbares, ein von Verbundenheit und Anteilnahme geprägtes ist. Aus dieser Verbundenheit heraus – eingebettet in pflegekulturelle Orientierungen des jeweiligen Milieus, aber auch unserer Gesellschaft insgesamt – erscheinen die befragten jungen Menschen aus sich heraus, in gewisser Weise auch aus freien Stücken bereit zu sein, sich an Pflegeaufgaben zu beteiligen. Dass daraus keine Verstrickung wird, die eigene Handlungsspielräume und andere wichtige Entwicklungsaufgaben und Lebensthemen marginalisieren, darauf muss man in der Begleitung von Pflegearrangements mit jungen Pflegenden besonders achten.

Das Leitbild für gute Pflege bleibt das eigene Zuhause. Das leuchtet durch alle Interviews hindurch. Dazu passen auch die eindeutigen Befragungsergebnisse der Allensbach-Studie: Gute Pflege heißt in der Regel, dass zu Hause gepflegt wird. Nun konnten bei der Interview-Studie nur Pflegearrangements einbezogen werden, in denen die jungen Pflegenden gesprächsbereit waren. Es wurde auch über Grenzen der häuslichen Pflege berichtet und Geschichten über eine erfolgte Heimaufnahme erzählt. Wir wissen über die Grenzen der häuslichen Pflege, auch über Gewaltphänomene in der Häuslichkeit. Gleichwohl werden ein gutes Leben mit Pflegebedürftigkeit und eine gute Pflege und Sorge weiterhin mit der häuslichen Pflegesituation assoziiert – und das auch bei den jungen Generationen.

Auf die Unterstützung des Staates wird zurückgegriffen, aber im Wesentlichen ausschließlich in finanzieller Hinsicht. Die Angebote professioneller Pflege werden auf sehr unterschiedliche Weise, aber letztlich kaum und wenn, dann nur ergänzend genutzt. Sie werden als begrenzt hilfreich, als Einmischung in die häusliche Pflegesituation empfunden.

Eine aktive Rolle der Pflegekassen, des Staates oder der Kommunen wird nicht wahrgenommen, aber auch nicht eingefordert. In gewisser Weise wird in der Pflege ein Subsidiaritätsverständnis wirksam, das man auch als Laissez-Faire-Subsidiarität bezeichnen könnte: Man setzt voraus, dass es irgendwie klappt mit der Pflege und dass die Familie ihre Ressourcen zusammenführt. Eine aktive Begleitung der Pflegearrangements, auch dort, wo es sinnvoll wäre, findet zumindest nicht selbstverständlich statt. Familien sind ein zu Recht auch verfassungsrechtlich geschützter Raum, in dem der Staat zunächst nichts zu suchen hat. Aber seinen Vorleistungspflichten hat er nachzukommen, damit die Rahmenbedingungen für die Übernahme von Pflegeaufgaben – auch und gerade, wenn junge Pflegendе beteiligt sind – stimmen. Hier zeigen die qualitativen Interviews: Da ist noch viel Luft nach oben.

Eines wird man aus den qualitativen Interviews vor dem Hintergrund der Allensbach-Studie schlussfolgern können und müssen: Jungen Menschen vorzuhalten, sie würden sich ganz überwiegend aus familiären Verantwortungsrollen herauslösen bzw. Verantwortung für die Eltern- und Großelterngenerationen negieren, davon kann keinesfalls die Rede sein. Die Generationensolidarität, sie ist lebendig. Man wird aber staatlicherseits investieren müssen, damit diese Solidarität, die sich u. a. in der Übernahme von Pflegeverantwortung ausdrückt, nicht überstrapaziert wird. Das gilt im Übrigen in besonderer Weise für junge Pflegendе mit Migrationshintergrund. Leider konnte kein*e entsprechende*r Interviewpartner*in gefunden werden. Es zeigt sich allerdings, dass der familiäre Erwartungsdruck mit einer stark familialistisch geprägten Eigenkonzeption, die auch und gerade bei Familien mit Migrationsgeschichte aus bestimmten Kulturen vorzufinden ist, besonders hoch ist.

Begleitungs- und Beratungsangebote für junge Pflegendе sind gefragt – zielgruppenorientiert, diskret, qualifiziert. Das ist das eine. Das andere: Das Thema der Pflege ist in den Jugendkulturen und in den Kommunikationszusammenhängen von jungen Menschen aus der Tabuzone zu holen – das wäre angemessen. Insofern müssen alle Beteiligten lernen, sich kommunikativ auf neue Wege einzulassen

Literaturstudie – Was wissen wir über „Young Carers“?

Das Themenspektrum „Junge Pflegendе“, „Invisible Children“ oder „Young Carers“ gehört zu den bislang national und international wenig beachteten und beforschten (vgl. Literaturstudie von Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band). Immerhin hat das Zentrum für Qua-

lität in der Pflege 2017 einen Bericht zur jungen Pflege veröffentlicht. Eine groß angelegte Befragung unter 18-jähriger junger Pfleger stand im Mittelpunkt der Studie, aus der eine Reihe von Empfehlungen, aber auch Forderungen für eine stärkere Aufmerksamkeit und Unterstützung junger Pfleger hervorgingen. Anders als bei diesem DAK-Pflegereport zum Thema „Junge Menschen und Pflege“ beschränkt sich die Forschungslage im Wesentlichen auf minderjährige junge Pfleger, auf die bis 18-Jährigen. Der DAK-Pflegereport weitet den Blick auf die jungen Erwachsenen, die sich interessanterweise weniger als erwartet von den Jugendlichen unterscheiden, zumindest so es um die von ihnen übernommenen Aufgaben geht, die Motive, die Belastungen, aber auch Gewinne.

In der sogenannten KiFam-Studie (vgl. Metzging 2018) wurde eine Prävalenz von 6,1 Prozent der 10- bis 22-Jährigen ermittelt. Aus diesen Prävalenzzahlen wird auch die eingängige Aussage abgeleitet: Statistisch finden sich in jeder Schulklasse weiterführender Schulen ein bis zwei Young Carer. Ähnlich wie in der Allensbach-Studie verweist die Forschungslage darauf, dass es keine maßgeblichen Unterschiede in der Verbreitung von jungen Pflegern nach sozialer Schicht, Migrationsgeschichte oder Familienkonstellation gibt. Die Pflegebedürftigkeit eines nahen Angehörigen trifft alle Familien. Dominant bleibt die Beantwortung der jeweiligen Unterstützungsbedarfe aus den Ressourcen der Familie. Zu den Ressourcen gehören eben auch Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene.

Die Daten der Bevölkerungsumfrage zu den übernommenen Aufgaben entsprechen der Forschungslage, auf die national und international zurückgegriffen werden kann. Im Vordergrund stehen Aufgaben im Haushalt, doch auch der emotionalen Unterstützung kommt eine zentrale Rolle zu. Eher nachgeordnet sind im engeren Sinne Pflegeleistungen.

Die starke Familienorientierung bei Kindern und Jugendlichen bildet im Wesentlichen den motivationalen Boden für die Übernahme von Pflegeaufgaben: Die Familie ist wichtig, der Zusammenhalt der Familie ist sicherheitsstiftend. Aus dem sozialen Zusammenhalt heraus werden Pflegeaufgaben übernommen.

Kinder und Jugendliche sind noch stärker als junge Erwachsene in die Familienstrukturen und -dynamiken eingebunden. Die Übernahme von Pflegeaufgaben wird daher eher als Notwendigkeit erlebt. Bei jungen Erwachsenen nehmen bei der Übernahme von Pflegeaufgaben die Abwägungen, auch hinsichtlich der Opportunitätskosten, eher zu. Als forced choice (vgl. Cluver et al. 2012, S. 600) wird die Annahme von Pflegeverantwortung verstanden: Eine Freiwilligkeit, die durch die Lebenslage der Familie erheblich geprägt wird. Dabei ist durchaus interessant, dass junge Pfleger ihre Sorge- und Pflegeverantwortung häufig gar nicht als solche wahrnehmen. Es ist selbstverständlich und von den Betroffenen ggf. schon lange eingeübt, dass sie sich im Alltag der Familie verantwortlich für

das Funktionieren des Haushaltes und das Wohlergehen der Familienmitglieder sehen.

Wie die Kinder und Jugendlichen die Pflege- und Sorgeverantwortung verarbeiten, welche Auswirkungen sie auf ihren weiteren Lebensweg haben, hängt sehr stark von Persönlichkeitsmerkmalen, aber auch von der Familienkonstellation und der Dauer der Pflegeverantwortung ab. Es sind nicht nur Belastungen, sondern auch Gewinne, die beschrieben werden. Auch hier decken sich die Erkenntnisse aus der internationalen Forschungslage mit den Ergebnissen der Allensbach-Bevölkerungsumfrage. Ein hohes Maß an Selbstständigkeit wird vielen Young Carers bescheinigt (vgl. Metzinger/Schnepp 2007, S. 332). Empathiefähigkeit, hohe soziale Kompetenzen, Fähigkeit zum Selbstmanagement: Das können die Lern- und Reifungseffekte aus der Übernahme von Pflegeverantwortung sein. Berichtet werden aber auch zum Teil erhebliche Belastungsfolgen von Schlafstörungen über Stress bis hin zu sozialer Isolation. Setzt die Pflegeverantwortung sehr früh ein, schon in der Kindheit, wird auch von einer fehlenden oder verpassten Kindheit gesprochen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 14). Auch mit Blick auf die schulische und Ausbildungssituation zeichnet die Forschungslage ein differenziertes Bild. Viele Kinder und Jugendliche bekommen das „gut hin“, bewältigen die schulischen und Ausbildungsanforderungen wie andere auch. Andere sehen sich den schulischen Anforderungen aus sehr unterschiedlichen Gründen – psychisch, körperlich, zeitlich – schwerlich gewachsen.

Dass die Erfahrung in der Übernahme von Verantwortung in Pflegekontexten Auswirkungen auf die spätere Berufswahl hat, kann auf Grundlage der Forschungslage nicht nachgewiesen werden. Es ist aber bekannt, dass sich aus der frühen Übernahme von Verantwortungsrollen die Bereitschaft zur Wahl eines Berufs „für Menschen“ erhöht (vgl. BMFSFJ 2017, S. 288–303).

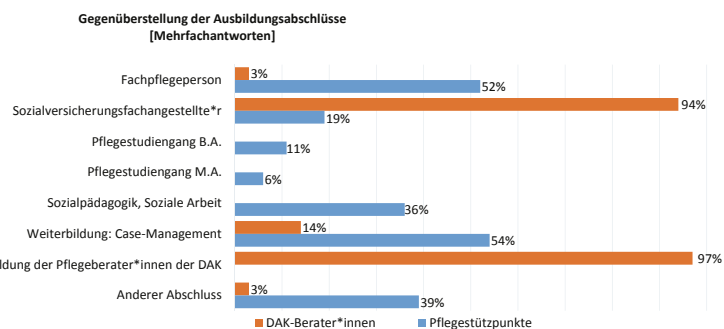
Aus der Forschungslage werden eine ganze Reihe von Empfehlungen abgeleitet, die sich bei Young Carers ganz wesentlich auf Kampagnen, Öffentlichkeitsarbeit und spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote beziehen. Entsprechende Beratungs- und Hilfeangebote werden dringend gefordert. Dabei müssen sie sich deutlich von der „klassischen“ Pflegeberatung unterscheiden: Erforderlich ist, die Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen, aber auch der jungen Erwachsenen systematisch einzubeziehen, an ihrer Lebenswelt und -wirklichkeit anzusetzen und die gesamte Familie, aber auch das soziale Netzwerk, in den Blick zu nehmen. Die fehlende Verfügbarkeit entsprechender Angebote gehört national und international zu den Forschungsbefunden. Das Bewusstsein für das Thema „Junge Pflege“ zu stärken, breit über die Phänomene junger Pflege und die entsprechenden Lebenssituationen zu informieren: Darauf laufen die national und international aus den angewandten Forschungen resultierenden Schlussfolgerungen hinaus. Somit liegt

der DAK-Pflegereport 2021 ganz auf der Linie der bisherigen Datenlagen und ergänzt sie in sinnvoller Weise um junge Erwachsene.

Befragung der DAK-Berater*innen und der Pflegestützpunkte

Die Bedeutung der Beratung von jungen Pflegenden und ihren Familien ist sowohl in der Allensbach-Studie als auch in den qualitativen Interviews sehr deutlich geworden. Deshalb wurden in einem weiteren Studienteil die Pflegeberater*innen der DAK-Gesundheit und die Pflegestützpunkte in Deutschland befragt (vgl. Klie et al. in diesem Band). In einer Online-Befragung hatten sie die Möglichkeit, ihre Erfahrung, Problemsicht und Performance darzustellen. Fast alle DAK-Berater*innen haben an der Befragung teilnehmen können, 149 Pflegestützpunkte haben ihr Interesse am Thema über die Teilnahme bekundet. Auch wenn die Befragten unterschiedliche Qualifikationen mitbrachten, die Sensibilität für das Thema war überall stark ausgeprägt.

Abbildung 6: Qualifikation DAK-Berater*innen und Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte

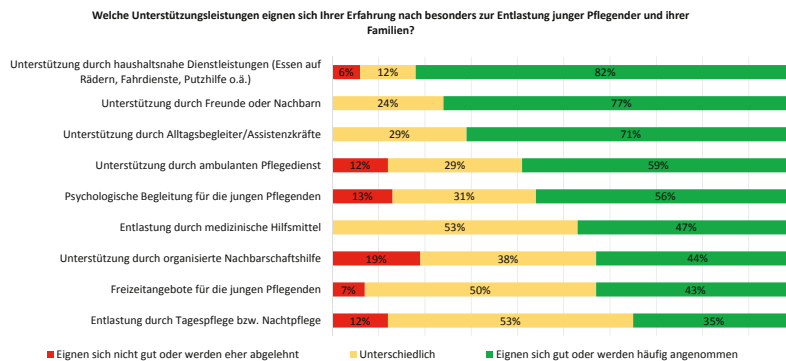


Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Unterschieden haben sich die Befragten in der Intensität und Systematik, was die Befassung mit dem Thema „Junge Pflegenden“ anbelangt. Es seien im Wesentlichen psychische Belastungen, die aus der Beteiligung an Pflegeaufgaben resultieren. Die Befragten unterstrichen die Bedeutung der Zusammenarbeit mit regionalen Akteuren, aber auch national tätigen Kompetenzträgern in der Begleitung junger Pflegenden – sind hier doch ganz andere Fragestellungen und Problemlagen mit in den Blick zu nehmen als bei den Pflegebedürftigen selbst und ihren typischerweise älteren pflegenden Angehörigen. Es stellen sich Fragen der Vereinbarkeit mit Schule, Ausbildung, Studium und Beruf, es gilt den alterstypischen Entwicklungsaufgaben den Raum zu geben, den sie verdienen. Zentral ist auch, das Thema Pflege aus der Tabuzone der Jugendkultur zu holen. Vielerorts fehlt es an hilfreichen Infrastrukturen.

Worauf es jungen Pflegenden ankommt, um ihre Pflegeaufgaben in einer für alle Beteiligten, vor allen Dingen auch für sie selbst verträglichen Weise wahrzunehmen, wurde wiederum, wie nachfolgend dargelegt, recht übereinstimmend von den Befragten beschrieben.

Abbildung 7: Mögliche Entlastungsangebote für junge Pflegende und ihre Familien



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

„Junge Pflege“ kennt verschiedene Gesichter. Die zu Pflegenden unterscheiden sich, es sind Geschwister, Eltern, Großeltern. Unterschiedliche Krankheitsformen liegen der jeweiligen Pflegebedürftigkeit zugrunde mit je eigenen Anforderungen – auch fachlicher Art. Das jeweilige Pflegesetting variiert: Sind die jungen Pflegenden im Wesentlichen allein mit der Aufgabe betraut oder leben sie im Familienverbund und teilen sich die Verantwortung mit anderen An- und Zugehörigen? Zudem unterscheidet sich das Lebensalter. Auch dieses ist maßgeblich für den jeweiligen Unterstützungs- und Beratungsbedarf. Hier stößt die Beratung auf Kinder mit häufig familienbezogenen Bedarfen, dort auf Jugendliche, die (auch) ihren eigenen Weg finden müssen, um die Balance zwischen ihrem eigenen Leben und der Übernahme von Pflegeverantwortung zu finden. Junge Erwachsene wiederum sind eher mit Fragen der Opportunitätskosten im Hinblick auf die Übernahme von Pflegeaufgaben konfrontiert – mit einer ganzen Reihe von Vereinbarkeitsfragen, aber auch berufsbiografischen Entscheidungen.

Insofern ist die Beratung für junge Pflegende ein vielfältiges, anspruchsvolles, aber von allen Beteiligten auch als notwendig erachtetes Feld, das der Qualifizierung, aber auch der Infrastrukturentwicklung bedarf. Es zeigt sich: In Deutschland bestehen Regionen, in denen ein vergleichsweise gut abgestimmtes Miteinander praktiziert wird; etwa in Berlin finden sich vielfältige Angebote und aufeinander bezogene Beratungsangebote. In den meisten Regionen jedoch fehlt es an entsprechenden Netzwerken. Insofern wird aus der Befragung der Pflegeberater*innen und der Pflegestützpunkte deutlich: Es sind Fortbildungsstrategien gefragt, Informationsmaterial sollte zugänglich gemacht werden und es bedarf regional – im Sinne

eines Care Managements – des Aufbaus von suffizienten Kooperationsstrukturen. Auch in die Ausbildung von Pflegeberater*innen sollte das Thema „Junge Pflege“ systematisch einbezogen werden.

Good Practice: Worauf kommt es bei Beratungs- und Unterstützungsangeboten für junge Pflegende an?

Die systematische Recherche hat zutage gefördert, dass es spezifische Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Pflegende in Deutschland noch nicht lange gibt (vgl. zu diesen Angeboten Schön et al. in diesem Band). Es waren und sind insbesondere zivilgesellschaftliche Akteure, die solche Angebote entwickelt und etabliert haben. Fragil ist ihre Finanzierung, mitnichten sind sie immer und für alle erreichbar. Aber es gibt sie, diese Angebote, und sie sind für viele junge Pflegende wirklich hilfreich. Ob *echt unersetzlich* oder die *Johanniter superhands*, ob die *Pausentaste* oder *Young Carer Hilfe*: Sie sind eine digitale oder telefonisch erreichbare Zufluchtsstelle für junge Pflegende. In einigen wenigen Regionen, wie etwa Schweinfurt oder Berlin, haben sich auch regionale Angebotsstrukturen für junge Pflegende herausgebildet. Sie sind von großer Bedeutung, da die jungen Menschen nicht nur digital im Netz leben, sondern auch vor Ort; und gerade hier zeigen sich ihre Lebenslagebedingungen und lassen sich beeinflussen.

Worauf kommt es an? Zunächst ist wichtig, überhaupt in Kontakt mit jungen Menschen zu kommen. Das ist keineswegs selbstverständlich. Die Hürden sind hoch. Das gilt bei Kindern mit Blick auf die Inanspruchnahme von Beratung allemal. Aber auch Jugendliche und junge Erwachsene sind weder geübt, noch ist es für sie ohne Weiteres „attraktiv“, Beratung in Anspruch zu nehmen – droht doch schnell ein Loyalitätskonflikt mit der Familie. Die Pflegeererfahrung für sich zu behalten, dieses Handeln ist typisch für junge Pflegende. Daher gilt es, in Kontakt zu kommen und dies gerade auch mithilfe der Informations- und Kommunikationsmedien, die für junge Menschen heute üblich und dominant geworden sind. In Kontakt kommen heißt aber auch, dass die professionellen Erwachsenen, mit denen Jugendliche in ihrem Alltag zu tun haben – etwa Lehrer*innen, Ärzt*innen oder Sozialarbeiter*innen – sensibel sein sollten und das Vertrauen, das junge Menschen in sie setzen, nutzen sollten, um auch Fragen der Pflege aufzugreifen.

Wenn der Kontakt hergestellt ist und Kommunikationswege gefunden wurden, kommt es auf eine qualifizierte Beratung an. Haltingsfragen sind wichtig, Methodenkompetenz ist bedeutsam und häufig ist Kontinuität gefragt: Dranbleiben, heißt es. Dranbleiben setzt jedoch Vertrauen voraus; dieses muss erst entstehen. Dafür ist in aller Regel eine Face-to-Face-Begegnung von Bedeutung und sinnvoll. Beratung heißt nicht: „Gut, dass wir darüber gesprochen haben“, und dann folgt nichts. Auf die vermittelte und zugänglich gemachte Unterstützung kommt es an. Ein Ziel der Beratungsprozesse dürfte regelmäßig sein, die Isolation, in die junge Pflegende geraten, zu

durchbrechen. Gerade Kinder, aber auch Jugendliche, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen, sind in aller Regel in Familienstrukturen eingebunden. So wird ein familienbezogener, systemischer Ansatz häufig geeignet sein, um Unterstützung zu leisten und Problemlösungen anzustreben. Für den einzelnen Jugendlichen gilt es, Entlastung zu schaffen. Sie kann physischer, psychischer oder sozialer Natur sein. Außerdem sind zeitliche Freiräume zu schaffen.

Wichtig ist überdies, die Akzeptanz von Hilfen und Entlastung zu erzeugen. Es ist für viele junge Menschen ein großer Schritt, Hilfen anzunehmen. Und jede Hilfe, jede Unterstützung verändert das Familien- und Pflegesystem. Möglicherweise weisen pflegende Angehörige Hilfen zurück. Familie ist schließlich Familienangelegenheit und Fremde haben da nichts zu suchen. Die Akzeptanz von Hilfe ist sowohl für die auf Pflege angewiesene Person schwierig, aber damit auch für die Pflegenden und eben auch die jungen Pflegenden. Das Leitbild der geteilten Verantwortung gilt hier paradigmatisch: Es ist nicht gut, Pflege allein meistern zu wollen, nicht allein in Familien, schon gar nicht durch eine Person. Auf den Hilfemix kommt es an; jede*r leistet das ihr*ihm Gemäße zur Gestaltung einer „Gesamtaufgabe“ (vgl. Korff 1999). Eine solche Haltung gilt es zu vermitteln und auch in der regionalen Öffentlichkeit zu verankern. Nicht die Helden der Pflege sind gefragt, sondern eine verträgliche Verantwortungsübernahme, die sowohl im Geschlechter- als auch im Genderverhältnis gerecht ist.

Beratung ist Beratung – und keine Therapie. Die Grenzen zur therapeutischen Begleitung sind daher zu reflektieren. Es kann auch psycho- oder familientherapeutische Unterstützung gefragt sein. Wenn dies der Fall ist, hat dies unter dem klaren Vorzeichen der Therapie zu erfolgen.

Bei allem, das zeigen auch die Good-Practice-Beispiele, kommt es darauf an, das Thema „Junge Pflege“, aber auch das Thema „Pflege“ insgesamt in die Öffentlichkeit zu tragen: Sowohl überregional, als auch regional und vor Ort. Hier gilt es unterschiedliche Register einer Kommunikationsstrategie zu ziehen, die den modernen Kommunikationsgewohnheiten und -dynamiken entspricht. Ob Influencer auf Instagram, ob Blogs und Chats für junge Pflegenden, ob die regionale Berichterstattung in Radio, TV und Printmedien: Überall gilt es, das Thema zu qualifizieren.

Aus diesen Erkenntnissen lassen sich Empfehlungen ableiten, die sowohl auf die Qualifizierung der im engeren Sinne zuständigen Pflegeberater*innen und Berater*innen in Pflegestützpunkten hinausläuft, als auch auf die Qualifizierung der Sozialarbeiter*innen in der Jugendarbeit. Alle diese Bemühungen sind jedoch einzubetten in eine Strategie der Sensibilisierung für die vernachlässigte Wirklichkeit junger Pflege und in regionale Care-Management-Prozesse.

Agenda „Jugend und Pflege“

Der diesjährige DAK-Pflegereport beleuchtet das Verhältnis von jungen Menschen zur Pflege aus verschiedenen Blickwinkeln. Es wird deutlich: Das Thema „Pflege“ ist nicht nur ein Thema für alte Menschen, weder auf der Seite der Pflegenden, noch der Gepflegten. Es ist auch nicht nur ein Thema der Profis: Sie werden interessanterweise von jungen Pflegenden kaum in den Blick genommen.

Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe; so formuliert es auch § 8 Abs. 2 SGB XI. Es geht um eine neue Kultur der Hilfe. Eine neue Kultur „herauszuschälen“, heißt auch, die Bedingungen moderner und postmoderner Gesellschaft mit zu reflektieren, Fairnessgesichtspunkte in den Geschlechter- und Generationenbeziehungen zu beachten. So sieht eine Agenda „Jugend und Pflege“ eine neue Qualität der Befassung mit dem Thema Pflege als gesamtgesellschaftliches Thema ebenso vor wie Aufklärung und Information – erscheint es doch als unrealistisch, wie die jüngere Generation sich den finanziellen, aber auch operativen Herausforderungen, die sich insbesondere in der Langzeitpflege ergeben, stellen.

Die am Ende des DAK-Pflegereportes 2021 stehenden sechs Punkte für eine Agenda (vgl. Klie in diesem Band) erinnern auch daran, dass das Thema „Junge Pflegebedürftige“ nicht ausgespart werden darf. Auch sie gibt es. Kinder und Jugendliche mit Pflegebedarf stellen fachlich, aber auch im Hinblick auf die Ressourcensituation und ethischen Anforderungen eine besondere Herausforderung dar. Insgesamt lautet das Credo: Die breit in den jüngeren Generationen verwurzelte Bereitschaft zur Mitverantwortung für Pflegefragen stimmt eher positiv und zuversichtlich, verlangt aber vom Staat, dass er seinen Vorleistungspflichten hinsichtlich der Rahmenbedingungen und der Infrastrukturen nachkommen muss – und dies in einer Weise, die nicht so sehr die Heime und Pflegedienste in den Mittelpunkt stellt, sondern diejenigen Pflegearrangements, die von Bürger*innen selbst gestaltet und mitverantwortet werden.

Literaturverzeichnis

Blinkert/Baldo/Klie/Thomas (2004): Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“. Hannover: Vincentz Network.

Bruder, J. (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 1 (1), S. 95–101.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2012): Generationenbeziehungen – Herausforderungen und Potenziale. Gutachten des Wissenschaftli-

chen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Kurzfassung. Berlin.

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2017): Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland. Schwerpunktthema: „Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“ (Bundesdrucksache, 18/11800).
- Camus, Albert (2000): Der Mythos des Sisyphos. In neuer Übersetzung und mit einem Nachwort von Vincent von Wroblewsky. 25. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Cluver, L./Operario, D./Lane, T./Kganakga, M. (2012): „I Can’t Go to School and Leave Her in So Much Pain“. In: *Journal of Adolescent Research* 27 (5), S. 581–605.
- Jacobs, Klaus; Kuhlmeier, Adelheid; Greß, Stefan; Klauber, Jürgen; Schwinger, Antje (Hg.) (2021): Pflege-Report 2021. Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag. Online: <https://doi.org/10.1007/978-3-662-63107-2> [abgerufen am 15.07.2021].
- Klie, T. (2016): Pflegereport 2016. Palliativversorgung: Wunsch, Wirklichkeit und Perspektiven. Hg. v. Herbert Rebscher und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, T. (2017): Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz: Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, T. (2018): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingendes Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, T. (2019a): Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversicherung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v. Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag (30).
- Klie, T. (2019b): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, T./Bruker, C. (2016a): „Kinder und Pflegebedarf, das hat eh keiner auf dem Schirm. Pflege ist ein Altersthema. In: *Case Management* 13 (3), S. 142–146.
- Klie, Thomas; Bruker, Christine (2016b): Versorgungskoordination bei Familien mit schwer und lebensverkürzend erkrankten Kindern in Berlin. Expertise. Freiburg.
- Klie, Thomas; Ranft, Michael; Szepan, Nadine-Michèle (2021): Strukturreform Pflege und Teilhabe II. Pflegepolitik als Gesell-

- schaftspolitik. Ein Beitrag zum pflegepolitischen Reformdiskurs. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Korff, Wilhelm (Hg.) (1999): Handbuch der Wirtschaftsethik. Verhältnisbestimmung von Wirtschaft und Ethik. Unter Mitarbeit von Alois Baumgartner. Bd. 1. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus (Handbuch der Wirtschaftsethik, 1).
- Metzing, Sabine (2018): Abschlussbericht zum Projekt: „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“. Förderzeitraum 01.06.2015–31.12.2017. GZ.: ZMVI 1 2515ZPK662. Unter Mitarbeit von Thomas Ostermann, Michael Galatsch, Nino Chikhradze, Christiane Knecht, Kristina Barbknecht, Franziska Piechkamp et al. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit, Universität Witten/Herdecke. Witten.
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). In: *Pflege* 20 (6), S. 331–336. DOI: 10.1024/1012–5302.20.6.331.
- Nagl-Cupal, Martin; Daniel, Maria; Kainbacher, Manuela; Koller, Martina M.; Mayer, Hanna; Hauprich, Julia (2015): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einblick in die Situation Betroffener und Möglichkeiten der Unterstützung. Zwei Studien des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Wien (Sozialpolitische Studienreihe, 19).
- Rothgang, Heinz; Heinze, Franziska; Wagner, Christian; Kalwitzki, Thomas (2021): Auswirkungen der aktuellen Pläne zur Finanzreform der Pflegeversicherung. Expertise im Auftrag der DAK-Gesundheit. Bremen.
- Rothgang, Heinz; Kalwitzki, Thomas (2019): Alternative Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Abbau der Sektorengrenzen und bedarfsgerechte Leistungsstruktur. Initiative Pro-Pflegereform. Online verfügbar unter www.pro-pflegereform.de/fileadmin/default/Zweites_Gutachten/2._Gutachten_AAPV_-_Langfassung.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer (Grundriss Gerontologie, 5).
- Statistisches Bundesamt (Destatis) (Hg.) (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Wiesbaden.

Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2017): Junge Pflegende.
ZQP-Report. 1. Aufl. Berlin.

3. Die junge Pflege – Allensbach-Befragung der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung mit besonderer Berücksichtigung junger Pflegender

Wilhelm Haumann

Nachdem die Lebenserwartung in den zurückliegenden Jahrzehnten deutlich stieg, werden heute die meisten jüngeren Menschen in den ersten Jahrzehnten ihres Lebens von ihren Groß- oder sogar Urgroßeltern begleitet und unterstützt. Dementsprechend erleben viele Jüngere auch eine Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit älterer Angehöriger in einem Alter, in dem sie bei der Pflege und Unterstützung der Älteren bereits mitwirken oder diese ganz übernehmen können. Für einen kleineren Teil der jüngeren Leute ergibt sich aber auch schon vergleichsweise früh die Notwendigkeit zur Pflege oder zur Beteiligung an einer Pflege von weniger alten Angehörigen, insbesondere von Eltern oder Geschwistern. Von daher übernehmen nicht ganz wenige bereits in jungen Jahren Aufgaben der Pflege und Betreuung. Allerdings verschwindet diese Pflege durch Jüngere in den Betrachtungen der Pflege nicht selten hinter den häufigeren Pflegetätigkeiten von Mittelalten und Älteren.

Im DAK-Pflegereport 2021 (Studienleitung: Professor Klie, Evangelische Hochschule Freiburg) werden deshalb jetzt die Erfahrungen der jüngeren Pflegenden in den Blick genommen. Neben Auswertungen der Pflegestatistik und qualitativen Interviews umfasst die Studie auch eine Umfrage. Dazu befragte das Institut für Demoskopie Allensbach eine repräsentative Stichprobe der 16- bis 39-jährigen Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung derer, die derzeit Angehörige pflegen oder in den letzten 10 Jahren gepflegt haben. Zusammen mit den Erfahrungen der jüngeren Pflegenden wurden auch die Pflegebereitschaft aller Gleichaltrigen sowie die Erwartungen jener ermittelt, die für die nächsten 10 Jahre mit Hilfs- oder Pflegebedürftigen in der Familie rechnen. Das Frageprogramm wurde in Zusammenarbeit mit Professor Klie entwickelt.

Die obere Altersgrenze von 39 Jahren wurde auch deshalb gewählt, um zu sehen, wie sich der Charakter der Pflege durch Jüngere mit zunehmendem Alter ändert. Tatsächlich lassen sich deutliche Veränderungen beobachten, etwa im Hinblick auf den Kreis der Gepflegten oder die übernommenen Anteile an der Pflege (vgl. Abbildungen 15, 16 und 20).

Für diese Untersuchung befragte das Institut zwischen dem 19. und dem 30. März per Online-Interview im gesamten Bundesgebiet insgesamt 1.310 jüngere Männer und Frauen im Alter zwischen 16 und 39 Jahren, darunter 443 Personen, die derzeit Angehörige pflegen oder unterstützen bzw. das in den letzten 10 Jahren getan haben. In

Pflege durch Jüngere: nicht selten, aber wenig beachtet

Online-Befragung

der gewichteten Stichprobe wurden diese Personen mit Pflegeerfahrung dann aber nur entsprechend ihrem repräsentativen Anteil an der Gesamtheit berücksichtigt (vgl. Abbildung 13). Die Stichprobe ist repräsentativ für die deutsche Bevölkerung im genannten Alter.

**Perspektive von
jungen Pfle-
genden in der
Angehörigen-
pflege**

Zum richtigen Verständnis der Ergebnisse muss die Perspektive der Befragten berücksichtigt werden: Über die Pflege berichten hier vornehmlich jüngere Leute, die entweder aktuell pflegen (bzw. gepflegt haben) oder eine Pflege von Angehörigen erwarten. Damit erscheint die Pflege nicht so wie in einer statistischen Darstellung. Durch die Beschränkung auf die Perspektive der Jüngeren spielt z. B. die Pflege des eigenen Partners, die insbesondere die Pflegeerfahrungen älterer Frauen prägt, eine geringe Rolle. Vor allem gibt es nur wenige Informationen über jene Bereiche, in denen die Pflege nur zu geringem Teil von den Angehörigen getragen wird, insbesondere die Pflege im Heim und auch die damit verbundenen Kosten. Die Befragung zeigt dagegen Erfahrungen, die gemacht werden, wenn die Angehörigen selbst die Pflege und Betreuung zum größten Teil tragen.

**Informationen
über das hin-
aus, was die
Statistik zeigt**

Zudem ist die Umfrage auch deutlich weiter angelegt als die Pflegestatistik.¹ Während dort nur die Pflege jener erfasst wird, die Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten, wird hier ein breiterer Bereich der familiären Unterstützung und Hilfeleistung ausgeleuchtet. Dazu wurde nicht allein nach dem engeren Bereich der Pflege gefragt, sondern zugleich nach der Unterstützung für Angehörige, die Hilfe im Alltag benötigen. In diesem Bereich werden längst nicht immer Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung bezogen (vgl. Abbildung 33): Die familiäre Solidarität setzt meist schon lange vor der Zahlung eines Pflegegelds und häufig auch ganz unabhängig davon ein.

Schließlich ermöglicht die Umfrage – anders als die Pflegestatistik, in der nur wenige Merkmale zur Verfügung stehen – auch den Blick auf unterschiedliche soziale Teilgruppen und Schichten.²

Ferner gilt es zu berücksichtigen, dass es sich um die explorative Bestandsaufnahme eines bisher erst wenig erforschten Sachgebiets handelt. Sie trägt differenzierte Informationen über die Art der Pflege durch Jüngere und über deren grundsätzliche Haltungen, Erfahrungen und Motive zusammen, verfolgt aber noch keine spezifischen Forschungsfragen.

1 Hier und im Folgenden nach: Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Wiesbaden.

2 Als Indikator für die Schichtzugehörigkeit dient bei dieser Untersuchung der sozioökonomische Status. Dieser wird über Berufstätigkeit, Einkommen und Bildung bestimmt; dabei werden als einfache soziale Schicht die 25 Prozent abgegrenzt, die auf einer Skala anhand dieser Merkmale die niedrigsten Werte erreichen. Als höhere soziale Schicht werden die 26 Prozent mit den höchsten Werten abgegrenzt, als mittlere Schicht eine Mehrheit von 49 Prozent.

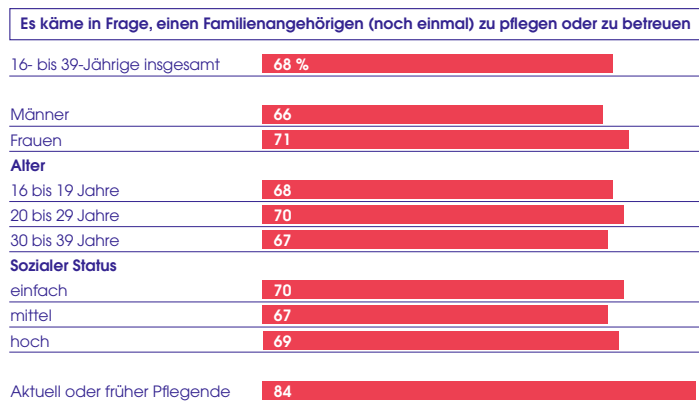
3.1 Breite Bereitschaft zur Angehörigenpflege – Bei Interessenkonflikten haben Familie und Beruf meist Vorrang

Nach der Pflegestatistik wurden Ende 2019 von den 4,1 Millionen Menschen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhielten, 80 Prozent zuhause gepflegt, zum größten Teil ganz oder doch zumindest unter der Beteiligung von Angehörigen. Nur eine Minderheit von 20 Prozent lebte in Heimen. Damit gründet die Pflege in Deutschland zum wesentlichen Teil auf der Pflegebereitschaft und der Pflegetätigkeit von Angehörigen. Das betrifft nicht allein Ältere. Auch in der nachwachsenden Generation erklärt sich eine deutliche Mehrheit zur Angehörigenpflege grundsätzlich bereit. Für 68 Prozent der 16- bis 39-Jährigen käme es in Frage, (noch) einmal Angehörige zu pflegen. Von jenen, die derzeit selbst pflegen, wären bei weiterem Pflegebedarf sogar 84 Prozent zu einer erneuten Pflegetätigkeit bereit. Dabei unterscheiden sich die Haltungen von Männern und Frauen, von 20- und 30-Jährigen oder auch von Angehörigen der unterschiedlichen sozialen Schichten allenfalls geringfügig.

Über zwei Drittel der Jüngeren zu (erneuter) Angehörigenpflege bereit

Abbildung 8: Breite Bereitschaft zur (erneuten) Angehörigenpflege:

Frage: "Käme es für Sie grundsätzlich in Frage, (noch einmal) einen Familienangehörigen zu pflegen oder zu betreuen, oder käme das für Sie nicht (mehr) in Frage?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegerport 2021

© IFD-Allensbach

Die große Verbreitung der grundsätzlichen Pflegebereitschaft erklärt sich zum einen aus dem aktuellen Vorherrschen der Angehörigenpflege, das auch in der Statistik sichtbar wird: Dieses Muster wird als soziale Normalität begriffen. Es handelt sich um eine lange eingeübte und im Bewusstsein vieler verankerte Bewältigungsstrategie für die Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in der Familie. Zum anderen wird darin die unverändert starke Funktion der Familie als Institution zur Unterstützung auf Gegenseitigkeit erkennbar. Die oft erheblichen Leistungen der Älteren für Kinder und Enkel werden von diesen nicht selten mit praktischer Hilfe, Rat und auch Pflege und Unterstützung entgolten. Vor diesem Hintergrund gaben z. B. 2020 86 Prozent der Bevölkerung insgesamt und 81 Prozent der Älteren

Angehörigenpflege: soziale Normalität

ab 60 Jahre an, sie könnten sich in einer schwierigen Lage auf Hilfe und Unterstützung durch ihre Familie verlassen. 2010 hatten bereits 82 Prozent solche Erwartungen geäußert.³

Motive für Verzicht auf Pflege

Das Drittel der Jüngeren, für die eine Pflege von Angehörigen grundsätzlich nicht in Frage kommt, traut sich eine solche Pflege meist nicht zu oder schreckt vor der seelischen Belastung zurück. Etwa die Hälfte der Gruppe hat aber auch ungünstige Bedingungen aufgrund der beruflichen Tätigkeit. 26 Prozent dieser Jüngeren geben an, dass ihr Wohnort von den mutmaßlich zu pflegenden Eltern oder Großeltern zu weit entfernt wäre. Etwa ein Sechstel fühlt sich bereits durch eigene Kinder zu stark belastet, um noch Pflegeaufgaben übernehmen zu können. Besonders häufig finden sich solche objektiven Hinderungsgründe bei den Angehörigen der höheren sozialen Schichten. Diese richten zudem erkennbar höhere Erwartungen als andere an eine Pflege durch die Angehörigen und schrecken auch deshalb vor einer solchen Pflege leichter zurück, weil sie häufiger fürchten, den selbst gestellten Ansprüchen möglicherweise nicht gerecht zu werden.

Abbildung 9: Was gegen die Übernahme einer Pflege spricht: mehr Hinderungsgründe bei Jüngeren mit höherem Status

Deshalb käme für mich die Übernahme einer Pflege nicht in Frage weil, – – Auszug: häufigste Angaben –	16- bis 39-Jährige, für die die Pflege oder Betreuung von Anhörigen nicht in Frage kommt			
	insgesamt	Sozialer Status		
		einfach %	mittel %	hoch %
Ich mir die Pflege nicht vertraue	63	52	65	69
das nicht mit meinem Beruf bzw. mit meiner Arbeit vereinbar ist	49	31	50	62
das eine zu starke seelische Belastung für mich wäre	44	30	50	47
es mir unangenehm wäre, nahe Angehörige zu pflegen	29	17	33	34
Ich zu weit entfernt wohne	26	11	31	31
das eine zu starke finanzielle Belastung für mich wäre	22	25	26	12
Ich schon durch meine eigene Familie stark beansprucht bin	16	11	17	19

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Pflegebereitschaft oft nicht aus moralischen Überzeugungen

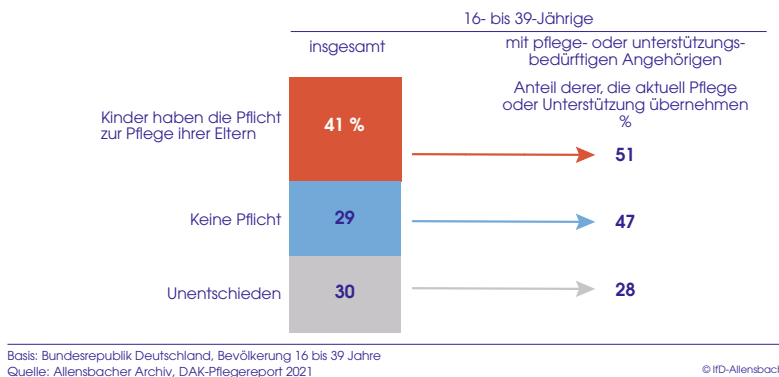
Dabei steht hinter der Pflegebereitschaft nicht immer eine moralische Überzeugung. Zwar sieht eine relative Mehrheit von 41 Prozent der 16- bis 39-Jährigen eine moralische Verpflichtung der Kinder zur Pflege ihrer Eltern. Aber 29 Prozent verneinen eine solche Pflicht auch explizit und 30 Prozent erklären sich unentschieden, sei es, weil sie sich noch keine Gedanken über solche Fragen gemacht haben, sei es, weil sie eigentlich keine Pflicht sehen, sich aber nicht gegen die vermeintlich verlangte Haltung exponieren wollen.

3 Allensbacher Archiv, IfD-Umfragen 10064, 12025.

Bei der tatsächlichen Pflegebeteiligung stehen dann jedoch jene, die eine Pflicht zur Pflege explizit verneinen, kaum hinter den Befürwortern zurück. Nur jene, die sich bei dieser Frage nicht entscheiden mögen, übernehmen Pflegeaufgaben deutlich seltener als andere.

Abbildung 10: Weniger als die Hälfte der Jüngeren sieht eine moralische Verpflichtung zur Pflege der Eltern

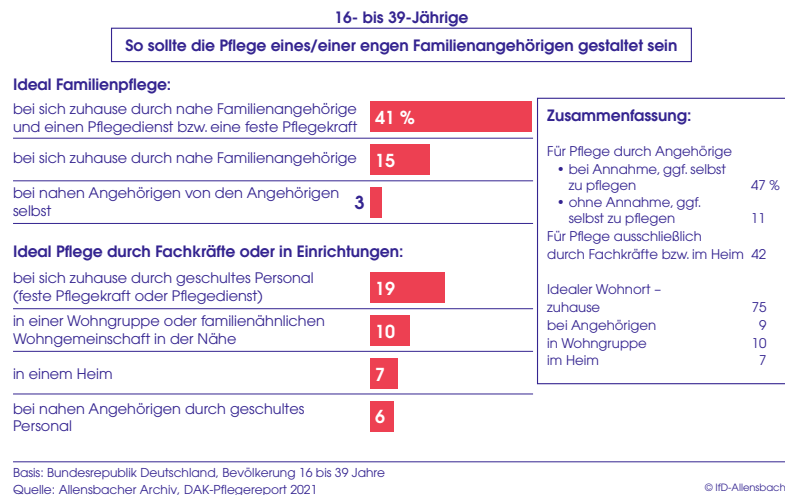
Frage: "Wie sehen Sie das, wenn Eltern pflegebedürftig werden: Stehen die Kinder dann moralisch in der Pflicht, die Pflege zu übernehmen, wenn dies irgendwie möglich ist, oder sehen Sie da keine Verpflichtung für die Kinder?"



Für die eigenen Angehörigen würden sich bei Pflegebedarf insgesamt 59 Prozent eine Pflege durch die Familie wünschen, vor allem in Zusammenarbeit von Angehörigenpflege und Pflege durch Fachkräfte wie Pflegerinnen und Pflegern eines mobilen Pflegedienstes oder 24-Stunden-Kräften, die fest für die Gepflegten da sind. 41 Prozent fänden einen solchen Pflegemix in der Wohnung der Gepflegten am besten, 3 Prozent in der Wohnung von Angehörigen, nach einem Umzug der Gepflegten. Dagegen fänden insgesamt 42 Prozent für ihre Angehörigen eine Pflege ausschließlich durch Fachkräfte am besten. Aber auch dabei denken die Befragten wieder vor allem an eine Pflege im häuslichen Umfeld. Nur 17 Prozent befürworten von vornherein eine stationäre Pflege. Dabei wird das Leben in einer Wohngruppe (10 Prozent) noch etwas häufiger befürwortet als ein Leben im Heim (7 Prozent). Zusammengefasst sind es drei Viertel, die hier für eine Pflege in der Wohnung der Gepflegten plädieren (75 Prozent).

Idealvorstellung: Angehörigenpflege mit Unterstützung

Abbildung 11: Pflege-Präferenzen: Die meisten wünschen sich eine Pflege durch Angehörige



Große Bedeutung der Rahmenbedingungen

Solche Idealvorstellungen wirken sich nun zwar erkennbar darauf aus, ob z. B. ein Pflegemix von Angehörigen- und Fachkräftepflege gewählt wird. Aber darauf, ob auch selbst Pflegeaufgaben übernommen werden, üben die Idealvorstellungen nur wenig Einfluss aus: Von den Jüngeren mit pflege- und betreuungsbedürftigen Angehörigen, die sich hier für eine Pflege durch Angehörige aussprechen, beteiligen sich 46 Prozent an der Pflege, von jenen, die eher für eine Pflege ausschließlich durch Fachkräfte votieren, pflegen mit 41 Prozent kaum weniger. Weitaus stärker als moralische Erwägungen oder auch Pflegepräferenzen wirken sich dagegen die günstigen oder auch ungünstigen Rahmenbedingungen für eine Pflege durch Angehörige aus (vgl. Anhang, Abbildung 46).

Verständnis für Verzicht auf Pflege

Das zeigt auch eine projektive Frage,⁴ in der ein Konflikt zwischen familiärer Verpflichtung und ungünstigen Rahmenbedingungen am konkreten Beispiel dargestellt wird. Geschildert wurde der Fall einer älteren Frau, die nach einem Schlaganfall dauerhaft auf Pflege angewiesen ist und gern von der eigenen Tochter betreut werden möchte. Die halbtags berufstätige Tochter, die sich auch noch um eigene Kinder kümmern muss, bringt die Mutter aber gegen deren Wunsch in einem Pflegeheim unter. Während das traditionelle Muster der Angehörigenpflege von der jungen Frau eine Aufgabe oder Verringerung der Berufstätigkeit zugunsten der Pflege verlangen würde, werden hier also die Erwartungen und Wünsche der Mutter hintenangestellt. Diese Entscheidung bewerten fast zwei Drittel der 16- bis 39-Jährigen als eher oder vollkommen richtig (63 Prozent).

⁴ Nach Baldo Blinkert, Thomas Klie: Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Freiburg, FIFAS, o.J. <https://www.fifas.de/publikationen/files/Pflegemilieu/pflegemilieu.php?p=p>

Lediglich 13 Prozent finden sie eher oder völlig falsch; 24 Prozent bleiben unentschieden.

Die überwiegende Befürwortung findet sich in allen relevanten Teilgruppen. Sogar von jenen, die sich für eine Pflege ausschließlich durch die Familie aussprechen, stufen nur 23 Prozent das Verhalten der jungen Frau als falsch ein; 43 Prozent bewerten es als richtig. Ähnlich sieht das Meinungsbild bei jenen aus, die prinzipiell eine moralische Verpflichtung zur Pflege der Eltern durch die Kinder sehen. Von ihnen betrachten 54 Prozent die Entscheidung als richtig und 21 Prozent als falsch.

Abbildung 12: Viel Zustimmung zu einer Pflege im Heim bei Erschwernissen für die Familienpflege

Frage: "Stellen Sie sich bitte einmal Folgendes vor: Eine ältere Dame wird aus dem Krankenhaus entlassen. Sie erlitt vor einigen Wochen einen Schlaganfall und ist seitdem dauerhaft pflegebedürftig. Sie kann auch nur wenige Stunden am Tag allein gelassen werden. Ihr Wunsch ist es, im Haus ihrer einzigen Tochter gepflegt zu werden. Ihre Tochter ist verheiratet, hat zwei Kinder, die zur Schule gehen und ist halbtags berufstätig. Für die Pflege der Mutter müsste sie ihre Berufstätigkeit aufgeben. Die Tochter entscheidet sich gegen den Wunsch der Mutter und bemüht sich um einen Platz in einem gut geführten Pflegeheim. Wie beurteilen Sie die Entscheidung der Tochter?"

Entscheidung ist -	16- bis 39-Jährige			
	insgesamt	mit Präferenz für eine Pflege		
		nur durch Angehörige	durch Pflegedienst oder Pflegekraft	im Heim
	%	%	%	
vollkommen richtig	23 %	13	22	39
eher richtig	40	30	44	33
eher falsch	10	15	10	7
völlig falsch	3	8	2	1
Unentschieden	24	34	22	20

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Vor diesem Hintergrund wird eine zentrale Voraussetzung für die eingangs beobachtete breite Pflegebereitschaft der 16- bis 39-Jährigen erkennbar: Zwar sind auch in der jüngeren Generation über zwei Drittel grundsätzlich zur Pflege und Unterstützung enger Angehöriger bereit. Für viele ist diese Bereitschaft jedoch nicht mehr selbstverständlich mit der Konsequenz verknüpft, die eigenen Lebensumstände pflege-kompatibel zu machen. Wo also die Rahmenbedingungen ungünstig sind, wird es in Zukunft weitaus seltener zur Angehörigenpflege kommen als in der Vergangenheit. Daraus ergibt sich für die Politik die Aufgabe, die Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit der Pflege wo nötig zu verbessern und zugleich durch unterstützende Angebote jenen Pflegemix von Angehörigen- und Fachkraftpflege zu ermöglichen, den sich viele in der jüngeren Generation wünschen.

Geringe Pflegebereitschaft bei ungünstigen Rahmenbedingungen

Vereinbarkeit von Pflege und Beruf verbessern

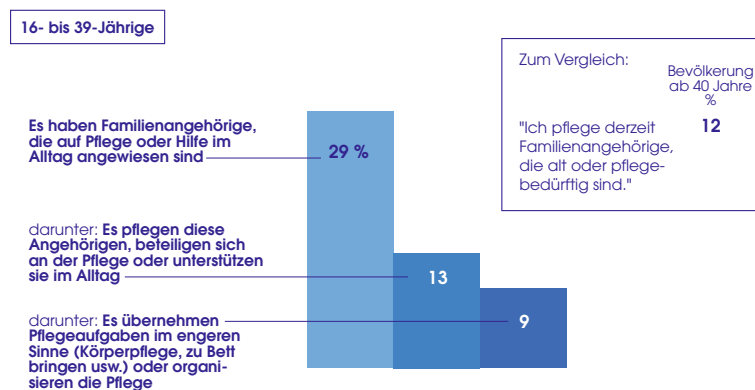
3.2 Wie Jüngere pflegen

3.2.1 Die Pflegenden

13 Prozent pflegen

29 Prozent der 16- bis 39-Jährigen haben derzeit Familienangehörige, die gepflegt werden müssen oder auf Hilfe im Alltag angewiesen sind. Bei diesen Angehörigen übernehmen derzeit 13 Prozent der jüngeren Leute selbst Aufgaben der Pflege und Unterstützung. Darunter erledigen 9 Prozent auch Pflegeaufgaben im engeren Sinne wie etwa die Organisation der Pflege oder auch die Körperpflege. Diese Kerngruppe von 9 Prozent ist damit am ehesten mit jenen vergleichbar, die bei anderen Umfragen angeben, ihre Angehörigen zu pflegen. In der fallstarken AWA-Umfrage erklärten das 2020 12 Prozent der mittelalten und älteren Bevölkerung ab 40 Jahre. Von daher übernehmen die Jüngeren Pflegeaufgaben zwar signifikant seltener als Ältere; doch auch von den Jüngeren sind bereits viele mit eingebunden oder auch schon vollständige Träger von Pflege und Betreuung.

Abbildung 13: Pflege und Unterstützung durch die jüngere Generation



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, AWA 2020, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Nicht sinnvoll wäre ein Vergleich des hier erkennbaren Anteils der Angehörigenpflege mit dem Anteil der Angehörigenpflege in der Pflegestatistik, denn hier werden auch entferntere pflegebedürftige Angehörige wie Onkel und Tanten mit angeführt, die möglicherweise bereits von anderen Angehörigen gepflegt werden. In der Pflegestatistik wird dagegen aus Sicht der Gepflegten über eine Pflege durch Angehörige – in der Regel durch Angehörige in „gerader Abstammungslinie“ – berichtet; deshalb sind die Werte nicht vergleichbar.

Frühere Pflegeerfahrung

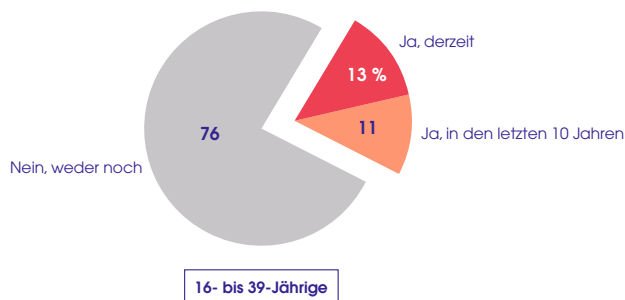
Neben den aktuell 13 Prozent Pflegenden und Betreuenden unter den 16- bis 39-Jährigen haben weitere 11 Prozent solche Leistungen bereits in den letzten 10 Jahren erbracht. Fast ein Viertel der

jüngeren Generation pflegt also selbst oder hat das im zurückliegenden Jahrzehnt getan. Zusammen mit jenen, die aktuell Pflegebedarf in der Familie vor Augen haben, ohne selbst zu pflegen, verfügen derzeit bereits 36 Prozent der 16- bis 39-Jährigen aus der eigenen Familie über Erfahrungen mit der Pflege und Betreuung.

Abbildung 14: Pflege und Unterstützung von Angehörigen: Fast ein Viertel der Jüngeren verfügt über Erfahrungen

Frage: "Pflegen oder unterstützen Sie zurzeit selbst Familienangehörige, die pflegebedürftig sind oder Hilfe im Alltag benötigen, also dass Sie sie unterstützen, sich regelmäßig um sie kümmern oder die Pflege organisieren, oder machen Sie das derzeit zwar nicht, haben das aber in den letzten 10 Jahren getan, oder weder noch?"

Es pfleg(t)en oder unterstütz(t)en Angehörige:

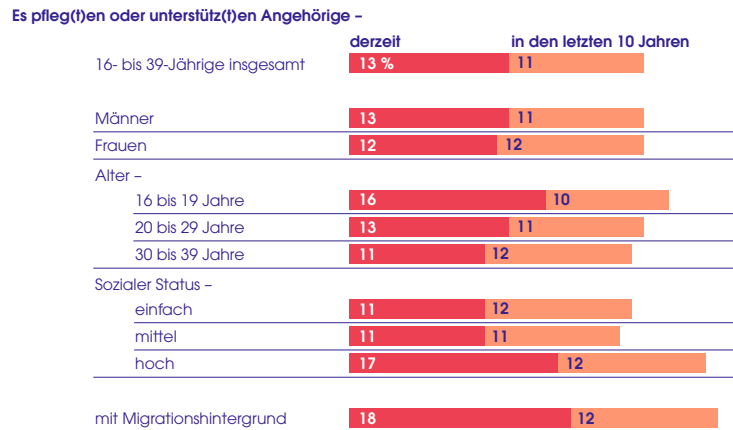


Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Zum hier ermittelten weiteren Kreis der aktuell oder früher Pflegenden und Betreuenden gehören junge Männer nicht seltener als junge Frauen, wenngleich Frauen sich eher unter den besonders Engagierten finden (vgl. Abbildung 24). Für die Jüngeren unter 20 Jahren ergeben sich etwas höhere Anteile von Pflegenden als für die 20- und 30-Jährigen, weil die Jüngeren eher in eine nicht ganz seltene Pflege und Betreuung der Großeltern mit eingebunden sind, während sich bei den etwas Älteren entsprechende Leistungen für Großeltern bereits verringern (vgl. Abbildung 16). Überdurchschnittlich haben auch jüngere Leute mit höherem Status bzw. mit Migrationshintergrund Aufgaben bei der Pflege und Betreuung von Angehörigen übernommen. Dahinter steht nicht etwa eine überdurchschnittliche individuelle Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben (vgl. Abbildung 8); eher deuten sich gruppenspezifische Pflegemuster an, die sich sowohl durch Einstellungen wie auch – bei den Jüngeren mit höherem Status – durch bessere Rahmenbedingungen für die Angehörigenpflege erklären lassen.

Abbildung 15: Jüngere mit Pflegeerfahrung: soziodemographisches Profil



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Allerdings berichten Jüngere mit höherem Status zugleich auch signifikant häufiger über hilfs- und pflegebedürftige Angehörige als andere (35 Prozent gegenüber 18 Prozent bei den Jüngeren mit einfachem Status). Ursachen dafür könnten sowohl ein weiterer Familienbegriff als auch die höhere Lebenserwartung in den gehobenen Schichten sein. Von daher gibt es für die Jüngeren aus diesen Schichten auch eher mehr Möglichkeiten zur Pflege und Unterstützung als für andere.

3.2.2 Die Gepflegten

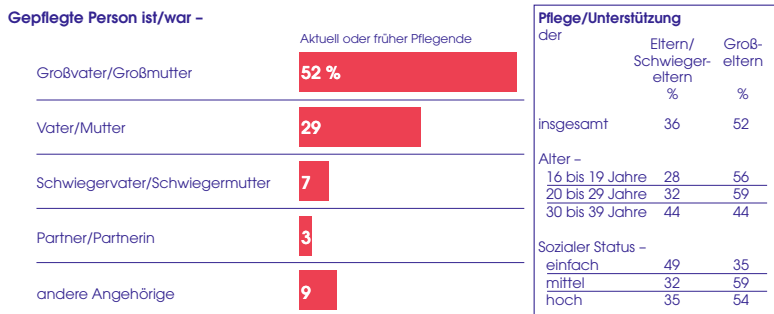
Am häufigsten werden die Großeltern gepflegt

Am häufigsten unterstützen die pflegenden 16- bis 39-Jährigen ihre Großeltern (52 Prozent). Ein gutes Drittel steht aber auch schon Eltern (29 Prozent) bzw. Schwiegereltern (7 Prozent) zur Seite. Nur eine kleine Minderheit von 3 Prozent muss sich bereits um den Partner oder die Partnerin kümmern. 9 Prozent pflegen oder betreuen andere Angehörige, darunter am ehesten weitere Angehörige der Großelterngeneration wie Großtanten und Großonkel (3 Prozent), dann etwa gleich häufig weitere Angehörige der Elterngeneration (vor allem Onkel und Tanten), der eigenen Generation (vor allem Geschwister), eigene Kinder oder auch enge Freunde, die man zur Familie zählt (1 Prozent).

Abbildung 16: Wer gepflegt und unterstützt wird: meist die Großeltern der jungen Pflegenden

Frage: "Wen pflegen bzw. betreuen Sie bzw. wen haben Sie gepflegt bzw. unterstützt?"

16- bis 39-Jährige

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Die Angehörigenpflege erfolgt also vorwiegend in gerader Abstammungslinie, im jüngeren Alterssegment oft über zwei Generationen hinweg. Dieses Muster herrscht zumindest bei den Jüngeren unter 30 Jahren vor; von den 30- bis 39-Jährigen pflegen dann etwa gleich viele Eltern wie Großeltern. Mit zunehmendem Alter der Pflegenden verändert sich also die Zielgruppe der Gepflegten. Dabei prägt sich das Muster in der einfachen Schicht, in der von vornherein häufiger die Eltern als die Großeltern gepflegt werden, erkennbar anders aus als in der mittleren und der gehobenen Schicht. Durch den höheren Anteil der Elternpflege gehören die jungen Leute dann auch weitaus häufiger zu den zeitlich besonders belasteten Pflegenden (vgl. Abbildung 24).

Gepflegt und betreut werden die weit überwiegend älteren Angehörigen meist in deren eigener Wohnung (57 Prozent). Bei der Pflege im Pflegeheim (9 Prozent) oder auch in einer Wohngruppe (1 Prozent) gehören die Jüngeren dagegen nur selten zu den regelmäßigen Besuchern und Unterstützern.

Veränderungen mit zunehmendem Alter der Pflegenden

Abbildung 17: Ort der Pflege: meist die Wohnung der Gepflegten – bei Migranten häufiger die Wohnung von Angehörigen

Frage: "Wo wird (wurde) Ihr Angehöriger/Ihre Angehörige gepflegt bzw. betreut?"

16- bis 39-Jährige	Aktuell oder früher Pflegendende		Migrationshintergrund	
	insgesamt		ja %	nein %
Bei sich zuhause	57 %		45	65
Bei mir zuhause	22		30	16
Bei anderen Angehörigen oder bei Freunden zuhause	10		15	5
In einem Pflegeheim, Heim	9		7	11
In einer Wohngruppe	1		1	2
Woanders	1		2	1

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Bedeutsam: Pfleagemuster von Jüngeren mit Migrations- hintergrund

Nicht wenige Jüngere berichten aber auch über eine Pflege in ihrer eigenen Wohnung (22 Prozent), die oft auch die Wohnung der Eltern ist, bzw. in der Wohnung anderer Angehöriger (10 Prozent): Offenbar ziehen also die gepflegten und betreuten Älteren sehr viel häufiger zu ihren Kindern, als es den oben dargestellten Idealvorstellungen entspräche (vgl. Abbildung 11). Weit überdurchschnittlich erleben Jüngere mit Migrationshintergrund, die über 40 Prozent der jüngeren Altersgruppe ausmachen, solche Umzüge: Auch hier deuten die Ergebnisse für Migranten auf ein etwas anderes Muster der Angehörigenpflege als bei anderen Pflegenden ohne Migrationshintergrund hin.

3.2.3 Die Pflegearrangements

Junge Pflege ist gemeinsame Pflege

Nur 6 Prozent der aktuell oder früher Pflegenden betreu(t)en oder pfleg(t)en allein, ohne jede Unterstützung. In 84 Prozent der Fälle sind oder waren zudem andere, meist ältere Angehörige beteiligt. Junge Angehörigenpflege ist also in aller Regel Pflege im Verbund mit anderen Angehörigen. Von den älteren Pflegenden ab 65 Jahren pflegen dagegen nur 48 Prozent zusammen mit anderen Familienangehörigen.⁵ In etwa der Hälfte der Fälle pfleg(t)en die 16- bis 39-Jährigen ihre Angehörigen gemeinsam mit Eltern oder Schwiegereltern, in fast einem Drittel der Fälle auch zusammen mit den eigenen Geschwistern (32 Prozent). Der häufigste Fall der jungen Pflege ist also die Pflege der Großeltern, die gemeinsam mit den eigenen Eltern betreut und gepflegt werden. Zum Teil sind oder waren aber auch Fachkräfte beteiligt (bei insgesamt 37 Prozent),

⁵ Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8231 (2020).

und bei einer Minderheit auch „Zugehörige“ wie Freunde, Nachbarn oder Ehrenamtliche (bei 16 Prozent). Dort, wo Leistungen der Kranken- oder Pflegeversicherung bezogen werden, gab es immerhin in 50 Prozent der Fälle eine Beteiligung von Fachkräften oder eine Pflege im Heim.

Von den Fachkräften sind am häufigsten Pflegerinnen und Pfleger von mobilen Pflegediensten beteiligt. Insgesamt 21 Prozent der jungen Pflegenden und Betreuenden wurden oder werden von solchen Kräften unterstützt. Im engeren Kreis derjenigen, die Leistungen aus der Pflegeversicherung erhalten, berichten sogar 33 Prozent über die Beteiligung von Pflegediensten. Weniger häufig erleben die jungen Pflegenden die Mitwirkung einer privaten Pflegekraft (4 Prozent). Nur 11 Prozent berichten über eine Pflege im Heim; für junge Pflegende ist dieser Bereich der Pflege also kaum bedeutsam (vgl. Abbildung 18).

Bei der Angehörigenpflege außerhalb stationärer Einrichtungen haben bzw. hatten zusammengefasst insgesamt 38 Prozent der Pflegenden Unterstützung von außen. Im Kern sind dann Pflegedienste oder feste Pflegekräfte beteiligt, zum Teil aber auch Nachbarn, Freunde oder Ehrenamtliche. Pflegende im engeren Sinne profitieren deutlich häufiger davon als jene, deren Aufgabe eher in der Unterstützung und Betreuung ihrer Angehörigen besteht (43 gegenüber 35 Prozent).

Weit unterdurchschnittlich werden die Pflegenden in der einfachen Schicht auf diese Weise unterstützt. Insbesondere ambulante Pflegedienste ziehen sie nur selten heran. Sogar dort, wo die Pflegeversicherung finanzielle Unterstützung leistet, beanspruchen die Angehörigen in der einfachen Schicht nur in geringem Maß Pflegeleistungen. Für diese Pflegenden mit eher kleinen Einkommen ist das volle Pflegegeld sichtlich attraktiver als das anteilige Pflegegeld, das sie als Kombinationsleistung erhalten würden. Aber auch Unterstützung von Freunden und Nachbarn erhalten die Pflegenden in der einfachen Schicht weitaus seltener als andere (vgl. Abbildung 19).

Weniger Unterstützung der Pflegenden in der einfachen Schicht

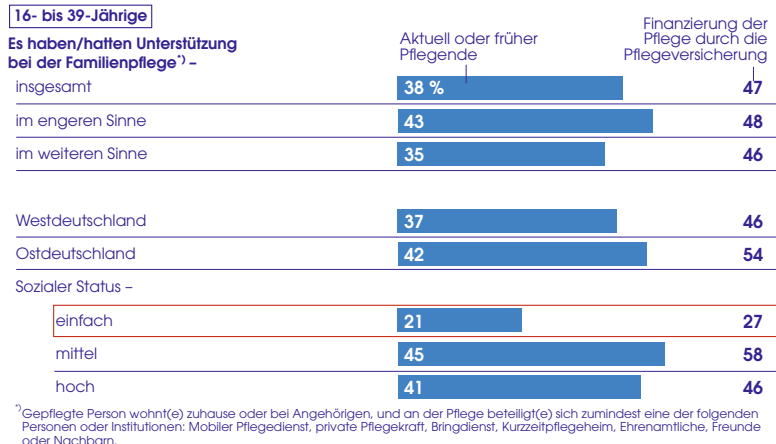
Abbildung 18: Jüngere pflegen meist gemeinsam mit anderen

16- bis 39-Jährige	Aktuell oder früher Pflegende	
	insgesamt	Finanzierung der Pflege durch die Pflegeversicherung
Es beteilig(t)en sich –		
Angehörige		
meine Eltern, Schwiegereltern	48 %	54
meine Geschwister bzw. Schwager/Schwägerin	32	36
mein Partner/meine Partnerin	20	19
Partner/Partnerin des/der Angehörigen	14	15
meine Kinder	5	4
Zugehörige		
Freunde, Bekannte oder Nachbarn des/der Angehörigen	14	12
Ehrenamtliche	2	2
Fachkräfte, Institutionen		
Pflegedienste	21	33
Pflegeheim	11	16
Bringdienste wie Essen auf Rädern	7	9
Kurzzeitpflegeheime	4	5
Private Pflegekraft	4	5
Wohngruppe/Wohngemeinschaft	2	2
Pflege/betreue alleine	6	4

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Abbildung 19: Unterstützung der Familienpflege von außen: nur für ein Drittel der Familien – am seltensten in der einfachen Schicht



¹⁾ Gepflegte Person wohnt(e) zuhause oder bei Angehörigen, und an der Pflege beteiligt(e) sich zumindest eine der folgenden Personen oder Institutionen: Mobiler Pflegedienst, private Pflegekraft, Bringdienst, Kurzzeitpflegeheim, Ehrenamtliche, Freunde oder Nachbarn.

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre

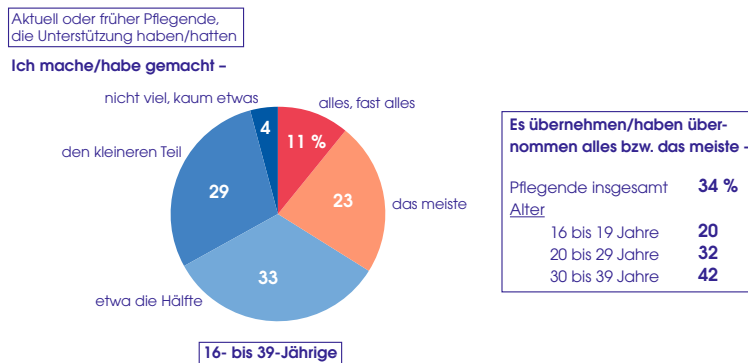
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Dabei sind die „young carers“ meist erheblich in die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen eingebunden. Ein Drittel der jungen Pflegenden erledigt sogar die meisten oder fast alle anstehenden Pflege- und Betreuungsaufgaben.

Abbildung 20: Die meisten jungen Pflegenden übernehmen einen nennenswerten Teil der Pflege und Unterstützung

Frage: "Wie haben Sie sich die Unterstützung bzw. Pflege mit den anderen Beteiligten aus Ihrer Familie aufgeteilt: Wie viel von dem, was die Angehörigen bei der Betreuung und Pflege leisten, machen Sie selbst (haben Sie selbst gemacht)?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre

Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

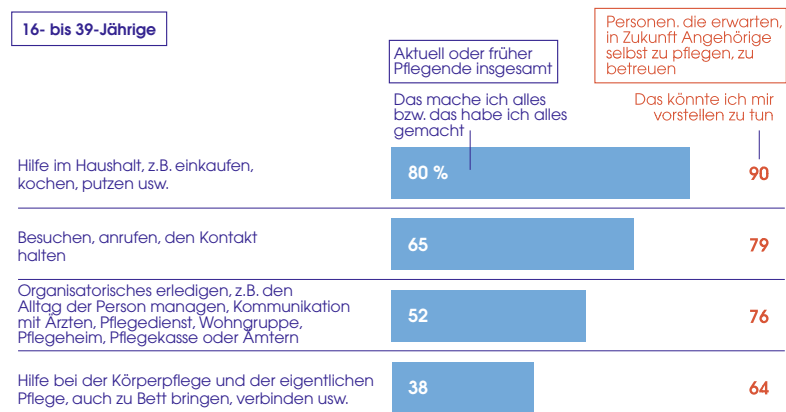
Dieser Anteil der eigentlichen Trägerinnen und Träger der Pflege wächst sichtlich mit dem Alter: Von den 16- bis 19-Jährigen Pflegenden bewältigen erst 20 Prozent den Großteil der anstehenden Aufgaben, von den 20-Jährigen dann bereits 32 Prozent und von den 30-Jährigen 42 Prozent: Damit verändert sich der Charakter der Pflege mit dem zunehmendem Alter der jungen Pflegenden.

Von begleitender zu selbst getragener Pflege

Diesem Befund entsprechen auch die näheren Beschreibungen der Tätigkeiten bei der Pflege und Betreuung: Zwar berichten große Mehrheiten der jungen Pflegenden darüber, dass sie Betreuung- oder Unterstützungsaufgaben übernehmen bzw. übernommen haben wie besuchen, anrufen, den Kontakt halten (65 Prozent) oder auch die Unterstützung im Haushalt wie einkaufen, kochen, putzen usw. (80 Prozent). Etwas kleiner sind dann aber die Kreise, die stärker in Kernbereiche der Pflege eingebunden sind wie etwa die Erledigung von Organisationsaufgaben (z. B. den Alltag managen oder mit Ärzten und Pflegedienst zu kommunizieren: 52 Prozent) oder auch die körperbezogene Pflege im engeren Sinne (z. B. Körperpflege, zu Bett bringen, verbinden: 38 Prozent).

Größer sind die entsprechenden Kreise unter den potenziellen Pflegenden, die für die kommenden Jahrzehnte erwarten, sich an der möglichen Pflege von Angehörigen zu beteiligen (vgl. Abbildung 38). Von ihnen wären rund drei Viertel zur Organisation der Pflege und fast zwei Drittel zur Übernahme von Pflegeaufgaben im engeren Sinne bereit (76 bzw. 64 Prozent).

Abbildung 21: Formen der Hilfe: vorrangig unterstützende Tätigkeiten – breite Bereitschaft zur Übernahme von Pflegeaufgaben



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

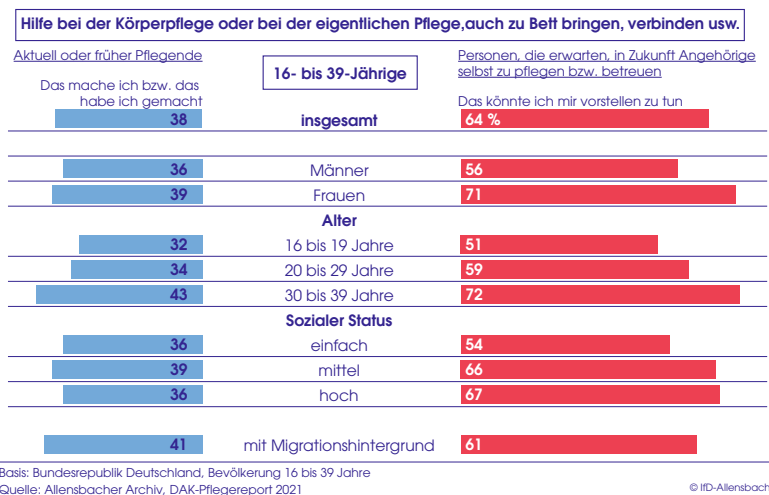
© IFD-Allensbach

Frauen eher zur Pflege bereit

In der Kerngruppe derer, die Pflegeaufgaben im engeren Sinne übernehmen, finden sich überdurchschnittlich häufig Frauen. Noch deutlicher ist der Geschlechterunterschied bei jenen, die für die Zukunft eine Pflegesituation erwarten. Für Männer gibt es zunächst deutlich höhere Hürden, sich selbst in der körperbezogenen Pflege vorzustellen, wobei diese Hürden in der Praxis dann aber oft überwunden werden. Zugleich wirkt sich das Alter aus: Pflegendе ab 30 können sich eher die Übernahme von Pflegeaufgaben im eigentlichen Sinne vorstellen und übernehmen solche Aufgaben dann auch weitaus häufiger als Jüngere. Dabei ist zudem die Zielgruppe

der Pflege von Bedeutung: Unter 20-Jährige sind etwas häufiger an der Pflege der Großeltern beteiligt, wobei die Pflegeaufgaben im engeren Sinne – sofern sie überhaupt Sache der Angehörigen sind – dann eher von den Eltern übernommen werden. Dagegen pflegen die ab 30-Jährigen dann zu größerem Teil die eigenen Eltern, was die Übernahme von Körperpflege etc. wahrscheinlicher macht. Während die sozialen Schichten sich hier nur wenig auswirken, spielt wiederum der Migrationshintergrund eine Rolle: Kinder und Enkel von Zuwanderern übernehmen etwas häufiger als andere Pflegeaufgaben im engeren Sinne.

Abbildung 22: Wer Pflegeaufgaben im engeren Sinne übernimmt oder übernehmen würde



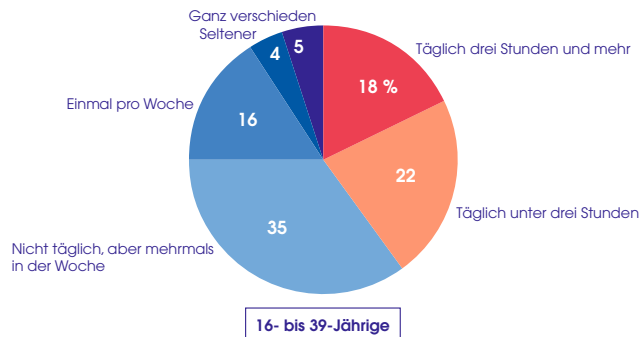
3.2.4 Zeitaufwand für die Pflege und Vereinbarkeit mit dem Beruf

Der Zeitaufwand für die Pflege fällt ganz unterschiedlich aus. 40 Prozent der jungen Pflegenden und Betreuenden sind oder waren jeden Tag für ihre Angehörigen tätig, davon 18 Prozent täglich drei Stunden oder mehr. Weitere 35 Prozent haben bzw. hatten zwar nicht täglich, aber doch mehrmals wöchentlich entsprechende Aufgaben zu übernehmen. Nur etwa jede(r) Fünfte ist oder war höchstens einmal in der Woche mit der Pflege und Betreuung beschäftigt.

Abbildung 23: Zeitaufwand für Pflege und Unterstützung: 40 Prozent der Pflegenden sind täglich aktiv

Frage: "Wie viel Zeit haben Sie etwa mit der Pflege bzw. Betreuung zu tun (gehabt)?"

Aktuell oder früher Pflegenden



16- bis 39-Jährige

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

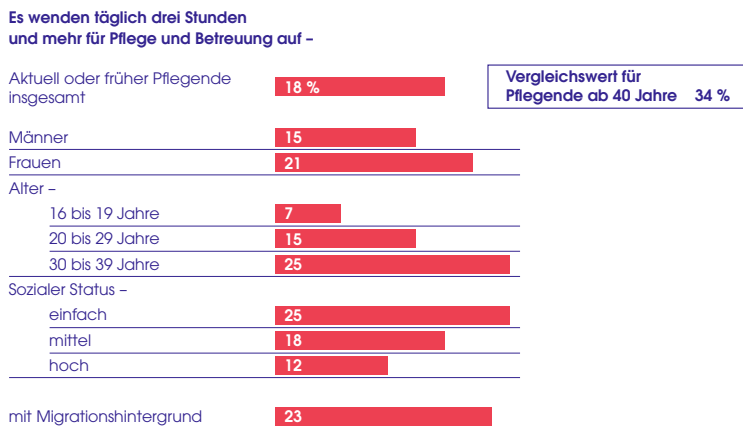
Unterschiedlicher Zeitaufwand

Einfluss auf den Zeitaufwand nehmen vorrangig der Grad der Beteiligung und der jeweilige Pflege- bzw. Betreuungsbedarf. Junge Pflegenden und Betreuende, die alles übernehmen, sind zu annähernd 100 Prozent täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich für ihre Angehörigen tätig; von jenen, die den kleineren Teil übernehmen, beschäftigen sich dagegen annähernd 40 Prozent mehrmals in der Woche und weitere rund 40 Prozent seltener mit Pflege- und Betreuungsaufgaben. Zum Teil wirken sich dabei aber auch soziodemografische Faktoren aus. Zur Gruppe derer, die täglich wenigstens drei oder mehr Stunden für die Pflege aufwenden und die deshalb besonders belastet sind (insgesamt 18 Prozent), gehören Frauen signifikant häufiger als Männer. Zudem gehören die Pflegenden und Betreuenden aus der einfachen Schicht deutlich häufiger zu den zeitlich besonders Geforderten als jene aus der mittleren oder der gehobenen Schicht. Auch junge Pflegenden mit Migrationshintergrund sind überdurchschnittlich in dieser Gruppe vertreten. Wie bereits dargestellt, hängt das in diesen zwei Gruppen mit einem überproportionalen Anteil der frühen Pflege der eigenen Eltern zusammen und zudem mit einer vergleichsweise geringen Unterstützung von außerhalb der Familie (vgl. Abbildungen 16 und 19).

Nicht zuletzt wirkt sich das Alter aus: Ältere ab 30 Jahre gehören weitaus häufiger zu denjenigen, die täglich drei oder mehr Stunden mit Pflege und Betreuung beschäftigt sind (25 Prozent) als Jüngere unter oder ab 20 Jahren (7 bzw. 15 Prozent). Noch etwas größer ist der in anderen Umfragen ermittelte Zeitaufwand bei den Pflegenden ab 40 Jahren: In dieser Gesamtheit verbringen 34 Prozent täglich wenigstens 3 Stunden mit der Pflege ihrer Angehörigen.⁶

⁶ Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8231 (2020).

Abbildung 24: Mit der Pflege besonders Belastete



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung ab 16 Jahre
 Quelle: Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8231, DAK-Pflegereport 2021

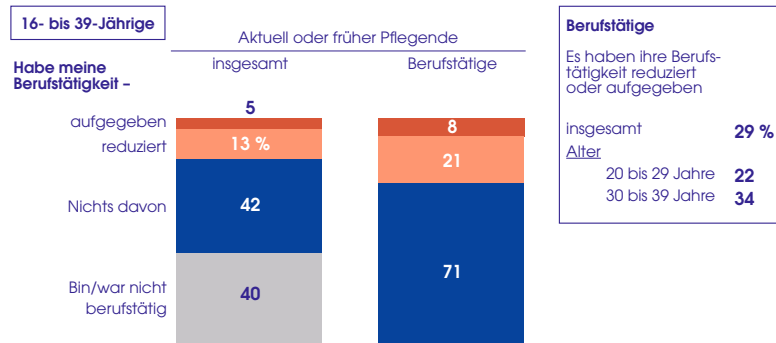
© IfD-Allensbach

Bei den jungen Pflegenden und Betreuenden fällt ihre Tätigkeit für die Angehörigen meist in die Phase der Ausbildung, des Studiums oder auch der beruflichen Etablierung. Trotz des teilweise beträchtlichen Zeitaufwands für die Pflege mussten aber nur insgesamt 18 Prozent ihre Berufstätigkeit reduzieren oder aufgeben, wobei weitaus häufiger reduziert als unterbrochen wurde (13 gegenüber 5 Prozent). Über (darüber hinausgehende) Probleme mit der Vereinbarung von Pflege und Beruf berichten lediglich 12 Prozent. Dabei wirkt sich aus, dass von allen Pflegenden und Betreuenden unter 40 Jahren derzeit 40 Prozent noch nicht berufstätig sind bzw. zum Zeitpunkt der Pflege noch nicht berufstätig waren. Von den bereits Berufstätigen haben 21 Prozent ihre Arbeit reduziert; 8 Prozent haben sie aufgegeben. Derartige Probleme ergeben sich für Pflegenden im mittleren Alter deutlich häufiger als für die hier befragten jüngeren Pflegenden.

Kaum Einschränkungen der Berufstätigkeit

Abbildung 25: Nur bei einer Minderheit der jungen Pflegenden Probleme, Pflege und Beruf miteinander zu verbinden

Frage: "Haben Sie Ihre Arbeitszeit reduziert oder Ihre Arbeit ganz aufgegeben, um sich um Ihren Angehörigen/Ihre Angehörige zu kümmern?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Vereinbarkeit Pflege und Beruf dennoch bedeutsam

Dass die tatsächlich Pflegenden vergleichsweise selten über solche Probleme berichten, bedeutet aber nicht, dass die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf insgesamt kein bedeutsames Thema wäre: Die schon beobachteten Einstellungen erlauben vielmehr den Schluss, dass eine Angehörigenpflege durch Jüngere häufig erst gar nicht zustande kommt, wenn sich solche Probleme ergeben würden (vgl. Abbildungen 9 und 12).

3.3 Erfahrungen der Jüngeren bei der Pflege

Meist positive wie negative Erfahrungen

Bei ihrem Einsatz für die hilfs- und pflegebedürftigen Angehörigen machen die jungen Pflegenden ganz unterschiedliche Erfahrungen. Mit am häufigsten geben sie an, dass ihr Verhältnis zu den Gepflegten und Betreuten in dieser Phase noch enger geworden sei (43 Prozent) und dass sie trotz der schwierigen Situation auch schöne Momente zusammen erlebten. Von den negativen Erfahrungen wird am häufigsten die Belastung durch den Gedanken genannt, dass sich der Zustand der gepflegten Angehörigen in absehbarer Zeit weiter verschlechtern könne (42 Prozent).

Abbildung 26: Erfahrungen: Im Vordergrund steht die Verbundenheit mit den Gepflegten – Frauen sind emotional stärker beteiligt als Männer

16- bis 39-Jährige	Aktuell oder früher Pflegendende		
	insgesamt	Männer %	Frauen %
Diese Erfahrungen habe auch ich gemacht – – Auszug: häufigste Nennungen –			
Durch die Pflege bzw. Betreuung ist das Verhältnis zwischen dem/der Angehörigen und mir (noch) enger geworden	43 %	36	51
Trotz der schwierigen Situation haben/hatten wir auch schöne Momente zusammen	43	38	49
Mich belastet(e) oft der Gedanke, dass sich der Zustand in absehbarer Zeit verschlechtern wird (könnte)	42	37	48
Die Pflege bzw. Betreuung hat mich geprägt	31	25	37
Ich fühl(t)e mich mit der Unterstützung bzw. Pflege öfter überfordert	24	18	31
Durch die Pflege bzw. Betreuung sehe ich die Welt anders; ich habe gelernt, was wirklich wichtig ist im Leben	24	22	26
Es gibt/gab mir Kraft zu wissen, dass mein(e) Angehörige(r) wegen meiner Unterstützung nicht in Heim muss/musste	23	19	28
Ich fühl(t)e mich mit der Pflege oft allein bzw. im Stich gelassen	20	20	19
Ich bin bei der Unterstützung bzw. Pflege auch mal über meine Grenzen gegangen	19	11	28
Ich habe/hatte viel Arbeit mit Behördenangelegenheiten wie z.B. Anträgen	18	19	18

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Andere Erfahrungen werden weitaus seltener angeführt. Insbesondere eine Überforderung durch die Pflege, die zuweilen für alle „young carers“ unterstellt wird, hat nur ein Teil der Gruppe bewusst erlebt. 24 Prozent aller Pflegenden und Betreuenden geben an, häufiger solche Gefühle (gehabt) zu haben; von den Pflegenden im engeren Sinne sagen das 33 Prozent. Überdurchschnittlich häufig sind junge Frauen und Angehörige der gehobenen Schichten betroffen. Von daher gibt es also durchaus die Notwendigkeit zur Begleitung, Entlastung und Unterstützung von Jüngeren bei der Pflege, aber längst nicht alle, die in jungen Jahren Aufgaben der Pflege und Betreuung übernehmen, sind von Überforderung betroffen. Noch etwas größer ist die Gruppe derer, die sich durch die Erfahrung der Pflege geprägt fühlen (31 Prozent). Bei 24 Prozent geht die Prägung so weit, dass sie über eine andere Wahrnehmung der Welt berichten: Durch die Pflege hätten sie gelernt, was im Leben wirklich wichtig sei.

Dabei schließen sich negative und positive Erfahrungen nicht gegenseitig aus. Die Zusammenfassung zeigt bei 83 Prozent der jungen Pflegenden und Betreuenden positive Pflegeerfahrungen, bei 73 Prozent negative Erfahrungen. Über die Hälfte der Befragten hat sowohl positive als auch negative Erfahrungen gemacht.

**24 Prozent
überfordert**

Abbildung 27: Erfahrungen bei Pflege und Betreuung: Zusammenfassung

16- bis 39-Jährige	Aktuell oder früher Pflegende		
	insgesamt	Männer %	Frauen %
Es haben -			
positive Erfahrungen gemacht (Nähe zu den Gepflegten, schöne Momente, eigenes Wachstum, Stolz auf eigene Leistung)	83 %	79	88
negative Erfahrungen gemacht (Belastungen, Vereinbarkeitsprobleme, Gefühl der Verlassenheit)	73	71	75
Es nennen -			
positive wie negative Erfahrungen	56	50	63
ausschließlich positive	27	29	25
ausschließlich negative	17	21	12

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Nennenswerte Gruppen von einem Sechstel bis zu einem Viertel der jungen Pflegenden und Betreuenden führen aber auch ausschließlich negative bzw. ausschließlich positive Erfahrungen an. Hierbei neigen die jungen Männer etwas häufiger zu einer solchen Schwarz-Weiß-Betrachtung ihrer Pfllegetätigkeit als junge Frauen.

Für das Zustandekommen einer ausschließlich positiven oder ausschließlich negativen Betrachtungsweise spielen die konkreten Umstände des Einzelfalls eine entscheidende Rolle, etwa wie gut man sich mit den gepflegten oder betreuten Angehörigen auch schon zuvor verstand oder als wie belastend man die Pfllegetätigkeit empfindet. Allerdings sind auch einige Korrelationen mit den hier abgefragten Umständen erkennbar. So finden sich durchgehend positive Bewertungen überdurchschnittlich häufig bei Pflegenden, die kaum oder gar keine Kostenbelastung durch die Pflege erleben.

Negative Erfahrungen: keine Unterstützung

Ausschließlich negative Erfahrungen führen überdurchschnittlich häufig jene Pflegenden an, die sich eigentlich eine Pflege durch andere Angehörige wünschen würden. Vor allem jene, die keine Unterstützung bei der Pflege haben bzw. trotz Unterstützung alles oder fast alles übernehmen müssen, tendieren häufiger als andere zu einer durchgehend negativen Sicht. Allerdings berichtet sogar in diesen Teilgruppen noch jeweils zumindest etwa die Hälfte der Befragten (auch) über positive Erfahrungen bei der Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen.

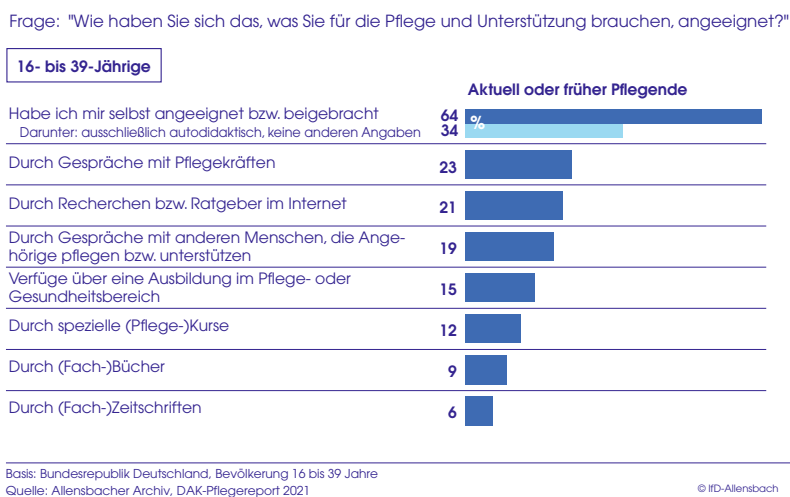
3.4 Pflegewissen und Pflegeberatung

Quellen des Pflegewissens

Nur die wenigsten der jungen Pflegenden und Betreuenden haben sich durch spezielle Pflegekurse oder auch durch das Lesen von

Fachbüchern oder Fachzeitschriften auf ihre Aufgabe vorbereitet (12 bzw. 9 oder 6 Prozent). Fast zwei Drittel von ihnen haben sich die notwendigen Kenntnisse selbst beigebracht (64 Prozent). Etwa die Hälfte dieser Pflege-Autodidakten hat daneben aber auch andere Quellen genutzt, sodass sich eine Dreiteilung ergibt: Ein Drittel der Pflegenden mit ausschließlich selbst angeeigneten Pflegefertigkeiten, ein weiteres Drittel mit selbst angeeigneten Fertigkeiten und zudem Informationen aus anderen Quellen und schließlich das letzte Drittel mit Informationen und Fähigkeiten, die ausschließlich von anderen stammen. Fachlich informiert haben sich die jungen Pflegenden vorrangig durch Gespräche mit Pflegekräften (23 Prozent), durch Recherchen im Internet (21 Prozent) oder auch durch Gespräche mit anderen, die ebenfalls Angehörige pflegen oder unterstützen (19 Prozent). Insbesondere für jene Jüngeren, die bei der Pflege und Betreuung nicht durch Fachkräfte unterstützt werden, sind die Recherchen im Internet besonders bedeutsam.

Abbildung 28: Pflegekenntnisse: zum Teil autodidaktisch erworben – aber meist auch noch unter Nutzung anderer Quellen

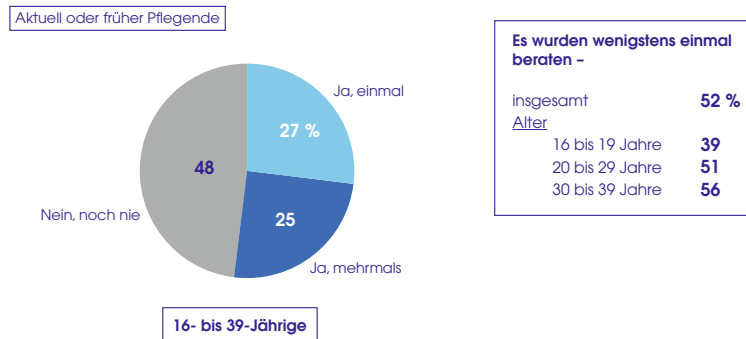


Angesichts der häufig zunächst autodidaktisch erworbenen Pflegekenntnisse und -fertigkeiten der jungen Pflegenden und Betreuenden kommt der Beratung bei eintretenden Pflegeproblemen besondere Bedeutung zu. Von den jungen Pflegenden haben sich bereits 52 Prozent wenigstens einmal beraten lassen, wobei allerdings erst die Pflegenden und Betreuenden ab 20 Jahre in größerem Umfang von den bestehenden Beratungsmöglichkeiten Gebrauch machten.

Beratung

Abbildung 29: Die Hälfte der jungen Pflegenden nutzte professionelle Beratung – weniger häufig bei Pflegenden unter 20 Jahren

Frage: "Haben Sie sich schon ein- oder mehrmals professionell beraten lassen, wenn es um die Pflege und Unterstützung von Angehörigen geht?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

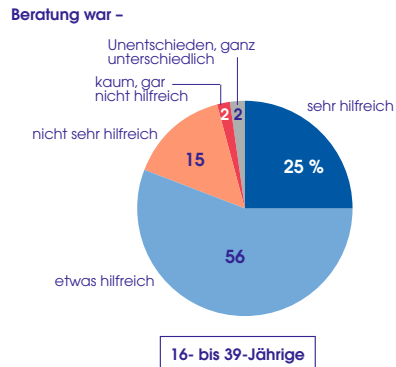
Wer berät Weitaus am häufigsten ließen sich die jungen Pflegenden durch ambulante Pflegedienste informieren. 56 Prozent derjenigen, die beraten wurden (bzw. 29 Prozent aller jungen Pflegenden und Betreuenden), erhielten dort grundsätzliche Hinweise zur Pflege oder auch Tipps für bestimmte Pflegeprobleme. Wo ein Pflegedienst an der Pflege beteiligt ist, wird dieser in der Regel auch zur Information genutzt. Etwa jede(r) Dritte ließ sich von ärztlicher Seite oder von der Pflegekasse beraten. Weniger Bedeutung für die Beratung hatten Pflegestützpunkte, Selbsthilfegruppen oder auch die Beratungsstellen vor Ort (vgl. Anhang, Abbildung 47). Meist erfolgte die Beratung entweder im persönlichen Gespräch zuhause (49 Prozent) oder auch telefonisch (45 Prozent). Nur 28 Prozent der Beratenen suchten dazu einen anderen Ort auf. Erst ein Viertel der Beratenen nutzte dafür (auch) das Internet; wobei die unter 20-Jährigen diesen Kanal signifikant häufiger nutzten als die Älteren (vgl. Anhang, Abbildung 48).

Beratung meist hilfreich In der Regel waren die jungen Pflegenden mit der Beratung zufrieden. Über 80 Prozent stufen die erhaltenen Informationen als hilfreich (56 Prozent) oder sogar sehr hilfreich ein (25 Prozent). Besonders nützlich waren danach Beratungen durch die Pflegekasse (sehr hilfreich: 40 Prozent). Generell werden Beratungen, die außerhalb der eigenen Wohnung stattfanden, etwas häufiger als hilfreich eingestuft als andere.

Abbildung 30: Die Pflegeberatung wurde von 80 Prozent der Nutzer als hilfreich empfunden

Frage: "Als wie hilfreich empfanden Sie diese Beratung?"

Aktuell oder früher Pflegendе, die schon professionell beraten wurden



Beratung war "sehr hilfreich"

insgesamt	25 %
bei Beratung durch -	
Pflegekasse	40
Arzt/Ärztin	31
Pflegedienst	27
Beratungsstelle	27
Pflegestützpunkt	26
Bei Beratung -	
außerhalb der Wohnung (z.B. im Beratungsraum)	33
per Telefon	32
per Internet	26
in der eigenen Wohnung	24

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Höchste Zufriedenheit mit Beratung durch Pflegekassen

3.5 Die Kosten der Pflege

Etwa die Hälfte der jungen Pflegenden und Betreuenden erlebte eine starke (32 Prozent) oder sehr starke finanzielle Belastung der Betroffenen (18 Prozent) durch die Kosten der Pflege.⁷ Die Häufigkeit solcher Erfahrungen ist weitgehend unabhängig von soziodemografischen Faktoren wie der Höhe des Haushaltseinkommens: Jüngere mit höheren Einkommen erlebten die Kostenbelastung nicht viel anders als Jüngere mit mittleren oder kleinen Haushaltseinkommen. Einzig die Art der Pflege wirkt sich stark aus: Aus Familien, deren Angehörige im Heim gepflegt wurden, wird ungleich häufiger über eine starke Belastung berichtet als aus anderen Familien.

Belastung durch Pflegekosten: bei 50 Prozent der Familien

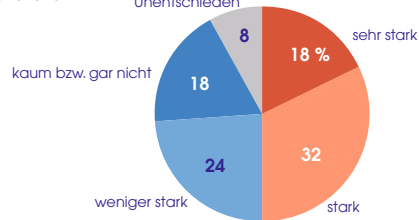
⁷ Da nicht bei allen jungen Pflegenden und Betreuenden detaillierte Kenntnisse über die genaue Höhe der Pflegekosten vorausgesetzt werden konnten, wurden die Ermittlungen auf die leichter zu erkennende Belastung durch die Kosten sowie auf die Finanzierung der Pflege konzentriert.

Abbildung 31: Finanzielle Belastung der Gepflegten: für die Hälfte der Familien stark – vor allem durch Pflege im Heim

Frage: "Soweit Sie das sagen können: Wie stark belasten die Kosten für die Pflege bzw. Betreuung die Betroffenen (bzw. haben belastet)?"

Aktuell oder früher Pflegend(e)

Die Pflege/Betreuung belastet(e) die Betroffenen –



Pflege ist/war eine (sehr) starke finanzielle Belastung –

insgesamt	50 %
Bei Pflege	
- nur durch die Familie	47
- durch Familie und mobilen Pflegedienst	44
- im Heim	68

16- bis 39-Jährige

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

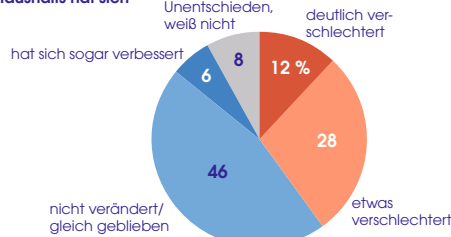
In rund 40 Prozent der Fälle hat sich die finanzielle Situation des Haushalts durch die Kosten der Pflege oder Betreuung verschlechtert, wobei eher über eine leichte Verschlechterung berichtet wird (28 Prozent) als über eine deutliche (12 Prozent). Am ehesten erlebten jene eine deutliche Verschlechterung der finanziellen Lage, deren Angehörige im Heim gepflegt wurden bzw. werden (23 Prozent).

Abbildung 32: Finanzielle Belastung: in einigen Familien deutliche Verschlechterung der finanziellen Situation

Frage: "Und hat sich die finanzielle Situation des Haushalts des/der Angehörigen (damals) durch die Pflege bzw. Betreuung deutlich verschlechtert, etwas verschlechtert, nicht verändert, sogar verbessert?"

Aktuell oder früher Pflegend(e)

Die finanzielle Situation des Haushalts hat sich –



Lage hat sich deutlich verschlechtert –

insgesamt	12 %
Bei Pflege	
- nur durch die Familie	10
- durch Familie und mobilen Pflegedienst	5
- im Heim	23

16- bis 39-Jährige

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

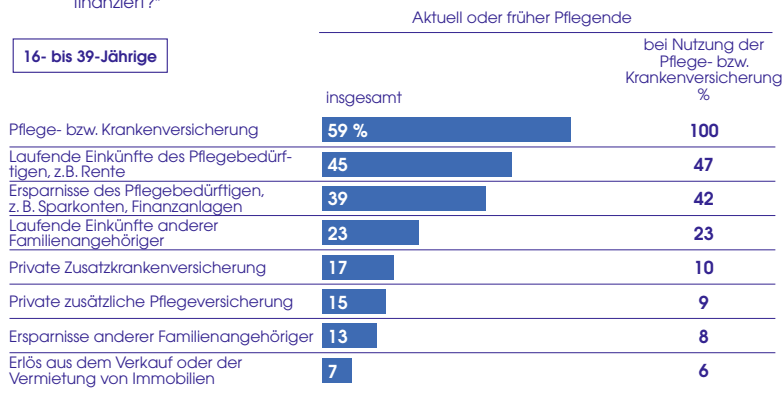
© IFD-Allensbach

Finanzierung in der Pflege Finanziert werden Pflege und Betreuung meist aus gleich mehreren Quellen. Neben der vorrangigen Pflege- bzw. Krankenversicherung

(59 Prozent) spielen dabei die laufenden Einkünfte der Gepflegten (45 Prozent) sowie deren Ersparnisse (39 Prozent) die größte Rolle. In zusammengefasst über einem Viertel der Fälle (28 Prozent) musste aber auch auf die Mittel von Angehörigen zurückgegriffen werden, vor allem auf deren laufende Einkünfte (23 Prozent), zum Teil aber auch auf ihre Ersparnisse (13 Prozent). Nur vergleichsweise wenige Gepflegte konnten auf Leistungen aus zusätzlichen privaten Kranken- oder Pflegeversicherungen zurückgreifen (17 bzw. 15 Prozent). Über einen Verkauf von Immobilien zur Finanzierung der Pflege, wie ihn nicht wenige fürchten, berichten nicht mehr als 7 Prozent. Von jenen, deren Angehörige im Heim leb(t)en haben das (höchstens) 16 Prozent erlebt.

Abbildung 33: Finanzierung der Pflege und Betreuung: vor allem aus der Pflegeversicherung – daneben zahlreiche andere Quellen

Frage: "Soweit Sie das wissen: Wie werden (wurden) die Kosten für die Pflege bzw. Betreuung finanziert?"



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre mit konkreter Angabe; Mehrfachnennungen
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

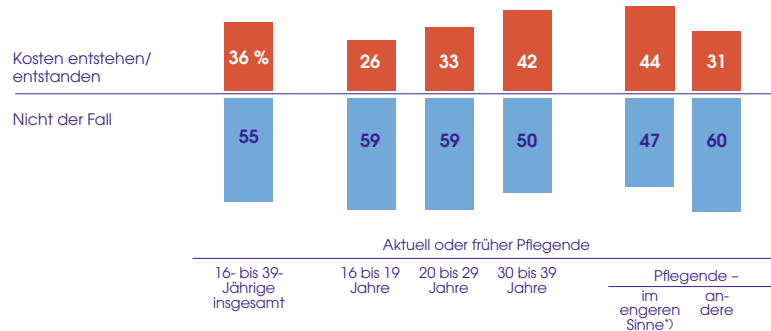
Dabei musste unter den jungen Pflegenden und Betreuenden nur eine Minderheit auch selbst Kosten übernehmen. Da die Kosten der Pflege im Wesentlichen von der Pflegeversicherung sowie von den Gepflegten selbst getragen werden, wird bzw. wurde von den jungen Leuten nur eine Minderheit von 36 Prozent belastet. Allerdings wächst dieser Anteil mit dem Alter der Pflegenden bzw. mit dem Grad der Pflegebeteiligung. Dahinter steht auch das Verwandtschaftsverhältnis zu den Gepflegten: Bei Pflege und Betreuung der eigenen Großeltern entstanden lediglich für 28 Prozent der jungen Pflegenden Kosten, bei Pflege und Betreuung der eigenen Eltern für 49 Prozent. Mögliche Kosten für Angehörige werden also eher von den Kindern als von den Enkeln der Gepflegten übernommen.

Kaum finanzielle Belastung der jungen Pflegenden

Besonders hoch ist der Anteil der Kostenbelasteten bei einer Pflege der eigenen Eltern im Heim.⁸

Abbildung 34: Finanzielle Belastung der jungen Pflegenden: Ein gutes Drittel hat oder hatte Ausgaben – abhängig vom Alter und der Intensität der Pflege

Frage: "Entstehen Ihnen persönlich durch die Pflege bzw. Betreuung Kosten, oder ist das nicht der Fall bzw. sind Ihnen persönlich durch die Pflege bzw. Betreuung damals Kosten entstanden, oder war das nicht der Fall?"



⁷ Es leisten Hilfe bei der Körperpflege oder bei der eigentlichen Pflege, auch zu Bett bringen, verbinden usw.

An 100 fehlende Prozent: keine Angabe

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre

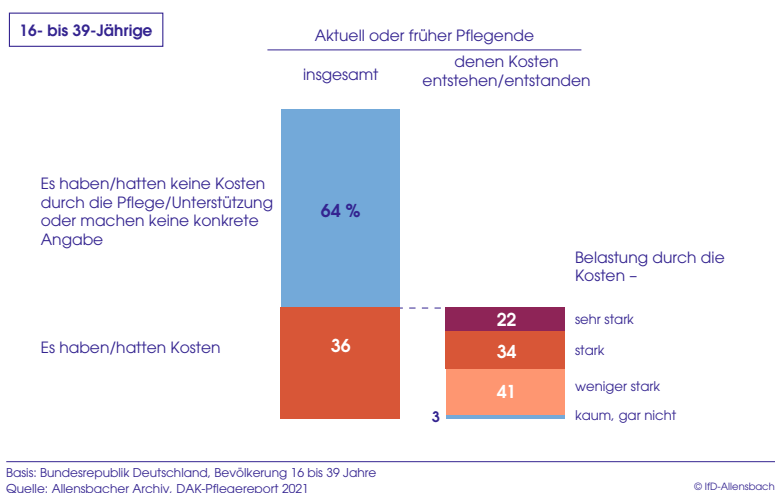
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Über die Hälfte der Jüngeren, die Kosten für die Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen tragen, ist bzw. war durch diese Kosten stark oder sogar sehr stark belastet. Da insgesamt aber nur 36 Prozent überhaupt entsprechende Kosten übernehmen, umfasst der Kreis der finanziell dadurch Belasteten nicht mehr als insgesamt 20 Prozent der jungen Pflegenden und Betreuenden. Finanzielle Probleme wegen ihrer Tätigkeit haben oder hatten also nur wenige, am ehesten wiederum bereits etwas Ältere, die Pflegeaufgaben im engeren Sinne übernehmen/übernahmen bzw. ihre Eltern im Pflegeheim betreu(t)en.

⁸ Für diese Konstellation berichten über 80 Prozent der jungen Pflegenden, dass ihnen selbst Kosten entstanden seien (kleine Fallzahl, Indikatorwert). Wegen der kleinen Fallzahl kann dabei nicht zwischen Erfahrungen aus der Zeit vor und seit Inkrafttreten des Angehörigen-Entlastungsgesetzes unterschieden werden.

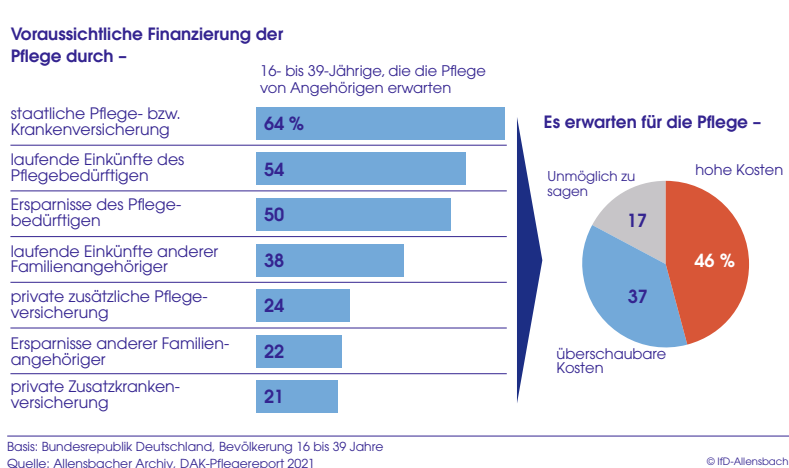
Abbildung 35: Finanzielle Belastung der jungen Pflegenden: Nur eine Minderheit ist stark belastet



Viele fürchten finanzielle Belastung

Ungleich weiter verbreitet als die tatsächlichen finanziellen Belastungen durch die Pflege sind jedoch Befürchtungen, bei einer Pflege erhebliche Kosten tragen zu müssen. Von jenen Jüngeren, die für die nächsten 10 Jahre mit Pflegebedarf bei Angehörigen rechnen (vgl. Abbildung 38), erwarten 46 Prozent hohe Kosten für Pflege und Betreuung. Zwar gehen fast zwei Drittel davon aus, dass die Pflegekasse Unterstützung leisten wird, aber fast alle rechnen zugleich mit nennenswerten Kosten für die Gepflegten selbst, die vor allem aus den laufenden Einkünften und Ersparnissen der Gepflegten zu bestreiten wären (54 bzw. 50 Prozent).

Abbildung 36: Zukünftige Pflege: Zwei Drittel erwarten Leistungen der Pflege- und Krankenversicherung, fast die Hälfte rechnet mit hohen Kosten



Zusammengefasst 50 Prozent befürchten darüber hinaus aber auch eine Kostenbelastung für die Angehörigen der Gepflegten, über die aus der realen Pflege allerdings nur 28 Prozent berichten. 38 Prozent gehen davon aus, dass solche Kosten aus laufenden Einnahmen der Angehörigen bestritten werden könnten, 22 Prozent vermuten, dass dafür Ersparnisse angegriffen werden müssten. Eine Mehrarbeit von Angehörigen, etwa durch Extra-Stunden oder einen Nebenjob, erwarten 12 Prozent. Neben den physischen und psychischen Belastungen werden also auch derzeit noch vielfach die Kosten der Pflege gefürchtet – wenngleich der Blick auf die tatsächlichen Kosten zeigt, dass solche Befürchtungen längst nicht immer berechtigt sind.

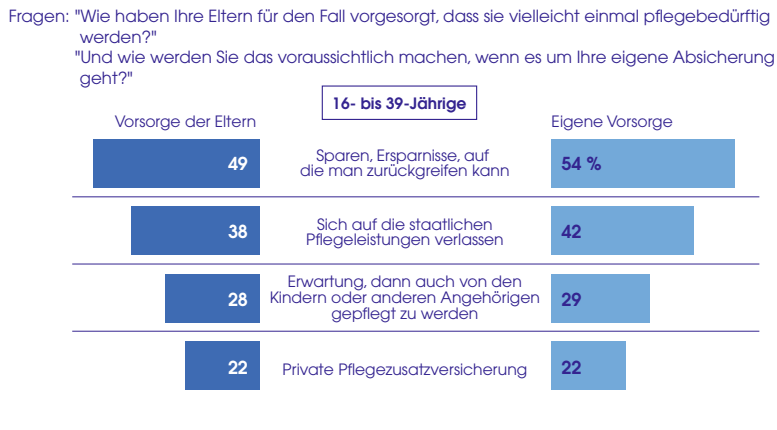
**Absicherung
gegen
Pflegekosten**

Als wichtigste Absicherung gegen solche Risiken tendieren Jüngere wie Ältere dazu, Ersparnisse anzulegen, die (auch) für die Kosten der Pflege genutzt werden könnten. Etwa die Hälfte der 16- bis 39-Jährigen wie auch ihrer Eltern (nach Auskunft der Kinder) verfolgt diese Strategie. Seltener verlassen sich die Befragten wie auch ihre Eltern auf private Pflegeversicherungen bzw. Pflegezusatzversicherungen. Jeweils 22 Prozent haben entsprechende Zusatzversicherungen abgeschlossen oder planen den Abschluss. Damit sichern sich zusammengenommen jeweils rund zwei Drittel der Jüngeren wie auch ihrer Eltern über Ersparnisse oder private Pflegeversicherungen finanziell zusätzlich ab (65 bzw. 69 Prozent). Das Vorsorgeverhalten der Jüngeren unterscheidet sich hier nur wenig von dem Verhalten, das sie von ihren Eltern kennen.

Auf die staatlichen Pflegeleistungen verlassen sich jeweils rund 40 Prozent, von denen aber jeweils über die Hälfte zugleich auch auf andere Weise vorsorgt. Nur 18 bzw. 19 Prozent verlassen sich ausschließlich auf die staatlichen Versicherungen.

Ebenfalls nur eine Minderheit von jeweils weniger als 30 Prozent erwartet, von den eigenen Kindern oder anderen Angehörigen gepflegt zu werden. Der große tatsächliche Anteil der Angehörigen an der Pflege ergibt sich deshalb also nur zum kleineren Teil aus derartigen (langfristigen) Erwartungen der möglichen Pflegebedürftigen. Deutlich erkennbar ist darin das auch aus anderen Studien bekannte Motiv, den Angehörigen möglichst nicht zur Last zu fallen.

Abbildung 37: Finanzielle Absicherung für die Pflegebedürftigkeit: ähnliche Strategien bei Eltern und Kindern



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre mit konkreter Angabe; Mehrfachnennungen
 Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

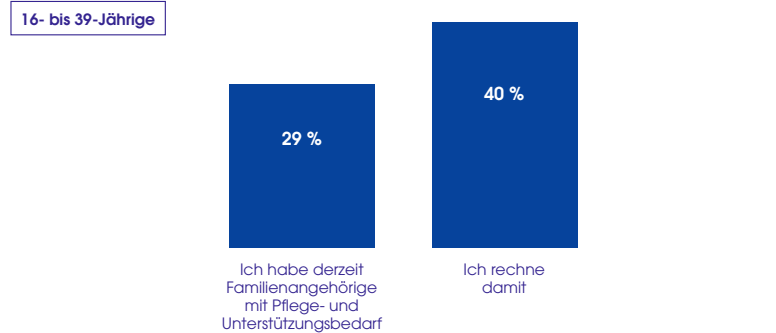
3.6 Ausblick auf die zukünftige Pflege und Betreuung

Beim Blick auf die eigene Familie gehen viele der jetzt 16- bis 39-Jährigen davon aus, dass in den nächsten 10 Jahren eine Angehörige oder ein Angehöriger Pflege oder Hilfe im Alltag benötigen wird. Entsprechende Erwartungen beschäftigen derzeit 40 Prozent der Altersgruppe, wobei der Vergleich mit jenen, die aktuell schon solche Angehörige haben (29 Prozent) auf einen im kommenden Jahrzehnt eher noch etwas zunehmenden Pflegebedarf hindeutet (auch wenn sicher nicht alle Angehörigen, deren Pflegebedürftigkeit jetzt erwartet wird, zum gleichen Zeitpunkt pflegebedürftig sein werden, sodass die Werte selbstverständlich nur bedingt vergleichbar sind). 30-Jährige äußern solche Erwartungen etwas seltener als 20-Jährige oder unter 20-Jährige. Dabei wirkt sich aus, dass die Jüngeren – entsprechend der tatsächlichen Pflege (vgl. Abbildung 16) – solche Erwartungen noch eher für ihre Großeltern hegen, während die 30-Jährigen bereits eher ihre Eltern vor Augen haben. Für den Großteil der Elterngeneration der heute maximal 39-Jährigen ist eine Hilfs- und Pflegebedürftigkeit in den nächsten 10 Jahren aber noch nicht zu erwarten.

40 Prozent erwarteten Pflegebedarf

Abbildung 38: Pflege- und Unterstützungsbedarf: Die Erwartungen deuten auf eine zukünftige Zunahme hin

Frage: "Haben Sie zurzeit Familienangehörige, die gepflegt werden müssen oder Hilfe im Alltag benötigen oder rechnen Sie damit, dass vielleicht in den nächsten 10 Jahren ein Familienangehöriger Pflege bzw. Hilfe im Alltag benötigt, oder weder noch?"



Überschneidung: Es haben Angehörigen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und rechnen zudem für die Zukunft damit: 11 Prozent

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Solche Befürchtungen einer zukünftigen Pflege in der Familie lassen die jungen Leute nicht unberührt. Über 80 Prozent derer, die für das kommende Jahrzehnt Hilfs- und Pflegebedarf in der Familie erwarten, beschäftigen sich zumindest etwas mit der Frage, was dann geschehen soll. 32 Prozent sind mit solchen Überlegungen ziemlich beschäftigt, weitere 13 Prozent sogar sehr. Insbesondere jene, die aktuell schon Angehörige pflegen, machen sich häufiger Sorgen, was geschehen soll, wenn in Zukunft noch weitere Verwandte auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein sollten.

Abbildung 39: Zukünftige Pflege in der Familie: die Erwartung beschäftigt viele

Frage: "Wie sehr beschäftigt Sie der Gedanke, dass jemand aus Ihrer Familie in den nächsten Jahren vielleicht pflegebedürftig wird?"

Das beschäftigt mich -	16- bis 39-Jährige, die die Pflege von Angehörigen erwarten (= 40 Prozent)	
	insgesamt	aktuell Pflegenden
sehr	13 %	30
ziemlich	32	45
etwas	41	21
kaum bzw. gar nicht	14	4

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

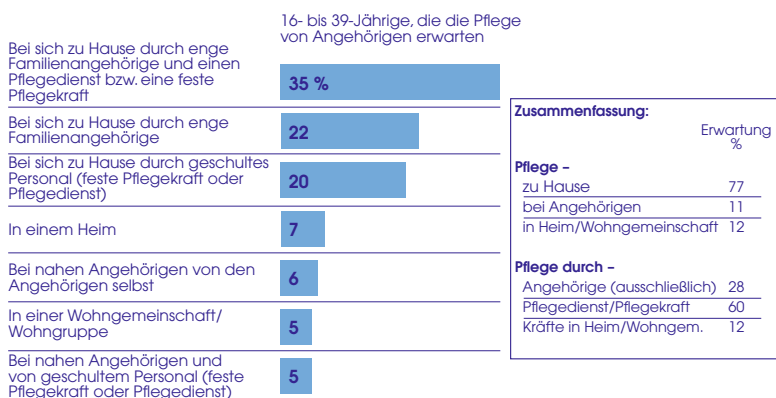
© IfD-Allensbach

Die für die nächsten 10 Jahre erwartete Pflege in der Familie stellen sich die jungen Befragten oft etwas anders vor als die aktuell tatsächlich praktizierte Pflege, wie sie vor allem nach der Pflegestatistik erkennbar wird.⁹ Zum einen wird ein kleinerer Anteil der Pflege im Heim oder in einer Wohngemeinschaft erwartet (insgesamt 12 Prozent), als er aus der Pflegestatistik erkennbar ist (20 Prozent im Dezember 2019). Dahinter dürfte die Tendenz stehen, eine Pflege nicht gleich im Heim zu beginnen, sondern den Umzug ins Heim lediglich dann in Betracht zu ziehen, wenn sich die Möglichkeiten zur häuslichen Pflege erschöpft haben. Zum anderen erwarten weitaus weniger junge Erwachsene eine ausschließliche Angehörigenpflege als sie heute praktiziert wird (28 Prozent gegenüber 51 Prozent nach der Statistik): Die meisten gehen davon aus, dass es einen Pflegemix von Angehörigen und Fachkräften in der Wohnung der Gepflegten geben wird (35 Prozent). Nicht viel weniger gehen von einer ausschließlichen Versorgung durch Fachkräfte entweder in der eigenen Wohnung oder in der Wohnung von Angehörigen aus (20 bzw. 5 Prozent). Auch diese Ergebnisse signalisieren also für die Zukunft geringere Anteile der Angehörigenpflege, selbst wenn die meisten in der nachwachsenden Generation grundsätzlich zur Übernahme von Pflegeaufgaben bereit wären (vgl. Abbildungen 8, 9 und 12).

Erwartete Pflege

Abbildung 40: Zukünftige Pflege in der Familie: welche Pflegekonstellation erwartet wird

Vermutlich wird die Pflegesituation bei meinem Angehörigen/
meiner Angehörigen dann so aussehen –



Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Von jenen, die für die Zukunft eine Pflege von Angehörigen erwarten, geht vorerst nur ein Drittel davon aus, dann selbst an der Pflege beteiligt zu sein (33 Prozent). Aber auch eine Nichtbeteiligung steht

⁹ Da es hier neben der Angehörigenpflege auch um Pflege ausschließlich durch Fachkräfte geht, sind die Verhältnisse der Pflegestatistik eine bessere Vergleichsgröße als die ermittelten Angaben der jungen Pflegenden.

erst für 23 Prozent fest. Eine relative Mehrheit von 44 Prozent kann noch keine Auskunft über eine zukünftige Pflegebeteiligung geben.

Abbildung 41: Zukünftige Pflegebeteiligung: für eine Mehrheit noch unbestimmt

Frage: "Gehen Sie davon aus, dass Sie diesen Angehörigen bzw. einen dieser Angehörigen auch selbst pflegen bzw. betreuen werden, oder werden Sie an der Pflege bzw. Betreuung voraussichtlich nicht beteiligt sein?"

	16- bis 39-Jährige, die die Pflege von Angehörigen erwarten			
	insgesamt	Sozialer Status		
		einfach	mittel	hoch
	%	%	%	%
Werde selbst pflegen, betreuen	33	40	34	29
Werde nicht beteiligt sein	23	25	21	23
Unmöglich zu sagen	44	35	45	48

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IHD-Allensbach

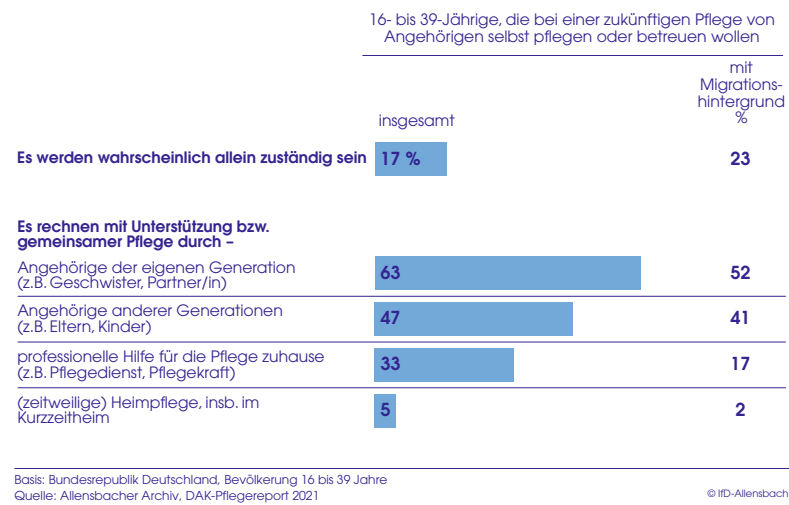
Eigene Beteiligung noch unbestimmt

Jüngere aus der mittleren und der gehobenen Schicht bleiben hier zu größerem Teil unentschieden als die Jüngeren aus der einfachen Schicht: Dahinter steht eine geringere Überschaubarkeit der eigenen Zukunft, insbesondere im Hinblick auf die Frage, ob man selbst am selben Ort wie die zu Pflegenden leben und arbeiten wird. Dieser hohe Grad der Unentschiedenheit verweist einmal mehr auf die noch wachsende Bedeutung der passenden Rahmenbedingungen für die Angehörigenpflege, die auch an anderer Stelle erkennbar wird (vgl. Abbildung 12).

Auch in Zukunft gemeinschaftliche Angehörigenpflege

Von den Jüngeren, die jetzt schon mit der zukünftigen Übernahme von Pflegeaufgaben rechnen, erwarten über 80 Prozent Unterstützung bei der Pflege. Lediglich 17 Prozent gehen davon aus, dann allein zuständig zu sein. Die zukünftige Angehörigenpflege durch Jüngere wird also wiederum eine Gemeinschaftsaufgabe sein, wenn vielleicht auch nicht ganz so ausgeprägt wie bei der aktuellen Pflege, bei der 94 Prozent der jungen Pflegenden Unterstützung haben oder hatten. Während die aktuell Pflegenden am ehesten gemeinsam mit ihren Eltern oder Schwiegereltern tätig sind (vgl. Schaubild 18), rechnen die zukünftigen Pflegenden häufiger mit einer Aufgabenteilung mit Angehörigen der eigenen Generation, insbesondere mit ihren Geschwistern, wenn es um die Pflege der eigenen Eltern geht. 33 Prozent erhoffen zudem Unterstützung durch professionelle Pflegekräfte für die Pflege zuhause (mobiler Pflegedienst, feste Pflegekräfte).

Abbildung 42: Zukünftig Pflegende: Die meisten erwarten Unterstützung, vor allem durch die Familie



Aus Sicht zukünftiger pflegender Angehörigen fällt der Anteil für den so entstehenden Pflegemix also zwar nicht ganz so groß aus, wie er von jungen Erwachsenen für die zukünftige Pflege insgesamt erwartet wird (vgl. Abbildung 40), jedoch noch ein wenig größer als bei den aktuell bzw. in der Vergangenheit pflegenden Jüngeren, von denen insgesamt lediglich 25 Prozent Unterstützung durch solche Kräfte haben oder hatten (vgl. Abbildung 18).

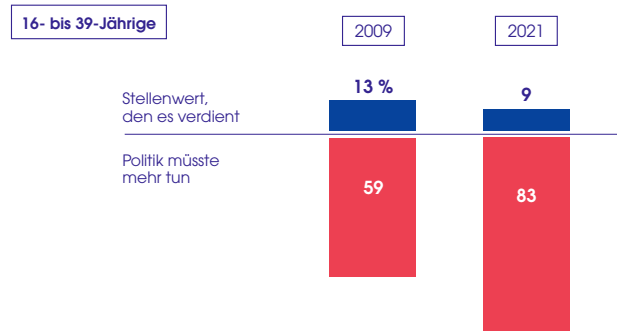
3.7 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Pflege

Große Bedeutung für die Pflege besitzen neben den individuellen Rahmenbedingungen für Pflegende und Gepflegte selbstverständlich auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Sie erleichtern oder erschweren eine Pflege durch Angehörige, sie bestimmen, in welchem Maß es Unterstützung durch Fachkräfte oder auch durch pflegefreundliche Arbeits- und Wohnverhältnisse gibt. Ein wesentlicher Akteur dabei ist die Politik, vorrangig die Pflegepolitik auf Ebene des Bundes, deren Maßnahmen von der Bevölkerung zwar meist befürwortet werden, allerdings unter dem Vorbehalt, dass diese Maßnahmen noch lange nicht ausreichen. In den zurückliegenden Jahren hat sich diese Einstellung nun noch ausgeweitet. Von den 16- bis 39-Jährigen finden derzeit 83 Prozent, die Politik müsste beim Thema Pflege mehr tun, der Stellenwert des Themas sei noch zu gering. Dabei wirkt sich der Ermittlungszeitpunkt im zweiten Lockdown der Corona-Pandemie mit aus: Zu diesem Zeitpunkt prägten Ermüdungseffekte und Unzufriedenheit bei vielen die Einstellungen zur Politik.

**Geringer
politischer
Stellenwert**

Abbildung 43: Der politische Stellenwert der Pflege gilt zunehmend als zu gering

Frage: "Hat das Thema Pflege in der Politik den Stellenwert, den es verdient, oder müsste die Politik da mehr tun?"



An 100 fehlende Prozent: unentschieden

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, IFD-Umfrage 10040, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Organisatorische oder technische Verbesserungen

Ansätze zur Verbesserung der Pflege werden derzeit weniger durch politische Veränderungen als durch organisatorische oder auch technische Innovationen wahrgenommen. Dazu gehört auch die Hoffnung auf technische Erleichterungen der Pflege, insbesondere durch den Fortschritt der Digitalisierung. 53 Prozent der 16- bis 39-Jährigen erwarten sich vom Fortschreiten der Digitalisierung mehr Vorteile für die Pflege, etwa durch Online-Terminvergaben, Videosprechstunden mit dem Arzt oder auch die digitale Überwachung von Körperfunktionen. Nur 14 Prozent befürchten durch die Digitalisierung mehr Nachteile, etwa durch einen unzureichenden Schutz persönlicher Daten. 33 Prozent können oder wollen sich hier nicht entscheiden und erklären, Vor- und Nachteile glichen sich aus. Hierbei haben Jüngere mit höherer Bildung die Vorteile der Digitalisierung weitaus häufiger vor Augen als Jüngere mit mittlerer oder einfacher Bildung (60 gegenüber 48 bzw. 44 Prozent). Solche Erwartungen dürften eng mit der Nutzungsbereitschaft und auch der Nutzungsreihenfolge der modernen Technik korrelieren.

Abbildung 44: Erweiterte Möglichkeiten durch die Digitalisierung: für die meisten ein Vorteil

Frage: "Durch die Digitalisierung gibt es ja auch neue Möglichkeiten, wenn es um die Pflege und Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen geht, z.B. Online-Terminvergaben, Videosprechstunden mit dem Arzt oder die digitale Überwachung von Körperfunktionen. Würden Sie sagen, die neuen digitalen Möglichkeiten bringen im Zusammenhang mit der Pflege alles in allem mehr Vorteile oder mehr Nachteile mit sich?"

Digitale Möglichkeiten bei der Pflege bringen –	16- bis 39-Jährige		
	insgesamt	aktuelle Pflegende und Betreuende	Pflegende im engeren Sinne ¹⁾
mehr Vorteile mit sich	53 %	48 %	54 %
mehr Nachteile	14	19	18
Vorteile und Nachteile gleichen sich aus	33	33	28

¹⁾ Es leisten Hilfe bei der Körperpflege oder bei der eigentlichen Pflege, auch zu Bett bringen, verbinden usw.

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IFD-Allensbach

Auswirkungen auf die Pflege ergeben sich nicht zuletzt durch die rechtlichen Regelungen zur Sterbehilfe. Hier haben die jüngsten Urteile des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben statuiert und damit Regelungsbedarf für die näheren Umstände zur Ausübung dieses Rechtes geschaffen. Der jüngere Teil der Bevölkerung plädiert in dieser Frage zwar auch mit deutlicher Mehrheit für eine Ermöglichung des assistierten Suizides: Nur 11 Prozent würden die Selbsttötung mit Hilfe von Ärzten oder Sterbehelfern gänzlich verbieten. Aber eine absolute Mehrheit von 51 Prozent plädiert zugleich dafür, Hilfe zur Selbsttötung auf besonders schwere Krankheiten einzuschränken, unter denen die kranken Menschen stark leiden. Für eine uneingeschränkte Freigabe des assistierten Suizids sprechen sich lediglich 38 Prozent der 16- bis 39-Jährigen aus. Dabei unterscheidet sich die Meinungsverteilung bei den aktuell selbst Pflegenden und Betreuenden nicht von der Meinungsverteilung ihrer Altersgenossen.

Urteil zur Sterbehilfe

Abbildung 45: Assistierter Suizid: Die meisten plädieren für eine strenge Beschränkung auf wenige Fälle

Frage: "Mit assistiertem Suizid ist gemeint, dass ein Mensch, der nicht mehr leben möchte, selbstständig und freiwillig eine Substanz einnimmt, die zu seinem Tode führt. Allerdings hat eine andere Person (z.B. ein Angehöriger oder nahestehender Mensch, ein Arzt oder Sterbehelfer) zu dieser Selbsttötung einen Beitrag geleistet, z.B. dem Sterbewilligen die tödliche Substanz zur Verfügung gestellt. Wie stehen Sie zum assistierten Suizid, wie sollte dieser Ihrer Meinung nach in Deutschland geregelt sein?"

Assistierter Suizid sollte –	16- bis 39-Jährige	
	insgesamt	aktuell Pflegende und Betreuende %
nur bei besonders schweren Fällen erlaubt sein, in denen der Betroffen sehr leidet	51 %	54
grundsätzlich erlaubt sein	38	33
in Deutschland verboten sein	11	13

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© ifD-Allensbach

3.8 Anhang

Abbildung 46: Auch Jüngere, die eher eine professionelle Pflege präferieren, übernehmen zu einem großen Anteil Pflegeaufgaben

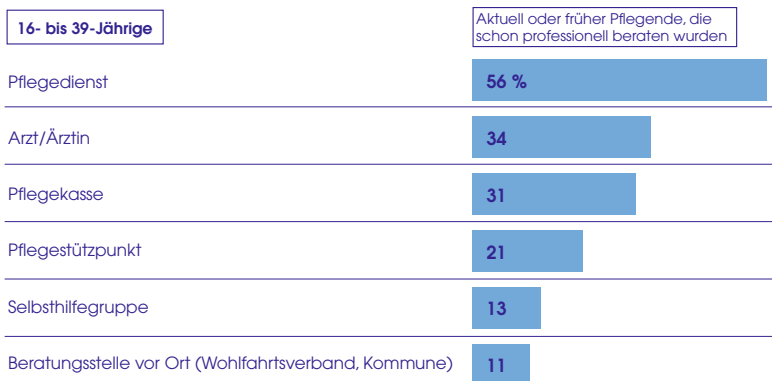
	Es pflegen und unterstützen derzeit Familienangehörige
16- bis 39-Jährige insgesamt	13 %
mit aktuell pflege- und unterstützungsbedürftigen Angehörigen	44
• und mit Präferenz für Familienpflege	46
• und mit Präferenz für Pflege ausschließlich durch Fachkräfte	41

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© ifD-Allensbach

Abbildung 47: Beratung: am häufigsten durch den Pflegedienst

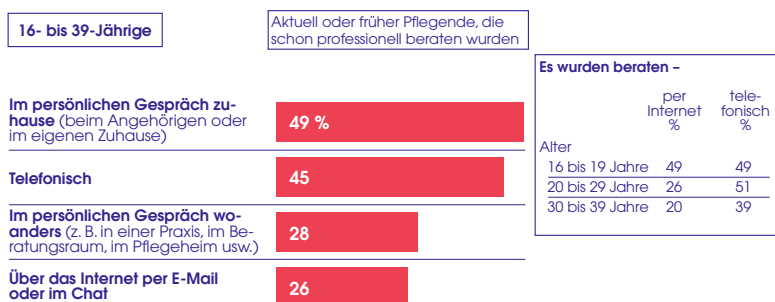
Frage: "Durch wen wurden Sie beraten?"

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Abbildung 48: Beratung: vornehmlich im persönlichen Gespräch zuhause oder per Telefon

Frage: "Wie bzw. wo wurden Sie beraten?"

Basis: Bundesrepublik Deutschland, Bevölkerung 16 bis 39 Jahre
Quelle: Allensbacher Archiv, DAK-Pflegereport 2021

© IfD-Allensbach

Literaturverzeichnis

Blinkert, Baldo und Klie, Thomas (o. J.): Pflegekulturelle Orientierungen und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. Freiburg, FIFAS, o. J. www.fifas.de/publikationen/files/Pflegemilieu/pflegemilieu.php?p=p

Bühning, Petra (2018): Junge Pflegendе: Eine massive Überforderung. In: Deutsches Ärzteblatt, 115(38).

- DAK-Gesundheit (Hg. 2016): Pflegereport 2016. Heidelberg: medhochzwei.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2020): Zur Bedeutung von Prävention für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 8231.
- Kaiser, Steffen (2019): Heranwachsen im Spannungsfeld von Schule und Pflegetätigkeiten. Zur schulischen Situation von pflegenden Jugendlichen. Berlin: Logos.
- Klie, Thomas (2018): DAK-Pflegereport 2018. Heidelberg: medhochzwei.
- Statistisches Bundesamt (2020): Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse 2019. Wiesbaden.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2017): Junge Pflegende. Berlin: ZQP

4. Lernen und Kümmern: Der Alltag junger Pfleger – eine Interviewstudie

Isabel Schön, Christine Moeller-Bruker, Thomas Klie¹⁰

Die Lebenssituation junger Pfleger ist in der bundesweiten Öffentlichkeit immer noch unterrepräsentiert und findet daher wenig Beachtung (für einen Überblick über den Stand der Diskussion s. Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band). Umso wichtiger ist es, Einblicke in den Alltag und die Perspektiven der jungen Pfleger zu geben. Und besonders wichtig ist es, junge Menschen mit Pflegeaufgaben selbst zu Wort kommen zu lassen. Ihre Lebenswelt ist sowohl vor dem Hintergrund gegebener gesellschaftlicher Rahmenbedingungen zu lesen (z.B. sozioökonomische, familiäre und Wohnsituation, Bildungsstatus etc.) als auch geprägt von subjektiven Deutungen und Entscheidungen. Somit dienen die Einzelfallstudien als Ergänzung, Erweiterung und möglicherweise auch als Korrektiv (vgl. Lamnek und Krell 2016; Brüsemeister 2008) statistischer bzw. quantitativer Makro-Perspektiven.

Im Rahmen des diesjährigen Pflegereports wurden sieben qualitative Interviews geführt. Die daraus entstandenen Fallstudien fokussieren zum einen die Genese der Pflegekonstellationen: Wie kam es überhaupt dazu, dass die befragten jungen Menschen, die sich noch in Studium oder Ausbildung befinden, an Pflegeaufgaben beteiligt sind? Die Entscheidung für ein konkretes Pflegearrangement und kein anderes ist durch eine Vielzahl von Faktoren bedingt, welche hier dargestellt werden. Art und Umfang der Aufgaben, die junge Pfleger übernehmen, wurden bereits in früheren Studien beschrieben (vgl. z.B. Metzging 2018, Lux und Eggert 2017) und werden hier hauptsächlich zum besseren Verständnis der Situation nochmals aufgeführt. Schwerpunktmäßig betrachten wollen wir hingegen, welche Perspektiven junge Pfleger auf die gesellschaftliche Verteilung der Verantwortung für Pflegeaufgaben haben sowie welche Formen der Unterstützung und Beratung sie sich wünschen.

Die Gespräche orientierten sich dementsprechend an folgenden Leitfragen:

- Wie kam es dazu, dass Sie an der Pflege beteiligt sind?
- Wie hat die Corona-Pandemie die Situation beeinflusst?
- Gab es mal eine Situation, die besonders herausfordernd für Sie war?
- Sprechen Sie über Ihre Situation bzw. Ihre Bedürfnisse?
- Hatten Sie schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle? Wie war Ihre Erfahrung damit? / Warum nicht?

**Junge Pfleger
kommen zu
Wort**

**Methode und
Schwerpunkte**

¹⁰ Unter Mitarbeit von Heidi Korf, Tabea Knerner, Stefanie Oyoyo und Claudia Stark.

- Was macht gute Pflege für Sie aus?
- Wer sollte, gesamtgesellschaftlich betrachtet, die Verantwortung für Pflege übernehmen? Welche Rolle spielen dabei z. B. Staat, Familie, professionelle Pflegedienste, Nachbarn? Fühlen Sie sich moralisch dazu verpflichtet, Pflegeaufgaben zu übernehmen?

Für die Fallstudien wurden junge Erwachsene zwischen 18 und 30 Jahren interviewt, die mindestens ein Jahr lang an der Pflege Angehöriger¹¹ beteiligt waren. Alle Interviewten befanden sich während der Pflegezeit in Schule, Ausbildung oder Studium oder in einer Übergangsphase. Die Interviews hatten eine Länge von 30 bis 45 Minuten und wurden per Video-Anruf oder telefonisch durchgeführt. Sie wurden aufgenommen und im Anschluss transkribiert bzw. paraphrasiert sowie anonymisiert. Einige der Angaben sind verfremdet, um eine umfassendere Anonymität zu gewährleisten. Der Zugang zu den Interviewpartner*innen erfolgte über die DAK-Gesundheit und spezifische Beratungsangebote.

Die Interviewten

Welche Perspektiven hier abgebildet werden können und welche nicht, sollen folgende Rahmendaten verdeutlichen: Zwei der Interviewpartner*innen deuten wir als männlich, fünf als weiblich. Unter den Interviewten sind vier Student*innen und drei Auszubildende bzw. fertig Ausgebildete, zwei davon als Pflegefachkraft. Sie stammen sowohl aus ländlichen als auch aus städtischen Gebieten. Die Beziehungen zu den auf Pflege angewiesenen Personen decken alle Konstellationen direkter Verwandtschaftsverhältnisse ab: Eine der gepflegten Personen ist der Bruder, einer der Urgroßvater, und es gibt mehrere Großeltern, aber vor allem Elternteile, die jeweils einen Pflegebedarf haben. Bei allen Unterschieden gibt es dabei folgende Gemeinsamkeit: Fast in allen Fällen ist eine „Rund-um-die-Uhr“-Betreuung notwendig, außerdem Unterstützung bei der Mobilität. Viele Pflegenden sind sowohl an Aufgaben der Hausarbeit als auch an der Körperpflege beteiligt, sie bereiten Mahlzeiten und Medikamente vor und helfen dabei, sie einzunehmen. Bei allen Interviewten nehmen die Tätigkeiten einen sehr großen Umfang ein, zeitlich und/oder emotional.

Leider konnte keine Person mit Migrationshintergrund für ein Gespräch gewonnen werden. Interessant wäre diese Perspektive vor allem hinsichtlich eventueller Ausgrenzungserfahrungen und deren Auswirkungen auf die Pflegesituation gewesen. Nur eine der interviewten Personen hat schon eine ausführliche Beratung bei einem für junge Pflegenden spezifischen Angebot in Anspruch genommen.

Für jede interviewte Person wurde eine Einzelfallvignette erstellt (s. Abschnitt 4.1). Indem die Gespräche zunächst einzeln und möglichst nah an der jeweiligen Erfahrungsgeschichte ausgewertet werden, bleibt die Einzigartigkeit jedes Falles gewahrt. Die Fallstudien

¹¹ Bei allen auf Pflege angewiesenen Angehörigen lag ein Pflegegrad von mindestens 2 vor.

bilden die Grundlage für eine zusammenfassende, interpretierende Auswertung (s. Abschnitt 4.2).¹²

4.1 Einblicke in die Lebenswelten junger Pflegender

4.1.1 Pflege in Gemeinschaft: das „Mehrgenerationenhaus“

Der 24-jährige Jacob Herbst lebt mit seiner Familie in einem, wie er es nennt, „Mehrgenerationenhaus“. Er, seine Mutter und seine Großmutter wohnten hier mit dem inzwischen verstorbenen Urgroßvater, der auf Pflege angewiesen war.

**Familien-
konstellation**

Vor 9 Jahren, als Jacob 15 Jahre alt war, benötigte der Urgroßvater zunehmend Unterstützung. Zu diesem Zeitpunkt ging Jacob noch zur Schule, seine Schwester war schon ausgezogen und seine Mutter war als Hauptverdienerin der Familie voll berufstätig. Vor diesem Hintergrund schien er, neben der Großmutter, am besten geeignet, um die Pflege- und Sorgeaufgaben innerhalb der Familie zu übernehmen, insbesondere um die Nachtstunden zu bewältigen. In der Erzählung über seine Pflegeerfahrung bildet die Familie einen wichtigen Bezugspunkt. Er schildert, wie es dazu kam, dass er an der Pflege beteiligt wurde, beschreibt die Familienkonstellation sowie den neu entstandenen Pflegebedarf.

Insbesondere die gemeinsame Wohnsituation im Mehrgenerationenhaus ermöglichte es der Familie, den Urgroßvater zu Hause zu pflegen. Jacob und seine Großmutter übernahmen die Hauptverantwortung; seine Mutter und Schwester sprangen bei Bedarf ein. Alleine hätte er die Aufgaben seiner Meinung nach nicht bewältigen können. Nur gemeinsam, als familiäres Netzwerk, gelingt es ihnen, dem Urgroßvater zu ermöglichen, bis zu seinem Tod im eigenen Zuhause zu wohnen. Die Familie meistert die Situation also, indem sie zusammenhält. Jacob nimmt die Zeit der Pflege und der geteilten Verantwortung als gelungen war und erfährt sich und seine Familie dadurch als selbstwirksam. Dies wird zu einer Erfahrung, die ihn stärkt und auf die er auch in Zukunft zurückgreifen kann. Er beschreibt das folgendermaßen: „Die Erfahrung, dass man seine Angehörigen durchaus auch zu Hause pflegen kann. [...] Ganz alleine wär's natürlich nicht gegangen. Das ging nur in der Familienkonstellation, wie's jetzt war. Das ist schon eine positive Erfahrung, dass man jemanden unterstützen kann, dass man jemanden nicht in die Fremde geben muss, wo er sich nicht zurechtfindet. Und die Erfahrung, dass man sich mal überwindet, was zu tun, was einem nicht so leichtfällt. Auf jeden Fall kein Fehler“.

**Familie als
Ressource**

¹² Wir möchten uns an dieser Stelle nochmals bei allen Interviewpartner*innen dafür bedanken, dass sie sich die Zeit genommen haben, sich mit uns über ihre Situation und ihre Perspektiven auszutauschen. Vielen Dank für die Offenheit, auch über persönliche und emotional besetzte Themen zu sprechen.

- Entscheidung gegen Pflegeheim** Dass die Familie sich gemeinschaftlich gegen die Versorgung des Urgroßvaters im Pflegeheim entschied, ist in diesem Fall wohl einer der gewichtigsten Gründe für die Pflege im eigenen Haus. Alle waren sich darin einig, dass es nicht in Frage käme, ihn in einer fremden Umgebung unterzubringen. Das machte es natürlich erforderlich, auf andere Ressourcen zur Pflege zurückzugreifen. Jacob erwähnt, dass das Hinzuziehen eines Pflegedienstes auch eine Kostenfrage sei. Erst kurz vor dem Lebensende des Urgroßvaters kam ein Pflegedienst zum Hilfenetzwerk hinzu. Die Pflegekräfte waren etwa zweimal wöchentlich vor Ort. Nach Ansicht von Jacob stellte der Dienst angesichts des „Rund-um-die-Uhr“-Pflegebedarfs allerdings keine Entlastung dar.
- „Rund-um-die-Uhr“-Pflege und Belastung** Der Umfang von Jacobs Beteiligung war aber genau davon geprägt: Aufgrund demenzieller Veränderungen bestand bei seinem Urgroßvater die Notwendigkeit ständiger Präsenz. Neben dem Messen des Blutzuckerspiegels, der Körperpflege und Betreuungsaufgaben am Wochenende übernahm der Interviewte vor allem die nächtliche Bereitschaft. Er schlief und wachte nachts bei dem Urgroßvater, um ihm im Bedarfsfall helfen zu können. Da der ältere Herr zum einen nicht mehr selbstständig mobil war und zum anderen desorientiert, musste Jacob ihn häufig bei nächtlichen Toilettengängen unterstützen.
- Dementsprechend litt sein eigener Schlaf. Dies beschreibt er als – so wörtlich – „grenzwertige“ Erfahrung. Darin kommt das Empfinden einer hohen Belastung, wenn nicht gar Überlastung, zum Ausdruck. Er sagt: „Die Belastung war eigentlich das rund um die Uhr da sein“. Auch die Körperpflege sei ihm nicht leichtgefallen. Für seine ebenfalls in die Pflege eingebundene Großmutter sei dies kein Problem gewesen, die körpernahen Pflegeaufgaben und dauerhafte Präsenz hätten sie nicht gestört. Zwar habe Jacob keine Probleme mit der Schule bzw. später dem Studium gehabt, aber die Zeit für die Pflege sei zu Lasten seiner Freizeit und sozialen Kontakte gegangen.
- Keine Entlastung durch ambulante Dienste** Wie bereits erwähnt, schienen unterstützende Angebote wie Pflegedienste keine Hilfe darzustellen, da sie keine dauerhafte Verfügbarkeit bzw. Anwesenheit anbieten konnten. Daran schließt er an: „Es ging halt auch so“. Auf die Frage, was ihm in dieser Situation geholfen habe, fällt ihm zunächst nichts ein.
- Stattdessen antwortet er: „Nö. Ich hab’ mich halt zusammengerissen. Da musste man halt durch“. Danach gefragt, ob er schon einmal Kontakt zu einer Beratungsstelle gehabt habe, verneint Jacob dies mit der Begründung, dass ihm seine Probleme zu unspezifisch erschienen seien. Stattdessen arbeitete er an seiner Einstellung. Er schildert: „Na ja, mir hat es oft geholfen, das nicht zu ernst zu nehmen, alles. Also die Dinge nicht so zu bewerten, weil manchmal, da könnte man durchdrehen. Und wenn man sich das alles so annimmt und durchdenkt, warum man jetzt nachts fünfmal aufs Klo muss,

wo es gar nicht sein muss. Eine gewisse Leichtigkeit, denke ich, bräuchte man da.“

Schule und Studium hätten nicht unter Jacobs Pflegebeteiligung gelitten, da ihm persönlich das Lernen leichtfalle. Allgemein betrachtet könne die Pflegeverantwortung bei gleichzeitigen Bildungsaufgaben aber durchaus eine zusätzliche Belastung darstellen. Er findet, dass erst nach Ende der Schul- und Studienzeit erwartet werden könne, Verantwortung in der Pflege zu übernehmen.

Schule und Studium

Jacob kommt ungefragt darauf zu sprechen, welche Verantwortung man für die Eltern bzw. Angehörigen trage. Er habe dies noch nicht abschließend reflektiert, doch finde er durchaus, dass man grundsätzlich für seine Eltern verantwortlich sei, auch wenn dies hieße, die Eltern in ein Pflegeheim zu geben und dafür zu bezahlen. Für die Großeltern gelte dies zunächst nicht, diese hätten ja selbst Kinder. In Fällen, in denen die Pflege durch Angehörige nicht möglich sei, sollten staatliche Hilfen zur Verfügung stehen und greifen. Für sich selbst müsse man abwägen, wie viel eigene Lebenszeit man für andere zu geben bereit sei. Er selbst übernehme Pflegeaufgaben innerhalb der Familie, wenn der Bedarf bestehe. Einen Pflegeberuf zu ergreifen, könne er sich aber nicht vorstellen, denn: „Ich wollte das nicht für andere machen, außer jetzt innerhalb der eigenen Familie, wenn es sein muss“. Dazu sähe er sich nicht in der Lage.

Verantwortung für Pflegeaufgaben

Auf die Frage, was gute Pflege für ihn ausmache, antwortet Jacob: „Ich denke, die meisten würden sagen, sich Zeit nehmen für den anderen, das auf jeden Fall. Das denke ich auch, wohlwissend, dass das nicht uneingeschränkt geht. Ich denke, wichtig ist, eine persönliche Beziehung zu demjenigen zu haben. Also ohne das ist es wie ein Gegenstand, der Mensch, so wie eine Ware. [...] Auch, sage ich mal, über das Alltägliche oder die Muss-Dinge wie essen, waschen, irgendwas hinaus noch, dass man auch so eine soziale oder emotionale Bindung zu demjenigen hat, also dass das nicht nur das reine Abarbeiten ist, sondern auch ein bisschen Beziehung. Auch mal was Freizeitaktivitätenmäßiges. So, denke ich, ist es gut. Genau. Aber das hat man in der Familie im besten Fall.“

Gute Pflege: Mit Zeit und persönlicher Beziehung

Darüber hinaus führt er Kompetenzen an, die eine Pflegeperson mitbringen sollte: Die oben schon erwähnte Leichtigkeit soll in herausfordernden Situationen davor bewahren, die auf Pflege Angewiesenen zu verurteilen. Auch brauche es eine gewisse fachliche Informiertheit, allerdings sei dafür keine Ausbildung nötig, für die häusliche Pflege reiche es aus, wenn man sich selbstständig informiere.

4.1.2 Im Spannungsfeld: Zwischen Pflege und den Erwartungen der Peers

Laura Sommer ist 19 Jahre alt und seit drei Jahren an der Pflege ihrer Mutter, die multiple Krebserkrankungen hat, beteiligt. Zunächst

Familienkonstellation

übernahm sie ausschließlich Haushaltstätigkeiten, die sie nach der Schule erledigte. Der Unterstützungsbedarf der Mutter erhöhte sich jedoch im Laufe der Zeit. Von fremden Personen gepflegt werden möchte Lauras Mutter nicht, sofern es der Familie möglich ist, diese Aufgaben zu bewältigen. Sie wäre zwar offen für eine Pflegeperson, um die Familie zu entlasten, doch die Familie möchte ihr gerne entgegenkommen und übernimmt die Pflege daher selbst.

Seit Beginn der Corona-Pandemie ist Laura in der Familie diejenige, die am meisten zu Hause ist, da ihre Schul- und Ausbildungssituation dies zulässt. Daher trägt sie seit knapp zwei Jahren die Hauptverantwortung in der Pflege und übernimmt auch das Anziehen und Waschen ihrer Mutter. Bei einigen Aufgaben bringt sich zusätzlich ihr Vater ein, seine beruflichen Verpflichtungen lassen das allerdings nur bedingt zu. Bei Bedarf springt Lauras Großmutter ein. Die jüngere Schwester soll entlastet und aus der Pflegeverantwortung herausgehalten werden.

Schule und Corona-Pandemie

Die verstärkte Beteiligung von Laura hängt eng damit zusammen, dass sich ihre Schul- und Ausbildungssituation während der Corona-Pandemie verändert hat. Während der Abiturvorbereitung erhöhte sich der Unterstützungsbedarf der Mutter, gleichzeitig fiel aufgrund der Pandemie-Maßnahmen der Präsenzunterricht vermehrt aus, der digitale Heimunterricht wurde zum Normalfall. Auch nach dem Abitur arbeitet Laura in ihrer Ausbildung aktuell viel im Homeoffice. Dementsprechend war und ist sie vor allem aus praktischen Gründen diejenige in der Familie, die am besten geeignet ist, die Pflege der Mutter zu übernehmen.

Nur dadurch, dass sie dauerhaft zu Hause verfügbar ist, kommt Laura überhaupt als Pflegeperson in Frage. Gleichzeitig fällt es Laura nun bisweilen aber schwer, sich auf die Schulaufgaben zu konzentrieren und dem Stoff zu folgen, denn sie ist zu Hause immer auf Abruf für ihre Mutter verfügbar. Die Corona-Pandemie stellt somit eine Situation dar, die einerseits zwar eine Möglichkeit zur Bewältigung der Pflegeaufgaben, andererseits Schwierigkeiten schuf: Von der Zeit direkt vorm Abitur erzählt sie: „[...] weil es eben schon schwierig war, einerseits durch diesen Online-Unterricht, der ja nicht ganz so leicht war, auch für uns alle eigentlich. Und dann eben auch nebenher, da ist es eigentlich dann auch so losgegangen, dass sie für jeden Schritt eigentlich Hilfe gebraucht hat, und das war dann teilweise schon schwierig, wenn ich einerseits eigentlich am Unterricht teilnehmen sollte, andererseits aber trotzdem vielleicht grad helfen musste, auf die Toilette mit ihr zu gehen oder so. Ja, ich hab’ dann halt die Prioritäten versucht zu setzen. [...] Also ich hab’ dann halt kurz, ja, mein Bild und Ton ausgeschaltet und bin dann halt kurz rüber und habe dann da mitgeholfen und bin dann wieder zurück.“

Das Abitur zu absolvieren, habe für sie dennoch kein Problem dargestellt. Freund*innen hätten ihr z.B. geholfen, indem sie in ihren Abwesenheitszeiten mitgeschrieben hätten. Allgemein beschreibt

Laura trotz der höheren zeitlichen Belastung, wie die Maßnahmen gegen die Corona-Pandemie sie innerlich erleichtert hätten; hauptsächlich, weil sie weniger Druck empfunden habe, Aktivitäten außerhalb der Pflege wahrzunehmen.

Laura versucht, ständig für ihre Mutter verfügbar zu sein. Auch während des Interviews, das diesem Text zugrunde liegt, ist sie mittels einer Klingel in Rufbereitschaft. Für ihre Mutter da zu sein, ist für sie prioritär, andere Lebensaspekte, wie z. B. die Treffen mit Freund*innen, treten in den Hintergrund. Die Freund*innen können nicht immer Verständnis dafür aufbringen, dass Laura nur sporadisch Zeit hat oder manchmal schnell wieder wegmuss. Sie trifft also eine aktive Entscheidung, wenn sie Schule und Freizeit hintanstellt. Während des Interviews betont sie immer wieder, dass sie die Pflegeaufgaben freiwillig und aus eigener Entscheidung übernimmt. Die Herausforderungen, die u. a. die schulische Situation mitbringt, sowie alle anderen Einschränkungen ihres Lebens nimmt Laura bewusst in Kauf. Als unfreiwillig erlebt sie allem Anschein nach allein die zugrundeliegende Situation, also die Erkrankung der Mutter. Auch mit ihrer Freizeitgestaltung ist Laura zufrieden. Sie gehe viel joggen und lese eigentlich auch gern, wofür sie gerade nicht so viel Zeit habe, dies liege aber an der Umstellung auf die Berufsschule, nicht an der Pflege.

Verfügbarkeit

Am Ende des Interviews ergänzt sie: „Also, was mir persönlich jetzt aufgefallen ist, auch aus meinem Umfeld, dass manchmal die Reaktionen des Umfelds schon etwas, naja, komisch sind, blöd formuliert. Also von meinen engen Freunden tatsächlich nicht, also die haben das immer akzeptiert und auch verstanden, wobei andere dann schon eher der Meinung waren, ja, wieso ich diese Verantwortung übernehme bzw. wieso ich mir das auch ‚antue‘ und warum ich nicht eher dann auf mich selber schaue. [...] Ich weiß es nicht, ob das eigentlich so in der Gesellschaft einfach so drin ist, dass die das so sieht. Ich habe das dann schon immer richtiggestellt, dass ich das persönlich so will und dass ich das auch so machen möchte, also das ist ja auch... also ich mache es ja auch freiwillig, in gewissem Maße.“

Freiwillig entgegen sozialen Erwartungen

Laura nimmt sozialen Druck von außen wahr, auch von manchen Altersgenoss*innen. Sie betont, dass sie sich nicht zur Pflege verpflichtet fühle, sondern stattdessen umgekehrt den sozialen Druck dadurch verspüre, dass von ihr erwartet werde, die Aufgaben in diesem Umfang nicht wahrzunehmen. Sie habe das Gefühl, dass die Erwartung an sie gestellt werde, „dass man als junger Mensch was mit seinem Leben machen soll, und auch mal was anderes tun sollte“. Diese Erwartungen könne sie aufgrund der Pflegeverantwortung nicht immer erfüllen. Sie wünsche sich deshalb, dass öffentlich mehr für Pflegeverantwortung sensibilisiert werde.

Insgesamt nimmt Laura Pflege als primär familiäre Aufgabe wahr. Auf die Frage hin, wer gesamtgesellschaftlich für die Pflege verant-

Pflege als familiäre Aufgabe

wortlich sei, antwortet sie, dass die Organisation derselben bei der Familie liege. Von staatlicher Seite sollten die finanziellen Mittel und damit Zeit sowie Unterstützung für Pflegedienste bereitgestellt werden, damit diese sich Zeit für die zu Pflegenden nehmen könnten. Wenn Pflegedienste oder Heime beteiligt seien, müssten Mittel in entsprechendem Umfang bereitstehen, damit sich die Pflegekräfte Zeit für die auf Pflege Angewiesenen nehmen könnten.

In ihrem Fall geht Laura davon aus, dass ein professioneller Pflegedienst nicht benötigt werde, weil die Familie die Pflege gut selbst bewältige. Zudem sind fremde Personen im Haushalt und Alltag der Familie unerwünscht. Umgekehrt kann Laura sich selbst nicht vorstellen, z. B. im Rahmen eines Pflegeberufes fremde Menschen zu pflegen.

Gute Pflege: wertschätzend Die Kriterien, die Laura für gute Pflege anführt, bewegen sich ebenfalls auf der Ebene der Nahbeziehung in der Pflege: Es müsse auf die Bedürfnisse des*der auf Pflege Angewiesenen eingegangen werden, die Pflegeperson müsse empathisch sein und sich Zeit nehmen. Eine wertschätzende Beziehung und Zwanglosigkeit gegenüber der auf Pflege angewiesenen Person sind ihr wichtig. Dies zu erfüllen, erwartet sie auch von professionellen Pflegekräften, obwohl Laura sich bewusst ist, dass das aufgrund des beruflichen Stresses oft nicht machbar ist. Hier sieht sie den Vorteil der Pflege durch die Familie: Diese habe bereits eine vertraute Beziehung mit der auf Pflege angewiesenen Person und kenne ihre Wünsche, Vorlieben und Bedürfnisse sowie ihre Grenzen. Auch Scham spiele innerhalb der Kernfamilie keine Rolle.

Keine Beratung Eine Beratung hat Laura bisher noch nicht wahrgenommen. Die Beantragung des Pflegegrades und damit verbundene Gespräche habe der Vater übernommen. Offene Fragen hat sie allerdings in Bezug darauf, wie sie mit ihrer Mutter über ihre Krankheit und ihre Lebenssituation sprechen könne. Dazu könne sie sich einen Austausch mit Menschen, die sich in der gleichen Situation befinden, gut vorstellen. Ob das online oder persönlich stattfindet, sei ihr nicht wichtig. Auch könne sie sich ein Einzelgespräch mit Expert*innen vorstellen, die sich mit dem Thema befassen.

4.1.3 Wer bin ich als Pflegende? Neue Rolle, neue Balance

„Reingerutscht“ Lisa Nacht ist 24 Jahre alt. Ihr Vater ist an Demenz erkrankt und benötigt keine Unterstützung in Form von Körperpflege oder Mobilisation. Lisa beschreibt ihre Tätigkeit vielmehr als „Sicherheitsanker“: Sie hilft ihrem Vater bei der Orientierung und bietet emotionale Unterstützung. In diese Aufgabe ist sie, wie sie sagt, „reingerutscht“. Als die Erkrankung diagnostiziert wurde, lebte Lisa noch bei ihren Eltern, ihre Geschwister waren schon ausgezogen. Die Hauptpflegeperson ist die Mutter. Doch wenn diese beruflich unterwegs ist, insbesondere an Wochenenden und abends, übernimmt Lisa die

Aufgabe als ständige Ansprechperson. Es erschien ihr als „naheliegende Option“, sich an den Pflege- und Sorgearbeiten zu beteiligen, da sie diejenige in der Familie sei, für die es organisatorisch gut passe auszuweichen, und da sie ein gutes Verhältnis zu ihrem Vater habe. Im Gegensatz zu Laura, die ihre eigene Entscheidung sehr stark macht, sagt Lisa allerdings, sie habe anfangs keine bewusste Entscheidung dafür getroffen, Pflegeverantwortung zu übernehmen. Bei der Wahl ihres Wohnortes für das Studium habe sie aber, neben anderen Aspekten, auch darauf geachtet, in der Nähe der Eltern zu wohnen. Ein Reflexionsprozess über ihre Verantwortung habe erst später eingesetzt.

Als einen positiven Aspekt an der Sorge- und Pflegeaufgabe beschreibt Lisa, dass sich ihre Beziehung zum Vater intensiviert habe. Daneben gestalte sie gerne gemeinsame Aktivitäten, wie z. B. das Bepflanzen des Balkons. Als positiv empfindet sie außerdem, dass ihre Eltern ihr viel Wertschätzung entgegenbringen. Das Verhältnis zum Vater habe sich allerdings dahingehend verändert, dass eine Rollenkehr zwischen Vater und Tochter stattgefunden habe: Lisa ist nun als Tochter verantwortlich und koordiniert die Tätigkeiten. Darüber hinaus hätten die Besuche bei den Eltern etwas an Zwanglosigkeit verloren: Auch wenn Lisa ihre Eltern gerne besucht, trägt sie dabei nun Verantwortung. Die Zeiten sind außerdem nicht völlig frei von ihr gestaltbar, sondern eingebettet in die Absprachen über die jeweiligen Verfügbarkeiten von Mutter und Tochter: „Weil ich einfach diejenige bin, die das dann koordiniert, die dann anleitet und so. Ich bin halt dann eher in einer ... Wir sind dann nicht in einer Rolle, wo beide einfach machen und das miteinander absprechen, sondern ich koordiniere das alles und dadurch kriegt das einfach eine andere Dynamik, die es sonst nicht hätte. Und [...] weil es dann quasi immer dieses war, ok, an dem Tag muss ich aber auf jeden Fall kommen, weil da halt die andere Person nicht kann“.

Veränderte Beziehungen

Lisa studiert und arbeitet parallel. Der Studiengang sieht keine Anwesenheitspflichten vor und Dozierende sind flexibel, was ihr einerseits entgegenkommt. Schwierig gestaltet sich für sie vor diesem Hintergrund der Flexibilität aber die Priorisierung der Lebensbereiche. Es falle ihr schwer, Grenzen zu ziehen, wenn sie gefragt werde, ob sie die Betreuung des Vaters übernehmen könne, insbesondere, wenn sie zwar keine studienbezogenen Termine, aber durchaus Aufgaben zu erledigen habe. Einen Kompromiss zwischen eigenen Bedarfen und denen der Pflegeaufgaben zu finden, stelle eine eigene Herausforderung dar. Wenn sie arbeite, sei es hingegen klarer, wann sie Zeit habe und wann nicht. Insofern erwarte sie eine Vereinfachung, sobald sie das Studium abgeschlossen habe. Das auch vor dem Hintergrund, dass die Mutter durch den Renteneintritt in Zukunft mehr Zeit für die Pflegeaufgaben haben werde und daher weniger Flexibilität von Lisa erforderlich sei. Darüber hinaus hofft Lisa, dass der Vater, der vorerst keine fremde Hilfe möchte, mit steigendem Pflegebedarf offener werde für Angebote wie Tages-

Balance finden

einrichtungen. Zwar ist es Lisa wichtig, die Betreuung ihres Vaters sicherzustellen. Eigene Bedürfnisse und Lebensgestaltung spielen bei Lisa aber durchaus eine Rolle und müssen in ein ausbalanciertes Verhältnis mit den Pflegeaufgaben gebracht werden. Dafür werden auch alternative Pflegearrangements in Erwägung gezogen.

Über die eigene Situation sprechen

Lisa konnte bereits die Erfahrung machen, dass es hilfreich sein kann, über ihre besondere Situation zu sprechen. Als die Mutter einmal krank war und Lisa entsprechend mehr Aufgaben übernehmen musste, konnte sie eine Arbeit für ihr Studium nicht pünktlich abgeben. Von der Dozentin wurde ihr nach Schilderung der Situation Verständnis entgegengebracht. Auch mit Freund*innen spricht Lisa, was allerdings nur bedingt hilfreich sei. Diese könnten die Situation nicht genügend nachvollziehen. Stattdessen wünsche sie sich mehr Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen. Erste Erfahrungen damit, dass ihr ein solcher Austausch hilft, konnte Lisa in einem Angehörigenseminar machen. Sich selbst als pflegende Angehörige zu begreifen, sei das Ergebnis eines Reflexionsprozesses gewesen, der erst langsam eingesetzt habe. Wie schon geschildert, sei die Beteiligung an der Pflege zunächst unbewusst und durch die Umstände bedingt gewesen. Zugang zu einer Identität als pflegende Angehörige fand Lisa schließlich vor allem durch Social-Media-Kanäle und Podcasts, die sich mit Pflegeaufgaben beschäftigen. Darüber sei sie auf das Angehörigen-Seminar aufmerksam geworden, das ihr dabei geholfen habe, ihre eigene Rolle in der Pflegeverantwortung zu finden und in einem Verhältnis zum eigenen Leben auszugestalten.

Verantwortung für Pflege

Lisa sieht explizit keine Verpflichtung dazu, Pflegeaufgaben zu übernehmen: „Also gesamtgesellschaftlich sehe ich das nicht als Pflicht. Wie ich ja am Anfang schon meinte, ich habe mich nie bewusst entschieden, ich werde jetzt pflegende Angehörige, sondern es war eher so ein schleichender Prozess von okay, es fallen mehr Aufgaben an, ich sehe, dass meine Mama da ziemlich röhrt, ich versuche, ihr Aufgaben abzunehmen und für meinen Papa da zu sein. Ich weiß auch, dass ich es persönlich nicht anders könnte, aber ich könnte auch verstehen, wenn jemand anders für sich entscheidet, dass er das nicht möchte. Ich weiß, dass mein Papa auch Phasen hatte, wo er am Anfang meinte, steckt mich sofort ins Heim irgendwie. Also ich glaube, das ist immer eine Sache, die in der Familie kommuniziert und abgesprochen werden muss.“

Stattdessen begründet sie ihre Beteiligung zum einen mit den Umständen, zum anderen mit der Beziehung zu ihren Eltern, die sie entlasten und unterstützen möchte. Sie betont, dass die konkrete Aufgabenverteilung und potenzielle Beteiligung von Dritten, z.B. durch professionelle Unterstützung, individuell in der Familie ausgehandelt werden müsse. Die Pflege versteht sie also dennoch im Grunde als Familiensache – mit der Option externer Unterstützung. Eine gute Pflege ist laut Lisa durch eine gute Beziehung zwischen Pflegenden und auf Pflege Angewiesenen geprägt. Im professio-

nellen Setting mangle es hierfür allerdings an den Rahmenbedingungen, z. B. wegen fehlender Ressourcen. Die Familie kenne die Person hingegen und könne dies besser gewährleisten. „Ich glaube, das ist auch ein großer Teil, warum Leute sich entscheiden, selbst Angehörige zu pflegen, weil es irgendwie schwierig ist, jemanden zu finden, der dann vielleicht mit Wertschätzung reingeht. Weil man die Person ja einfach sehr, sehr gut kennt.“

Schließlich wünscht sich Lisa mehr Sensibilisierung für Pflegeaufgaben und einen weniger defizitorientierten Blick darauf.

Wunsch nach Sensibilisierung

4.1.4 Doppelter Boden: selbstständig und sozial vernetzt

Nico Mittag ist 18 Jahre alt und pflegt gemeinsam mit seinem Vater seine an Krebs erkrankte Mutter. Seine Erzählung beginnt mit der Schilderung des Krankheitsverlaufs. Da seine Mutter insbesondere in der Mobilität eingeschränkt sei, benötige sie Unterstützung u. a. beim Gehen und bei der Körperpflege. Während Letzteres hauptsächlich der Vater übernehme, sei Nico tagsüber ständiger Begleiter und Unterstützer. Im Verlauf des Interviews schildert er die alltäglichen Abläufe hin und wieder aus der Perspektive der Mutter. Er scheint sich mit ihrer Situation intensiv zu beschäftigen und sich mit Empathie in sie hineinzusetzen. Auch wenn er Momente beschreibt, in denen es der Mutter schlecht geht, zeigt er sich einfühlsam: Er und sein Vater versuchten, es ihr so angenehm wie möglich zu machen. Wichtig sei ihm dabei auch, dass der Alltag nicht vollständig von der Krankheit überschattet werde. So erzählt Nico, dass er und der Vater weiter mit der Mutter witzeln würden oder dass er seinen Freunden nichts von der Krankheit erzähle, um sie nicht ständig in den Mittelpunkt zu rücken und stattdessen eine gewisse Normalität zu wahren.

Der Alltag mit der Krankheit

Auch in Nicos Fall haben Erkrankung und plötzlicher Pflegebedarf der Mutter dazu geführt, dass der junge Mann sich in der häuslichen Pflege engagiert, also die veränderten Lebensbedingungen in der Familie. Zeitgleich zum Unterstützungsbedarf der Mutter beginnt auch Nicos Studium, beides während der Corona-Pandemie. Aufgrund der Pandemie-Maßnahmen besucht er Online-Vorlesungen von zu Hause aus. Er steht also der Mutter im Alltag zeitlich und vor allem örtlich voll zur Verfügung. Unter „normalen“ Studienbedingungen, also einem Präsenzstudium, stellt sich Nico eine vergleichbare Pflegetätigkeit deutlich schwieriger vor. Eine andere Herangehensweise wäre dann notwendig, auch mehr fremde Hilfe. Wahrscheinlich würde sein Großvater, der in der Nähe wohnt, dann mehr Aufgaben übernehmen. Perspektivisch erscheint es auch möglich, dass der Vater seine Arbeitszeit reduziert.

Corona-Pandemie und Studiensituation

In die Pflege von Nicos Mutter ist ein Pflegedienst eingebunden, der ab und zu kommt. Im Fall einer Verschlechterung der Situation der Mutter könnte er verstärkt eingebunden werden. Darüber hinaus

Unterstützungsnetwork

haben Bekannte ihre Hilfe angeboten, unter ihnen auch professionelle Pflegekräfte. Dennoch betont Nico, dass er nicht gerne um Hilfe bitte und auch seine Mutter fremde Hilfe nur mit Widerwillen annehme. Mit Freunden spreche er nicht gerne über die Situation, da er befürchte, dass sich die Beziehung sonst rein um die Erkrankung seiner Mutter drehen könnte. „Die Option zur Hilfe von anderer Seite, von anderen Leuten ist da. Aber aktuell sehen wir, sehen mein Vater und ich, das noch nicht so. Da es ja halbwegs funktioniert. [...] Fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen ist somit die letzte Option für uns aktuell.“

Selbstständigkeit

Nico scheint grundsätzlich großen Wert auf Selbstständigkeit zu legen. Er betont, dass auch seine Mutter ihre eigenen Ressourcen nutze, soweit es irgend gehe. So lange es möglich sei, kümmere sie sich selbstständig um den Haushalt. Zusätzliche Hilfe werde nur angefordert, wenn es notwendig sei. Gemeinsam sorgen Vater und Sohn dafür, dass soziale Kontakte weiterhin gepflegt werden und das Leben auch außerhalb der eigenen Wohnung stattfindet. Sie machen mit der Mutter Besuche bei Bekannten, um Abwechslung und Anreize für sie zu schaffen.

Nichtsdestotrotz ist das Netzwerk an potenziellen Unterstützer*innen in diesem Fall deutlich ausgeprägt. Auch ist die Familie bereit, sich im Bedarfsfall Hilfe von außerhalb zu mobilisieren, eine Option, die in anderen Fällen von vornherein nicht in Frage kommt. Die große Bedeutung der mütterlichen und familiären Selbstständigkeit, die so bewusst aufrechterhalten wird, führt, zusammen mit dem Sicherheit stiftenden Netzwerk möglicher Unterstützer*innen, dazu, dass Nico vergleichsweise gelassen mit der Pflegesituation umgehen kann.

Verantwortung für Pflegeaufgaben

Auf die Frage, warum er Pflegeaufgaben übernimmt, antwortet Nico schlicht: „Weil sie meine Mutter ist. [...] Sie hat mich am Anfang gepflegt und ich pfleg’ sie jetzt.“ Er sieht die Verantwortung also in der Beziehung zur Mutter begründet. Diese Verantwortungsumkehr sei in seinem Fall zwar etwas früh geschehen. Die grundlegende Verpflichtung der Generationen, nach ihren jeweiligen Möglichkeiten füreinander zu sorgen, wird allerdings als selbstverständlich wahrgenommen.

Zudem könne die Familie mit Unterstützung von Personen aus dem nahen sozialen Umfeld eine Art der Pflege ermöglichen, die anderen Akteuren, sei es dem Staat oder den Pflegediensten, nicht möglich wäre. Die Rolle des Staates sieht Nico in der Finanzierung. Die gesellschaftliche Verteilung der Aufgaben ist seiner Ansicht nach dann adäquat, wenn der Staat die Rahmenbedingungen schafft, während die Familie für deren alltägliche Ausgestaltung zuständig ist. Ziel dieser Ausgestaltung sei es, dass die auf Pflege angewiesene Person so lange wie möglich zu Hause, im vertrauten Umfeld bleiben könne und keine fremde Hilfe annehmen müsse.

4.1.5 Pflege als Lebensform

Rebekka Winter ist 26 Jahre alt und pflegt zum Zeitpunkt des Interviews ihre Großmutter; bis zu dessen Tod war sie darüber hinaus an der Pflege ihres Großvaters beteiligt. Der Großvater litt an verschiedenen Krankheiten des Herz-Kreislauf-Systems sowie einer demenziellen Erkrankung. Zwar habe die Großmutter ihren Ehemann unterstützen wollen, sei dazu aber selbst nicht mehr in der Lage gewesen. Also habe die Tante von Rebekka, selbst Pflegefachkraft, einen großen Teil der Pflege übernommen und Rebekka habe dabei intensiv mitgeholfen. So hätten sie abwechselnd bei den Großeltern geschlafen, um z. B. bei häufigen nächtlichen Toilettengängen zu helfen; sie hätten „quasi richtige Nachtschicht gemacht“. Auch die Messungen von Vitalwerten, die Medikamentengabe sowie Körperpflege und Essensgabe seien Teil ihrer Aufgaben gewesen. Bei der Großmutter wiederum seien regelmäßige Messungen des Blutdrucks erforderlich. Sie sei zudem fast blind. Rebekka unterstütze sie durch die Übernahme der Hausarbeit, seit Beginn der Corona-Pandemie erledige sie Einkäufe. Seit dem Tod ihres Ehemanns benötige die Großmutter darüber hinaus mehr Gesellschaft.

**Familien-
konstellation**

Auch Rebekkas Bruder ist teilweise an den Pflegeaufgaben beteiligt, in seltenen Fällen auch ihr Vater. Dass sich Rebekka intensiver der Pflege widme, habe sich u. a. durch ihre zeitliche Verfügbarkeit ergeben: Sie sei gerade dabei gewesen, ihre Ausbildung zur Pflegefachkraft erfolgreich zu beenden, als sich der Pflegeaufwand im großelterlichen Haushalt spürbar erhöht habe. So sei sie zu Hause, im gleichen Dorf wie die Großeltern, verfügbar gewesen und habe sich bis zum nächsten Stellenantritt Zeit nehmen können.

Bei Rebekka ist die familiäre und berufliche Situation allerdings nicht der primäre Grund für ihre Pflegebeteiligung. Ihre Erzählung darüber, wie es dazu kam, beginnt sie folgendermaßen: „Es betrifft halt leider ja jeden, dass man so in bestimmtem Alter einfach gar nicht mehr so alleine im Haus klarkommt, dass man einfach für vieles dann nicht mehr die Kraft hat und für uns war eigentlich immer klar, meine Tante ist auch Krankenschwester, dass wir ihre Eltern, meine Großeltern, zu Hause pflegen. Bei meinen anderen Großeltern war ich leider noch zu jung dafür. Und wir finden’s immer schön, dass man den alten Leuten ihr Zuhause, wo sie ihr ganzes Leben lang gelebt haben, ja dass sie das auch möglichst lange halt beibehalten können. Deswegen war’s für mich eigentlich gar nicht so ‘ne große Frage, helf ich meinen Großeltern oder nicht, bin ich bereit zu pflegen oder nicht, jetzt abgesehen von meinem Beruf, aber für mich stand das fest, wenn die mal Hilfe benötigen, dass man immer vor Ort ist.“

**Intergeneratio-
nale Verant-
wortung**

Das Zitat verdeutlicht, wie selbstverständlich und bereitwillig die junge Frau für ihre älteren Angehörigen da ist. Sie versteht die Pflegesituation als natürlichen Teil des Lebens; einander im Fall der Hilfsbedürftigkeit gegenseitig zu unterstützen, ist für sie eine klare Sache.

Die Großeltern seien immer für sie da gewesen, jetzt könne sie etwas zurückgeben. Sie führt an, dass es der demografische Wandel bei gleichzeitigem Pflegeheimplatzmangel noch notwendiger mache, sich als Angehörige*r in die Pflege einzubringen. Darüber hinaus bewertet es Rebekka als positiv, dass z. B. die Nachbar*innen durch ein wenig Aufmerksamkeit dazu beitragen, dass die Großeltern weiter zu Hause leben könnten. Die Verantwortung für gelingende Pflege verortet sie also ganz klar innerhalb der Familie und im näheren sozialen Umfeld. Dass viele ihrer Altersgenoss*innen sich für die Unterbringung im Heim aussprechen, erschüttert sie. Sie empfindet es als selbstverständlich, berufliche Tätigkeiten zugunsten der Pflege Angehöriger zurückzustellen. Ihre Haltung zur Pflege ist also von starken normativen Erwartungen an die Familie bzw. einem starken Gefühl der Generationenverantwortung getragen.

Gute Pflege: zu Hause Das betrifft nicht nur die Frage der Pflegezuständigkeit, sondern auch die der pflegerischen Qualität. Sie schildert: „So ein häusliches Umfeld ist einfach viel wert. Und das würde ich mir für viele Patienten, Angehörige wünschen. Deswegen versuche ich immer, irgendwo im Freundeskreis oder so, zu appellieren, macht's zu Hause, versucht's, es gibt immer noch einen anderen Ausweg, absolut, aber einfach den Versuch zu wagen, finde ich enorm wichtig“. Die Pflege zu Hause hat für Rebekka die höchste Priorität. Deshalb nennt sie bei der Frage nach dem Beratungsbedarf, dass sie gerne von vornherein mehr Informationen erhalten hätte, wie Pflege durch Kurzzeitpflege oder Nachmittagsbetreuung zu Hause besser ausgestaltet werden könne. In ihrem beruflichen Alltag erlebe sie es immer wieder, wie schmerzhaft der Verlust des häuslichen Umfelds für ältere Menschen sei. Sie geht daher von einem starken Bedürfnis von auf Pflege angewiesenen Personen aus, in ihrem Zuhause leben zu können.

Orientierung an den Bedürfnissen der auf Pflege Angewiesenen Sich an den Bedürfnissen der zu Pflegenden zu orientieren, ist für Rebekka absolut zentral. Wenn sie aus ihrem Alltag erzählt, wird deutlich, dass sie den Wünschen der Großeltern, z. B. nach dem Lieblingsessen oder nach ständigen kleinen Besorgungen, unbedingt nachkommt – auch wenn dies nicht in ihren Tagesablauf passt. Um auch nachts für Toilettengänge verfügbar zu sein oder um mögliche Stürze zu vermeiden, hatte sie mit Hilfe eines Babyphones für den Großvater gesorgt und dafür auch auf Schlaf verzichtet. Andere Tätigkeiten wie das Lernen für die Berufsschule erledigt sie bei und mit den Großeltern, um präsent sein zu können.

„Rund-um-die-Uhr“-Pflege Rebekka erzählt, dass die Großeltern einen Pflege- und Betreuungsbedarf aufweisen, der eine Rund-um-die-Uhr-Anwesenheit erfordert; diese könne besonders gut durch die Familie gewährleistet werden. Ein ambulanter Pflegedienst hätte bei diesem Bedarf, der auf eine ständige Verfügbarkeit abzielt, keine Hilfe bieten können. Eine 24-h-Fachkraft sei als fremde Person im Haus unerwünscht. „Man hat sich ja doch irgendwie zusammengerissen“ ist die Strategie der Wahl. Denn die für Rebekka nicht akzeptable Alternative

wäre, die Großeltern aus dem Haus geben zu müssen. Rebekka spricht nicht über eigene Bedürfnisse, es scheint keinen Platz zu geben, sie zu artikulieren oder auszuleben.

Zwar erlebt Rebekka durch die dauerhafte Verfügbarkeit, den Schlafmangel und die Sorge um ihre Großeltern starke Belastungen. Allerdings hat sie, neben dem o.g. Zusammenreißen, Bewältigungsmechanismen gefunden: Sie schöpft Energie daraus, wenn sie sieht, dass sie es geschafft hat, dem Großvater ein schönes Lebensende zu bereiten. Dieser habe ihr die Wertschätzung dafür auch zum Ausdruck gebracht, was sie für ihre Mühen entlohnt habe. Es motiviert sie, ihren Großeltern etwas zurückgeben zu können. Die so entwickelte Haltung erlaubte es ihr, die Pflege als „positiven Stress“ wahrzunehmen.

**Belastung und
Bewältigung**

Die hohe Motivation zu helfen hat möglicherweise auch dazu beigetragen, dass Rebekka die Ausbildung zur Pflegefachkraft gewählt hat. Schon als Jugendliche entwickelte Rebekka den Wunsch, im medizinisch-pflegerischen Bereich tätig zu werden. Nach einem Pflegepraktikum stellte sie fest, dass ihr der Kontakt zu den betroffenen Menschen gut gefällt, weshalb sie sich für die Ausbildung entschied. Auf die Frage, ob es einen Zusammenhang zwischen der Übernahme von Pflegeaufgaben und ihrer Ausbildung gebe, antwortet Rebekka, dass die dort gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen für spezifischere Maßnahmen schon eine Rolle spielten. Die Hemmschwelle für bestimmte Tätigkeiten wie die Unterstützung des Großvaters beim Toilettengang sei durch ihre Ausbildung deutlich geringer. Zudem falle ihr der Umgang mit der Demenz durch ihren Beruf leichter. All dies könne man sich aber auch aneignen, z.B. durch Lesen. Ihrem jüngeren Bruder seien Tätigkeiten wie Blutzucker messen oder Insulin spritzen beigebracht worden. Die Professionalität erweise sich zwar als praktisch, aber nicht als notwendig. Insgesamt macht Rebekkas Beispiel deutlich, wie viele sehr unterschiedliche Faktoren auf eine Pflegesituation einwirken.

**Hohe
Motivation
zur Pflege**

Im Vorfeld hätte sich Rebekka aber zu einem besseren Vorbereiten der Informationen hinsichtlich der verschiedenen Möglichkeiten, die Pflege zu Hause zu erleichtern, gewünscht, z. B. Informationen über Zusatzangebote wie Kurzzeitpflege oder Nachmittagsbetreuung. Zweitens hätte sie auch über die Tätigkeiten von Hausärzt*innen gerne zu Anfang Bescheid gewusst, ebenso, drittens, über die Beantragung eines Pflegegrades. Nicht einmal zentrale Akteure im Gesundheitswesen wüssten, an welche Stelle man sich in diesem Fall wenden könne. So fehle vielen der Zugang zur Pflege zu Hause. Zur Vorbereitung auf Pflegeverantwortung und -aufgaben wäre viertens eine grundsätzlich bessere gesellschaftliche Bildung bzw. Information wünschenswert. Durch mehr vorbereitende Angebote, gerade auch für ältere Jugendliche, könnte vielleicht eine andere Einstellung zur Übernahme von Pflegeaufgaben geschaffen werden.

**Forderung nach
mehr Wissen,
Unterstützung
und Sensibilisierung**

4.1.6 Mit allem allein: Überforderung durch strukturelle Defizite

- Kein Netzwerk** Nina Morgen ist 30 Jahre alt; im Alter von 26 Jahren begann sie, Pflegeverantwortung zu übernehmen. Die Krankheit und der Pflegebedarf von Ninas Mutter begannen schleichend. Nina sah ihre Mutter zuvor nicht sehr oft, die Eltern sind geschieden und sie lebte beim Vater bzw. in ihrer ersten Studienstadt. Bei Besuchen nahm sie eine zunehmende Unordnung wahr. Die Mutter handelte immer zerstreuter, konnte den Haushalt und Mahlzeiten nicht mehr organisieren und begann Alkohol zu trinken. In diesem Prozess erschien die Unterstützung durch Nina alternativlos. Der ehemalige Ehemann wollte keine Verantwortung übernehmen, ebenso wenig wie weitere Verwandte. Ein eigenes soziales Netzwerk hatte die Mutter nicht. Für Nina war es sehr schwer, diese Entwicklung ihrer Mutter mitzuerleben. Sie schildert: „Da sind viele Dinge passiert, die ich lieber nicht gesehen hätte, weil das viel auch mit ‘ner massiven Verwahrlosung und Alkoholismus einherging.“ Dennoch entschied sie sich dazu einzugreifen, denn sie sagt: „Es war häufig für mich so kurz vor ‘ner emotionalen Vergewaltigung, mich aufzuraffen und da hinzufahren, und mich um sie zu kümmern, aber ich wusste, wenn ich’s nicht mach’, dann macht’s halt keiner.“
- Perspektive: Pflegeheim** Sie begann damit, die Mutter im Haushalt zu unterstützen, insbesondere Einkäufe zu erledigen, da sie sonst keine Lebensmittel gehabt hätte. Durch die Diagnosestellung, die Nina organisierte, wurde offensichtlich, dass sich die Situation durch fortschreitende Demenz verschlechtern und der Unterstützungsbedarf immer größer werden würde. Ihr wurde klar, dass sie diese Verantwortung nicht alleine übernehmen konnte. Also organisierte sie eine rechtliche Betreuung für ihre Mutter. Gemeinsam mit der Betreuung kümmerte sie sich anschließend um einen Pflegeheimplatz, den sie ein Jahr später auch erhielt. Seitdem besucht Nina ihre Mutter regelmäßig und ist gemeinsam mit dem rechtlichen Betreuer für organisatorische Angelegenheiten zuständig.
- Starke emotionale Belastung** Während des Interviews wirkt Nina emotional mitgenommen, teilweise den Tränen nahe. Zwar befindet sie sich in der Aufarbeitung ihrer Erlebnisse, aber die Belastung, die für sie aus der Pflegesituation entstanden ist, ist deutlich zu spüren. Den Prozess von der Feststellung des Pflegebedarfs bis zur Unterbringung im Pflegeheim empfand sie als kräftezehrend, nervenaufreibend und immer wieder von Enttäuschungen sowie emotionalen Belastungen begleitet.
- Schwierigkeiten im Studium** Die zeitliche Belastung wirkte sich z.B. auf das Studium aus. Da sie sich anfangs parallel zu Studium und Pflege auch selbstständig finanzieren musste, verlängerte sich das Studium entsprechend. Dies wiederum erschwerte Förderungsmöglichkeiten durch BAföG. Auch der Kontakt zu Kommiliton*innen fiel ihr teilweise schwer, da sie sich durch die Mehrfachbelastung sehr unausgeglichen fühlte und Schwierigkeiten in der Interaktion mit ihnen hatte.

Enttäuscht wurde Nina von Stellen, von denen sie sich eigentlich Hilfe erwartete: Ihre Kernfamilie zog sich aus der Verantwortung, was teilweise bis heute zu Spannungen führt. Insbesondere von ihren Geschwistern, die allerdings eine andere Mutter haben, hätte sie sich mehr Zusammenhalt in dieser Situation gewünscht. Sie wendete sich an einen kommunalen Pflegestützpunkt, wo ihr allerdings keine passenden Unterstützungsangebote gemacht werden konnten. Dies erzeugte ein Gefühl der Hilflosigkeit. Weitere Schritte konnten sie nur auf Basis eigener zeitintensiver Recherchen bewältigen.

Keine Hilfe

Eine Belastung stellte auch die Angst vor der rechtlichen Verantwortung für die Mutter dar. Nina befürchtete, sie könne dafür verantwortlich gemacht werden, wenn sie z.B. Schäden an der Wohnung verursachte. Vorfälle wie etwa die Nutzung des Balkons als Toilette verstärkten ihre Angst davor, die Mutter könne die Wohnung verlieren. Angst und Sorge um die Mutter kamen hinzu. Nina schildert u. a., dass sie jedes Mal, wenn sie sie besuchte und sie die Tür nicht öffnete, befürchtete, ihr könne etwas zugestoßen sein: „Dieses russische Roulette, da vor der Tür zu stehen und nicht zu wissen, verpeilt sie's gerade, liegt sie besoffen in der Ecke oder ist sie einfach innerhalb der letzten sechs Tage verreckt [...]. Das war eine sehr hässliche Zeit.“

Rechtliche Verantwortung

Darüber hinaus berichtet Nina von Ekel, den sie aufgrund von mangelnder Hygiene in der Wohnung und mangelnder Körperhygiene empfand. Nina war es sehr unangenehm, diese Entwicklung ihrer Mutter miterleben zu müssen. Sie beschreibt ihre Lebenssituation: „Dann war ich konfrontiert mit der Situation, eine verwahrloste, stinkende, alte Frau mir gegenüber zu haben, die nicht mehr weiß, wie eine Toilette funktioniert und in einer Müllkippe lebt. [...] Der Boden war bedeckt mit Müll, Papieren, Flaschen, Kacke, ... ich hab' da alles nur noch mit Handschuhen angefasst.“ Eine andere, gegensätzliche gesellschaftliche Vorstellung von Pflege spricht sie im Zusammenhang mit der Schwierigkeit an, einen geeigneten Pflegedienst zu finden: „Das war sehr schwierig. Einen Betreuungsdienst zu finden, der in der Gegend, wo sie wohnt, überhaupt fährt und noch Kapazitäten hat. Noch dazu für so 'nen ekligen Fall. Also nicht für 'ne Omi, die Hilfe braucht, sich die Kompressionsstrümpfe anzuziehen. [...] Da war ja schon 'n großer Ekelaspekt dabei.“ Die gängigen Vorstellungen trafen nicht auf ihren Fall zu und stellten somit eine normative Erwartung dar, der sie und ihre Mutter qua Situation nicht gerecht werden konnten.

Ekel

Zudem nimmt Nina wahr, dass es sehr wenig Verständnis für die Unterbringung von Angehörigen in Pflegeheimen gibt. Eine Unterbringung dort werde wie ein Abschieben seitens der Angehörigen wahrgenommen. Ein Wunsch, den sie entsprechend äußert, ist die gesellschaftliche Sensibilisierung für die unterschiedlichen Formen des Pflegebedarfs, um sich auch ohne Scham für das Pflegeheim entscheiden zu können. Darüber hinaus ist sie sich unsicher, inwieweit sie Verantwortung für ihre Mutter übernimmt, weil sie es für ihre

Schlechtes Gewissen

moralische Verpflichtung hält, oder ob sie dies aus einer emotionalen Bindung zu ihr tut. Die Erinnerungen daran, gegen den Willen ihrer Mutter professionelle Hilfe organisiert und sie schließlich aus ihrem häuslichen Umfeld geholt zu haben, verursachen ein schlechtes Gewissen. Sie sagt: „Ich habe Angst ihr zu sagen, dass sie kein Zuhause mehr hat. Aber der Schritt musste halt gegangen werden.“

Verantwortung für Pflege

Die Unterbringung der Mutter im Pflegeheim war für Nina keine einfache Entscheidung. Dennoch war sie vor dem Hintergrund, dass sie die alleinige Verantwortung für die direkte Pflege trug, notwendig und schließlich eine große Erleichterung. Doch eigentlich sind ihre Ansprüche an eine gute Pflegesituation und die Übernahme von Aufgaben andere: Wie oben ersichtlich wird, erhoffte sie sich mehr Verantwortungsübernahme der Familie bzw. des näheren sozialen Umfeldes. Die Skepsis gegenüber Pflegeheimen könne sie gut verstehen, weil man von vielen Missständen dort höre. Ihrer idealen Vorstellung nach sollten alle Menschen, insbesondere auch ältere, in soziale Netzwerke eingebunden sein. Dies verhindere, dass eine Einzelperson mit der Sorge überfordert ist und könnte ein Leben mit Angewiesenheit auf Pflege und gleichzeitig sozialer Anbindung ermöglichen. Sie grenzt sich von der Verpflichtung zur Übernahme von Pflegeverantwortung ab, stellt aber fest: „Man kann ja nicht leugnen, dass Pflege einfach ein Bedarf ist. [...] Ich glaube, der inzwischen sehr überkommene – oder inzwischen kommt's teilweise sogar schon wieder zurück – aber dieser Ansatz von einem Mehrgenerationenkonzept wär' auch an vielen Punkten sehr gut. [...] Ich glaub, es wär' vieles einfacher abzufangen, wenn die Alten nicht allein zu Hause wären. Sondern in 'nem größeren sozialen Netzwerk abgefangen wären. Was vielleicht auch 'ne Option wäre das, über Senioren-WGs oder so abzuwickeln. Also ich glaub', die jetzige alte Generation kann sich da schwer drauf einlassen, aber vielleicht ich, wenn ich alt bin.“

Professionelle Unterstützung

Bevor die Mutter ins Pflegeheim kam, erhielt Nina vorübergehend Unterstützung von einem Dienst, der Tätigkeiten im Haushalt übernahm. Es war aber sehr schwierig, einen solchen zu finden. Auch darüber hinaus empfand sie den Zugang zu Unterstützung als hürdenreich. Anfänglich fehlte ihr das Wissen über bestehende Möglichkeiten; der kommunale Pflegestützpunkt konnte ihr nicht weiterhelfen. Generell ist sie der Ansicht, dass von staatlicher Seite die Finanzierung sichergesellt werden müsse; gute, menschenwürdige Pflege dürfe keine Kostenfrage sein.

Nachdem Nina anfangs mit Freund*innen gar nicht über ihre Situation sprach, hat sie sich mittlerweile doch intensiver mit ihrer Belastung auseinandergesetzt – möglicherweise ein Grund dafür, dass sie über diese Aspekte der jungen Pflege überhaupt mit uns sprechen kann. Von dem spezifischen Unterstützungsangebot für junge Pfleger*innen, das sie in Anspruch genommen hat und das ihr sehr half, sich nicht alleine zu fühlen, erfuhr sie allerdings nur durch Zufall: Eine Freundin entdeckte das Angebot und berichtete davon. Zudem

hat Nina eine Psychotherapie aufgenommen. Helfen würde ihr darüber hinaus eine breitere gesellschaftliche Sensibilisierung, damit sie ohne Verurteilungen und Scham als pflegende Person über ihre Bedarfe sprechen könne und damit die Pflege stärker wertgeschätzt würde.

4.1.7 Mehrfachpflege: Verantwortung mal zwei

Elisabeth Frühling ist 20 Jahre alt und kümmert sich seit fast zwei Jahren um ihren Zwillingbruder sowie um ihre Großmutter. Der Bruder ist mit einer psychischen Erkrankung diagnostiziert, weshalb Elisabeth hier hauptsächlich emotionale bzw. soziale Unterstützung leistet. Sie sorgt dafür, dass ihr Bruder morgens aufsteht und etwas isst, außerdem verbringt sie Zeit mit ihm, geht mit ihm einkaufen und organisiert soziale Begegnungen. Elisabeths persönlicher Alltag scheint eng verknüpft mit dem ihres Bruders, sie gestaltet ihn außerhalb der Arbeit quasi für beide gemeinsam. So teilen sie z. B. das Hobby Reiten, zu dem Elisabeth ihren Bruder auch zu therapeutischen Zwecken animiert hat.

Alltag mit Familie und Pflegebedarf

Ihre Großmutter hat eine Krebserkrankung und benötigt daher Unterstützung bei der Einnahme von Medikamenten und dem Anziehen von Kompressionsstrümpfen. Auch bei der Bewältigung des Alltags unterstützt Elisabeth sie, indem sie z. B. medizinische Hilfsmittel organisiert, einkaufen geht und mit der Großmutter, die selbst kaum noch aus dem Haus kann, Zeit verbringt. Insgesamt verbringt sie mit den Pflegeaufgaben täglich mehrere Stunden. Elisabeth übernimmt dabei die Hauptverantwortung in der Pflege.

Andere Pflegearrangements als die häusliche Pflege durch die Familie scheinen für Elisabeth vor allem Nachteile zu haben. Der ambulante Pflegedienst, der zeitweise beteiligt gewesen sei, habe die Großmutter, die an einer beginnenden Demenz leide, verwirrt und passe nicht in ihren Tagesablauf. Ein Pflegeheim komme nicht in Frage, weil Elisabeth aus eigener Erfahrung als Pflegefachkraft sicher sei, dass das Leben der Bewohner*innen dort nicht angemessen gestaltbar sei. Es bleibe also die Familie, um der Großmutter ein angemessen schönes Lebensende zu gestalten.

Nachteile anderer Pflegearrangements überwiegen

Innerhalb der Familie scheint Elisabeth wieder diejenige zu sein, die am geeignetsten ist, diese Verantwortungen zu übernehmen. Da sie sich in Ausbildung zur Pflegefachkraft befindet, hat sie zum einen die fachlichen Kenntnisse für die medizinisch-pflegerischen Aufgaben bei ihrer Großmutter. Beim Zwillingbruder ist es die besondere Beziehung, die sie zur Hauptansprechperson macht. Unterstützung erhält Elisabeth von ihren Eltern, ihrer Tante und ihrem Freund. Diese übernehmen einzelne Aufgaben und springen zusätzlich bei Bedarf ein. „Einer ist immer da, der dann kurz rübergehen kann und gucken kann“, sagt sie. Darüber hinaus stellen die an der Pflege beteiligten Anderen für die junge Frau auch eine emotionale Stütze

Familie als Ressource

dar. Die Familie ist immer ansprechbar und bietet somit Rückhalt. Das reduziere die Belastungen und schütze vor Isolation angesichts der Corona-Pandemie, da man sich innerhalb der Familie immer wieder gegenseitig aufbaue und unterstütze. Zudem findet es Elisabeth generell schön, sich um ihre Familie zu kümmern.

**Ein gutes
Leben(sende)
ermöglichen**

„Was die Oma halt nicht wollte, ist ein Pflegedienst, der jeden Morgen kommt, und vor allen Dingen ist das Problem ja auch, ein Pflegedienst kommt immer zu einer anderen Uhrzeit. Und das ist halt einfach für ältere Leute anstrengend, und so kann ich der Oma sagen, ich komme morgen um die und die Uhrzeit und dann bin ich auch da. Das finde ich eigentlich ganz positiv, weil die Oma dann immer so einen Rhythmus hat und dann noch den letzten Rest des Lebens ein bisschen dadurch verschönern kann, weil sie sich dadurch noch den Tag planen kann oder so.“ Elisabeth ist es sehr wichtig, ihrer Großmutter ein schönes Lebensende zu bereiten. Insbesondere vor dem Hintergrund des bevorstehenden Todes ist es für sie zentral, die Bedürfnisse der Großmutter zu erfüllen, was ihr in anderen Pflegearrangements nicht oder weniger umsetzbar erscheint. Auf die Frage danach, was für sie gute Pflege ausmache, antwortet Elisabeth mit Blick auf die Situation der Großmutter, dass die auf Pflege Angewiesenen nichts unter Zwang tun müssen sollten und dass sie so lange wie möglich zu Hause bleiben können sollten. Durch die Sorge für ihren Bruder hat sie die Erfahrung gemacht, dass es wichtig ist, Stigmatisierung zu vermeiden und Verständnis zu zeigen für die Besonderheiten der auf Pflege angewiesenen Person. Insgesamt wünscht sie sich Empathie, Anerkennung von persönlichen Grenzen und Respekt im Umgang mit den auf Pflege Angewiesenen.

**Sich gerne
kümmern**

Trotz des starken Wunsches, ihren Angehörigen das Leben angenehm zu machen, fühle sie sich dazu nicht verpflichtet. Stattdessen scheint eine Neigung zu Pflege- und Sorgetätigkeiten zu bestehen, sie kümmert sich, wie bereits gesagt, gerne um ihre Familie und hat sich unabhängig von ihren Pflegetätigkeiten innerhalb der Familie für eine Ausbildung zur Pflegefachkraft entschieden. Auf die Frage, wie eine weitere Schwester an der Pflege beteiligt sei, antwortet Elisabeth: „Pflege ist nicht so ihr's.“ Daran lässt sich ablesen, dass innerhalb der Familie die Möglichkeit besteht, die Beteiligung an der Pflege nach persönlichem Interesse zu wählen. Elisabeth fühle sich keinesfalls verpflichtet, Pflegeverantwortung zu übernehmen und helfe stattdessen gerne und freiwillig. Hinzu kommt, dass für Elisabeth die familiären Bindungen grundsätzlich eine sehr große Rolle spielen.

Fachkenntnisse

Elisabeths Ausbildung zur Pflegefachkraft ermöglicht es ihr, innerhalb der Familie Aufgaben zu übernehmen, die medizinisch-pflegerische Fachkenntnis erfordern. Dadurch wird kein Pflegedienst benötigt. Sie erläutert: „Und auch das Fachwissen ist eigentlich ganz schön, weil man weiß, was hinter der Krankheit steckt und da auch dann reagieren kann, was ja viele Leute nicht können. Angehöri-

ge, die dann überhaupt nicht wissen, was das für eine Krankheit ist und damit gar nicht umgehen können.“ In stationären Einrichtungen sei ihrer Meinung nach das Fachwissen unter den Pflegekräften oft mangelhaft, weshalb dies keinen potenziellen Vorteil der professionellen Pflege darstellt.

Belastend für Elisabeth war die Diagnosestellung der Großmutter. Sie beschreibt dies als „niederschmetterndes Ereignis, woran ich auch ein bisschen zu knabbern hatte“. Der bevorstehende Tod eines ihr wichtigen Menschen belastet sie emotional. Darüber hinaus ist es teilweise schwierig für sie, mit dem „Auf und Ab“ des Bruders umzugehen. Sie scheint aber Strategien entwickelt zu haben, um mit fordernden und potenziell belastenden Situationen zurechtzukommen. Neben dem schon ausgeführten familiären Rückhalt hätten ihr Gespräche mit ihrer Großmutter sehr geholfen. Da diese den Tod als Erlösung verstehe, solle ihr Leben nicht verlängert, sondern ihr die verbleibende Lebenszeit erleichtert werden. Die großmütterliche Perspektive half Elisabeth, die eigene Rolle neu zu definieren. Sie versteht sich inzwischen trotz der zunächst ausweglos erscheinenden Situation als Helfende. Sie beschreibt, dass sie sich aus der Phase starker Trauer „selbst hochgearbeitet“ habe.

**Emotionale
Belastung**

Auf die Frage nach Unterstützungsangeboten, die ihr als pflegende Angehörige helfen könnten, fällt ihr kein zusätzlicher Bedarf ein. Geholfen habe zuvor ein Kurs zum Umgang mit der Erkrankung des Bruders. Erfahren habe sie davon über eine Ärztin in der Klinik des Bruders, die für die Familienberatung zuständig sei. Diese habe der Familie insgesamt sehr geholfen, da sie bei offenen Fragen ansprechbar gewesen sei und organisatorische Unterstützung geleistet habe.

**Keine
Beratungs-
erfahrung**

4.2 Engagiert und abgesichert. Wenn junge Menschen freiwillig pflegen – Querschnittliche Auswertung der qualitativen Interviews

Um die Erfahrungen der von uns interviewten Pflegenden in Bezug zueinander zu setzen und einen vertieften, über den Einzelfall hinausführenden Eindruck zu gewinnen, werden im Folgenden zentrale Themen querschnittlich betrachtet. Das Vorgehen zu dieser fallübergreifenden Analyse orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (vgl. Mayring 2003), insbesondere an der inhaltlichen Strukturierung und der Explikation, und basiert ganz wesentlich auf einem reflexiven und dialogischen Auswertungsprozess der Forschenden.

**Analyse:
Gemeinsam-
keiten und
Unterschiede**

4.2.1 Die Ressourcen der Familie: Chance und Gefahr

Zu Beginn jedes Interviews steht die Frage, wie es überhaupt zum Pflegeengagement der jungen Pflegenden innerhalb der Familie ge-

Genese aus der Familienkonstellation kommen ist. Die meisten Befragten antworten unmittelbar mit einer Krankheitsdiagnose und/oder beschreiben, wie sich der gesundheitliche Zustand des aktuell pflegebedürftigen Familienmitglieds verschlechtert hat. Sie beschreiben die Aufgabenverteilung innerhalb der Familie, zu der Eltern, Großeltern und Geschwister zählen. In diesem Zusammenhang wird auch erläutert, wer aus welchen Gründen nicht in der Lage ist, sich pflegerisch einzubringen. Ein wichtiger Verhinderungsgrund ist die berufliche Arbeit außer Haus; meist betrifft dies die Eltern, die in der Rolle der Hauptverdiener sind. Die Großelterngeneration dagegen leidet teils selbst an körperlichen Einschränkungen, die Geschwister leben gegebenenfalls nicht mehr am entsprechenden Wohnort.

Verfügbarkeit Wer als junger Mensch trotz eines innerfamiliär entstandenen Bedarfs keine Pflegeaufgaben übernimmt, tut das im Wesentlichen deshalb nicht, weil seine Lebensumstände es ihm nicht erlauben (i. e. aufgrund der geografischen Entfernung, Beschäftigung etc.). Das zeigt die repräsentative Befragung der Pflegeberater*innen und -stützpunkte (vgl. Haumann in diesem Band). Wie die vorliegenden Interviews nahelegen, lässt sich im Umkehrschluss Folgendes feststellen: Junge Menschen beteiligen sich an der Pflege – neben anderen Faktoren – wenn sie in der Lage sind, sich einzubringen, und wenn sie diejenigen innerhalb der Familie sind, die am besten verfügbar erscheinen.

Gerade, wenn sie sich in der Übergangsphase zwischen Schule und Studium oder Ausbildung befinden, haben junge Menschen einen flexibel gestaltbaren Alltag, der relativ frei ist von stark strukturierten Verpflichtungen. Sie können diese Phase, wenn notwendig, für pflegerische Aufgaben nutzen. Andere Familienmitglieder, meistens sind es die Eltern, sind durch „harte“ Begrenzungen wie feste Arbeitszeiten und dadurch bedingte häusliche Abwesenheit eingeschränkt. Sie müssten ihre Arbeitszeit reduzieren oder gar den Wohnort wechseln, um entsprechend präsent sein zu können. Nicht immer ist das möglich. Im Gegensatz dazu sind die (Lebens-) Aufgaben der befragten jungen Menschen „weicher“ und eher verhandelbar.

Schmalere Grat zwischen Verantwortungsübernahme und Überlastung Offen bleibt bei dieser aus praktischen Gründen gewählten Aufgabenverteilung die Frage, in welchem Maße die der Kindheits- und Jugendphase eigentlich entsprechenden Entwicklungsaufgaben zurückgestellt werden können und sollten. Das passiert meist aus den genannten organisatorischen Gründen; es wird aber spätestens dann problematisch, wenn ein Kind oder Jugendlicher die Übernahme der Sorgeaufgaben nicht ablehnen kann oder wenn soziale Isolation zur Gefahr für das Kindeswohl wird (zu letztgenanntem Aspekt vgl. Salzmann et al. 2019).

Im Gegensatz zu jenen Studien, die aufzeigen, wie problematisch die gleichzeitige Bewältigung von Schul- oder Studienalltag und Pflege sein kann (vgl. Kaiser et al. 2018; The Children's Society

2014; Ganß 2018), wird in der vorliegenden qualitativen Studie exemplarisch deutlich, in welcher Weise gerade der Ausbildungskontext es zulässt, dass sich junge Menschen an der Pflege beteiligen. Insbesondere im Studium ist das Lernen flexibel genug gestaltbar, um auch in Fällen von plötzlichem oder bei dauerhaftem Betreuungsbedarf nebenher Pflegeaufgaben übernehmen zu können. Ausgerechnet die Corona-Pandemie bzw. die anberaumten Gegenmaßnahmen haben dazu geführt, dass junge Menschen in der entsprechenden Lebenssituation sogar noch deutlich disponibler waren bzw. sind. Das zeigt sich besonders bei Laura und Nico, die durch Online-Unterricht bzw. Vorlesungen die Möglichkeit haben bzw. hatten, bei ihren auf Pflege angewiesenen Angehörigen zu Hause zu bleiben. Exemplarisch schildert dies Laura: „Das war dann teilweise schon schwierig, wenn ich einerseits eigentlich am Unterricht teilnehmen sollte, andererseits aber trotzdem vielleicht grad helfen musste, auf die Toilette mit ihr zu gehen oder so. Ja, ich hab’ dann halt die Prioritäten versucht zu setzen. [...] Also ich hab’ dann halt kurz, ja, mein Bild und Ton ausgeschaltet und bin dann halt kurz rüber und habe dann da mitgeholfen und bin dann wieder zurück.“

4.2.2 Negativ-Image von Pflegeheim mit Auswirkungen

Diese hochflexible Verfügbarkeit deckt passgenau den Unterstützungs- und Pflegebedarf, wie wir ihn in allen vorliegenden Fällen antreffen, denn sie alle sind durch einen „Rund-um-die-Uhr“-Pflege- bzw. -betreuungsbedarf gekennzeichnet. Die jungen Pflegenden scheinen insbesondere dann beteiligt zu werden, wenn weder eine stundenweise Betreuung noch vorübergehende Maßnahmen ausreichen. Wären die nämlich bedarfsdeckend, so wäre die Situation vermutlich auch ohne die Beteiligung jüngerer Angehöriger zu bewältigen. Bis auf das Beispiel von Nico sind die jungen Pflegenden entweder in „Schichten“ für die auf Pflege Angewiesenen zuständig, oder, wenn sie die Hauptpflegeverantwortung übernehmen, sogar rund um die Uhr für diese erreichbar.

Weitaus gewichtiger für die Entscheidung einer Pflege zu Hause sind aber offensichtlich andere Gründe. Erstens lehnen es oft sowohl der*die unmittelbar Betroffene als auch die Familie als ganze ab, „Fremde“, also Menschen, die nicht zur Kernfamilie gehören, im eigenen Kosmos pflegerisch tätig werden zu lassen. Nur Nina entscheidet sich gegen den Willen ihrer Mutter schließlich dazu, sie im Pflegeheim unterzubringen, da sie die Pflege selbst nicht bewältigen kann. Sie ist unter den Befragten aber auch die Einzige, die alleine, also ohne jede Unterstützung in der Pflege von Angehörigen oder anderen Vertrauten, vor einer noch dazu durch die fortschreitende mütterliche Demenz und den begleitenden Alkoholismus sehr zuge-spitzten Situation steht; auch perspektivisch ist schwer vorstellbar, wie sie damit alleine weiter hätte umgehen können.

**Bedarfslage:
„Rund-um-die-
Uhr“-Pflege**

**Kernfamilie
gegen Fremd-
beteiligung**

- Zweifel an Gewährleistung guter Pflege im Heim** Zweitens entscheiden sich die Familien in mehreren Fällen mit der häuslichen auch dezidiert gegen die stationäre Form der Unterbringung. Pflegeheime haben in Deutschland ein schlechtes Image (vgl. Klie 2018, 2017a). Dieses Negativbild beeinflusst offenbar auch die Zielgruppe der jungen Pflegenden. Die von uns Interviewten lehnen die institutionelle Pflege weitestgehend ab. Besonders pointiert findet sich diese Haltung bei Rebekka, die, um zu verhindern, dass ihre Großeltern ins Pflegeheim müssen, eine extrem hohe Sorgebereitschaft zeigt: „Wenn man zum Beispiel absagt, ich kann heute nicht kommen [...] Ich hab’ dann auch irgendwann gar nicht mehr angefangen mich groß zu rechtfertigen. Weil, wenn da die Einsicht nicht da ist, gell, wie gesagt, wenn’s heißt, ach irgendwann, ich schaff das alles nicht, dann geb’ ich meine Eltern halt ins Heim – ja, so Aussagen wollt ich irgendwann auch nicht mehr hören.“
- Eine Kostenfrage?** Kosten scheinen hingegen nur eine untergeordnete Rolle zu spielen. Im Pflegereport 2019 der DAK-Gesundheit wurde festgestellt, dass häufig aus finanziellen Gründen die häusliche, selbst durchgeführte Pflege gegenüber dem Pflegeheim bevorzugt wird (vgl. Klie 2019, S. 67–69). Bei unseren Gesprächspartner*innen ist das offensichtlich anders. Laura und Elisabeth verneinen explizit, dass finanzielle Gründe für ihre persönliche Pflegebeteiligung relevant seien. Auch Nina erwähnt, dass ihre Mutter ausreichend abgesichert sei. Lediglich Jacob nennt die Hinzuziehung des Pflegedienstes eine „Kostenfrage“. Nichtsdestotrotz liegt die Vermutung nahe, dass gerade Familien in finanziell prekären Situationen durch die häusliche Pflege auf eine Option zurückgreifen, die geringere finanzielle Belastungen mit sich bringt. Wie Metzging und Schnepf für den Kontext der jungen Pflege zeigen (2008, S. 319 ff.), spielen Kostenkalküle in vielen Fällen durchaus eine Rolle. Dagegen kommen unsere Interviews, wahrscheinlich aufgrund des Samplings, nicht zu dieser Erkenntnis. In ihnen stehen andere Motive für die Pflegebeteiligung junger Menschen im Vordergrund.

4.2.3 „Freiwillig in gewissem Maße“

- Freiwillige Entscheidung oder „forced choice“?** Ein Ergebnis der Literaturstudie von Metzging und Schnepf ist, dass pflegende Kinder und Jugendliche für die Sorge- und Pflegeverantwortung „von anderen Familienmitgliedern ausgewählt“ (Metzging/Schnepf 2008, S. 318) würden und ihnen selbst häufig die Wahlfreiheit fehle. In den Studien, die ihren Arbeiten zugrunde liegen, spielen Armut, Ausgrenzung und fehlende soziale Netzwerke eine zentrale Rolle; die Betroffenen leben offenkundig in deutlich prekäreren Situationen als jene Menschen, mit denen wir sprechen konnten.

Im Fall der von uns interviewten Personen wäre es zu kurz gegriffen, von einer „forced choice“ (Cluver et al. 2012) im Sinne faktischer Alternativlosigkeit zu sprechen. Diese läge vor, wenn die auf Pflege angewiesene Person gefährdet wäre, würde sich der*die junge Pflegende gegen das persönliche Engagement entscheiden. Eine in

diesem Sinne erzwungene Wahl lag bei den hier Interviewten nicht vor. In ihren Erzählungen wird anhand der anderen Familienmitglieder deutlich, die Möglichkeit besteht, sich aus eigener Entscheidung auf Distanz zu halten. Die jüngere Schwester von Laura, wird mit ca. 16 Jahren z.B. als zu jung eingeschätzt und daher aus Gründen des Schutzes und der Angemessenheit nicht bzw. nur gering in die Pflegeaufgaben eingebunden. Die Schwester von Elisabeth sei nicht an Pflegeaufgaben interessiert; die Geschwister sowie der Vater von Nina sehen sich nicht in der Verantwortung. Nico erwähnt, dass er unter Präsenzstudienbedingungen möglicherweise aus der Pflege ausscheiden werde und andere Möglichkeiten in Betracht gezogen werden müssten. Am ehesten steht Nina vor der Entscheidung zu helfen oder ihre Mutter unter sehr schwierigen Bedingungen sich selbst zu überlassen. Sie entscheidet sich insofern gezwungenermaßen für die Hilfeleistung, da sonst niemand die Initiative ergreifen würde. Schließlich aber findet sie Wege, die Verantwortung nicht komplett allein tragen zu müssen und organisiert die Unterbringung im Pflegeheim, wodurch sie von einem sehr großen Teil der Pflegeverantwortung entlastet wird. Die Realität oszilliert somit eher um Ausprägungen der „forced choice“. Bei Laura etwa kommt dies recht gut durch die Formulierung „freiwillig in gewissem Maße“ zum Ausdruck.

Wie frei nun tatsächlich im Einzelfall entschieden wird und wie stark bei aller Freiwilligkeit doch auch ein Gefühl von Alternativlosigkeit vorhanden ist, lässt sich letzten Endes von außen nur schwer bestimmen. Sicher ist, dass hier genau hingeschaut werden muss: Inwiefern stellt die Pflege für die jungen Menschen eine Belastung dar und wären doch andere Pflegearrangements nötig und möglich? In einer Publikation des Me-We-Projekts werden vergleichbare Situationen unter der Voraussetzung als ethisch vertretbar bewertet, dass eine Wahlmöglichkeit besteht (vgl. Young Carers 2020, S. 8). Das bedeutet: Der Staat stellt durch seine Institutionen die Rahmenbedingungen der Versorgung bereit. Die von ihm geschaffenen Strukturen müssen eine echte Alternative zur häuslichen Pflege ermöglichen, und zwar unter Beteiligung der jungen Angehörigen. Darüber hinaus ist es notwendig, über alle Möglichkeiten der Versorgung ausreichend informiert zu sein bzw. zu werden.

Wie eine adäquate Analyse der Situation sowie gute Beratung hier aussehen könnten, wird im Beitrag „Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Pflegende“ (vgl. Schön et al. zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in diesem Band) weiter erläutert. Um jungen Pflegenden die notwendige Unterstützung zukommen zu lassen, ist es besonders wichtig, für jedes konkrete Setting sorgfältig zu erfassen, wie sich das soziale Umfeld gestaltet und w dementsprechend Probleme liegen, wo aber auch Ressourcen zu finden sind. Im nächsten Schritt gilt es dann, verschiedene mögliche Pflegearrangements abzuwägen. Selbstverständlich sollten die Angehörigen am gesamten Prozess beteiligt sein. Ebenso wie das

Notwendigkeit der Wahlmöglich- lichkeiten

direkte Umfeld müssen die sozialen Netzwerke in ihrer vollen Komplexität und ihren Möglichkeiten betrachtet werden. Ggf. kann ein Case-Management-Prozess den Betroffenen dabei helfen, Alternativen zu gestalten.

4.2.4 Nah, vertraut, zu Hause: das Ideal der guten Pflege

Zwischen Rahmenbedingungen und Idealen

Ob sich ein junger Mensch als pflegende*r Angehörige*r einbringt, hängt wesentlich von den Rahmenbedingungen seines Lebens ab, insbesondere von der Familienkonstellation. Dies stellt auch schon Haumann in diesem Band heraus; die Interviews illustrieren dieses Ergebnis. Entgegen der Schlussfolgerung aus der Allensbach-Befragung lässt sich aus unseren Interviews allerdings ableiten, dass persönliche und familiäre Werte die Entscheidung für oder gegen die Pflege stark beeinflussen. Denn wie bereits aufgezeigt, besteht eine gewisse Wahlfreiheit bei der Verantwortungsübernahme. Darüber hinaus ist besonders die Entscheidung gegen eine Heimunterbringung stark von einem eng gefassten Idealbild von guter Pflege geprägt:

Klare Präferenz: Pflege zu Hause

Das zentrale Kriterium guter Pflege, das sich in wirklich jedem Interview wiederfindet, ist, dass der*die zu Pflegenden weiter zu Hause leben kann. Bei Rebekka wird dies zum allgemeingültigen, quasi zum „Goldstandard“ erhoben, bei Elisabeth und weniger explizit auch bei anderen Interviewten wird vorausgesetzt, dass innerhalb der Familie die Wünsche des*der auf Pflege Angewiesenen besonders gut erkannt und erfüllt werden können.

Häusliche Pflege ist gesamtgesellschaftlich betrachtet das klar präferierte Modell für „gute“ Pflege, es wird als qualitativ hochwertigste und für die auf Pflege Angewiesenen angenehmste Variante wahrgenommen (vgl. Klie 2019). Damit bleibt die Familienpflege auch in der (post-)modernen Gesellschaft das Leitbild für Pflegeangelegenheiten. Das belegt auch der Beitrag von Haumann in diesem Band. Die von uns Interviewten können sich aber noch weniger als der Durchschnitt der Befragten vorstellen, professionelle externe Unterstützung in dieses Setting einzubeziehen.

Vertrautheit und Wertschätzung in Nahbeziehungen

Danach gefragt, was gute Pflege bedeute, wird in fast allen Interviews auf die eine oder andere Art die Beziehung zur auf Pflege angewiesenen Person in den Vordergrund gestellt. Innerhalb der Familie sind zum einen emotionale Bindungen zu finden; eine gute Beziehung schließt zum anderen ein, dass eine bestimmte Vertrautheit besteht – fremde Personen sind insofern schon von vornherein weniger dafür prädestiniert. Beispielsweise führen Elisabeth, Lisa oder Laura an, dass sie dadurch, dass sie ihre Familienmitglieder kennen, auch deren Vorlieben und Abneigungen gut einzuschätzen wissen. Insbesondere Laura betont, dass es ihrer Mutter unangenehm ist, von fremden Personen gepflegt zu werden, z.B. beim Waschen. Hier gehen also verwandtschaftliche Nähe und Intimität

Hand in Hand. Kennzeichnend für eine gute Beziehung ist darüber hinaus in besonderem Maß die Wertschätzung – ein Aspekt, der sehr häufig genannt wird. Gemeint ist damit, dass die auf Pflege Angewiesenen in ihren Bedürfnissen anerkannt, verstanden und zu nichts gezwungen werden, anders gesagt: dass sie als Menschen mit eigener Würde wahrgenommen und geachtet werden. Nach Ansicht der Interviewten ist es dafür notwendig, sich Zeit zu nehmen. Ein Gegenbild, das von Jacob gezeichnet wird, ist „wie eine Ware“ behandelt zu werden. Diese Gegenüberstellung von Wirtschafts- und Beziehungslogik rundet das Bild ab: Beziehung, Nähe, Vertrautheit, Respekt und zeitliche „Hingabe“ stehen im Gegensatz zu Fremdheit, hoher Versorgungsgeschwindigkeit und einer gewissen Verdinglichung.

Im Grundverständnis der jungen Leute klingen also die Dimensionen fairer Pflege an, d.h. unter anderem der Zugang zu essenziellen Lebenserfahrungen, wie es die Bindungen an Menschen und Gegenstände, die Beziehungsgestaltung und das Recht auf eigene Interessen darstellen (vgl. zu den Dimensionen guten Lebens Nussbaum 2016; zu den Aspekten fairer Pflege Klie 2018a, S. 39). Der explizite Hinweis auf elementare Aspekte menschenwürdigen Lebens deutet darauf hin, dass dessen Gewährleistung nicht als Selbstverständlichkeit verstanden wird. Sollen die jungen Angehörigen entlastet werden, muss gewährleistet sein, dass diese Kriterien auch in anderen Pflegesettings, z. B. beim Einbeziehen professioneller Dienste, erfüllt werden können.

Interessant ist hier, welche Perspektiven nicht eingenommen werden: „Gute Pflege“ bewegt sich im Verständnis der jungen Pflegenden auf der Beziehungsebene. Jacob bemerkt zwar auch, dass man „Leichtigkeit“ zeigen und Verurteilungen gegenüber der auf Pflege angewiesenen Person vermeiden sollte, aber auch das ist eine Qualität, die sich auf das zwischenmenschliche Verhältnis bezieht. Es geht also nicht um tätigkeits- bzw. verrichtungsbezogene Kompetenzen und damit um die ggf. auch formale Qualifikation der Pflegeperson. Dass Professionalität vorteilhaft sein kann, wird zwar teilweise anerkannt, dennoch gehen die meisten Interviewten davon aus, sich die fachlich erforderlichen Kenntnisse selbst aneignen zu können. Die Studie von Haumann in diesem Band weist einen sehr hohen Anteil an Autodidakt*innen unter den jungen Pflegenden aus. Fachkenntnissen kommt hier eher eine ergänzende Funktion zu, z. B. mit dem Ziel, sich selbst sicherer zu fühlen, denn durch fundierteres Hintergrundwissen kann früher erkannt werden, wo medizinischer Handlungsbedarf besteht. Außerdem erleichtern pflegefachliche Kenntnisse die Durchführung anspruchsvollerer Aufgaben, sei es in der Körperpflege oder z. B. bei der Katheterspülung, wie Elisabeth und Rebekka als gelernte Pflegefachkräfte berichten.

Es fällt auf, dass die Perspektive der Pflegepersonen fast vollkommen fehlt. Lediglich Nina erwähnt, dass deren Überforderung vermieden werden muss. Ansonsten äußern die jungen Pflegenden

Dimensionen guter Pflege

Bedürfnisse und Kompetenzen der Pflegeperson?

im Zusammenhang mit „guter Pflege“ keine eigenen Bedürfnisse, sondern richten ihr Konzept altruistisch an den – tatsächlichen oder angenommenen – Wünschen der zu Pflegenden aus.

4.2.5 Starke Familien, schwacher Staat? Offene Fragen der Subsidiarität

Es ist deutlich geworden, wie wichtig den jungen Menschen gute Pflege ist. Diese zu gewährleisten, ist eines ihrer Hauptmotive. Im Folgenden soll erörtert werden, inwiefern die jungen Pflegenden sich unter den gegebenen Umständen (Familienkonstellation, berufliche Situation etc.) verpflichtet fühlen, Pflegeaufgaben selbst zu übernehmen.

Persönliche Verpflichtung

Wie die KiFam-Studie zeigt, nimmt die Familie auf der Liste der Pflegemotivationen einen bedeutenden Platz ein, sie ist von hohem Wert. Das Gleiche gilt folgerichtig für das Gefühl, ihr verpflichtet zu sein. Die bei KiFam häufigste Antwort auf die Motivationsfrage lautet „weil es meine Familie ist“ (vgl. Metzger 2018 S. 46 f.). Fast wörtlich findet sie sich im Interview mit Nico wieder; er begründet sein Engagement mit „weil sie meine Mutter ist“. Andere Interviews weisen in dieselbe Richtung. Lisa markiert ihre Entscheidung ausdrücklich als persönliche und distanziert sich von einer „allgemeinen Regel“. In ihrem Fall hat die Bindung zur Mutter den Anstoß zum Pflegen gegeben. Sie leitet daraus aber kein moralisches Recht auf Verallgemeinerung ab. Lisa betont die subjektive Komponente, sie wird nicht normativ.

Staatliche Rahmenbedingungen

Das Modell der gemischten Wohlfahrtsproduktion behandelt die Herstellung von Wohlfahrt als Aufgabe mehrerer Akteure: Neben staatlichen Einrichtungen (z.B. die Kranken- und Pflegekassen), dem Markt (gewerbliche Pflegedienste, Krankenhäuser etc.) sowie freiwillig Engagierten sind auch die privaten Netzwerke eingebunden, bestehend aus Familie, Nachbar*innen und Freund*innen. Die Beiträge der einzelnen Akteure variieren (vgl. Evers und Olk 1996; Klie und Roß 2005).¹³ Diese Art von „Wohlfahrts-Mix“ ist kein neues Phänomen, das erst im Zusammenhang mit der Pflege auftauchte. Es ist, ganz im Gegenteil, Bestandteil alltäglicher Lebensführung, etwa in der Kinderbetreuung (vgl. Klie 2017b, S. 249).

Sozialstaatliche Versorgung fußt auf privatem Engagement

Betrachtet man die vorliegenden Erzählungen junger Pfleger*innen vor dem Hintergrund der tatsächlichen Wohlfahrtsarchitektur, wird ihre Familienorientierung noch deutlicher: In erster Instanz wird die (Kern-)Familie für verantwortlich erklärt. Erst wenn sie die Sorge- und Pflegeaufgaben nicht zufriedenstellend bewältigen kann, weil der zeitliche Umfang oder die Art der Aufgaben zu anspruchsvoll wird, ist eine solidarische Verantwortungsübernahme im sozialen Nahbereich und/oder professionelle Hilfe durch Pflegedienste vorstellbar. Bei Nico spielen neben der Kernfamilie auch Bekannte eine

¹³ Vgl. dazu das Leitbild der geteilten Verantwortung (Klie und Schuhmacher 2009).

Rolle, Rebekka erwartet Unterstützung von Nachbar*innen und direkten sozialen Kontakten des auf Pflege angewiesenen Menschen, Lisa wünscht sich Pflegedienst oder Tagespflege an ihrer Seite. Nina erwähnt als Einzige, dass sie sich für ihr eigenes Alter Konzepte vorstellen kann, die auf solidarisch organisierter Verantwortung fußen, z. B. im Rahmen von Senioren-WGs. Ob andere Pflegemodelle, etwa Pflegeheime, für die Befragten eher in Betracht kämen, wenn sie ihnen zutrauten, die eigenen Kriterien guter Pflege zu erfüllen, bleibt offen.

Der Staat ist laut den jungen Pflegenden hauptsächlich dafür verantwortlich, Strukturen zu schaffen, die bei der häuslichen Pflege unterstützen; außerdem möchten sie die bestehenden Strukturen verbessert sehen. Die Finanzierung gilt den meisten ebenfalls als vorrangige staatliche Aufgabe. So betont Laura, wie wichtig es sei, dass Pflegedienste sich Zeit nähmen. Rebekka fordert, dass die Rentenkasse ihre Pflegezeit auch dann akzeptiert, wenn sie mehr als 30 Stunden pro Woche arbeitet, eine Anpassung, die ihr helfen würde. Nico sieht den Staat gar ausschließlich in finanzieller Verantwortung. Nina weitet den Blick für soziale Ungleichheiten: Menschenwürdige Pflege dürfe nicht an der Finanzierung scheitern.

Hier wird das Subsidiaritätsprinzip angesprochen (vgl. Heinze et al. 2015; für den Kontext Pflege und Palliative Care vgl. Bruker und Klie 2017). In einem modernen Sinne bedeutet Subsidiarität, die im Übrigen nach Zacher das zentrale Gestaltungsprinzip eines freiheitlichen und solidarischen Sozialstaates darstellt, dass eine übergreifende Aufgabe, etwa die der Sorge und Pflege, auf eine Vielzahl von Akteuren und Trägern verteilt wird. Diese ergänzen sich wechselseitig und leisten den jeweils ihnen gemäßen Beitrag (vgl. Baumgartner und Korff 1999) zur Erfüllung der Aufgabe. Hierbei gibt es nicht „den einen Weg“, sondern im Gegenteil: Soziale Netzwerke und selbstorganisierte Einzelne spielen in vielfältiger Weise mit den staatlichen Instanzen und Institutionen zusammen. Wichtig ist, dass die Eigeninitiative der Bürger*innen und Kommunen wo immer möglich respektiert und gestärkt wird, jedenfalls solange sie sich als kompetenter erweisen als der Staat (vgl. Baumgartner und Korff 1999, S. 235). Subsidiarität bedeutet staatlicherseits dann vor allem zu eruieren, wie es gelingen kann, die Selbstorganisations- und Sorgefähigkeit der Familie und Nachbar*innen, Bekannten und weiteren Engagierten zu stärken und ggf. neu zu initiieren. Dem Staat kommt also vor allem die Rolle zu, die vorhandenen Kräfte zu koordinieren sowie die erforderlichen finanziellen Mittel und die Pflegeinfrastruktur bereitzustellen.

Stellt man die Vorstellungen der Interviewpartner*innen dem Prinzip der Subsidiarität gegenüber, so erkennt man, dass die jungen Leute an vielen Stellen subsidiär denken: Dem Staat kommt ihnen zufolge v. a. eine gewährleistende Rolle zu, gerade, indem er durch eine auskömmliche Finanzierung sicherstellt, dass Hilfeangebote verfügbar sind. Auch hat der Staat, so die Befragten, Strukturver

Subsidiaritätsprinzip

Verankerung des Subsidiaritätsprinzips im Bewusstsein der Befragten antwortung inne, er soll also z. B. gewährleisten, dass Pflegedienste für ihre Einsätze ausreichend Zeit haben. Zudem machen die jungen Menschen deutlich: Dort, wo die kleinen Lebenskreise (v. a. die Familien) die Sorge und Pflege nicht mehr leisten können, soll der Staat und sollen sich weitere Beteiligte engagieren.

Die Eigeninitiative der jungen Pflegenden, die, so zeigen es die Interviews, bemerkenswert ausgeprägt ist, aufzunehmen und zu stärken, muss die zentrale Aufgabe subsidiären Handelns sein. Konkret bedeutet das, strukturell und finanziell sicherzustellen, dass die jungen Menschen ihrer freiwillig übernommenen Verantwortung auf gute und für sie akzeptable Weise gerecht werden können. Das heißt vor allem, ohne dass sie sich dabei überfordern. Es bedarf also lokaler Unterstützungsangebote, gut zugänglicher, einzelfallgerechter Beratung und finanzieller Entlastung.

Die jungen Pflegenden ihrerseits denken die Vorleistungspflichten des Staates – wie die örtliche Verfügbarkeit von Diensten und Einrichtungen – kaum mit. Sie sind pragmatisch-individualistisch ausgerichtet und nehmen die staatlicherseits zur Verfügung gestellten Hilfen in Anspruch – oder auch nicht. Dabei bleiben sie arm an politischen Forderungen und ohne den entschieden geäußerten Anspruch, der Staat möge mehr Verantwortung übernehmen. Vielmehr fügen sie sich grundsätzlich in die bestehenden Strukturen ein und erleben diese offenbar weitgehend als gegeben. Sie denken und handeln als Einzelne, die Perspektive des demokratischen Feldes, das durch politische Mitwirkung und damit gemeinschaftlich gestaltbar ist, so wie es etwa den Konzepten der Caring Community zugrunde liegt (vgl. Klie 2020), scheint ihnen fremd.

4.2.6 „Weil sie meine Mutter ist“: die Generationenpflicht

Filiale Reife Indem die jungen Pflegenden sich dafür entscheiden, sich an der Pflege meist älterer Familienmitglieder zu beteiligen, übernehmen sie Verantwortung. Die ursprünglichen sozialen Rollen zwischen (Groß-)Eltern und Kindern werden dadurch umgekehrt. Wichtige Voraussetzung für eine gelingende Verantwortungsübernahme ist die filiale Reife (vgl. Bruder 1988): Dass das Leben der Eltern durch eine Erkrankung eine unerwartete Wendung genommen hat und möglicherweise schon bald enden wird, muss angemessen verarbeitet werden. Nur so können die Jungen gegenüber den Eltern eine Pflege gewährleisten, innerhalb derer sie sich einerseits fürsorglich zeigen, andererseits aber auch eigene Bedürfnisse zum Tragen kommen lassen. Dieses Gleichgewicht scheint Lisa mit der Zeit entwickelt zu haben, und auch Elisabeth hat diese Erkenntnis in Bezug auf ihre Großmutter gewonnen. Nina scheint sich noch in einem Aufarbeitungsprozess zu befinden, um die Veränderungen ihrer Mutter akzeptieren zu können.

Diese Umkehr der Rollen basiert auf dem in unserer Gesellschaft wirksamen Reziprozitätsgrundsatz: Reziprozität, also Wechselseitigkeit, ist ein Prinzip, das allen sozialen Beziehungen zugrunde liegt und sie maßgeblich konstituiert. Wer eine Leistung erbringt, kann in der Regel darauf bauen, auf dem ein oder anderen Weg dafür etwas zurückzubekommen. Das gilt für Nahbeziehungen innerhalb Familien wie auch für abstraktere Formen der intergenerationalen Beziehung, wie z. B. dem „Generationenvertrag“ zwischen Älteren und Jüngeren. Stegbauer diskutiert, inwiefern die Beziehung zwischen Eltern und Kindern eine direkte Reziprozitätsbeziehung ist, in der die Kinder ihren Eltern die ihnen in der Kindheit entgegengebrachte Fürsorge im Alter direkt zurückgeben. Oder ob Fürsorge vielmehr von Generation zu Generation weitergegeben wird und damit in generalisierter Form eine verkettete Weitergabe von Leistungen stattfindet (vgl. Stegbauer 2011, S. 67–75).

Rollenumkehr im Generationenverhältnis

In den Erzählungen von Nico und Rebekka ist z. B. zu erkennen, dass die jungen Pflegenden das zurückgeben möchten, was ihnen als Kindern an Sorge entgegengebracht wurde. Rebekka berichtet: „Sie waren immer für mich da, meine Großeltern – sind immer noch für mich da, meine Oma – jetzt kann ich quasi was zurückgeben“. Jacob führt an, dass die Kinder ihren Eltern gegenüber verpflichtet seien und sich um sie zu sorgen hätten. Dies könne aber auch heißen, einen Pflegeheimplatz für sie zu organisieren.

4.2.7 Vom Umgang mit gesellschaftlichen Erwartungen

Es fällt auf, wie selbstverständlich und unhinterfragt die jungen Menschen Verantwortung in der familiären Pflege übernehmen (s. hierzu Abschnitt 4.2.5). In ihrer Wahrnehmung entsteht sie quasi naturwüchsig aus der gegebenen Situation. Solche Fraglosigkeit gibt Anlass, genauer hinzuschauen. Sie verweist in der Regel auf tief verankerte Orientierungsmuster, die unser gesellschaftliches Zusammenleben strukturieren¹⁴ oder, enger gefasst, zumindest innerhalb bestimmter sozialer Gruppen zu Normen geworden sind. Unseren Befragten gilt es als normal, für ihre Eltern oder andere Angehörige zu sorgen – auch wenn der Pflegebedarf in ihrem Fall etwas früh eingetreten ist.

Internalisierung gesellschaftlicher Erwartungen

Dennoch zeigt sich auch: Was für die von uns Interviewten als selbstverständlich gilt, wird von Altersgenoss*innen hinterfragt. Am deutlichsten wird dies bei Laura und Rebekka, die beide erwähnen, dass Freund*innen und Bekannte z. T. verständnislos auf ihre Entscheidung reagieren. Die stark fokussierte familiäre Bindung unserer Gesprächspartner*innen steht im Gegensatz zum Autonomiebestreben innerhalb derselben Altersgruppe, also einem alternativen Orientierungsmuster. Letzteres treibt junge Menschen bekanntlich dazu an, sich aus der Familie zu lösen und in mannig-

Normative Vorgaben und Pluralität

¹⁴ Degele führt dies z. B. in Bezug auf Heteronormativität aus (2015: 241 ff).

faltiger Weise von ihr zu distanzieren, sei es geografisch (längere Reisen, Auslandsaufenthalt, anderer Wohnort), sei es durch andere Schwerpunkte in Politik, Berufsentscheidung, Freundeswahl, Freizeitgestaltung etc.¹⁵

Dass unterschiedliche Orientierungsmuster parallel zueinander bestehen oder miteinander konkurrieren, ist in einer ausdifferenzierten Gesellschaft nicht verwunderlich (vgl. Mannheim 1964). Die Interviewten selbst erheben bezüglich ihrer Entscheidung und den ihr zugrundeliegenden Werten keinen Anspruch auf universelle Gültigkeit. Vielmehr zeigen sie sich tolerant und drücken Verständnis dafür aus, dass andere sich anders verhalten würden. Lediglich Rebekka formuliert einen expliziten Appell, es mit der häuslichen Pflege doch wenigstens zu versuchen.

Toleranz und Universalitätsansprüche

Vor dieser Folie ist auch das Ergebnis der Bevölkerungsumfrage zu Einstellungen der Pflege zu lesen: Viele Befragte, die der häuslichen Versorgung gegenüber positiv eingestellt sind oder die angeben, eine moralische Verpflichtung ihren Angehörigen gegenüber zu sehen, verurteilen bei anderen die Inanspruchnahme des Pflegeheims bei ungünstigen Rahmenbedingungen für die häusliche Pflege nicht (vgl. Haumann in diesem Band). Die Interviews mit den jungen Pflegenden zeigen, dass es möglich ist, sich an die eigenen Normen bzw. verinnerlichten normativen Erwartungen des Umfelds gebunden zu fühlen, diese aber nicht zwingend auf andere zu projizieren. Sie begreifen ihre Werte als persönliches Gut und wissen um die Grenze ihrer Gültigkeit. Dass andere sich anders entscheiden, erscheint ihnen legitim. Die Verletzung der offensichtlich „starken“ eigenen Norm guter Pflege zu Hause führt jedoch – z. B. bei Nina, die sich unter dem Druck der Umstände fürs Pflegeheim entscheidet – zu einem schlechten Gewissen. Pflege im Nahbereich zu ermöglichen ist, wie ihr Fall zeigt, ein nur bedingt verhandelbares Ideal, das, wenn es sich nicht erfüllen lässt, zu negativer Selbstbewertung führen kann.

Die jungen Pflegenden handeln ihre Entscheidung grosso modo mit sich und ihrem familiären Umfeld aus und zeigen sich anderen potenziellen Entwürfen gegenüber tolerant. Andersherum führt das Unverständnis der Altersgenoss*innen allerdings zu Konflikten: Rebekka schildert, dass sie die entsprechenden Kommentare nicht mehr hören wolle, Laura, dass es sie erleichtert habe, durch Corona vom sozialen Druck, außerhalb der Familie etwas mit den Freund*innen zu unternehmen, entbunden zu sein. Die Toleranz ist zwischen den jungen Pflegenden und ihren nicht-pflegenden Altersgenoss*innen also ungleich verteilt und baut einen gewissen Rechtfertigungsdruck auf.

¹⁵ Diese Erwartungshaltung ist es auch, die erklärt, inwiefern von altersuntypischer Verantwortung (vgl. Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band) gesprochen werden kann.

4.2.8 Dauernde Pflege, dauernde Belastungen

In jungen Jahren Pflegeverantwortung zu übernehmen kann, wie wissenschaftlich belegt ist, zu psychischen, körperlichen und sozialen Belastungen führen (vgl. Roling et al. 2020; Metzling und Schnepf 2007; Kaiser et al. 2018). Von unseren Interviewpartner*innen werden sie nur begrenzt thematisiert, dafür gibt es sicher verschiedene Gründe. Wir führen ihre Zurückhaltung vor allem auf methodische Einschränkungen zurück: Im Vorfeld der Interviews konnte kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. Dadurch war die Offenheit der Gesprächspartner*innen vermutlich eingeschränkt. Über die unangenehmen und belastenden Seiten häuslicher Verwandtenpflege zu sprechen, erfordert Vertrauen und Mut. Scham- und Schuldgefühle müssen überwunden werden, will man Ermüdung, Unmut, Traurigkeit, Aggression, Ekel o. Ä. thematisieren. Möglich ist zudem, dass durch das Forschungsdesign ein Bias entstanden ist: Die Zeit und Kraft zur Teilnahme an einem Interview haben vor allem diejenigen, die anderweitig nicht überfordert sind.

Die Einzige unter den Interviewten, die explizit hohe Belastungen zur Sprache bringt, ist Nina. Sie hat mit Hilfe einer spezifischen Beratungsorganisation und einer Psychotherapie ihre Erfragungen bereits reflektiert und ist außerdem mit 30 Jahren die Älteste des Samplings. Nina zählt mehrere Faktoren auf, die zu starkem Stress und in emotionale Notsituationen geführt haben. Das Spektrum reicht von der Sorge um die Mutter und Konflikten in der Familie sowie einem hohen zeitlichen Aufwand, um die anstehenden Aufgaben bewältigen zu können, über Ekelgefühle und Angst vor finanzieller und rechtlicher Verantwortung bis zu Gewissenskonflikten angesichts der Pflegeheimentscheidung.

In den anderen Interviews werden belastende Momente durchaus angesprochen, wenn auch in deutlich geringerem Umfang. Jacob und Rebekka thematisieren die Notwendigkeit, ständig verfügbar zu sein und in diesem Zusammenhang das Problem des Schlafmangels. Jacob sagte: „Die Belastung war eigentlich das rund um die Uhr da sein“. Elisabeth spricht von der emotionalen Last, die die Diagnose der Großmutter für sie bedeutet hat: „ein niederschmetterndes Ereignis, woran ich auch ein bisschen zu knabbern hatte“. Wenig Raum nehmen die von uns im Vorfeld erwarteten negativen Auswirkungen auf die Schule und den Lernerfolg ein. Es stellt zwar eine Herausforderung dar, die Mehrfachbelastung von Pflege und Lernen zu managen, doch auf den Lernerfolg scheint es, bis auf eine Verlängerung des Studiums, kaum Auswirkungen zu geben. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass andere methodische Zugänge und Instrumente erforderlich sind, um Belastungen in angemessener Weise abbilden zu können. Bei Interviews ist wohl in besonderer Weise darauf zu achten, dass bereits eine Vertrauensbasis zwischen Interviewer*in und Befragter*in besteht. Beim Sampling sollten bewusst auch belastete Versorgungssettings einbezogen werden.

Vertrauensverhältnis als Basis für die Äußerung von Belastungen

Belastung durch Sorge, Ekel, Organisationsaufwand und Gewissenskonflikte

Belastung durch ständige Verfügbarkeit und emotionale Beanspruchung

Scham**Exkurs: Scham**

Nina ist es sehr unangenehm, die Entwicklung ihrer Mutter zu erleben: „Da sind viele Dinge passiert, die ich lieber nicht gesehen hätte, weil das viel auch mit ‘ner massiven Verwahrlosung und Alkoholismus einherging.“ Sie beschreibt einerseits Ekel vor dem Zustand der Wohnung, andererseits schildert sie, wie die Mutter zunehmend die Kontrolle verliert, was sie mit einem Statusverlust – sie vergleicht sie mit einer Obdachlosen – in Verbindung bringt (s. Abschnitt 4.1.6).

Indem sie die mütterliche mit einer Pflegesituation vergleicht, die nicht von ekelauslösenden Aspekten und Kontrollverlust gekennzeichnet ist, zeigt sie sich einer normativen Erwartung, der sie und ihre Mutter nicht gerecht werden können, bewusst. Dieser Mechanismus steht nach Neckel hinter dem Gefühl der Scham (1993). Marks ermöglicht es, das von Nina beschriebene Schamempfinden weiter auszudifferenzieren: Die Scham durch Statusverlust bezeichnet er als Peinlichkeits-Scham, die Scham für Überschreitung von Grenzen der Intimität, wie z. B. durch die Nutzung des Balkons als Toilette, als Intimitäts-Scham. Schließlich schildert Nina Gewissenskonflikte bzgl. der Entscheidung, ihre Mutter ins Pflegeheim gegeben zu haben. Dies könnte mit Marks als Gewissens-Scham verstanden werden (vgl. Diakonie Hessen 2020, S. 22).

Scham ist ein schmerzhafter Affekt, der in Pflegesituationen häufig auftritt (vgl. Diakonie Hessen 2020). Üblicherweise wird das Verständnis dessen, was schambehaftet ist, auf intimitätsbezogene Aspekte reduziert, etwa in der Körperpflege. Dieser kleine Exkurs veranschaulicht, welche weiteren Facetten Schamgefühle haben können. Auch vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass sie in einem höheren Maß auftreten, als sie z. B. von den jungen Pflegenden geäußert werden und dass sie es erschweren, offen über die entsprechenden Pflegesituationen zu sprechen.

4.2.9 Schweigen, reden, durchhalten? Über Bewältigungsstrategien

Über die Erfahrungen sprechen

Mit anderen Menschen über die schwierige Situation zu sprechen, ist eine Bewältigungsstrategie, die bereits in anderen Studien und von Praktiker*innen als hilfreich herausgearbeitet wurde (vgl. Metzinger 2018, S. 84). Die meisten der Interviewten sprechen nicht nur innerhalb der Familie, sondern z. B. auch mit engen Freund*innen. Letzteres ist in unterschiedlichem Maße hilfreich. Das Ergebnis hängt davon ab, wie viel Verständnis das (meist ebenfalls junge) Gegenüber für die ihm fremde Situation aufbringt bzw. wie viel Empathie es für den*die Pflegenden*in empfindet. Durch ihren Mangel an Erfahrung können Freund*innen die Herausforderungen der Pflege-

situation nicht immer nachvollziehen. Lisa hat deshalb z. B. eher den Austausch mit anderen pflegenden Angehörigen im Rahmen eines Seminars als hilfreich empfunden. In ihrem weiteren Bekanntenkreis stoßen junge Pflegende teilweise sogar auf Unverständnis.

Nico bringt noch eine andere Perspektive hinein: Er möchte auch mit Freunden am liebsten nicht über seine Situation sprechen, da er, und man kann das durchaus als Selbstfürsorge verstehen, nicht kontinuierlich mit der Krankheit seiner Mutter konfrontiert werden will. Freunde funktionieren für ihn scheinbar komplementär zur häuslichen Situation.

Im Kontext von Schule, Ausbildung und Studium thematisieren die Einzelnen die häusliche Situation in unterschiedlichem Umfang. Elisabeth sieht in der Schule z. B. keinen Gesprächsbedarf, ihre Vorgesetzten in der Ausbildungsstätte wissen aber Bescheid, sodass sie, falls erforderlich, auch während der Arbeitszeit kurz telefonieren kann. Lisa erlangt durch den Austausch mit einer Dozentin Verständnis dafür, dass sie eine Studienarbeit nicht rechtzeitig fertigstellen kann. Laura hingegen möchte ihre häusliche Situation in der Schule explizit nicht thematisieren, da sie für sich keine „Vorteile“ wünscht.

Bemerkenswerterweise wird die Frage nach der Bewältigung oft mit individuellen Techniken und Perspektivwechseln beantwortet. So ist etwa „sich zusammenreißen“ eine Strategie oder die (Um-)Deutung der Erfahrung als „positiver Stress“. Auf einen Nenner gebracht, könnte man das „Arbeit an der eigenen Haltung“, z. T. auch schlicht „Selbstdisziplin(ierung)“ nennen. Diese Strategien minimieren zwar die momentane psychische Belastung und helfen dabei, mit der Aufgabe fortfahren zu können. Echte Entlastung schaffen sie auf Dauer aber nicht.

Um mit den Pflegesituationen umgehen zu können, kümmern sich die jungen Pflegenden zudem um Ausgleichsmöglichkeiten: Laura nimmt sich viel Zeit, um joggen zu gehen und Elisabeth sucht sich und ihrem Bruder ein Hobby. Vorsicht ist aber dabei geboten, sich zu sehr auf die Resilienz und die Selbstoptimierungsfähigkeiten der jungen Pflegenden zu verlassen. Auch in Pflegebeziehungen, die z. B. durch Pflegegeld finanziert sind, kann es zu ausbeutungsähnlichen Verhältnissen kommen.

4.2.10 Beratung: Leerstelle bei jungen Pflegenden

In den meisten Interviews entsteht der Eindruck, dass noch nicht darüber nachgedacht wurde, eine ausführliche Beratung zum Pflegearrangement in Anspruch zu nehmen, was durchaus bemerkenswert ist. Es gibt dafür folgende Gründe:

- Die administrativen Aufgaben, darunter z. B. auch Kontakte mit Pflegestützpunkten und dem Medizinischen Dienst der Kranken-

Individuelle Bearbeitung der Probleme überwiegt

Fehlendes Bewusstsein: Beratung kann helfen

versicherung, werden in fast allen Fällen von den Eltern übernommen.

- Vor dem Hintergrund der eigenen fachlichen Kompetenz als Pflegefachkraft wird eine Beratung für nicht notwendig erachtet.
- Das Selbstverständnis, Teil einer Zielgruppe, z. B. von Pflegestützpunkten, zu sein, fehlt.
- Die jungen Pfleger*innen sind nicht in der Lage, ihre Probleme zu beschreiben oder halten sie für zu unspezifisch, um sich damit an eine Beratung zu wenden.

Bisher nutzen die Befragten fachliches Wissen aus eigenen Recherchen sowie aus Kursen, die einen Bezug zur Krankheit des*der pflegebedürftigen Angehörigen haben. Über diese Möglichkeit informierten sie sich z. B. über die klinische Sozialberatung oder über Podcasts für pflegende Angehörige. Gerade vor dem Hintergrund des großen Interesses junger Pfleger*innen, die eine hohe Bereitschaft haben, sich autodidaktisch Wissen anzueignen (vgl. Haumann in diesem Band), liegt es nahe, Informationen, sowohl zu Beratungsangeboten als auch zu Pflegearrangements, online zu platzieren. Nina ist die Einzige unter den Befragten, die sich an einen Pflegestützpunkt wendet. Sie ist in ihrem Familiensetting mit der Verantwortung administrativ und organisatorisch allein, also hauptverantwortlich. Die junge Frau erhält erst keine Unterstützung – mit den entsprechenden hochproblematischen Folgen (s. Abschnitt 4.1.6).

Entwicklungsbedarfe bei Beratungen

Vor dem Hintergrund der hier benannten Herausforderungen erscheint es absolut erforderlich, darüber nachzudenken, wie Beratungsstellen passgenaue und attraktive Gesprächsangebote anbieten können, die auch junge Pfleger*innen erreichen und in guter Weise unterstützen. Der Beitrag von Schön et al. zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten in diesem Band geht weiter auf diese Frage ein.

4.3 Fazit: Engagiert und abgesichert. Wenn junge Menschen freiwillig pflegen

Die Familienkonstellation ist maßgeblich

Der vorliegende Bericht basiert auf den Interviews sieben junger Pfleger*innen, die sich freiwillig zum Gespräch bereitgefunden haben. Folgende Merkmale sind allen Befragten gemein: Die jungen Menschen leben, bis auf eine von ihnen, in Familienkonstellationen, die als tragfähiges sozio-ökonomisches Netz fungieren, also von geteilter Verantwortung und Kooperation, einer hohen Wertschätzung des familiären Miteinanders und gewissen finanziellen Spielräumen geprägt sind. Sie sind alle entweder noch in der Schule, in Ausbildung oder im Studium und dadurch zeitlich in hohem Umfang disponibel bzw. in der Lage, ihre Zeit relativ frei einzuteilen. Vor diesem Hintergrund ist es ihnen möglich, angesichts einer akut gewordenen Not- und Pflegesituation, meist ein einzelnes Familienmitglied be-

treffend (Mutter, Vater, Bruder, ein Großelternteil, die Urgroßmutter), die anfallenden häuslichen Pflegeaufgaben zu großen Teilen eigenständig zu übernehmen. Die meisten von ihnen können dabei in gewissem Umfang auf ein soziales Netzwerk aus Verwandten und Freund*innen der Familie zurückgreifen. Sie teilen die Verantwortung also mit anderen, was ihnen die Aufgabe in gewissem Umfang erleichtert. Die einzige mit sämtlichen Entscheidungen und Verantwortlichkeiten allein Konfrontierte kann denn auch die Pflege der Mutter nicht eigenständig übernehmen, sondern sieht sich gezwungen, sie ins Pflegeheim zu geben. Denn in allen genannten Fällen geht es um eine hochanspruchsvolle Form von Pflege, nämlich eine „Rund-um-die-Uhr“-Tätigkeit.

Nach den Angaben der Befragten haben sie sich hierzu mehr oder weniger freiwillig entschieden. Dennoch wird der Schritt in mehrfacher Hinsicht als notwendig erlebt: Bedingt durch die Erwerbstätigkeit anderer Familienmitglieder sowie die Tatsache, dass sie selbst sich in der Übergangsphase Schule/Studium/Ausbildung befinden sowie in unmittelbarer geografischer Nähe zum Pflegeort leben, sind die jungen Menschen die jeweils bestverfügbaren Personen innerhalb der Familie.

Moralisch betrachtet gilt es ihnen und vermutlich ihrer Familie als hoher Wert, den*die auf Pflege Angewiesene*n zu Hause zu versorgen. Dies entspricht, in Übereinstimmung mit der gängigen gesellschaftlichen Vorstellung von „guter Pflege“, dem unumstrittenen Idealbild, als dessen Gegenpol der Pflegeheimaufenthalt gesehen wird; diesen gilt es mit allen Mitteln zu vermeiden. Die häusliche wird auch aus anderen Gründen als bestmögliche Pflegeform erlebt: Die Familie gilt fast allen jungen Interviewpartner*innen als Ort des Vertrauten und Vertrauens, des intimen, liebe- und respektvollen Miteinanders. Hier werden Nähe, Wärme und Hingabe verortet. Kühle, Gleichgültigkeit und Zeitstress, der bis zur Verdinglichung des*der Pflegebedürftigen führt, werden hingegen als Charakteristika professioneller Pflegesettings betrachtet. Bei dieser Merkmalsverteilung ist vorgezeichnet, wie die allein wünschenswerte Entscheidung auszusehen hat.

Welche Rolle insgesamt der Moralökonomie zuzuordnen ist, d. h. der Bedeutung moralischer Orientierungen – wie der Reziprozität zwischen den Generationen – für gesellschaftlich verbreitete Einstellungen und Praktiken, wird zu diskutieren sein. Die in Deutschland gesellschaftlich verankerte Moral hinsichtlich der Verantwortung für Pflege in Familien stabilisiert in jedem Fall die fiskalische Seite der Pflegeversicherung und ist insofern funktional (vgl. Schulz-Nieswandt 2006, S. 140 ff). Das Konzept der Befragten von Pflege, Sorge und Zuständigkeit, aber auch von der praktischen Bewältigung und psychischen Verarbeitung der herausfordernden Situation ist stark vom Gedanken der (familiären) Eigenverantwortung geprägt. Sie zeigen dabei ein hohes Maß an Selbstdisziplin und Durchhaltvermögen. Das geht einher mit einer altersgruppenuntypischen

**Freiwillig in
gewissem Maße**

**Moralische
Motive**

**Institutionell
gestützte Ver-
antwortungs-
übertragung an
das Individuum
und die Familie**

Freizeitabstinenz. Von der z.T. als Druck erlebten Gruppendynamik, die sie eigentlich sozial dazu verpflichtet, an Peer-Aktivitäten teilzuhaben, machen sie sich weitgehend unabhängig. In ihrer auf Autodidaktik und Selbstorganisation ausgerichteten Pfl egetätigkeit, die bei manchen von ihnen vorübergehend zur Lebensform wird, zeigen einige der jungen Leute sich ebenso beratungs- wie institutionenfern und verpflichten das Individuum bzw. den Familien-Nexus im selben Maße, wie sie die Möglichkeit verstärkter staatlicher Verantwortung kaum in Betracht ziehen. Andererseits macht die Versorgungsstruktur in Deutschland genau diese Art der privaten Beteiligung erforderlich.

Die Gefahr hinter den bemerkenswerten Leistungen

Man kann die Haltung der jungen Pfleger hier also als ebenso pragmatische wie individualistische und unpolitische Haltung bezeichnen. Ihrer pflegerischen und menschlichen Leistung gebührt große Anerkennung, gerade auch ihrer Loyalität mit den Familienangehörigen sowie ihrer persönlichen Hilfsbereitschaft. Sie sind klaglos und aus innerer Überzeugung bereit, für einen langen Zeitraum große körperliche und psychische Belastungen auf sich zu nehmen. Gerade angesichts dieser Haltung droht aber auch die Gefahr der unhinterfragten, vielleicht nicht einmal selbst bemerkten Überforderung und sozialen Isolation. Dazu lädt die hier beschriebene Mentalität gemeinsam mit dem Pflegesetting gewissermaßen ein.

Solidarische Konzepte stärken

Auch vor diesem Hintergrund wird deutlich, wie wichtig ein solidarischer, von verschiedenen Formen der Unterstützung getragener Umgang mit Pflegesituationen ist. Hier wären wir beim Bedarf angelangt: Es braucht Beratungsangebote, die die Zielgruppe junger Pfleger erstens emotional-mentalitär ansprechen, also ihr Pflichtgefühl und ihren Wunsch, sich in die Pflege einzubringen, ernst nehmen; die zweitens kommunikativ gut zugänglich sind und sie über die ihnen geläufigen, meist digitalen, Wege erreichen (Internet, Podcasts etc.). Es gilt also, die alte Formel des „jemanden abholen, wo er steht“ anzuwenden. Notwendig ist aber drittens auch, und das sollte gesellschaftlich betrachtet selbstverständlich sein, eine Versorgungslage zu schaffen, die das Vorurteil des schlechten Pflegeheims durch real existierende gute Pflege widerlegt und Menschen, die moralisch und pflegerisch anspruchsvoll sowie verantwortungsbewusst sind, daher nicht in dilemmahafte Entscheidungslagen bringt. Im Großen bedarf es dessen, was die jungen Menschen im Kleinen, in ihrer Familienstruktur, bereits praktizieren: eine auf dem Konzept des „homo cooperativus“ basierende Struktur gelingender Pflege.

Spezifik der sozioökonomischen Situation

Eine Einschränkung erfahren unsere Studienergebnisse dadurch, dass die hier dargestellten Pflegesituationen und -haltungen nicht als gesamtgesellschaftlich repräsentativ zu betrachten sind. Im Gegenteil: Es steht stark zu vermuten, dass sie kognitiv, affektiv und behavioral ein soziales Milieu spiegeln, das grundsätzlich abgesichert und gut ausgebildet ist. Ein unvorhergesehenes Lebensereignis wie die Erkrankung eines Familienmitglieds stellt eine große He-

rausforderung dar, führt aber nicht in Arbeitslosigkeit oder Armut. Der Großteil der von uns Interviewten befindet sich im Studium, die meisten äußern explizit, dass innerhalb der Familie nicht die Mittel für professionelle Pflege fehlen würden. Wir müssen also davon ausgehen, dass wir Familien in prekären Situationen nicht erreicht haben. Gerade vor dem Hintergrund der Ergebnisse anderer Studien zu jungen Pflegenden (vgl. Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band) bleibt im Umkehrschluss zu vermuten, dass der Grad an hier zum Ausdruck gebrachter Pflegefreiwilligkeit abnimmt, je schwieriger die sozio-ökonomische Situation, insbesondere aber je prekärer das Pflegenetzwerk der betroffenen Familie ist (vgl. Blinkert und Klie 2005, S. 302 ff). Geringere finanzielle Spielräume und ein kleineres soziales Netzwerk (z. B. bei alleinerziehenden Elternteilen) beschneiden die Wahlmöglichkeiten ebenso wie die persönlichen und familiären Bewältigungsstrategien. Dass auch Beratung und Erreichbarkeit (sozial, aber z. T. auch sprachlich) im Falle prekärer Lebensumstände anders gedacht werden müssen, versteht sich von selbst.

Literaturverzeichnis

- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2005): Solidarität in Gefahr? Veränderung der Pflegebereitschaften und Konsequenzen für die Altenhilfe und Pflege. In: Thomas Klie, Anke Buhl, Hildegard Entzian, Astrid Hedtke-Becker und Helmut Wallrafen-Dreisow (Hg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag (Beiträge zur sozialen Gerontologie und Altenarbeit), S. 293–315.
- Bröckling, Ulrich; Dries, Christian; Leanza, Mario; Leanza, Matthias; Schlechtriemen, Tobias (2015): Das Andere der Ordnung: Theorien des Exzeptionellen. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft.
- Bruder, Jens (1988): Filiale Reife – ein wichtiges Konzept für die familiäre Versorgung kranker, insbesondere dementer alter Menschen. In: Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie. Bern: Huber, 1988, S. 95–101.
- Brüsemeister, Thomas (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bruker, Christine; Klie, Thomas (2017): Mixturen der Sorge. Engagement und Subsidiarität in Palliative Care. In: Praxis Palliative Care (36), S. 22–27.
- Diakonie Hessen (2020): Scham – Zwischen Tabu und Chance. Frankfurt am Main.
- Degele, Nina (2015): Ordentlich anders. Zur Entselbstverständlichung von Geschlecht. In: Ulrich Bröckling et al. (Hg.): Das

- Andere der Ordnung: Theorien des Exzeptionellen. Weilers-
vist: Velbrück Wissenschaft. S. 239–254.
- Evers, Adalbert; Olk, Thomas (1996): Wohlfahrtspluralismus – Ana-
lytische und normativ-politische Dimension eines Leitbegriffs.
In: Adalbert Evers und Thomas Olk (Hg.): Wohlfahrtspluralis-
mus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opla-
den: Westdeutscher Verlag, S. 9–60.
- Ganß, Michael (2018): Wenn das Nest wegbricht. Über junge Men-
schen in der Pflegeverantwortung. In: Demenz – Das Magazin
(36), S. 28–33.
- Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität
revisited. In: Sozialer Fortschritt 64 (6), S. 131–138.
- Kaiser, Steffen; Schulze, Gisela C.; Leu, Agnes (2018): Gesamtfa-
miliäre Unterstützung bei schulabsentem Verhalten pflegen-
der Kinder und Jugendlicher. In: Heinrich Ricking und Kar-
sten Speck (Hg.): Schulabsentismus und Eltern. Wiesbaden:
Springer-Verlag (Absentismus und Dropout), S. 185–198.
- Klie, Thomas (2017a): Pflegereport 2017. Gutes Leben mit Demenz:
Daten, Erfahrungen und Praxis. Hg. v. Andreas Storm und
DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2017b): Wohlfahrtspluralismus und Subsidiarität in
modernen Gesellschaften – Perspektiven für eine Neuaus-
richtung von Sozialpolitik. In: Ansgar Klein und Olaf Zimmer-
mann (Hg.): Impulse der Reformation. Der zivilgesellschaftli-
che Diskurs. Wiesbaden: Springer-Verlag (Bürgergesellschaft
und Demokratie), S. 247–259.
- Klie, Thomas (2018a): Gutes Leben im Alter und das Leitbild der Car-
ing Community. In: Ulrich Lilie, Wolfgang Beer, Edith Droste
und Astrid Giebel (Hg.): Auf dem Weg zur Sorgeskultur. Blin-
de Flecken in der alternden Gesellschaft. Esslingen: Hospiz-
Verlag, S. 38–55.
- Klie, Thomas (2018b): Pflegereport 2018. Pflege vor Ort – gelingen-
des Leben mit Pflegebedürftigkeit. Hg. v. Andreas Storm und
DAK-Gesundheit. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2019): Pflegereport 2019. 25 Jahre Pflegeversiche-
rung: Kosten der Pflege – Bilanz und Reformbedarf. Beiträge
zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung. Hg. v.
Andreas Storm. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2020): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder
tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale
für politische Bildung (Hg.): Pflege. Praxis – Geschichte – Po-
litik. Bonn; Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): Wie viel Bürger darf's denn
sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix –

- eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Dieter Döring (Hg.): Bürgerschaftliches Engagement. Unbegrenzte Möglichkeiten? Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 20–43.
- Klie, Thomas; Schuhmacher, Birgit (2009): Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz. Das Freiburger Modell. Unter Mitarbeit von Andreas Hils, Kerstin Goll und Markus Strauch. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit. Berlin. Online: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/dateien/Publikationen/Pflege/Berichte/Bericht_Wohngruppen_in_geteilter_Verantwortung_fuer_Menschen_mit_Demenz_-_Das_Freiburger_Modell.pdf
- Lamnek, Siegfried; Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. Mit Online-Material. 6. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lux, Katharina; Eggert, Simon (2017): ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): Junge Pflegende. ZQP-Report. Berlin, S. 14–25.
- Mannheim, Karl (1964): Die Bedeutung der Konkurrenz im Gebiete des Geistigen. In: Karl Mannheim (Hg.): Wissenssoziologie. Berlin, Neuwied: Luchterhand, S. 566–613.
- Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Metzing, Sabine (2018): Abschlussbericht zum Projekt: „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“. Förderzeitraum 01.06.2015–31.12.2017. GZ.: ZMVI 1 2515ZPK662. Unter Mitarbeit von Thomas Ostermann, Michael Galatsch, Nino Chikhradze, Christiane Knecht, Kristina Barbknecht, Franziska Piechkamp et al. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit, Universität Witten/Herdecke. Witten.
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). In: Pflege 20 (6), S. 331–336.
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2008): Warum Kinder und Jugendliche zu pflegenden Angehörigen werden: Einflussfaktoren auf die Konstruktion familialer Pflegearrangements. In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 315–341.
- Neckel, Sighard (1993): Achtungsverlust und Scham. Die soziale Gestalt eines existenziellen Gefühls. In: Hinrich Fink-Eitel und

- Georg Lohmann (Hg.): Zur Philosophie der Gefühle. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag, S. 244–265.
- Nussbaum, Martha C. (2016): Gerechtigkeit oder das gute Leben. Gender Studies. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Roling, Maren; Falkson, Sandra; Hellmers, Claudia; Metzinger, Sabine (2020): Early caregiving experiences and the impact on transition into adulthood and further life: a literature review. In: Scandinavian journal of caring sciences 34 (3), S. 539–551.
- Salzmann, Benjamin; Kliem, Anna; Ehmke, Jenny (2019): Wenn Jugendliche sich um kranke Angehörige kümmern. Handbuch für Fachkräfte. Unter Mitarbeit von Katharina Lux, Gabriele Tammen-Parr und Lilly Parr. Hg. v. Berlin Pflege in Not. Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e. V.; Diakonie Deutschland; Echt unersetzlich. Berlin. Online: www.echt-unersetzlich.de/wp-content/uploads/Handbuch_pflegerische-Kinder-und-Jugendliche-2019_web.pdf, zuletzt geprüft am 12.05.2021
- Schulz-Nieswandt, Frank (2006): Sozialpolitik und Alter. Stuttgart: Kohlhammer Urban.
- Stegbauer, Christian (2011): Reziprozität. Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- The Children's Society (Hg.) (2014): Supporting young carers and their families. An introductory guide for professionals. Hampshire.
- Young Carers (Hg.) (2020): Young Carers befähigen, ihre Lebensziele zu verfolgen und ihr Potenzial voll auszuschöpfen. Forschungsergebnisse in politische Maßnahmen umsetzen. Länder-fokus: Schweiz. Kalaidos University of Applied Sciences Switzerland; European Union's Horizon 2020 research and innovation program.

5. Pflege- und Sorgeverantwortung in jungen Jahren: ein Literaturbericht

Stefanie Oyoyo, Christine Moeller-Bruker

„Invisible Children“, „Young carers: still ‘hidden’ after all these years?“, „Die Verborgenen sichtbar machen“¹⁶: Diese und zahlreiche weitere Publikationstitel zum Thema „junge Pflege“ signalisieren in eindrücklicher und unmissverständlicher Weise: Unsichtbar und verborgen scheint sie (noch immer) zu sein. Das Thema der Pflege wird mit hohem bzw. höherem Alter assoziiert – sowohl mit Blick auf die auf Pflege angewiesene Person, als auch hinsichtlich der Pflegenden.¹⁷ Junge Pflegenden dagegen – als eine Gruppe von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit umfangreicher und altersuntypischer Pflegeverantwortung – gelangen erst seit relativ kurzer Zeit in den Fokus von Wissenschaft, Zivilgesellschaft und Politik. Das gilt insbesondere für den deutschsprachigen Raum.¹⁸

Doch weltweit und auch in Deutschland übernehmen zahlreiche junge Menschen sorgende, pflegende, unterstützende Tätigkeiten. Dabei geht es bei den jungen Pflegenden (meist) nicht um berufliche Zusammenhänge, sondern um Unterstützung und Sorge zu Hause und in ihren kleinen Lebenskreisen, bezogen etwa auf Geschwister, Eltern oder Großeltern. Um diese Situationen soll es im Weiteren gehen.

Um die zwar begrenzten, aber dennoch vorliegenden und mit unterschiedlicher Tiefenschärfe vorhandenen Wissensbestände zur Situation in Deutschland für den DAK-Pflegereport 2021 nutzbar zu machen, wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Deren Ergebnisse werden nachfolgend dargestellt. Ausgehend von einschlägigen Publikationen (Metzing 2018; Zentrum für Qualität in der Pflege 2017) wurde entsprechende Literatur recherchiert und gesichtet, sodass ein Überblick für die Jahre 1990 bis 2021 erschlossen werden konnte. Ergänzt wurden die Ergebnisse anhand von Schlagwortrecherchen in einschlägigen Datenbanken.

Weithin vernachlässigte Wirklichkeit

Pflege und Unterstützung in kleinen Lebenskreisen

Methodische Vorgehensweise

5.1 Annäherung an die Thematik

Was zeichnet junge Menschen aus, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen? Von wie vielen betroffenen Personen können wir in Deutschland ausgehen? Was lässt diese Gruppe von jungen Menschen im Verborgenen bleiben? Was benötigen sie, um gehört und

16 Quellen: Gray et al. 2008, Warren und Ruskin 2008, Leu 2015.

17 Dieser Bericht wurde unter Mitarbeit von Elisabeth Jetter und Tabea Knerer erstellt.

18 In englischsprachigen Ländern wie Großbritannien, den USA und Australien wird diese Thematik bereits seit Beginn der 1990er Jahre unter dem Begriff der „Young (adult) Carers“ intensiv diskutiert (vgl. Becker et al. 1998; Frank et al. 1999; Dearden und Becker 2004), s. Kap. 5.1.1.

gesehen zu werden? Diesen und weiteren Fragen wird im Folgenden nachgegangen.

5.1.1 Was kennzeichnet junge Pflegende?

„Junger“ Forschungs- bereich in Deutschland

Forschung zu jungen Pflegenden gibt es im deutschsprachigen Raum erst seit Anfang der 2000er Jahre. Deshalb dienen ältere Arbeiten aus englischsprachigen Ländern nach wie vor als Grundlage dieses Forschungsbereichs. Dort wurde und wird das Phänomen unter dem Begriff der „Young (adult) Carers“ untersucht. Die Definition von Young Carers als unter 18-Jährige, die regelmäßig pflegerische Aufgaben zur Unterstützung eines Familienmitglieds leisten und damit eine altersuntypische Verantwortung tragen, erweist sich dabei bis heute als prägend (Becker 2000, S. 378). Über 18- bis 24-jährige Pflegende werden komplementär unter dem Begriff der „Young adult Carers“ subsumiert (Becker und Becker 2008).

„Care“ und „Pflege“ – Un- schärfen der Übersetzung

Die Suche nach einer adäquaten Übersetzung des Begriffs „Young (adult) Carers“ ins Deutsche – um eine klare Forschungsgrundlage zu definieren, ohne dabei Bedeutungsverluste in Kauf nehmen zu müssen – gestaltet sich als schwierig. Während der englische Begriff „Care“ eine große Vielfalt an Sorgetätigkeiten erfasst und so u. a. auch auf emotionale Unterstützung abhebt, entfallen mit der Übersetzung in den deutschen Begriff der Pflege jene Elemente, die als „Sorge“, „Kümmern“ oder „Unterstützen“ übersetzt werden könnten. Es zeigt sich, dass der deutsche Pflegebegriff im allgemeinen Verständnis deutlich enger gefasst ist als das englische Pendant „Care“ und dass dieser verstärkt mit Versorgungstätigkeiten assoziiert wird (vgl. Frech et al. 2019, S. 24 ff.). Daher läuft der Begriff „Pflege“ im Vergleich zum englischen Äquivalent Gefahr, soziale Elemente von Unterstützung, die über körper- und tätigkeitsbezogene Aspekte hinausgehen, zu vernachlässigen. Diesen kommt jedoch im Hinblick auf junge Pflegende eine große Bedeutung zu. So lässt es sich auch erklären, dass deutschsprachige Autor*innen uneinheitlich von „betreuenden“, „unterstützenden“, „sorgenden“ oder „pflegenden“ Kindern und Jugendlichen sprechen oder auf den Begriff der Young Carers zurückgreifen (vgl. Frech et al. 2019, S. 19).

Definition

Junge Pflegende werden anhand unterschiedlicher Merkmale charakterisiert: dem Alter, ihren Aufgaben und Tätigkeiten, dem Ausüben von primärer Versorgung oder der Verwandtschaftsbeziehung zur gepflegten Person. Allen Definitionen ist gemein, dass sie vom Pflegebedarf bzw. von einer chronischen Erkrankung und/oder Beeinträchtigung eines An- oder Zugehörigen ausgehen. Diesem Bericht wird das von Frech et al. vorgeschlagene Verständnis junger Pflegenden zugrunde gelegt, das in Anlehnung an Becker für den deutschsprachigen Raum formuliert wurde.

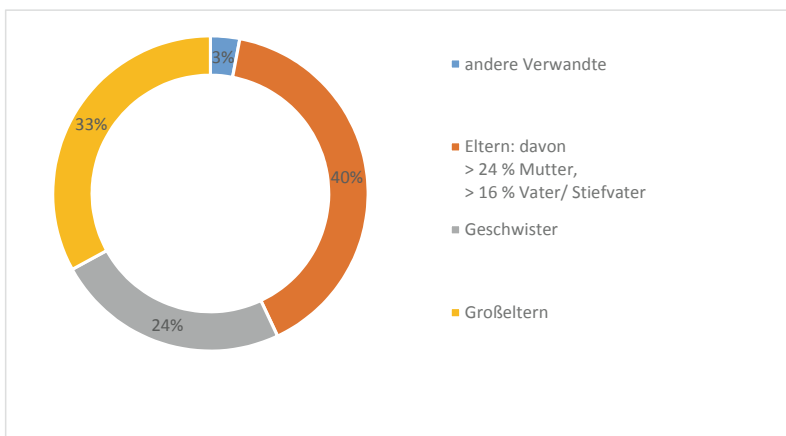
„Young Carers sind junge Menschen bis 18 Jahre, die eine Person – oder mehrere –, der sie sich verbunden und/oder verpflichtet

fühlen, über längere Zeit und in wesentlichem Ausmaß in der Bewältigung des Alltags unterstützen, sofern diese aufgrund von psychischer und physischer Erkrankung, Beeinträchtigung, Sucht oder altersbedingter Veränderung auf Unterstützung angewiesen ist. Sie übernehmen dabei ein hohes Maß an Verantwortung, das normalerweise mit Erwachsenen in Verbindung gebracht wird.“ (vgl. Frech et al. 2019, S. 28)

Der Begriff „junge Pflegende“ ist u.E. am treffendsten, da er die Zielgruppe Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit einbezieht – allerdings wissend, dass die Aufgaben der jungen Menschen neben den eher körperbezogenen pflegerischen Tätigkeiten auch weitere Aufgaben wie die emotionale Unterstützung u. a. von Familienangehörigen umfassen. Dabei gehen wir davon aus, dass die Adressat*innen der Unterstützung junger Pfleger in erster Linie Familienangehörige wie Geschwister, Eltern und Großeltern sind. Werden 10- bis 22-Jährige nach ihren Erfahrungen gefragt, so bilden die Eltern mit 40 Prozent (etwas häufiger die eigene Mutter) den größten Kreis der zu pflegenden Angehörigen, gefolgt von den Großeltern mit 33 Prozent. Geschwister stellen einen Anteil von 24 Prozent dar, gefolgt von einem sehr kleinen Anteil anderer Verwandten (3 Prozent) (vgl. Abbildung 42).

**„Junge
Pfleger“**

Abbildung 49: Adressat*innen der Unterstützung junger Pfleger



Quelle: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020, S. 5 angelehnt an Metzging et al. 2019, geringfügig adaptierte Fassung

In Ergänzung bzw. im Kontrast zu diesem Studienergebnis lässt die repräsentative Online-Befragung des IfD Allensbach (vgl. Haumann in diesem Band) unter den 16- bis 39-jährigen jungen Pflegenden erkennen, dass Großmütter und Großväter den größten Anteil der Personen ausmachen, die Pflege und Sorge erhalten, nämlich 62 Prozent. (Schwieger-)Mütter und Väter nehmen dort 36 Prozent ein. Werden auch höhere Altersgruppen in den Blick genommen, so scheint die Bedeutung der Großelterngeneration zuzunehmen.

**Adressat*innen
von Hilfe**

- Spektrum von Erkrankungen und Beeinträchtigungen** Die Erkrankungen respektive Beeinträchtigungen der sorgebedürftigen Personen können sich sehr unterschiedlich darstellen – generell lassen sie sich in drei Kategorien zusammenfassen:
- Körperliche Erkrankungen bzw. Beeinträchtigungen, die sich z. T. auch psychisch niederschlagen, z.B. Multiple Sklerose, Beeinträchtigungen nach Schlaganfall, Demenz, Krebs, sonstige körperliche Beeinträchtigungen;
 - Psychische Erkrankungen, z.B. depressive Episoden, Psychosen und Burn-Out-Syndrom;
 - Suchterkrankungen, wie bspw. Alkohol- oder Drogensucht (vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2020, S. 5).

5.1.2 Zur Prävalenz

Prävalenz nur näherungsweise bekannt Eine Frage, die bis heute nur annähernd beantwortet werden kann, ist jene nach der Prävalenz junger Pflegender in Deutschland. Britische Schätzungen der Jahre 2001 und 2011 geben den Anteil der jungen Pflegenden in der Altersgruppe der 5- bis 17-Jährigen von 1,7 bis 2,1 Prozent an (vgl. Metzting 2017, S. 10). Lange stellte diese Schätzung einen zentralen Richtwert für die internationale Forschung dar, wenngleich aufgrund landesspezifischer Gegebenheiten von einer Vergleichbarkeit zwischen Ländern nur begrenzt ausgegangen werden kann. Nagl-Cupal et al. erfassten neuere Zahlen für Österreich und stellen einen Anteil pflegender Kinder in der Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen von 4,5 Prozent fest (2015, S. 9).

Prävalenz bei 10-22-Jährigen beträgt ca. 6 Prozent Um die Situation in Deutschland abzubilden, ermittelte Metzting im Rahmen der KiFam-Studie in Nordrhein-Westfalen repräsentative Daten. Entgegen Schätzungen zu Beginn der Studie von einer Prävalenz zwischen 2,1 Prozent und 3,5 Prozent ergab die Befragung unter den 10- bis 22-Jährigen¹⁹ eine Prävalenz von 6,1 Prozent (vgl. Metzting 2018, S. 41). Auf dieser von Metzting ermittelten Prävalenz stellen Salzmann et al. eine Hochrechnung an, die plausibel macht, dass in Deutschland von mindestens 480.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 bis 19 Jahren ausgegangen werden muss, die Pflegeverantwortung übernehmen. Dies entspricht in etwa ein bis zwei Schüler*innen pro Klasse (vgl. Salzmann et al. 2019, S. 8–9).

Hohe Dunkelziffer wahrscheinlich Bei der Datenlage zur Prävalenz junger Pflegender ist auf einige Schwierigkeiten hinzuweisen. So ist einerseits anzunehmen, dass befragte Kinder und Jugendliche sich selbst nicht als Pflegende begreifen und entsprechende Fragen daher verneinen. Andererseits kann es angesichts von Stigmatisierung und Angst vor Konsequenzen vorkommen, dass in Befragungen falsche Angaben gemacht werden (vgl. Metzting 2017, S. 9–10). Auch definitorische Probleme

¹⁹ Im Rahmen der KiFam-Studie wurden über 6.000 Schüler*innen zwischen 10 und 22 Jahren mittels eines Fragebogens befragt (Metzting 2018, S. 8).

wie mangelnde Trennschärfe von unterstützenden bzw. pflegenden Kindern und Jugendlichen erschweren aussagekräftige Angaben und die Vergleichbarkeit verschiedener Studien (vgl. Metzging et al. 2019, S. 502). So gilt es, auch mit neuen Annäherungen an die Prävalenz vorsichtig umzugehen, da sich das Phänomen der jungen Pflegenden in besonderem Maße durch seine Unsichtbarkeit auszeichnet und dadurch von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss.

Die Familienkonstellationen und Lebenssituationen von jungen Pflegenden werden in mehreren Untersuchungen thematisiert. Wird der Blick auf geschlechtsspezifische Unterschiede in der Gruppe der jungen Pflegenden gelenkt, so weisen sowohl Metzging mit 64 Prozent (2018, S. 8) als auch Nagl-Cupal et al. mit knapp 70 Prozent (2015, S. 9) einen erhöhten Anteil an Mädchen aus. Erstgenanntes Ergebnis bezieht sich auf Deutschland, zweites auf Österreich. Ergänzend kommen Nagl-Cupal et al. hinsichtlich der Geschwisterkonstellationen zu dem Schluss, dass pflegende Kinder im Schnitt etwas mehr Geschwister als nicht pflegende Kinder haben (2015, S. 9).

Mehr Mädchen als Jungen

Leben junge Pflegende eher in Eineltern- oder in Zweielternfamilien? Nagl-Cupal et al. machen hierzu statistisch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der Anzahl der erwachsenen Personen im Haushalt und der Beteiligung von jungen Menschen an der Pflege aus (2015, S. 9). Diese Erkenntnis steht im Gegensatz zu den Ergebnissen früherer Studien zur Situation in Deutschland, die ausweisen, dass Kinder von Alleinerziehenden deutlich häufiger von junger Pflege betroffen sind (vgl. Metzging und Schnepf 2007a, S. 325).

Besonders im Hinblick auf praktische Hilfsangebote für Betroffene ist die Frage zentral, inwieweit sich das Thema Migration auf die Situation junger Pflegenden auswirkt. Nagl-Cupal et al. resümieren für den österreichischen Kontext, Migration habe keinen signifikanten Einfluss auf die junge Pflege, da der Anteil der pflegenden Kinder mit Migrationsgeschichte den allgemeinen Anteil der Kinder mit Migrationshintergrund nicht übersteigt (2015, S. 9). Für die Bundesrepublik ist diese Frage noch nicht hinreichend untersucht und beantwortet. Metzging stellt heraus, dass weitere Forschungsvorhaben zu Migrations-, aber auch zu Genderaspekten erforderlich seien (2018, S. 90).

Migration als potenzieller Einflussfaktor

Auf die Frage, ob ökonomische Faktoren Auswirkungen auf die Prävalenz haben, messen Nagl-Cupal et al. dem sogenannten objektiven Wohlstand²⁰ keinen signifikanten Einfluss auf die Entstehung junger Pflege bei – bezogen auf die Situation in Österreich. In subjektiver Hinsicht wird jedoch festgestellt, dass sich pflegende Kin-

Ökonomische Faktoren

²⁰ Die finanzielle Lage wird in der Studie anhand des sogenannten objektiven und subjektiven Wohlstands abgebildet, wobei erstgenanntes im Fragebogen anhand von vier Items erhoben wird: eigenes Zimmer, eigenes Auto in der Familie, Urlaubsreisen sowie regelmäßiges Taschengeld.

der selbst etwas ärmer als andere Kinder einschätzen (2015, S. 9). Bezugnehmend auf eine Berliner Studie²¹ stellen Salzmann et al. fest, dass junge Pfleger*innen häufiger in finanziell schlechter gestellten Familien leben und diese jungen Menschen häufig nicht mit beiden Eltern zusammenleben, was möglicherweise die ökonomisch schlechtere Ausstattung der betroffenen Familien erklärt (2019, S. 9). Vor diesem Hintergrund muss die Frage der finanziellen Lage betroffener Familien noch als unbeantwortet gelten. Einerseits erscheint es plausibel, dass aufgrund der chronischen Erkrankung bzw. Beeinträchtigung mindestens eines Familienmitglieds die Möglichkeit erschwert ist, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen und damit Einkommen zu generieren – entweder, weil die erkrankte Person als Mutter oder Vater selbst erkrankt ist, oder weil die erkrankte Person ein Kind der Familie ist und durch die Beeinträchtigung die Betreuungserfordernisse erhöht und die Erwerbsmöglichkeiten gemindert sind. Empirisch lässt sich diese Hypothese bisher weder bestätigen noch widerlegen. Ökonomische Zwangslagen im Zusammenhang mit der Übernahme von Pflegeaufgaben in Familien sind bezogen auf Pflegearrangements in Deutschland verbreitet und gut dokumentiert (vgl. Haubner 2017).

5.1.3 Art und Umfang der Unterstützungsaufgaben

Verschiedene Systematiken in der Forschung

Um sich ein Bild von der Sorge- und Pflegeverantwortung junger Pfleger*innen machen zu können, ist es erforderlich, sich einen Überblick über ihre Aufgaben und den dafür eingesetzten Zeitaufwand zu erschließen. Es fällt auf, dass Forschungsvorhaben die verschiedenen Aufgaben und Tätigkeiten im Kontext von Pflege und Sorge auf sehr uneinheitliche Weise einordnen. Die resultierenden Abweichungen je Studie erschweren somit einen Vergleich. Insbesondere die pflegerischen Hilfen erfahren in der internationalen Literatur Unterscheidungen in diverse Kategorien, denen die einzelnen Tätigkeiten zugeordnet werden. Der Bereich der Haushaltsaufgaben ist meist der einzige gemeinsame konzeptionelle „Baustein“ (Metzing und Schnepf 2007a, S. 327; Hübner 2003).

Vielfalt an Unterstützungsaufgaben

In Tabelle 1 werden die unterstützenden Tätigkeiten mithilfe der Systematisierung von Salzmann et al. (2019) dargestellt. Die Aufgaben junger Pfleger*innen werden fünf Bereichen zugeordnet.

²¹ Die Erhebung wurde von der Fachstelle für pflegende Angehörige im Jahr 2017 durchgeführt und diente der Feststellung, wie viele Jugendliche in Berlin regelmäßig in Pflegesituationen eingebunden sind. Mittels eines Fragebogens wurden an sechs Berliner Schulen 648 Schüler*innen zwischen 12 und 18 Jahren befragt. Die schriftliche Umfrage wurde um eine telefonische Befragung durch Forsa bei über 500 jungen Menschen ergänzt (vgl. Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. 2017, S. 16).

Tabelle 1: Unterstützungsaufgaben junger Pflegender

Haushalt	<ul style="list-style-type: none"> • Aufräumen und Putzen • Verwaltung der Finanzen, Organisation der alltäglichen Abläufe • Kochen und Einkaufen • Waschen und Bügeln
Verantwortung innerhalb der Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung des gesunden Elternteils • Übernahme der Verantwortung für sich selbst in Bereichen, die sonst der Elternteil übernehmen würde • Betreuung jüngerer Geschwister
Emotionale Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Trösten • Mut zusprechen • Verständnis zeigen • Aufpassen und Beaufsichtigen • Rücksicht nehmen und stark sein • Für gute Stimmung und Abwechslung sorgen
Hilfe im Notfall	<ul style="list-style-type: none"> • Im Notfall helfen, z. B. bei Verschlechterung des Allgemeinzustands und Krankenhausaufenthalt, bei Ausfall von Unterstützungssystemen oder Hilfspersonen
Pflege	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation • Hilfe bei Nahrungsaufnahme und Ausscheidung • Übersetzung bei Sprachproblemen • Begleitung zu Arztbesuchen • Medizinische Tätigkeiten (Medikamentengabe, Spritzen, Verbandswechsel) • Hilfe bei therapeutischen Maßnahmen (Physiotherapie & Logopädie) • Hilfe beim An und Auskleiden • Körper und Intimpflege

Quelle: Salzmann et al. 2019, S. 16–17.

Die Befragung des IfD Allensbach (vgl. Haumann in diesem Band) zeigt, dass die meisten jungen Pflegenden (80 Prozent der Befragten)²² Hilfe im Haushalt erbringen bzw. erbracht haben (z.B. den Einkauf erledigen, Kochen und Putzen). Relativ häufig sind bzw. waren begleitende und die Beziehung aufrechterhaltende Tätigkeiten; 65 Prozent der Befragten berichten von Besuchen, Anrufen oder anderen Formen, um in Kontakt mit der auf Pflege angewiesenen Person zu bleiben. Mehr als die Hälfte (52 Prozent der Befragten) übernimmt respektive übernahm organisatorische Aufgaben, so etwa Absprachen mit Ärzt*innen, Ämtern, Diensten oder anderen

²² Altersgruppe: 16- bis 39-jährige Personen.

Akteuren. Immerhin 38 Prozent der Befragten bringt bzw. brachte sich in Pflegeaufgaben im engeren Sinne ein, etwa Körperpflege, Verbände anlegen oder die Person zu Bett bringen.

Adressat*innen der Unterstützung

Es ist zu berücksichtigen, dass in zahlreichen Settings nicht nur die auf Pflege angewiesene Person, z.B. die Mutter, Adressatin von Hilfen ist, sondern auch weitere Personen, etwa Geschwister, insbesondere dort, wo der erkrankte Elternteil nicht in der Lage ist, sich um andere sorgebedürftige Familienmitglieder – typischerweise weitere Kinder – zu kümmern. Junge Pflegenden betreuen etwa Geschwister, trösten sie oder übernehmen Haushaltsaufgaben für alle Familienmitglieder. In diesen Konstellationen übernehmen sie gesamtfamiliäre Unterstützungsleistungen (vgl. Metzging 2007, S. 106).

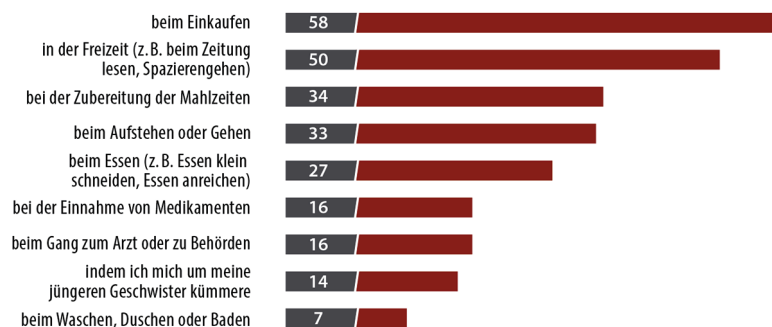
Zeitaufwand für Unterstützungsangebote

Was den zeitlichen Umfang dieser Aufgaben anbelangt, können diese unter Umständen einen Großteil der Tageszeit der jungen Pflegenden in Anspruch nehmen. So gaben 14 Prozent der von Nagl-Cupal et al. in Österreich befragten pflegenden Kinder im Alter von 10 bis 14 Jahren an, täglich Unterstützung im Umfang von fünf oder mehr Stunden zu leisten (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 10). Dabei sei zu beachten, dass die Verantwortlichkeit von jungen Pflegenden mit dem Alter steigt und sich für ältere Betroffene daher ein noch größerer Zeitumfang vermuten lässt (2015, S. 11). Es ist zu vermuten, dass die Lage in Deutschland unwesentliche Unterschiede aufweist.

Auch im Rahmen des ZQP-Reports zum Thema junge Pflege wurde der Frage nachgegangen, wie intensiv sich diese jungen Menschen an welchen Unterstützungsaufgaben beteiligen.²³ Die Befragung erbrachte folgenden Überblick (vgl. Abbildung 50).

Abbildung 50: Arten der Unterstützungsleistungen

Pflegende Jugendliche: Ich helfe dieser Person...



Quelle: Lux und Eggert 2017, S. 21.

Besonderes Ausmaß an Unterstützung

Hilfeleistungen durch Kinder und Jugendliche, besonders im Haushalt, sind allgemein auch ohne erkranktes Familienmitglied typisch.

²³ Die Ergebnisse beziehen sich auf die Frage: „Und wie bzw. wobei hilfst du deinem hilfe-/pflegebedürftigen Angehörigen?“, Mehrfachantworten möglich; n=51.

Art der Aufgaben, die Tätigkeit in mehreren Feldern sowie das Ausmaß, der Umfang und die Alleinverantwortlichkeit entscheiden darüber, wer als junge*r Pflegende*r bezeichnet werden kann. Sie übernehmen mehr Aufgaben und führen diese weitaus regelmäßiger und alleinverantwortlich aus (vgl. Metzging 2018, S. 41 ff.). Sie stehen unter Umständen in ständiger Anspannung und Alarmbereitschaft (vgl. Salzmann et al. 2019, S. 15). Insgesamt wird damit das Ausmaß altersüblicher Tätigkeiten überstiegen und junge Pflegende befinden sich in der Situation, die Lücke, die die Erkrankung eines Familienmitglieds entstehen lässt, durch ihre Unterstützung zu kompensieren (vgl. Metzging 2017, S. 9).

5.1.4 Motive für die Übernahme von Pflegeaufgaben

Die Kontexte, Beweggründe, Pflegeverantwortung und -aufgaben zu übernehmen, sind vielfältig und individuell. Zunächst spielen familiäre Werte wie Hilfsbereitschaft innerhalb der Familie und die emotionale Bindung zur gepflegten Person eine erhebliche Rolle. Junge Pflegende sorgen, wie bereits beschrieben, meist für enge Familienangehörige. In der KiFam-Studie war die häufigste Antwort auf die Frage nach dem Grund für die Übernahme der Pflegetätigkeit: „weil es meine Familie ist“ (57,9 Prozent) (vgl. Metzging 2018, S. 46–47). Es sind Werte innerhalb der Familie wie Verbundenheit und Dankbarkeit, die oft die Hauptgründe für die Pflege darstellen. Dazu gehört auch der Wunsch, etwas zurückzugeben, das die Pflegenden zuvor in der (früheren) Kindheit erfahren haben (vgl. Metzging 2007). Zentral ist dabei auch die emotionale Bindung zur gepflegten Person (vgl. Roling et al. 2020; Wetzstein et al. 2015, S. 3). Trotz der Herausforderungen und Schwierigkeiten, die die Pflegetätigkeit mit sich bringt bzw. bringen kann (nachfolgend dargelegt in Abschnitt 5.2), erfahren diese jungen Menschen in vielen Fällen Dankbarkeit und Wertschätzung durch die gepflegte Person. Sie sind dann stolz darauf, gebraucht zu werden – dies begünstigt offenbar die Bereitschaft zur Weiterführung der Pflege (vgl. Metzging 2007).

**Familiärer
Zusammenhalt
und emotionale
Bindung**

Übersehen werden sollte allerdings nicht, dass es die *Notwendigkeit der Hilfen* ist, die die Beweggründe der jungen Pflegenden für die Übernahme von Unterstützung von denen der Kinder ohne zu pflegende Angehörigen unterscheidet. Vielen Kindern und Jugendlichen mit Pflegeverantwortung ist bewusst, dass sie zu Hause gebraucht werden und dass teilweise niemand anderes zur Verfügung steht, um die Aufgaben zu übernehmen (vgl. Metzging 2018, S. 48). Junge Pflegende sehen sich angehalten, die Lücken zu füllen, die durch fehlende Betreuungs- und Unterstützungsalternativen entstehen. Was fehlt, sind dabei oftmals soziale und familiäre Netzwerke sowie finanzielle Ressourcen (vgl. Salzmann und Kaiser 2018, S. 38). Der Zugang zu Unterstützung ist dadurch erschwert (vgl. Kaiser 2017, S. 43 ff.). Vor diesem Hintergrund kann die Übernahme von Pflegeverantwortung auch als „forced choice“ (vgl. Cluver et al. 2012,

**Pflegeverant-
wortung als
„forced choice“**

S. 600) verstanden werden, also als eine Entscheidung, die durch die Rahmenbedingungen erheblich beeinflusst wird. Angesichts einer – erlebten oder tatsächlich bestehenden – Alternativlosigkeit fühlen sich junge Pflegende häufig verpflichtet, Pflegeaufgaben zu übernehmen (vgl. Salzmann und Kaiser 2018, S. 38).

Pflege als Normalität wird nicht hinterfragt

Weiterhin können auch subtile Prozesse die Motivation zur Tätigkeit als junge Pflegende bestimmen. Oft wachsen junge Pflegende vom Kleinkindalter an mit der Erkrankung des Familienmitglieds auf. Sie waren daher sehr lange in die Pflege involviert und beschreiben dies als Normalität, die nicht weiter hinterfragt wird. In der österreichischen Studie von Nagl-Cupal et al. zeigen sich in denjenigen Befragungsbereichen, die Aspekte der Selbstverständlichkeit, des Selbstwerts und der Notwendigkeit betreffen, signifikante Unterschiede zwischen pflegenden und nicht pflegenden Kindern. Besonders signifikant sind Unterschiede beim Item „Ich habe schon immer geholfen“. Viele Kinder kennen es nicht anders. Pflege und Sorge gehören zur Normalität (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 14). So nehmen junge Pflegende sich selbst häufig nicht als solche wahr und sind sich selten ihrer außergewöhnlichen Leistung bewusst. Salzmann et al. betonen: „Es gilt, einen förderlichen Familienzusammenhalt von einer Isolation der Familie nach außen zu unterscheiden und dabei den Blick auf die Kinder und Jugendlichen zu richten. Welche Verantwortung übernehmen Sie in der Familie? Können Sie die Verantwortung ablehnen? Wie offen können Sie über ihre Ängste, Sorgen und Wünsche sprechen?“ (vgl. Salzmann et al. 2019, S. 11). Eine Pflegesituation wird spätestens dort problematisch, wo die Isolation einer Familie zur Gefahr für das Kindeswohl und die Entwicklung von Jugendlichen wird.

Erwartungen von „außen“

Über die beschriebenen Motive hinaus, die innerhalb der Familie wirksam werden können, kommt auch Erwartungen von außen eine bedeutsame Rolle zu. So führte in der KiFam-Studie bei der Frage nach dem Grund für die Pflege ein Drittel der pflegenden Kinder und Jugendlichen moralische Gründe und an sie gerichtete Erwartungen an: „Weil es von mir erwartet wird“ (Metzing 2018, S. 46). Gleichzeitig besteht der Wunsch, das Bild eines scheinbar „normalen“ Familienlebens nach außen hin aufrecht zu erhalten und Einflussnahmen in die Familienstruktur zu vermeiden.

5.1.5 Sorge und Pflege: wessen Verantwortung?

Was wissen wir über das Bild, das junge Pflegende von der Pflege haben? Wer ist ihrer Ansicht nach verantwortlich, diese Aufgabe zu übernehmen – die Familie, professionelle Anbieter oder andere? Es lassen sich bislang nur wenige Erkenntnisse für eine erste Antwort nutzen.

Pflege als familiäre Aufgabe

Pflege wird überwiegend als (exklusive) familiäre Aufgabe verstanden. Das gilt generell für alle europäischen Länder und Deutsch-

land. Das gilt aber auch für junge Menschen. In einer Befragung ehemaliger junger Pflegenden wurde festgestellt, dass es für diese meist undenkbar war, eine andere (professionelle) Person miteinzubeziehen oder um Hilfe zu bitten, da es von den Gepflegten unerwünscht und die Gesamtsituation mit Angst und Scham verbunden war. Unterstützung wäre nur durch eine nahestehende Person vorstellbar gewesen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 18–19).

Auch eine neuere quantitative Studie zeigt eine deutliche Zurückhaltung gegenüber Unterstützung von außen – etwa ein Viertel der Befragten gibt an, keine der im Fragebogen genannten Hilfen nutzen zu wollen (vgl. Lux/Eggert 2017, S. 23). Die Hintergründe dieser Zurückhaltung, die für die meisten Pflegehaushalte gilt, sind bislang nicht näher untersucht worden.²⁴ Gegebenenfalls wurden auch hier die von Nagl-Cupal et al. ermittelten Gründe wirksam, ggf. sind sie auch auf fehlende Informationen, schlechte Erfahrungen oder andere Gründe zurückzuführen. Auch der geringe Umfang von aus Mitteln der Pflegeversicherung finanzierten professionellen Leistungen, ihre begrenzte Bedarfsorientierung und die hohen Eigenanteile bei umfangreicher Nutzung beruflicher Hilfen dürften eine Rolle spielen (vgl. Haubner 2017). Gleichzeitig stellt die Studie heraus, dass junge Pflegenden es sehr schätzen, helfen zu können (93 Prozent der Befragten), und dass sie den durch die Pflegesituation gestärkten familiären Zusammenhalt als positiv bewerten (74 Prozent) (vgl. Lux/Eggert 2017, S. 23).

Wie in Abschnitt 5.1.4 bereits erläutert, nehmen zahlreiche junge Pflegenden sich nicht als solche wahr. Die Übernahme von pflegerischen Aufgaben ist in ihrem individuellen Verständnis selbstverständlich und, auch für ihre Altersgruppe, typisch. Es liegt nahe, dass diese Vorstellungen familiärer Normalität die Frage beeinflussen, inwieweit professionelle Angebote adressiert werden, und dass junge Pflegenden sich deshalb entweder in keiner Weise als hilfebedürftig sehen – und somit keine Unterstützung anfragen – oder dass sie denken, die Aufgaben – wie (scheinbar) andere Familien auch – selbst bewältigen zu können bzw. sollen. Alle angedeuteten Gründe führen in Konsequenz zu einer Zurückhaltung im Hinblick auf professionelle Hilfen.

Inwieweit es sich bei der Pflege aus Sicht betroffener Familien um eine solidarisch zu bewältigende Aufgabe handelt, bleibt unklar. Aufgrund des häufig vorliegenden, soeben skizzierten geringen Problembewusstseins und der wahrscheinlich hohen Auswirkung von Gefühlen der Scham ist es nicht wahrscheinlich, dass betroffene Familien sich gegenüber anderen gesellschaftlichen Akteuren, etwa Nachbar*innen, Freiwilligen, Freund*innen, öffnen und (auch) diese beteiligen.

Gegen externe Unterstützung

Pflegebeteiligung als Selbstverständlichkeit

Solidarisch geteilte Verantwortung?

²⁴ Die „Kasseler Studie“ (Blinkert/Klie 2004) befasste sich erstmals mit „pflegekulturellen Orientierungen“. Das Verantwortungsgefühl zur Übernahme von pflegerischer Verantwortung ist insbesondere in unteren sozialen Schichten und im ländlichen Raum fest verankert.

5.2 Zu den Auswirkungen

Welche Folgen hat eine frühe und intensive Pflegeverantwortung auf junge Pflegende? Welchen Einfluss hat sie auf Ausbildung und Beruf?

5.2.1 Folgen für die Entwicklung junger Pfleger

- Gemengelage aus negativen und positiven Folgen** Die Übernahme von Pflegeverantwortung und -tätigkeiten prägen das Leben junger Pfleger immer in besonderer Weise (vgl. Metzging 2018; Zentrum für Qualität in der Pflege 2017). Dies wurde insbesondere im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen, die eine solche Sorgeverantwortung nicht wahrnehmen, festgestellt. Allerdings ist zu beachten, dass nicht alle jungen Pfleger die Auswirkungen gleich erleben und dass auch deren Intensität variiert (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015; Kaiser 2017, S. 50). Außerdem ist keinesfalls davon auszugehen, dass sich die Übernahme von Pflegeverantwortung ausschließlich als Belastung darstellt: Es lässt sich eine Gemengelage aus sowohl positiven als auch negativen Folgen feststellen (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 181–182), wobei in der Literatur der Fokus vor allem auf die Belastungen gelegt wird.
- Junge Pflege: Gewinne?** Aus der Übernahme von Pflegeverantwortung und -tätigkeiten können auch „Gewinne“ resultieren: ein erhöhtes Selbstwertgefühl, eine vergleichsweise frühe persönliche Reife, die ausgeprägte Entwicklung einer eigenen Identität, eine gute Beziehung zu den Eltern sowie ein hohes Maß an Selbstständigkeit (vgl. Metzging und Schnepf 2007b, S. 332).²⁵ Weiterhin werden eine ausgeprägte Fähigkeit, sich anderen empathisch zuzuwenden, und hohe soziale Kompetenzen beobachtet (vgl. u. a. Salzmann et al. 2019, S. 20). Vor diesem Hintergrund schätzen es viele junge Pflegende in besonderer Weise, dass ihre Familie aufgrund der Pflegesituation stärker zusammenhält und dass sie helfen können (vgl. Lux/Eggert 2017, S. 21). Manche der positiven Einstellungen bleiben bis ins Erwachsenenalter bestehen.
- Belastungen – körperlich, psychisch, sozial** Neben den positiven Effekten erfahren junge Pflegende Belastungen und Belastungsfolgen, die sich – in unterschiedlicher Intensität – auf die physische Konstitution, die Psyche und das soziale Leben auswirken können.
- Schlafstörungen, Erschöpfung, Müdigkeit, Haarausfall, Kopf- und Bauchschmerzen, Rückenschmerzen sowie Essstörungen sind mögliche körperliche Belastungsfolgen (vgl. Metzging/Schnepf 2007b, S. 332; Roling et al. 2020, S. 548).
 - Stress, Resignation, Wut, Depressionen und Traumata können aus der Sorge um die gepflegte Person sowie aus Einsamkeit und Müdigkeit resultieren und die Wahrscheinlichkeit von frühem Alkohol- oder Drogenmissbrauch erhöhen (vgl. Metzging/Schnepf 2007b, S. 333; Roling et al. 2020, S. 548).

²⁵ Metzging und Schnepf beziehen sich auf zahlreiche internationale Quellen.

- Betrachtet man die sozialen Folgen, lässt sich feststellen, dass pflegende Kinder und Jugendliche sich aufgrund der Pflegesituation vergleichsweise häufig von ihren Peers zurückziehen und sozial isolieren. Gründe dafür sind meist die Angst davor, dass die Familie auseinandergerissen werden könnte, Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung sowie Scham (vgl. Metzinger/Schnepp 2007b, S. 332–333). Dies kann zu Exklusion und dauerhafter sozialer Isolation führen, da zum Beispiel Freundschaften mit Gleichaltrigen belastet, abgebrochen oder vermieden werden (vgl. Røling et al. 2020, S. 547–548). Zudem entsteht durch eine ausgegrenzte Lebenssituation eine hohe Hemmschwelle, (professionelle) Hilfe von außen anzunehmen (vgl. Salzmann et al. 2019, S. 11).²⁶

In den von Nagl-Cupal et al. in Österreich geführten retrospektiven Interviews²⁷ wird als ein zentrales Merkmal pflegender Kinder deutlich, dass sie häufig bis ins Erwachsenenalter hinein nicht über ihre Pflegeerfahrungen sprechen. So waren die Interviews für viele Befragte Anlass, das erste Mal über die in jungen Jahren gemachten Pflegeerfahrungen zu reden. Sie empfanden es während der Pflegezeit entweder als nicht erzählenswert, weil es ihnen „normal“ erschien, oder ein Gespräch kam für sie aus Angst vor Ausgrenzung und Stigmatisierung sowie vor dem Aufkommen schwer kontrollierbarer negativer Gefühle, aus Trauer oder aufgrund ihrer eigenen Verletzlichkeit nicht in Betracht. Dort, wo die Pflegeerfahrungen nicht (auch) positiv konnotiert wurden, tragen viele Betroffene an einer großen Last und nehmen Hilfen auch psychotherapeutischer Art in Anspruch (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 17). Dies dürfte auch für Deutschland gelten.

Schweigen über frühe Pflegeerfahrung

Pflegeerfahrung in Kindheit und Jugend haben nicht per se negative Auswirkungen auf das Leben junger Pfleger. Es ist festzustellen, dass die langfristigen Auswirkungen abhängig sind vom Zeitpunkt des Beginns der Pflege, deren Umfang und Intensität, der Erkrankungsart des Angehörigen und der Dauer der Sorge- und Pflegetätigkeit. Je länger die Pflegezeit angedauert hat, desto eher treten negative Spätfolgen auf. Diese stehen immer wieder in direktem Zusammenhang mit dem Aspekt „fehlenden Kindheit“ (Nagl-Cupal et al. 2015, S. 14), auf die ehemalige junge Pfleger zu sprechen kommen. Die Sorge um die gepflegte Person macht es den jungen Menschen oft schwer, eine unbeschwerte Kindheit zu erleben. Sie geraten aufgrund widerstrebender Interessen immer wieder in einen inneren Konflikt: Sie möchten in der Familie helfen – aber auch ihr eigenes Leben gestalten und Teil der Kinder- und Jugendwelten sein (vgl. Salzmann et al. 2019, S. 21).

Widerstrebende Interessen – innerer Konflikt

²⁶ Schulische Probleme als Auswirkung der Pfllegetätigkeit werden in Kapitel 5.2.2 beschrieben. Die Autor*innen dieser Aufzählung von Belastungsfolgen beziehen sich auf zahlreiche internationale Publikationen.

²⁷ Insgesamt wurden 16 erwachsene Personen zwischen 32 und 60 Jahren befragt, die als Kind oder Jugendlicher mit einem chronisch erkrankten Familienmitglied zusammenlebten. Darunter befanden sich zwölf Frauen und vier Männer (vgl. Nagl-Cupal et al. 2015, S. 159–160).

5.2.2 Folgen für Schule und Beruf

Soziale Herausforderungen junger Pflegender zeigen sich auch und gerade im schulischen Umfeld (vgl. Kaiser et al. 2018, S. 188 ff.). Britischen Studien zufolge treten schulische Schwierigkeiten u. a. in Form von Lernschwierigkeiten, Problemen mit den Hausaufgaben, Isolation von Mitschüler*innen und Zeitmangel auf – der bis hin zu Schulabsentismus reichen kann (vgl. The Children's Society 2014, S. 11). Kaiser et al. ergänzen dieses Spektrum um Konzentrationsprobleme, die sich aufgrund von Müdigkeit oder Sorge einstellen, sowie geringe schulische Leistungen. Zudem sind stigmatisierendes oder auch ablehnendes Verhalten von Mitschüler*innen bzw. Mobbing Grund und Hintergrund für Probleme in der Schule (2018, S. 190–191). Dies kann im Ergebnis eine begrenzte Bildungsbeileiligung bewirken und die Wahrscheinlichkeit mindern, dass junge Pflegende einen hohen Bildungsabschluss erreichen (vgl. The Children's Society 2014, S. 11). Anhand von Untersuchungen in anderen Ländern (z. B. Großbritannien, vgl. The Children's Society 2014, S. 11; Frank et al. 1999) ist zu vermuten, dass das Bildungsniveau junger Pflegender auch in Deutschland eher niedriger ist als das von jungen Menschen ohne Pflegeverantwortung.

Chance – Schule als geschützter Raum in Abgrenzung zum Zuhause

Doch auch hier gestalten sich die Auswirkungen unterschiedlich: „So individuell wie ihre familiäre Situation ist auch ihre schulische Situation. Nicht alle pflegenden Schüler erleben Auswirkungen der Pflegeetätigkeiten in der Schule“ (vgl. Schulze/Kaiser 2017, S. 90). Nicht übersehen werden darf, dass nicht für alle jungen Pflegenden Belastungen im Vordergrund stehen und dass die Intensität der Pflege abhängig von der jeweils individuellen und familiären Situation variiert. Schule kann auch, so zeigen Erfahrungen im Ausland, einen geschützten Raum in Abgrenzung zur häuslichen Situation bilden (vgl. Cluver et al. 2012; Lackey/Gates 2001). Nach internationalen Studien sind Schüler*innen sich durchaus bewusst, dass ein guter Schulabschluss maßgeblich für eine erfolgreiche Zukunft ist (vgl. Moore et al. 2009, S. 9–10; Moore et al. 2006, S. 28). Dennoch befinden sich pflegende Schüler*innen häufig im Zwiespalt, da sie eigenen schulischen Ansprüchen selbst unter hohem Einsatz nicht gerecht werden können (vgl. Kaiser et al. 2018, S. 190; Moore et al. 2006, S. 50).

Multikausalität von Schulabsentismus

Hinsichtlich schulabsenten Verhaltens verweisen Ricking et al. (2009) auf die Unterscheidung zwischen bewusstem Fehlen, Schulverweigerung aus Angst und dem aktiven oder passiven Zurückhalten der Schüler*innen durch die Eltern. So kann vom Schulbesuch abhalten, dass jüngere Geschwister betreut werden müssen, die Gesundheit des zu Pflegenden kontrolliert oder begleitet werden muss oder Hilfen im Haushalt zu übernehmen sind. Zentral ist, dass Schulabsentismus immer multikausal bedingt ist.

Vereinbarkeit von Pflege und Ausbildung

Jugendliche und junge Erwachsene stehen vor der Herausforderung, ihre Pflegeverantwortung mit ihrer beruflichen Qualifikationsphase zu vereinbaren. Erfahrungsberichten zufolge erleben Betroffene

dies als äußerst schwierig und belastend. Die Sorgeverantwortung scheint ihnen oft unvereinbar mit der eigenen individuellen Lebensplanung und den Anforderungen in ihren Ausbildungszusammenhängen (vgl. Frühwirth 2018, S. 34 ff.). Konkret beklagen Betroffene die Belastung und den Zeitaufwand der Pflege als nachteilige Rahmenbedingung für ein erfolgreiches Studium und den Berufseinstieg. Indem zum Beispiel im Studium weniger Zeit für studentische Jobs, Praktika oder ein Semester im Ausland bleibt, sehen Betroffene ihre beruflichen Chancen gemindert (vgl. Ganß 2018).

Inwieweit die Pflege eine interessante berufliche Perspektive für junge Pflegenden darstellt, lässt sich nicht beantworten. In einzelnen Studien wurde ermittelt, dass (ehemalige) junge Pflegenden vermehrt soziale Berufe ergreifen (vgl. Frank et al. 1999; Lackey/Gates 2001). Welcher Stellenwert dem Tätigkeitsfeld der Pflege im Spektrum sozialer Berufe zukommt und wie intensiv die Wirkzusammenhänge zwischen Pflegerfahrung im jungen Lebensalter und späteren Berufsentscheidungen auszugehen ist, kann derzeit datengestützt nicht eingeschätzt werden.

Pflege als berufliche Perspektive

5.3 Möglichkeiten der Unterstützung

Bei jungen Pflegenden können sich ungünstige Rahmenbedingungen kumulieren, die dazu führen, dass sie ihr Leben mithilfe bestehender Ressourcen nicht zufriedenstellend gestalten können. Dazu gehören

Schwierigkeiten bei der Mobilisierung von Hilfe

- die fehlende Selbstwahrnehmung der jungen Pflegenden,
- das verbreitete Schweigen über deren Lebenswirklichkeit,
- eine beschränkte Ressourcenlage,
- Hemmungen, Hilfe von außen anzunehmen.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht unwahrscheinlich, dass ein Bedarf an externer Unterstützung besteht. Nagl-Cupal et al. formulieren hierzu: „Unabhängig davon, ob die Rolle angemessen ist oder nicht, sollte jedes pflegende Kind die Möglichkeit haben, in seinem Alltag unterstützt zu werden. Es gilt, Kinder vor unangemessenen und risikobehafteten Situationen zu schützen und sie hinsichtlich angemessener familiärer Hilfen zu unterstützen“ (Nagl-Cupal et al. 2015, S. 214). Es stellt sich die Frage, welche Hilfen und Angebote junge Pflegenden benötigen, um die für sie wichtigen eigenen Entwicklungsaufgaben möglichst unbeschwert bewältigen zu können.

5.3.1 Erforderliche Rahmenbedingungen

Die chronische Erkrankung bzw. Beeinträchtigung eines Familienmitglieds wirkt sich immer auf das gesamte familiäre System aus. Demnach sind Unterstützungsangebote nicht ausschließlich an die

Die Bedeutung der Familie

jungen Pflegenden oder an die erkrankte Person zu richten, sondern an die gesamte Familie – bisweilen kann daraus ein komplexer Hilfebedarf der gesamten Familie resultieren (vgl. Metzging 2018, S. 75–76).

Vor diesem Hintergrund kommt familienzentrierten Ansätzen (vgl. whole family-approach) eine zentrale Rolle zu. Auf diesen wird insbesondere in Großbritannien bereits lange zurückgegriffen (vgl. u. a. Frank/Slatcher 2009; Frank 2002, S. 39–40).

Zentrale Aspekte von Unterstützungsmaßnahmen

Im Rahmen der KiFam-Studie führte Metzging Expert*innen in einem sog. World Café²⁸ zusammen. Ziel war es u. a., aus den Diskussionen fünf zentrale übergeordnete Aspekte für (die Entwicklung von) Unterstützungsmaßnahmen abzuleiten (vgl. Metzging 2018, S. 76). Diese Rahmenbedingungen werden im Folgenden dargestellt.

- **Bewusstsein schaffen:** Um junge Pflegende und deren Familien überhaupt identifizieren zu können, ist es unabdingbar, das soziale Umfeld und die Öffentlichkeit für das Thema und die betroffenen Personen zu sensibilisieren. Dadurch kann zugleich eine Enttabuisierung des Themas stattfinden und die Stigmatisierung der jungen Pflegenden verringert werden (2018, S. 76).
- **Überwindung struktureller Hürden und Schnittstellenprobleme:** Der bisweilen komplexe Hilfe- und Unterstützungsbedarf junger Pflegender und ihrer Familien macht das Tätigwerden verschiedener Akteure und Berufsgruppen erforderlich, die unterschiedlichen Institutionen (Gesundheitswesen, Jugend- und Sozialhilfe) zugeordnet sind. Das Problem in Deutschland besteht darin, dass es zum einen keine allein oder hauptverantwortliche Institution gibt, die für die Bedarfe junger Pflegender und ihrer Familien verantwortlich ist, und dass zum anderen Schnittstellenprobleme zwischen Gesundheitswesen, Jugend- und Sozialhilfe bestehen, die eine integrierte Beratung und Hilfe behindern (2018, S. 75, 96).
- **Gute Kooperation und Vernetzung der Leistungserbringer:** Tragfähige Hilfen für betroffene Familien erfordern abgestimmte Leistungen und Angebote. Um diese Rahmenbedingungen zu schaffen ist es erforderlich, der Schnittstellenproblematik zwischen den Leistungsträgern zu begegnen und das lose Nebeneinander einzelner Initiativen zu vernetzen, gemeinsame Zielsetzungen zu erarbeiten und die jeweiligen institutionellen Aufgaben abzustimmen (2018, S. 68). Netzwerkarbeit ist gefragt. Es sei dringend nötig, das Thema in allen Institutionen der Kinder- und Jugendhilfe bekannt zu machen. Metzging weist darauf hin, dass

²⁸ Das World Café bezog sich auf fünf Themenbereiche: Finanzierungsmöglichkeiten, Zugang zu pflegenden Kindern und ihren Familien, Kooperation und Vernetzung, konkrete Hilfen für Kinder und Jugendliche sowie konkrete Hilfen für Familien. Es diskutierten Expert*innen u. a. aus Projekten und der Selbsthilfe, aus Jugendhilfe, Schule und Elternvertretung, von Leistungsträgern sowie aus der Wissenschaft (vgl. Metzging 2018, S. 15–16).

beispielsweise der Zugang zu unterstützenden Angeboten für junge Pfleger*innen von körperlich erkrankten Eltern eher dem Zufall überlassen bleibt. Für Kinder und Jugendliche, deren Eltern psychisch krank oder an Krebs erkrankt sind, gibt es bereits Übersichten und bundesweite Adresslisten (2018, S. 67).

- Regelfinanzierung: In dem im Rahmen der KiFam-Studie durchgeführten World Cafés wurde weiterhin die fehlende Regelfinanzierung von Unterstützungsangeboten problematisiert (2018, S. 75). Häufig werden Angebote über Spenden, Stiftungen oder ehrenamtliches Engagement finanziert. „Hier ist zu befürchten, dass Hilfsangebote, die projektbezogen ausgerichtet sind, nur einen vorübergehenden Charakter haben werden“ (2018, S. 67). Als ein Beispiel guter Praxis veranschaulicht Metzting dies an dem Angebot *young carers deutschland*, dessen Finanzierung der Kinderschutzbund Bad Segeberg übernimmt. Somit erfährt das Angebot „einerseits eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit, andererseits werden damit auch die Finanzierung und der Fortbestand des Angebotes sichergestellt“ (2018, S. 68).
- Bedarfs- und bedürfnisorientierte Familienorientierung: Wie bereits dargelegt, betrifft die Erkrankung eines Familienmitglieds das gesamte Familiensystem. Demzufolge stellen die Expert*innen die „Notwendigkeit einer umfänglichen und individuellen Bedarfserhebung (standardisierte Assessments) aller Familienmitglieder für eine gezielte Hilfeplanung heraus“ (2018, S. 76).

5.3.2 Konkrete Angebote

Um den vielfältigen und individuellen Bedarfen junger Pfleger*innen und ihrer Familien angemessen begegnen zu können, ist es notwendig, ein breites Spektrum an unterstützenden Leistungen und Angeboten vorzuhalten. Angesichts dieser Lage sind bundesweit Projekte und Organisationen entstanden, die sich speziell an junge Pfleger*innen richten, z.B. *Pausentaste*, *Young Carers Hilfe*, *echt unersetzlich*, *Young helping hands* und *Johanniter Superhands* (vgl. Schön et al. zu Beratungs- und Unterstützungsangeboten in diesem Band). Sie bieten zum einen konkrete Unterstützung an, beispielsweise in Form von Beratung, zum anderen erbringen sie eine wichtige Thematisierungsleistung, die dazu beiträgt, ihr Anliegen mehr in den Fokus öffentlicher Wahrnehmung zu rücken.

Im Rahmen der KiFam-Studie wurden Empfehlungen für konkrete Unterstützungsangebote entwickelt. Dabei verfolgt Metzting den Ansatz, den Bedarf junger Pfleger*innen und zugleich den ihrer Familien in den Blick zu nehmen. Die Vielzahl der Empfehlungen ist nicht als vollständige Aufzählung zu betrachten, sondern als Ausschnitt von Optionen. Sie verdeutlichen zugleich, dass die Lebenslage junger Pfleger*innen komplex sein kann.

Spezielle Unterstützungs- angebote

Die erste Darstellung (s. Tabelle 2) betrifft die Zielgruppe der jungen Menschen, die Pflege- und Sorgaufgagen übernehmen.

Empfehlungen für direkte Angebote für junge Pflegende

Tabelle 2: Zielgruppe Kinder und Jugendliche: Aktivitäten und Angebote

Ebene	Unterstützungsbedarf	Mögliche Projektaktivitäten
emotional	Jemanden zum Reden haben	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonhotline • Reale Anlaufstelle mit altersgerechten Gesprächsangeboten • Patenschaften/Patenschaftsprojekte • Gruppengespräche für Gleichbetroffene • Internetangebote (Chat mit Professionellen und/ oder Gleichbetroffenen) • Auszeiten nehmen • Sorgenbriefkasten (z. B. in der Schule)
praktisch	Auszeiten nehmen	Empowerment: <ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädagogische Freizeitangebote • Ferienangebote/Summer Camps • Theaterprojekte
	Hilfen bei Hausaufgaben	<ul style="list-style-type: none"> • Hausaufgabenbetreuung • Nachhilfeangebote
medizinisch-pflegerisch	Wissen über die Krankheit erhalten	<ul style="list-style-type: none"> • Altersgerechte pflegerische und medizinische Informationen bereitstellen (als Flyer/im Internet) • altersgerechter Kurs mit praktischen Übungen (wie z. B. für pflegende Angehörige, Kinästhetik) • „Krankheit in der Familie“ als Thema in Projektwochen in der Schule aufgreifen • Kinder- und Jugendbücher zum Thema • Altersgerechte Filme zum Thema
	Wissen, im Notfall zu handeln	<ul style="list-style-type: none"> • Altersgerechter Erste-Hilfe-Kurs • Faltblatt mit Notfallnummern

Quelle: Metzging 2018, S. 84, gekürzte und geringfügig adaptierte Fassung

Empfehlungen für Angebote für Eltern

Darüber hinaus werden Eltern als Zielgruppe von Angeboten, Leistungen und Aktivitäten in den Blick genommen (s. Tabelle 3). Es finden sich nachfolgend dargelegte Aspekte:

Tabelle 3: Zielgruppe Eltern: Aktivitäten und Angebote

Ebene	Unterstützungsbedarf	Mögliche Projektaktivitäten
emotional	Jemanden zum Reden haben	<ul style="list-style-type: none"> • Telefonhotline • Reale Anlaufstelle mit zielgruppenspezifischen Gesprächsangeboten (Einzel- und Paargespräche) • Elterncafé: Hilfe zur Selbsthilfe • Internetangebote (Chat mit Professionellen und/oder Gleichbetroffenen)
praktisch	Hilfen bei der Alltagsgestaltung	<ul style="list-style-type: none"> • Hilfe im Haushalt durch flexible Alltagshilfen (z. B. Einkäufe, Kochen, Putzen) • Begleitung bei Arztbesuchen/ Therapien • Familienhelfer (über das 12. Lebensjahr der Kinder hinaus) • Elternassistentenz • Fahrdienste • Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt
	Kinderbetreuung und -begleitung	<ul style="list-style-type: none"> • Nachbarschaftshilfe/Ehrenamt • Kinder auf Kindergarten-/Schulweg begleiten • Mit Kindern spielen/sie zum Spielplatz begleiten • Elternassistentenz • Fahrdienste • Patenschaftsmodelle (in Krise/ Krankenhausaufenthalt)
administrativ	Hilfen durch den Paragraphenschungel/Hilfe mit Formularen	<ul style="list-style-type: none"> • Aufsuchende Beratungsangebote • Telefonberatung • Pflegestützpunkte einrichten • Selbsthilfe: Interessensgemeinschaften in sozialen Medien
medizinisch-pflegerisch	Wissen über die Erkrankung	<ul style="list-style-type: none"> • Pflegerische und medizinische Informationen zur Erkrankung bereitstellen (als Flyer/im Internet) • Vorträge zu spezifischen Krankheitsbildern
	Lernen, die Krankheit zu akzeptieren	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächsangebote • Selbsthilfe

Quelle: Metzger 2018, S. 85, gekürzte und geringfügig adaptierte Fassung

Nicht zuletzt kann die Familie als Gesamtsystem Adressat von Angeboten sein. Welche Aktivitäten zielführend sein können, weist Tabelle 4 aus.

**Empfehlungen
für Angebote
für Familien**

Tabelle 4: Zielgruppe Familie: Aktivitäten und Angebote

Ebene	Unterstützungsbedarf	Mögliche Projektaktivitäten
emotional	Jemanden zum Reden haben: Krankheit in der Familie mit Kindern kommunizieren	<ul style="list-style-type: none"> • Reale Anlaufstelle mit zielgruppenspezifischen Gesprächsangeboten • Familienkonferenzen: Familien können sich über ihre Bedürfnisse und Bedarfe äußern • Familienberatung als therapeutische Beratung, jedoch mit getrennten Ansprechpartnern für die Eltern und die Kinder • Austausch zwischen betroffenen Familien ermöglichen
praktisch	Auszeiten als Familie	<ul style="list-style-type: none"> • Familienausflüge • Sommerfeste • Familienpflegeurlaube
	„Hilfen aus einer Hand“	<p>Fallmanagement, z. B. mit geschulten Pflegekräften als Fallmanager/Familienlotsen, unabhängig von Kontrollsystemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familie als Ganzes sehen, aber individuelle Bedarfe ermitteln • Interdisziplinär helfen • Nachbarschaft und Quartiere einbeziehen • Hausbesuche auch am Abend • Unterstützung der Familie bei Netzwerkarbeit • Unterstützung bei bürokratischen Angelegenheiten • Pflegende Kinder entlasten
medizinisch-pflegerisch	Zugang zu Angeboten erhalten	<p>Pflegestützpunkte als Anlaufstelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung in Notsituationen durch Bildung eines Notfallnetzwerkes <p>Ausweitung von Internetangeboten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erstellung von Datenbanken/Apps mit gebündelten Informationen über Angebote (Best-Practice-Beispiele nutzen) • Unabhängige Beratungsstellen auf kommunaler Ebene • Frühe Hilfen bei Diagnosestellung oder Krankenhausentlassung • Informationspakete über die Erkrankung für die Familien

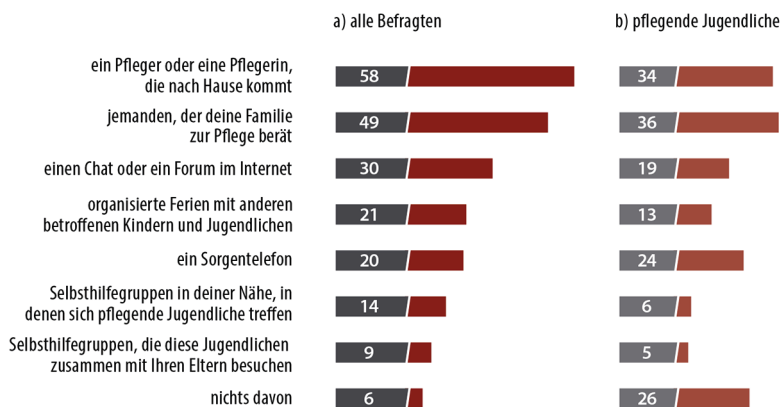
Quelle: Metzging 2018, S. 86, gekürzte und geringfügig adaptierte Fassung

Trotz der Vielzahl an Möglichkeiten, die bestehen, um betroffene Kinder, Eltern bzw. Familien zu unterstützen, gilt es zu bedenken, dass die Offenheit auf Seite der Familien bzw. Kinder, Hilfen in Anspruch zu nehmen, durchaus begrenzt ist.

Lux und Eggert haben im Rahmen ihrer repräsentativen Befragung herausgearbeitet, dass junge Pflegende im Vergleich zu den Befragten ohne eigene Pflege- und Sorgeerfahrungen Unterstützungsangeboten wie etwa Pflegediensten (34 Prozent vs. 59 Prozent) und Beratung der Familie zur Pflege (36 Prozent vs. 49 Prozent) eher zurückhaltend gegenüberstehen (s. Abbildung 51).²⁹

Junge Pflegende sind gegenüber Unterstützung zurückhaltend

Abbildung 51: Präferenzen zu Unterstützungsangeboten



Quelle: Lux/Eggert 2017, S. 24, Mehrfachnennungen möglich

In der Teilgruppe der jungen Pflegenden zeigt sich, dass etwas mehr als ein Viertel der Personen keines der zur Auswahl stehenden Angebote in Anspruch nehmen möchte. Junge Pflegende wünschen sich öfter von Krankenkassen (41 Prozent) als von ambulanten Pflegediensten (28 Prozent) und Ärzt*innen (20 Prozent) professionelle Hilfe. Innerhalb der Familie wünschen sich junge Pflegende noch mehr Unterstützung von den Eltern (36 Prozent) und Verwandten, die nicht in der Familie leben (26 Prozent) (vgl. Lux/Eggert 2017, S. 25).

5.3.3 Beratung von jungen Pflegenden

Beratung gehört zu den zentralen Aufgaben der Träger und Professionellen im Sozial- und Gesundheitswesen. „Als Beratung bezeichnet man ein kommunikatives Geschehen, bei dem Fragen, Irritationen oder Probleme der einen (...) Seite geklärt und einer Lösung zugeführt werden, ohne deren Entscheidungsautonomie zu verletzen. (...) Beratung ist durch eine spezifische Form der Kommunika-

Beratung als zentrale Aufgabe im Sozial- und Gesundheitswesen

²⁹ Es wurden ca. 1.000 12- bis 17-Jährige zu ihren Erfahrungen mit dem Thema Pflege allgemein und speziell mit pflegebedürftigen Angehörigen befragt (vgl. Lux/Eggert 2017, S. 16).

tion gekennzeichnet: Sie belehrt nicht, sondern orientiert sich am Anliegen, am Problemerkennen und den Verarbeitungsstrukturen der Klient/innen“ (Großmaß 2017, S. 92–93).

Rechtsverwirklichung als Ziel von Beratung

Die Sozialberatung als eine Form von Beratung richtet sich in besonderer Weise nach den „...individuellen sozialen Problemen, mit dem Ziel diese zu überwinden, resultierende Folgen zu lindern und neue Probleme zu vermeiden...“ (Wendt 2017, S. 199). Leitend sind Grundsätze der Personenzentrierung, Systembetrachtung und Lösungsorientierung (2017, S. 180). Beratung kennt gem. § 14 SGB I als eines der Ziele die Rechtsverwirklichung im Sinne der Grundrechtrealisierung durch Sozialleistungen (vgl. Schulz-Nieswandt 2020).

Unterschiedliche Formate und Zielgruppen von Beratung

Die beschriebene zentrale Rolle von Beratung kommt auch in den von Metzging vorgestellten Empfehlungen für Unterstützungsangebote im Kontext junger Pflege zum Ausdruck (s. Tabelle 2 bis Tabelle 4). Beratung kann demnach in unterschiedlichen Formaten angeboten und an verschiedene Zielgruppen gerichtet werden. Hierbei kommen die Grundsätze der Sozialberatung zum Tragen.

Im Hinblick auf die Beratung junger Pflegenden scheint es für Deutschland zwar kein systematisches, auf Evaluationen und Studien basierendes Wissen zu geben, doch kann auf umfangreiches Material wie Erfahrungsberichte (vgl. z.B. Handbuch für Pflegekräfte: Salzmann et al. 2019, S. 30 ff.) und Instrumente und Arbeitsmaterialien für die (Beratungs-)Praxis, die für Gespräche mit jungen Pflegenden, insbesondere für Assessments, entwickelt wurden (vgl. z.B. Salzmann et al. 2019, S. 55 ff.), zurückgegriffen werden.

5.4 Zusammenfassung und Ausblick

Prävalenz und Dunkelziffer

Junge Pflegenden – ob nun Kinder, Jugendliche oder junge Erwachsene – leisten im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Pflegeerfahrung über das übliche Maß Unterstützung im Alltag und in der familiären Pflege. Es ist davon auszugehen, dass in Deutschland der Anteil junger Menschen, der diese intensive Pflege- und Sorgearbeit übernimmt, etwa 6 Prozent beträgt. Dabei ist jedoch eine hohe Dunkelziffer wahrscheinlich, da junge Pflegenden sich häufig nicht als solche verstehen und nur wenig über ihre Situation sprechen. Die wohl bedeutendste Grundlage für die Bereitschaft, diese Verantwortung zu übernehmen und zu tragen, bildet eine enge familiäre Verbundenheit und emotionale Bindung an das pflegebedürftige Familienmitglied.

Positive und negative Effekte junger Pflege

Pflegeerfahrung in jungen Jahren muss sich nicht zwangsläufig, kann sich aber sowohl positiv als auch negativ auf junge Pflegenden auswirken und dies auf unterschiedliche Bereiche ihres Lebens: physisch, psychisch, schulisch/beruflich und auch sozial. So berichtet auch die repräsentative Befragung (vgl. Haumann in diesem Band) bei den 16- bis 39-Jährigen, dass junge Pflegenden positive

und negative Erfahrungen machen (83 Prozent berichtet von Positivem, 73 Prozent von Negativem) und dass sich beides keinesfalls ausschließt – letztgenanntes wird von 56 Prozent der Befragten berichtet.

Der Blick in Literatur und Studienergebnisse zeigt und veranschaulicht, dass durch die Beeinträchtigung oder Erkrankung eines Familienmitglieds das gesamte Familiensystem betroffen ist und dass dies komplexe Unterstützungsbedarfe für alle Familienmitglieder – nicht nur für die pflegebedürftige Person oder die*den junge*n Pflegenden* – nach sich ziehen kann. Um die jeweiligen Hilfebedarfe in guter Weise beantworten zu können, ist es förderlich, das soziale Umfeld und die Öffentlichkeit für die Thematik und die betroffenen Personen zu sensibilisieren.

Junge Pflegenden stehen unterstützenden Maßnahmen von außerhalb der Familie – aus sehr verschiedenen Gründen – eher verhalten gegenüber, obgleich sie diese durchaus als sinnvoll erachten. Vermutlich greifen die jungen Menschen dort gerne auf Angebote zurück, wo sich die jeweilige Hilfe gut in ihre Lebenswelt einpasst, wo bestehende Bedarfe praktisch aufgegriffen werden und wo den Personen mit einem reflektierten Verständnis für ihre durch die Sorge- und Pflegeaufgaben geprägte Lebenssituation begegnet wird. Solche Angebote können einen wichtigen Beitrag dazu leisten, dass sich die jungen Menschen möglichst unbefangen, unbelastet und alterstypisch entwickeln und entfalten können. Dass sie durch die Pflegeverantwortung nicht gesundheitlich oder sozial beeinträchtigt werden, sondern – im Gegenteil – gestärkt hervorgehen aus diesen Situationen, und die Aufgabe eine neue Facette ihrer Identität zum Vorschein bringt, auf die sie stolz sein können und mit der sie sich gerne zeigen mögen.

Die Literaturstudie weist – wie frühere Studien zur Thematik der jungen Pflege – auf zahlreiche Forschungsdesiderate hin. In besonderer Weise drängend scheint der Bedarf an Forschung im Hinblick auf adäquate Angebote der Unterstützung und Beratung für die betreffenden jungen Menschen und ihre Familien zu sein. Metzger hat eine Vielzahl möglicher Hilfen zusammengestellt (Fahrdienst, Telefonhotline, Erste-Hilfe-Kurs, Gesprächsangebote in Gruppen, Hausaufgabenbetreuung, Freizeitangebote, Informationsveranstaltung zu pflegerischen und krankheitsbezogenen Fragen pp.) (vgl. Metzger 2018). Schön et al. systematisieren in Kapitel 7 in diesem Band auf Grundlage von Expert*inneninterviews die Erfahrungen von entsprechenden, in der Bundesrepublik bestehenden Projekten. Um diesen Kenntnisstand auszudifferenzieren wäre eine vertiefende Evaluation solcher Projekte gewinnbringend und erforderlich, die sich sowohl auf die bisherigen Erfahrungen bezieht als auch begleitend auf die Entwicklungen der nächsten Jahre. Ein besonderes Gewicht sollte dabei den im vorigen Absatz thematisierten Hemmnissen zukommen, die die Inanspruchnahme von Hilfe verhindern bzw.

Komplexer Unterstützungsbedarf des Familiensystems

Verhaltene Inanspruchnahme von Hilfen

Forschungsdesiderat: Wirksame Unterstützungskonzepte

begrenzen, verbunden mit der Frage, was zu deren Überwindung beiträgt.

**Forschungs-
desiderat:
Systematische
Fallanalyse**

Sowohl dieser Literaturbericht als auch die Interviewstudie (vgl. Interviewstudie von Schön et al. in diesem Band) stellen heraus, dass die Pflege- und Sorgearrangements, in die junge Pflegenden involviert sind, ausgesprochen heterogen sind. Diese Individualität der Settings entsteht dadurch, dass die zu pflegende Person (z. B. Mutter, Großvater, Geschwister), das Alter der*s Pflegenden, die Erkrankung bzw. Beeinträchtigung, die Ressourcenlage der Familie, die Verfügbarkeit von informeller und professioneller Unterstützung und weitere Aspekte variieren. Mit dem Ziel, herauszuarbeiten, welche Konstellationen dazu beitragen, von Überforderung gekennzeichnete Settings zu verhindern respektive stabile Versorgungsarrangements zu etablieren, ist eine Analyse von Fällen mithilfe einer wohlfahrtspluralistischen Logik (vgl. Evers/Olk 1996; Klie/Roß 2005) angezeigt, die in besonderer Weise für die Beteiligung und das Zusammenspiel der Beteiligten sensibel ist. Hilfreich wäre, dass auch und gerade Familien in die Forschung involviert würden, die mit geringen finanziellen, bildungsbezogenen oder auch sozialen Ressourcen ausgestattet sind, da anzunehmen ist, dass junge Menschen gerade hier – z. B. aus finanziellen Gründen und entgegen eigener Präferenzen – unter Druck geraten können, Pflege- und Sorgeaufgaben zu übernehmen (s. zu dieser Thematik Interviewstudie von Schön et al. in diesem Band).

5.5 Literaturverzeichnis

- Becker, Fiona; Becker, Saul (2008): *Young Adult Carers in the UK. Experiences, Needs and Services for Carers aged 16–24*. Hg. v. The Princess Royal Trust for Carers. Young Carers International. London.
- Becker, Saul (2000): *Young Carers*. In: Martin Davies (Hg.): *The Blackwell encyclopedia of social work*. Oxford: Blackwell, S. 378.
- Becker, Saul; Aldrige, Jo.; Dearden, Chris (1998): *Young Carers and Their Families*. Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Blinkert, Baldo; Klie, Thomas (2004): *Solidarität in Gefahr? Pflegebereitschaft und Pflegebedarfsentwicklung im demografischen und sozialen Wandel. Die „Kasseler Studie“*. Hannover: Vincentz Network.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.) (2020): *Einblicke in die Lebenswelt von Schülerinnen und Schülern, die sich um kranke Familienmitglieder kümmern. Materialien für den Unterricht für Lehrerinnen und Lehrer und pädagogische Fachkräfte der Sekundarstufen I und II für Schülerinnen und Schüler ab der 5. Klasse*. 2. Aufl. Un-

- ter Mitarbeit von Nora Malmedie, Anna Zacharias, Alexandra Hauschild und Nummer gegen Kummer e.V. Nummer gegen Kummer e.V. Berlin. Online verfügbar unter www.bmfsfj.de/resource/blob/160998/cee5f14395d73be42af7efc1c92c0b1d/pausentaste-materialien-fuer-den-unterricht-lehrerhandbuch-data.pdf, zuletzt geprüft am 26.06.2021.
- Cluver, L.; Operario, D.; Lane, T.; Kganakga, M. (2012): „I Can't Go to School and Leave Her in So Much Pain“. In: *Journal of Adolescent Research* 27 (5), S. 581–605. DOI: 10.1177/0743558411417868.
- Dearden, Chris; Becker, Saul (2004): Young Carers in the UK. The 2004 Report. Hg. v. Carers UK. The Children's Society. London. Online verfügbar unter www.lboro.ac.uk/microsites/socialsciences/ycrg/youngCarersDownload/YCReport2004%5B1%5D.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2021.
- Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V. (Hg.) (2017): Jahresbericht 2017. Online verfügbar unter www.diakoniestadtmitte.de/fileadmin/user_upload/dateien_und_bilder/Dokumente/Geschaeftsstelle/Zuwendungen_2018/JB_2017_Einzelseiten_monitor.pdf, zuletzt geprüft am 24.06.2021.
- Evers, Adalbert; Olk, Thomas (1996): Wohlfahrtspluralismus – Analytische und normativ-politische Dimension eines Leitbegriffs. In: Adalbert Evers und Thomas Olk (Hg.): Wohlfahrtspluralismus. Vom Wohlfahrtsstaat zur Wohlfahrtsgesellschaft. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 9–60.
- Frank, Jenny (2002): Making it work. Good practice with Young Carers and their families. Children's Society and The Princess Royal Trust for Carers. London. Online verfügbar unter www.childrenssociety.org.uk/sites/default/files/2020-10/making_it_work.pdf, zuletzt geprüft am 04.07.2021.
- Frank, Jenny; Slatcher, Christine (2009): Supporting young carers and their families using a whole family approach. In: *The journal of family health care* 19 (3), S. 86–89.
- Frank, Jenny; Tatum, Chris; Tucker, Stanley (1999): On small shoulders. Learning from the experiences of former young carers. London: Children's Society.
- Frech, Marianne; Nagl-Cupal, Martin; Leu, Agnes; Schulze, Gisela C.; Spittel, Anna-Maria; Kaiser, Steffen (2019): Who are „Young Carers“? Analysis of the Use of the Term in German Speaking Countries and Development of a Definition / Wer sind Young Carers ? Analyse der Begriffsverwendung im deutschsprachigen Raum und Entwicklung einer Definition. In: *International Journal of Health Professions* 6 (1), S. 19–31. DOI: 10.2478/ijhp-2019-0004.

- Frühwirth, Bernhard (2018): Junge pflegende Erwachsene (Young Adult Carer). Einblicke und offene Fragen. In: *Demenz – Das Magazin* (36), S. 34–36.
- Ganß, Michael (2018): Wenn das Nest wegbricht. Über junge Menschen in der Pflegeverantwortung. In: *Demenz – Das Magazin* (36), S. 28–33.
- Gray, Ben; Robinson, Catherine; Seddon, Diane (2008): Invisible Children. Young Carers of Parents with Mental Health Problems -The Perspectives of Professionals. In: *Child and Adolescent Mental Health* 13 (1), S. 169–172.
- Großmaß, Ruth (2017): Beratung. In: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V. (Hg.): *Fachlexikon der Sozialen Arbeit*. Unter Mitarbeit von Ralf Mulot und Sabine Schmitt. 8. Aufl. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, S. 93–94.
- Haubner, Tine (2017): Die Ausbeutung der sorgenden Gemeinschaft. Laienpflege in Deutschland. 1. Aufl. Frankfurt: Campus-Verlag.
- Hübner, Bettina (2003): Kinder und Jugendliche, die in ihren Familien pflegen. Eine internationale Literaturstudie. Bachelor Thesis. University of Witten/Herdecke, Witten.
- Kaiser, Steffen (2017): Heranwachsen im Spannungsfeld von Schule und Pflgetätigkeiten. Eine empirische Studie zur schulischen Situation von pflegenden Jugendlichen. Dissertation zur Erlangung des Grades des Doktors der Philosophie. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Oldenburg. Fakultät I für Bildungs- und Sozialwissenschaften.
- Kaiser, Steffen; Schulze, Gisela C.; Leu, Agnes (2018): Gesamtfamiliale Unterstützung bei schulabsentem Verhalten pflegender Kinder und Jugendlicher. In: Heinrich Ricking und Karsten Speck (Hg.): *Schulabsentismus und Eltern*. Wiesbaden: Springer-Verlag (Absentismus und Dropout), S. 185–198.
- Klie, Thomas; Roß, Paul-Stefan (2005): Wie viel Bürger darf's denn sein!? Bürgerschaftliches Engagement im Wohlfahrtsmix – eine Standortbestimmung in acht Thesen. In: Dieter Döring (Hg.): *Bürgerschaftliches Engagement. Unbegrenzte Möglichkeiten?* Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 36 (4). Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V., S. 20–43.
- Lackey, Nancy R.; Gates, Marie F. (2001): Adults' recollections of their experiences as young caregivers of family members with chronic physical illnesses. In: *Journal of Advanced Nursing* 34 (3), S. 320–328. DOI: 10.1046/j.1365-2648.2001.01761.x.
- Leu, Agnes (2015): Die Verborgenen sichtbar machen. In: *Pflege-Recht* 4 (4), S. 229–233.

- Lux, Katharina; Eggert, Simon (2017): ZQP-Analyse Erfahrungen von Jugendlichen mit Pflegebedürftigkeit in der Familie. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): Junge Pflegende. ZQP-Report. Berlin, S. 14–25.
- Metzing, Sabine (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Erleben und Gestalten familialer Pflege. 1. Aufl. Bern: Huber (Studien zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft).
- Metzing, Sabine (2017): Pflegende Kinder und Jugendliche. Ein Überblick. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): Junge Pflegende. ZQP-Report. Berlin, S. 8–13.
- Metzing, Sabine (2018): Abschlussbericht zum Projekt: „Die Situation von Kindern und Jugendlichen als pflegende Angehörige“. Förderzeitraum 01.06.2015–31.12.2017. GZ.: ZMVI 1 2515ZPK662. Unter Mitarbeit von Thomas Ostermann, Michael Galatsch, Nino Chikhradze, Christiane Knecht, Kristina Barbknecht, Franziska Piechkamp et al. Department für Pflegewissenschaft, Fakultät Gesundheit, Universität Witten/Herdecke. Witten.
- Metzing, Sabine; Ostermann, Thomas; Robens, Sibylle; Galatsch, Michael (2019): The prevalence of young carers – a standardised survey amongst school students (KiFam-study). In: *Scandinavian journal of caring sciences* 34 (2), S. 501–513. DOI: 10.1111/scs.12754.
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007a): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wer sie sind und was sie leisten. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). In: *Pflege* 20 (6), S. 323–330. DOI: 10.1024/1012-5302.20.6.323.
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007b): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). In: *Pflege* 20 (6), S. 331–336. DOI: 10.1024/1012-5302.20.6.331.
- Moore, Tim; McArthur, Morag; Morrow, Ros (2009): Attendance, Achievement and Participation: Young Carers' Experiences of School in Australia. In: *Australian Journal of Education* 53 (1), S. 5–18. DOI: 10.1177/000494410905300102.
- Moore, Tim; Morrow, Ros; McArthur, Morag; Noble-Carr, Debbie; Gray, Jamie (2006): Reading, writing and responsibility: Young Carers and Education. Hg. v. Institute of Child Protection Studies. Australian Catholic University (ACU); ACT Department of Disability, Housing and Community Services. Dickson. Online verfügbar unter https://acuresearchbank.acu.edu.au/download/16baa80946386e7826cb6fdb5f96859a6b0b42bbafcf9ba49fadca5b1397536d/832453/Moore_2006_Reading_

Writing_Responsibility_Young_Carers.pdf, zuletzt geprüft am 23.06.2021.

- Nagl-Cupal, Martin; Daniel, Maria; Kainbacher, Manuela; Koller, Martina M.; Mayer, Hanna; Hauprich, Julia (2015): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige. Einblick in die Situation Betroffener und Möglichkeiten der Unterstützung. Zwei Studien des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Wien im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Hg. v. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien. Wien (Sozialpolitische Studienreihe, 19).
- Ricking, Heinrich; Schulze, Gisela C.; Wittrock, Manfred (2009): Schulabsentismus und Dropout: Strukturen eines Forschungsfeldes. In: Heinrich Ricking, Gisela C. Schulze und Manfred Wittrock (Hg.): Schulabsentismus und Dropout. Erscheinungsformen – Erklärungsansätze – Intervention. Paderborn: Schöningh, S. 13–45.
- Roling, Maren; Falkson, Sandra; Hellmers, Claudia; Metzging, Sabine (2020): Early caregiving experiences and the impact on transition into adulthood and further life: a literature review. In: *Scandinavian journal of caring sciences* 34 (3), S. 539–551. DOI: 10.1111/scs.12757.
- Salzmann, Benjamin; Kaiser, Steffen (2018): Kinder und Jugendliche mit Pflegeverantwortung. Handlungswissen für den beruflichen Alltag. Hintergrundwissen und Handlungsmaterialien für PädagogInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, Pflegekräfte und BeraterInnen. Bausteine.demenz. In: *Demenz – Das Magazin* (36), S. 37–56.
- Salzmann, Benjamin; Kliem, Anna; Ehmke, Jenny (2019): Wenn Jugendliche sich um kranke Angehörige kümmern. Handbuch für Fachkräfte. Unter Mitarbeit von Katharina Lux, Gabriele Tammen-Parr und Lilly Parr. Hg. v. Berlin Pflege in Not. Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.; Diakonie Deutschland; Echt unersetzlich. Berlin. Online verfügbar unter www.echt-unersetzlich.de/wp-content/uploads/Handbuch_pflegende-Kinder-und-Jugendliche-2019_web.pdf, zuletzt geprüft am 12.05.2021.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Schulze, Gisela C.; Kaiser, Steffen (2017): Lernen zwischen Schulbesuch und Pflege. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.): Junge Pflegende. ZQP-Report. Berlin, S. 89–93.

- The Children's Society (Hg.) (2014): Supporting young carers and their families. An introductory guide for professionals. Hampshire.
- Warren, Janet; Ruskin, Anglia (2008): Young carers: still „hidden“ after all these years? In: *Research, Policy and Planning* 26 (1), S. 45–56.
- Wendt, Peter-Ulrich (2017): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (Studienmodule Soziale Arbeit).
- Wetzstein, Matthias; Rommel, Alexander; Lange, Cornelia (2015): Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (GBE kompakt, 3). Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3137/3.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, zuletzt geprüft am 18.06.2021.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2017): Junge Pflegende. ZQP-Report. 1. Aufl. Berlin.

6. Die Beratung junger Pflegender in den Pflegestützpunkten und durch die Berater*innen der DAK-Gesundheit: eine Online-Befragung

Thomas Klie, Lukas Stürner, Isabel Schön³⁰

Die nationale und internationale Forschungslage zu jungen Pflegenden unterstreicht die Bedeutung suffizienter und zielgruppenorientierter Beratung für junge Pflegende, wenn es gelingen soll, eine fachlich tragfähige, aber insbesondere auch für die persönliche Entwicklung junger Menschen verträgliche Beteiligung an Pflegeaufgaben zu gewährleisten, Belastungen vorzubeugen und ggf. Antworten auf Überforderungssituationen zu finden (vgl. Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band). Auch die Allensbach-Umfrage dokumentiert, dass Beratungsangebote für junge Menschen, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen, von diesen durchaus als hilfreich empfunden werden (vgl. Haumann in diesem Band). Allerdings werden sie, wenn überhaupt, kaum konsequent und kontinuierlich in Anspruch genommen.

Bei einer intensiveren Befassung mit dem Thema „Beratung junger Pflegender“ wird überdies deutlich, dass es sich bei dem Beratungsangebot für diese jungen Menschen nicht um eine „klassische“ Pflegeberatung handeln kann, die sich im Wesentlichen auf die Inanspruchnahme von Sozialleistungen, auf Hinweise ergänzender professioneller Unterstützungsleistungen und Qualifizierungsmöglichkeiten für die Übernahme von Pflegeaufgaben konzentriert. Gerade bei Kindern und Jugendlichen, die sich an Pflegeaufgaben beteiligen respektive in pflegenden Familien leben, ist ein familienorientierter Beratungsansatz gefragt. Bei Jugendlichen ist ihre spezifische Entwicklungssituation mit zu berücksichtigen und in die Beratung miteinzubeziehen. Auch gilt es, Zugang zu jungen Menschen zu finden, die – wie deutlich wurde – kaum über die Pflegeaufgaben, die sie übernehmen, sprechen. Insofern verlangt die Situation einen eigenständigen Beratungsansatz.

Die DAK-Gesundheit will, wie auch aus den anderen DAK-Pflegereporten, für ihre eigene Arbeit lernen, ihre eigenen Angebote qualifizieren und einen Beitrag dazu leisten, dass junge Menschen, die Pflegeaufgaben übernehmen, auf suffiziente Unterstützungs- und Beratungsstrukturen zurückgreifen können. Mit dem von der DAK-Gesundheit maßgeblich beförderten Konzept der Pflegekompetenzzentren (vgl. Klie/Monzer 2018) hat sie unter Beweis gestellt, dass es ihr darum geht, auch regional für suffiziente und gut vernetzte Unterstützungs- und Beratungsangebote Sorge zu tragen. Denn nur vor Ort kann es gelingen, Schulsozialarbeit, Unterstützung für Fami-

Suffiziente und zielgruppenorientierte Beratung notwendig

Angebote qualifizieren

³⁰ Unter Mitarbeit von Pablo Rischard.

lien, Jugendhilfe und gesundheitliche sowie fachpflegerische Beratung aufeinander bezogen zu gestalten.

6.1 Methodisches Vorgehen und Studienkontext

Wie sieht die Praxis der Beratung junger Pflegender aus? Um dieser Frage nachzugehen, wurden alle Pflegeberater*innen der DAK-Gesundheit und alle Pflegestützpunkte in Deutschland zu einer Online-Befragung eingeladen. Insgesamt 35 der 47 DAK-Berater*innen haben sich an der Befragung beteiligt, 149 von 435 der Pflegestützpunkte haben aktiv daran teilgenommen. Die Ergebnisse der Befragung werden nachfolgend dargelegt. Die Befunde für die DAK-Pflegeberatung werden nicht nur für den DAK-Pflegereport und damit fachöffentlich genutzt, sondern auch für die interne, seit einiger Zeit systematisch betriebene Weiterentwicklung des Konzeptes der Pflegeberatung innerhalb der DAK-Gesundheit.

Pflegeberatungskonzept der DAK-Gesundheit

Die DAK-Gesundheit verfolgt ein Pflegeberatungskonzept, das unterschiedliche Ausrichtungen und Zugänge zu den Klient*innen kennt. Zum einen sind 47 eigene Pflegeberater*innen bei der DAK-Gesundheit angestellt und in ihren Geschäftsstellen tätig. Die Arbeit der DAK-Berater*innen wird weiterhin ergänzt durch externe Dienstleister, die dort, wo die Ressourcen, insbesondere für Hausbesuche, nicht ausreichen, in enger Abstimmung mit den DAK-Berater*innen Aufgaben der Pflegeberatung wahrnehmen. In den Bundesländern, in denen die Pflegeberatung der Kassen in den Pflegestützpunkten integriert ist, entsendet die DAK-Gesundheit Mitarbeiter*innen oder beteiligt sich an den Kosten der Pflegeberatung in den Pflegestützpunkten. Zu diesen Ländern gehören das Saarland, Rheinland-Pfalz, Hamburg und Berlin. Insofern ist die Performance der Pflegeberatung der DAK-Gesundheit je nach Region und unter Beachtung landesrechtlicher Vorgaben durchaus unterschiedlich. Auch dies gilt es bei der Online-Befragung mit zu würdigen. Ähnliche Befunde ergeben sich für andere Kassen, die je ihre eigenen Beratungsstrategien und -konzeptionen verfolgen (vgl. Klie et al. 2011; Braeseke et al. 2017; Braeseke et al. 2018).

Basis für Weiterentwicklung

Typisch für die Pflegeberatungsinfrastruktur ist deren kassen-, aber auch länderspezifische Heterogenität. Beim Thema „Beratung für junge Pflegende“ kommt es aber nicht nur auf die Pflegeberatung im engeren Sinne, sondern auf abgestimmte Beratungsangebote aller relevanter Stellen an. Aus diesem Grunde wurde in der Online-Befragung unter anderem der Frage nachgegangen, inwieweit ein vernetztes Arbeiten der Pflegeberater*innen respektive der Pflegestützpunkte erfolgt. Auf diese Weise leistet der DAK-Pflegereport 2021 einen Beitrag dazu, die Möglichkeiten, aber auch die Erfordernisse einer Weiterentwicklung der Beratungsangebote für junge Menschen in Pflegeverantwortung fachöffentlich zu diskutieren.

Die Online-Befragung fand im Mai und Juni 2021 statt. Es wurde ein teilkontinuierlicher Fragebogen eingesetzt, so dass auch vergleichende Auswertungen möglich sind. Die Darstellung der Befragung erfolgt nicht separat, sondern orientiert an den inhaltlichen Fragen, und zieht wo möglich direkte Vergleiche. An einigen Stellen der Befragung waren Freifelder vorgesehen, in denen die Befragten ihre eigenen Erfahrungen, Einschätzungen und Empfehlungen notieren konnten. Von dieser Möglichkeit haben die Befragten recht umfangreich Gebrauch gemacht. Dies deutet wir auch als eine hohe Identifikation mit den Fragestellungen des DAK-Pflegereportes 2021. Die Freifeldaussagen wurden in dem Beitrag zur guten Praxis der Beratungs- und Unterstützungsangebote (vgl. Schön et al. in diesem Band) miteinbezogen.

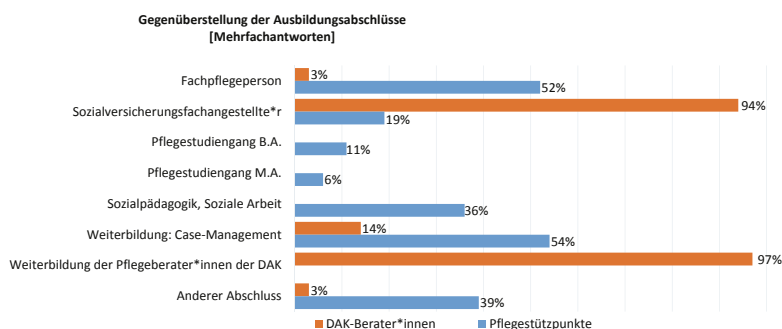
**Methode:
Online-
Befragung**

6.2 Ergebnisse der Online-Befragung

Zunächst wurde nach dem Ausbildungsabschluss der Pflegeberater*innen respektive der Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte gefragt.

**Abschlüsse der
Befragten**

Abbildung 52: Gegenüberstellung der Ausbildungsabschlüsse



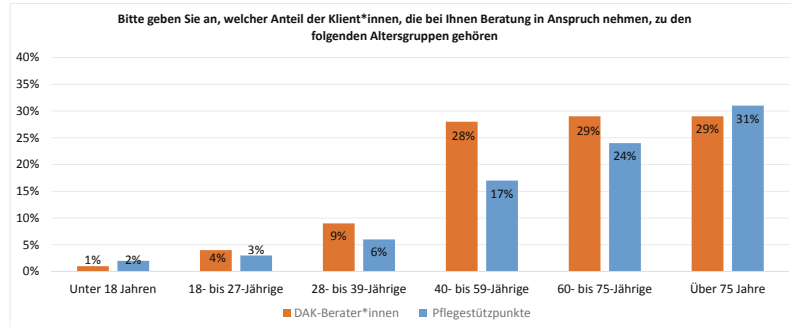
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

In der Gegenüberstellung von DAK-Berater*innen und den Beratungskräften der Pflegestützpunkte zeigen sich in Bezug auf die Ausbildungsabschlüsse klare Unterschiede. Die eindeutige Mehrheit der erstgenannten gab in 94 Prozent der Fälle an, als Sozialversicherungsfachangestellte*r ausgebildet zu sein. Mit 97 Prozent haben nahezu alle der DAK-Berater*innen eine Weiterbildung als Pflegeberater*in absolviert. Die zweigennante Gruppe zieht ihre Qualifikationen aus diversen Ausbildungsfeldern: 52 Prozent der Befragten verfügen über einen Abschluss in der Fachpflege, nur 19 Prozent sind als Sozialversicherungsfachangestellte ausgebildet und bei 36 Prozent der Berater*innen handelt es sich um Sozialpädagog*innen oder Sozialarbeiter*innen. Etwas mehr als die Hälfte dieser Beratungskräfte haben eine Weiterbildung im Case Management durchlaufen. Ungefähr 39 Prozent gaben außerdem an, einen anderen, nicht aufgelisteten Abschluss, erworben zu haben.

Altersverteilung der Klient*innen

Um herauszufinden, welche zahlenmäßige Bedeutung junge Pflegende in der Beratungstätigkeit haben, wurde nach der Verteilung der Altersgruppen der Klient*innen gefragt.

Abbildung 53: Altersgruppen der Klient*innen



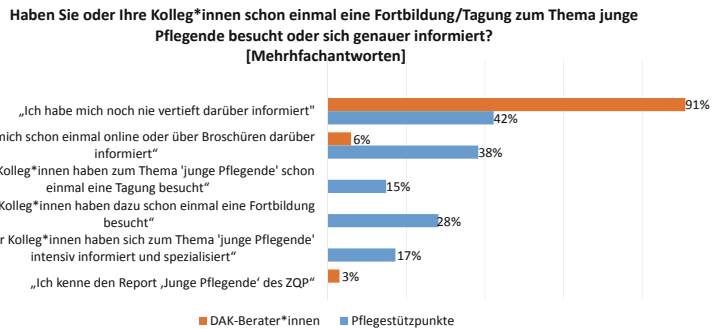
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Zwischen den Antworten der Pflegestützpunkte und der DAK-Berater*innen fallen keine nennenswerten Unterschiede auf. In beiden Fällen bilden die unter 18-Jährigen das Schlusslicht, die einen Anteil von 1 bzw. 2 Prozent an der Gesamtpopulation der Klient*innen ausmachen, dicht gefolgt von den 18- bis 27-Jährigen. Der Beratungsschwerpunkt liegt deutlich bei den Klient*innen in den Alterskategorien ab 40 Jahren und älter. Das gilt sowohl für die Beraterinnen an den Pflegestützpunkten als auch für die DAK-Berater*innen. Dies führt dazu, dass die Befragten bisher wenig direkte Erfahrungen mit jungen Pflegenden als Zielgruppe ihrer Beratung gemacht haben.

Spezifische Kenntnis zum Thema „junge Pflegende“?

Die Beratung junger Menschen in Pflegeverantwortung setzt eine spezifische Kenntnis und gute Fortbildung der Berater*innen voraus. Verfügen die Pflegeberater*innen und die Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte über eine solche, haben sie Fortbildungen besucht oder sich zum Thema „Junge Pflege“ bereits näher informiert?

Abbildung 54: Besuch einer Fortbildung/Tagung zum Thema „Junge Pflegende“



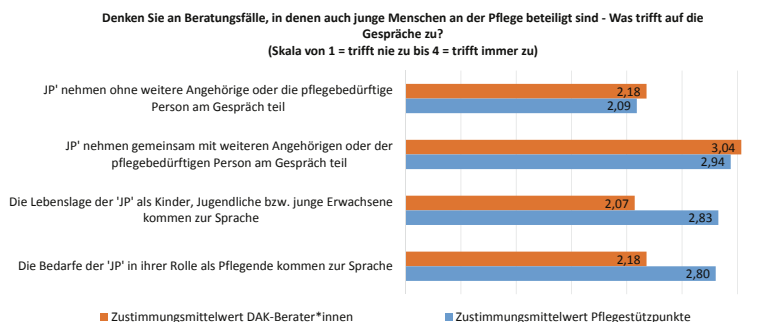
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Die Befragten sind über das Thema „Junge Pfleger“ unterschiedlich intensiv informiert. Die DAK-Berater*innen geben in 91 Prozent der Fälle an, sich noch nie vertieft über junge Pfleger informiert zu haben. Lediglich 6 Prozent von ihnen haben sich schon einmal online oder über Broschüren diesbezüglich informiert. Dieser Befund wird mit der geringen Falldichte junger, pflegender Versicherter bei der DAK-Gesundheit begründet, verweist gleichwohl auf einen Qualifizierungsbedarf. An den Pflegestützpunkten haben sich deutlich mehr Berater*innen mit dem besagten Thema vertieft auseinandergesetzt: 15 Prozent der Befragten gaben an, eine Tagung sowie 28 Prozent eine Fortbildung diesbezüglich besucht zu haben und 17 Prozent der Berater*innen haben sich über die Thematik intensiv informiert und darauf spezialisiert. Die DAK-Berater*innen wurden darüber hinaus nach dem Report „Junge Pfleger“ des ZQP (2017) gefragt – lediglich 3 Prozent von ihnen geben an, ihn zu kennen.

Junge Pflege findet stets in Familienkontexten statt. Diese prägen ggf. auch das Beratungssetting. Insofern wurde gefragt, ob bei den Fällen, in die junge Pfleger involviert waren, noch weitere Angehörige oder die auf Pflege angewiesenen Personen selbst beteiligt waren.

Beratungssetting

Abbildung 55: Fälle mit jungen Pflegenden: Beratungssettings



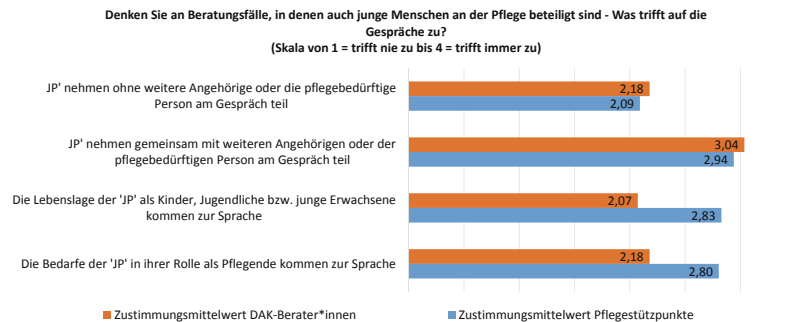
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Vergleicht man den Zustimmungsmittelwert über die Beratungsfälle, in denen junge Menschen an der Pflege beteiligt sind, fallen nur Nuancen zwischen den Erfahrungen der DAK-Berater*innen und der Beratungskräfte der Pflegestützpunkte auf. Letztere stimmen eher zu, dass die Lebenslage und die Bedarfe der jungen Pfleger in der Beratung zur Sprache kommen. Außerdem gaben beide Gruppen gleichermaßen an, dass junge Pfleger eher selten allein und stattdessen eher mit weiteren Angehörigen an Beratungsgesprächen teilnehmen; dies scheint der Regelfall zu sein.

Der nachfolgend dargestellte vertiefte Blick auf die Angaben der Pflegestützpunkte unterstreicht dies:

Bedarfe der jungen Pflegenden zur Sprache bringen

Abbildung 56: Fälle mit jungen Pflegenden: Beratungssettings aus Sicht der Pflegestützpunkte



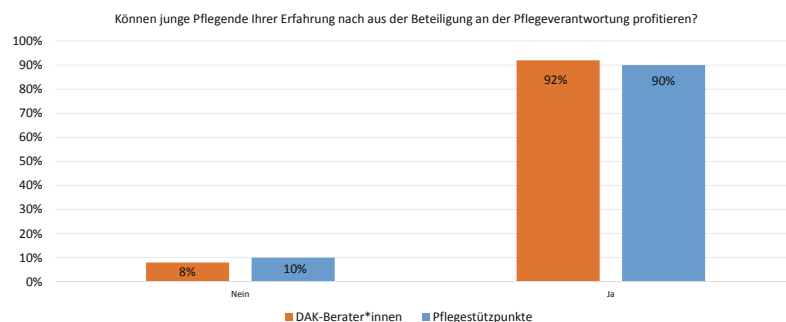
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Die Teilnahme junger Pflegenden an Beratungsgesprächen verläuft zu 69 Prozent nie oder eher selten ohne weitere Angehörige. Lediglich 8 Prozent der Befragten gaben an, die jungen Pflegenden ohne weitere Angehörige in einem Beratungsgespräch zu begegnen. In den Beratungsgesprächen selbst kommen laut den Befragten die Lebenslagen zu 64 Prozent und die Bedarfe der jungen Pflegenden zu 66 Prozent zur Sprache. Das ist zwar die Mehrheit der Fälle, aber bedenkt man, dass die Pflegepersonen eigentlich immer mitberücksichtigt werden sollten, scheint dies ausbaufähig. Dabei müssen die Berater*innen die in den Gesprächssituationen überwiegende Konstellation der Teilnahme in der Familie berücksichtigen. Wie die Studie zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten für junge Pflegende zeigt (vgl. Schön et al. in diesem Band), ist beispielsweise die Förderung der Kommunikation innerhalb der Familie eine wichtige Strategie.

Einschätzungen zu positiven Auswirkungen

Bei der Beteiligung von jungen Pflegenden wird meist die Belastung, die dadurch für junge Menschen entstehen kann, thematisiert. Können junge Pflegende auch von der Beteiligung an Pflegeaufgaben profitieren?

Abbildung 57: Einschätzung: Junge Menschen profitieren von der Pflegeverantwortung?



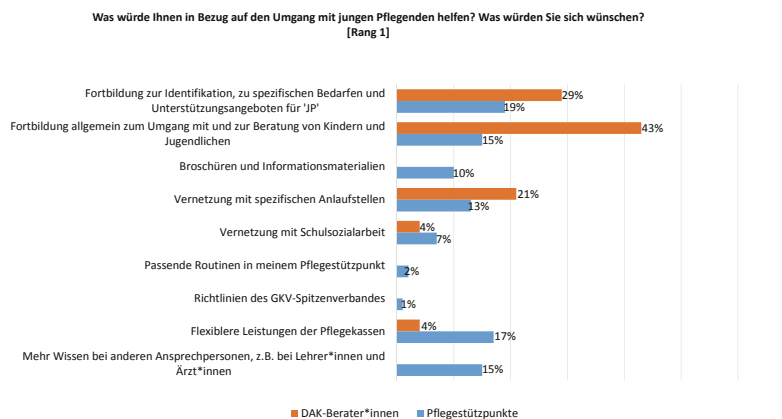
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Weitestgehend einig sind sich die befragten DAK-Berater*innen und die Beratungskräfte der Pflegestützpunkte über den persönlichen Gewinn auf Seiten der jungen Pflegenden aus der Beteiligung an der Pflegeverantwortung: Junge Pflegenden können von der Pflegeverantwortung profitieren. In den Freifeldangaben dazu zeichnete sich ab, dass die Befragten davon ausgehen, dass die jungen Personen Empathie und Verantwortungsübernahme lernen könnten sowie dass die Beziehungen innerhalb der Familie gestärkt würden. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen bspw. von Metzging und Schnepf (2007, S. 332). Die klare Minderheit sieht keinen Mehrwert in der Übernahme von Pflegeverantwortung. Mit Blick auf diese sehr einschlägig positive Perspektive auf „junge Pflege“ und vor dem Hintergrund, dass der Stellenwert von jungen Pflegenden als eigener Zielgruppe in manchen Schlusskommentaren in der Befragung bestritten wurde, gilt es hier aber besonders Sorge dafür zu tragen, dass die häufigen Problematiken junger Pflegenden von den Berater*innen nicht übersehen werden.

Die befragten Pflegeberater*innen und Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte verfügen in der Regel nicht bzw. kaum über spezifische Erfahrungen und dementsprechend nicht über Kompetenzen im Umgang mit jungen Pflegenden. Welche Wünsche hegen sie, um dem zu begegnen? In der Befragung konnten potenzielle Maßnahmen in eine Rangfolge gebracht werden; dargestellt wird erst die Verteilung der Antworten für den ersten Rang, dann für den zweiten und den dritten.

Qualifizierungswünsche

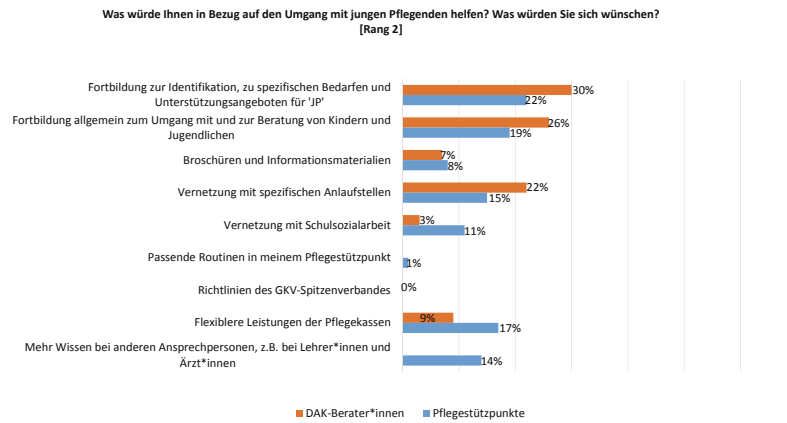
Abbildung 58: Wünsche für den Umgang mit jungen Pflegenden (Rang 1)



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

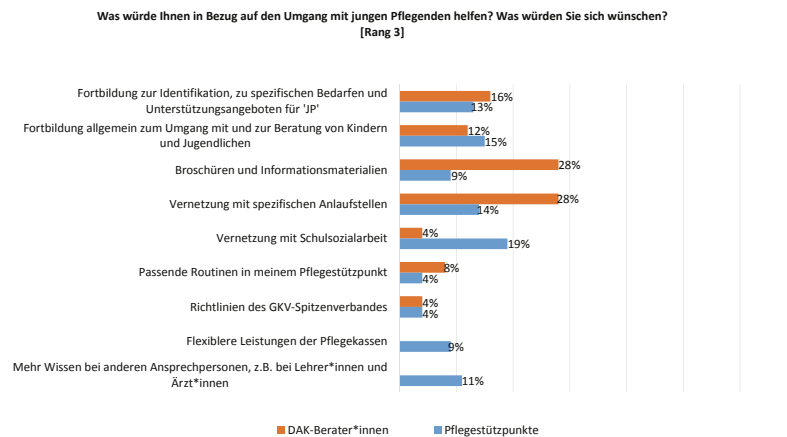
Wie sich zeigt, würden insbesondere die DAK-Berater*innen ein Fortbildungsangebot zur Identifikation von spezifischen Bedarfen, zum allgemeinen Umgang mit und zur Beratung von Kindern und Jugendlichen begrüßen. Die Berater*innen an den Pflegestützpunkten würden ein solches Fortbildungsangebot ebenfalls befürworten – etwas weniger dringlich als die Kolleg*innen der DAK-Gesundheit.

Abbildung 59: Wünsche für den Umgang mit jungen Pflegenden (Rang 2)



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Abbildung 60: Wünsche für den Umgang mit jungen Pflegenden (Rang 3)



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Beide Befragtengruppen bewerten die Vernetzung mit spezifischen Anlaufstellen als hilfreich und wünschenswert. Darüber hinaus wünschen die Berater*innen der Pflegestützpunkte flexiblere Leistungen der Pflegekassen und einen größeren Wissensfundus bei anderen Ansprechpersonen über die Thematik „Junge Pflegende“, beispielsweise bei Lehrer*innen und Ärzt*innen. Auch die Vernetzung mit der Schulsozialarbeit wurde als potenziell hilfreich erachtet, deutlich stärker als bei den DAK-Berater*innen.

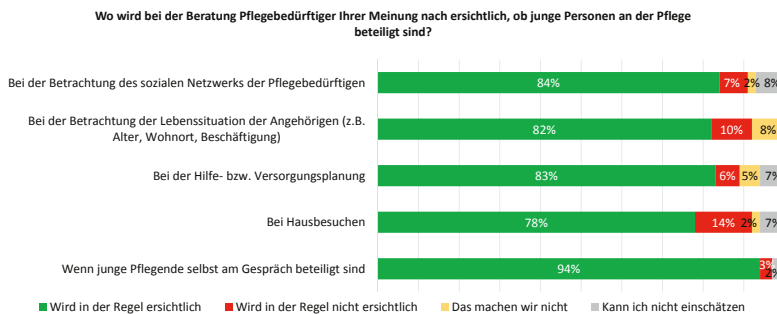
Identifizierung junger Pfleger

Die Notwendigkeit von Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für junge Pflegende ist unbestritten. Die Ergebnisse waren hierzu bei beiden befragten Gruppen weitestgehend deckungsgleich. Auf-

grund der unterschiedlichen Aufgabenstellung und Konzeption der Befragtengruppen unterschieden sich einige Fragestellungen. Die Ergebnisse, die sich lediglich auf die Pflegestützpunkte beziehen, werden im Folgenden dargelegt.

Sie wurden danach gefragt, wo im Beratungsprozess Anzeichen dafür sichtbar werden, dass junge Menschen Sorge- und Pflegeaufgaben übernehmen.

Abbildung 61: Identifizierung: Junge Menschen in Pflegeverantwortung



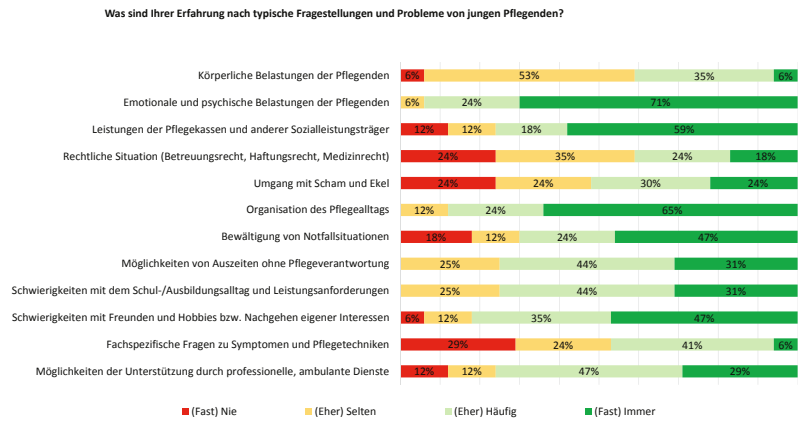
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Die Beteiligung junger Pfleger scheint am besten ersichtlich zu werden, wenn sie selbst am Beratungsgespräch teilnehmen. Auch bei der Betrachtung sozialer Netzwerke, der Lebenssituation der Angehörigen und bei der Versorgungsplanung können junge Pfleger in vielen Fällen identifiziert werden. Hausbesuche geben nach Angaben der Befragten im Vergleich am wenigsten Aufschluss über eine Beteiligung junger Menschen an der Pflege.

Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte wurden gefragt: Auf welche Probleme beziehen sich die Beratungsbedarfe junger Pfleger, welche typischen Fragestellungen kommen zur Sprache? Von der Beantwortung dieser Fragen hängt ab, worauf sich Beratungsangebote beziehen sollen.

Fragestellungen und Probleme junger Pfleger

Abbildung 62: Typische Fragestellungen und Probleme junger Pfleger



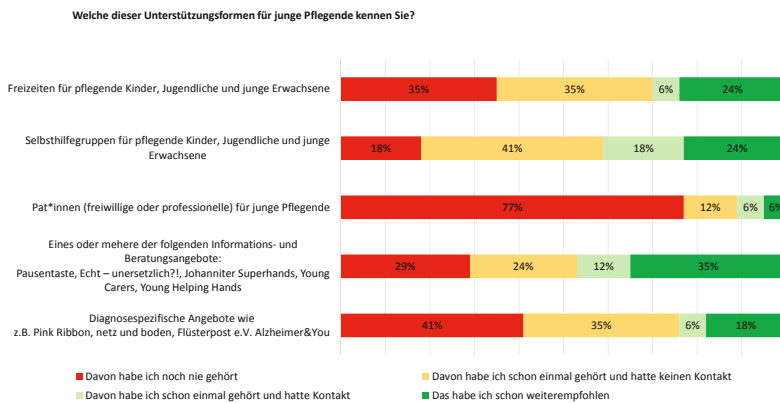
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Im Hinblick auf typische Fragestellungen und Probleme ist vor allem die emotionale und psychische Belastung zu nennen (71 Prozent). Auch die Organisation des Pflegealltags mit 65 Prozent, die Leistungen der Pflegekassen und anderer Sozialleistungsträger mit 59 Prozent, die Schwierigkeit, eigenen Interessen nachzugehen und sich mit Freunden zu verabreden mit 47 Prozent und ebenfalls mit 47 Prozent die Bewältigung von Notfallsituationen stellen sich (fast) immer als bedeutsame Themen und Problematiken heraus. Körperliche Belastungen und fachspezifische Fragen zu Symptomen und Pflegetechniken treten nach Einschätzung der Berater*innen selten als Problem im Pflegealltag junger Personen auf.

Kenntnisse über spezifische Unterstützungsangebote

Die passenden Unterstützungs- und Entlastungsangebote ins Spiel zu bringen und zu vermitteln, setzt entsprechendes Wissen auf Seiten der Berater*innen voraus. Deshalb wurden die Berater*innen der Pflegestützpunkte gefragt, welche Unterstützungsformen für junge Pflegende ihnen bekannt sind.

Abbildung 63: Unterstützungsformen, die Berater*innen bekannt sind



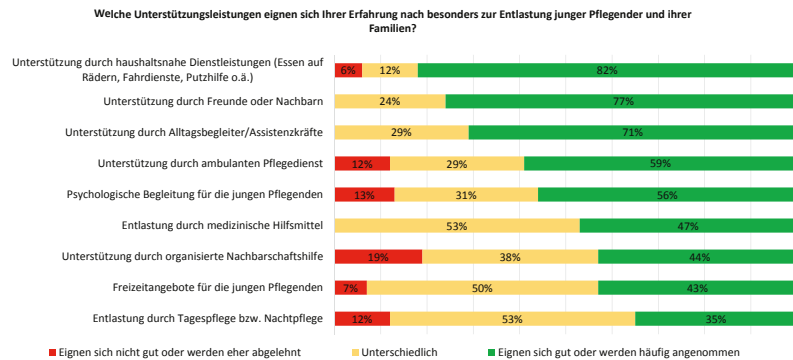
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Es zeigt sich, dass das Wissen variiert: 77 Prozent haben noch nie von Pat*innen für junge Pflegende gehört – vermutlich, weil dieses Angebot noch kaum etabliert ist. Nur 6 Prozent haben diese Unterstützungsform schon weiterempfohlen. Prominent hingegen sind insbesondere Selbsthilfegruppen für junge Pflegende: 41 Prozent der Berater*innen haben zumindest davon gehört, 18 Prozent hatten einen Kontakt zu genannten Selbsthilfegruppen und 24 Prozent haben den Kontakt weiterempfohlen. Die Kenntnis über spezifische Beratungsangebote wie *Pausentaste*, *echt unersetzlich*, *Johanniter Superhands*, *Young Carer Hilfe* oder *Young Helping Hands* fällt hingegen nicht eindeutig aus: Hiervon hatten 29 Prozent der Befragten noch nie gehört. Andererseits haben die Berater*innen mit 35 Prozent eines dieser Beratungsangebote am häufigsten weiterempfohlen.

Schließlich ist die Erfahrung der Berater*innen der Pflegestützpunkte ein wichtiger Fundus im Hinblick darauf, welche Unterstützungsleistungen sich aus ihrer Sicht eignen, um junge Pflegende zu unterstützen.

**Eignung von
Unterstützungs-
leistungen**

Abbildung 64: Mögliche entlastende Unterstützungsleistungen für junge Pfleger



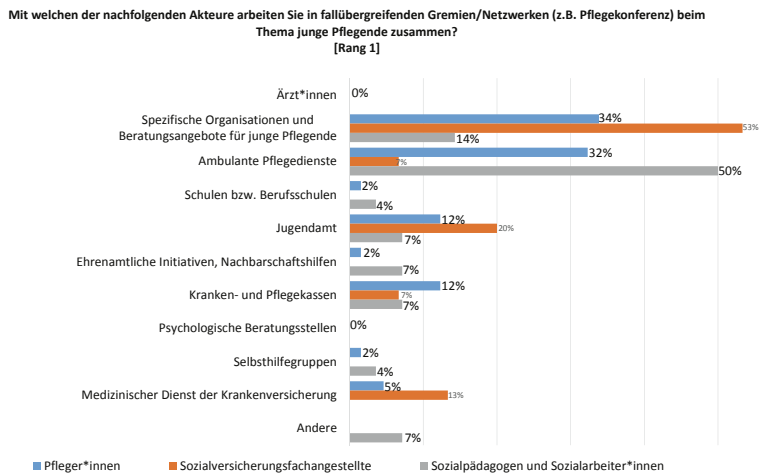
Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Einige Maßnahmen stechen heraus: In 82 Prozent der Fälle gaben die Befragten an, dass die Unterstützung haushaltsnaher Dienstleistungen, wie „Essen auf Rädern“, Fahrdienste und Putzhilfen o.ä., eine Entlastung der Pflegenden und ihrer Familien gewährleistet. Unterstützungsleistungen von Freund*innen oder Nachbar*innen und alltagsbegleitenden bzw. Assistenzkräften tragen laut 77 Prozent der Befragten bzw. 71 Prozent zur Entlastung junger Pfleger bei. Als weniger geeignet oder weniger gerne angenommen sehen die Befragten die Unterstützung durch eine organisierte Nachbarschaftshilfe. Eine pauschale Ablehnung der vorgeschlagenen Unterstützungsleistungen lässt sich nicht ableiten.

Fallübergreifende Zusammenarbeit

Die Zusammenarbeit mit anderen, v. a. regionalen Akteuren, ist für eine zielgruppen- und personenzentrierte Beratung von größter Bedeutung. Die Pflegestützpunkte wurden deshalb gefragt, mit welchen Akteuren sie kooperieren.

Abbildung 65: Zusammenarbeit mit Akteuren in Gremien und Netzwerken



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

Eher regional und lokal ausgerichtete Formen der Zusammenarbeit scheinen weniger ausgeprägt zu sein. Neben den überregionalen zielgruppenspezifischen Beratungsangeboten sind es oftmals Pflegedienste, die am häufigsten angesprochen werden. Sie spielen allerdings, wie sich beim Inanspruchnahmeverhalten von Pflegehaushalten zeigt, in denen junge Menschen Verantwortung mit übernehmen, eine untergeordnete Rolle. Insofern zeigt sich gerade in einer Care-Management-Perspektive (vgl. Monzer 2018) großer Handlungs- und Entwicklungsbedarf.

Die Befragung der Pflegeberater*innen und Pflegestützpunkte wurde darüber hinaus bivariat ausgewertet. Dabei zeigen sich interessanterweise einige Unterschiede. So präferieren die Sozialversicherungsfachangestellten eher den Kontakt zu staatlichen oder mit regulierenden Aufgaben betrauten Stellen. Insgesamt ergeben sich aus der Qualifikation, wenn man andere Fragen miteinbezieht, allerdings keine relevanten Unterschiede. Zu erwarten wäre etwa gewesen, dass die befragten Sozialarbeiter*innen eher auf größere Netzwerke zurückgreifen und diese pflegen, da zum Profil der Sozialen Arbeit eine sozialräumliche und netzwerkorientierte Arbeit gehört. Diese an das Professionsprofil gebundene Erwartung konnte allerdings nicht bestätigt werden. Ähnliches gilt für die anderen beteiligten Berufsgruppen. Auch dies unterstreicht noch einmal, wie relevant ein zielgruppenspezifischer, aber auch auf die Gesamtinstitution bezogener Qualifizierungs- und Weiterbildungsbedarf ist.

Kaum von der Qualifikation abhängige Unterschiede

6.3 Zusammenfassung

Notwendigkeit systematischer Befassung Die Befragung der DAK-Berater*innen und der Mitarbeiter*innen der Pflegestützpunkte unterstreicht deren Sensibilität für die junge Pflege. Es wird allerdings auch deutlich, dass dieses Thema hier bislang nur punktuell bearbeitet wurde. Selten – und dies offenbar mit regionalen Schwerpunkten – wurden Fortbildungsveranstaltungen besucht und eine spezifische Befassung mit dem Thema forciert. Die Ergebnisse betonen somit die Notwendigkeit, die Thematik systematisch zum Gegenstand von Fortbildungen, Informationsmaterialien und Tools für die Unterstützung der Berater*innen zu machen – so es noch nicht, wie es etwa bei der DAK-Gesundheit im Rahmen des Weiterentwicklungsprogramms „Pflegerberatung Plus“ geschieht.

Kooperation und Vernetzung fördern Es zeigt sich weiterhin, dass die Unterstützung junger Pflegender ein Thema für Netzwerke ist. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung erfährt in der Regel als erste Instanz von jungen Pflegenden und könnte und sollte die Information mitdokumentieren, sodass sie von den Pflegekassen für ihre Beratungsaufgaben aufgegriffen werden kann. Die Zusammenarbeit mit der Schulsozialarbeit und mit Jugendämtern findet bislang eher wenig bis gar nicht statt, wird aber durchaus als bedeutsam angesehen. Auch die Kooperation mit anderen Stellen, etwa psychologischer Beratung oder behandelnden Ärzt*innen, kann fallbezogen geboten sein; eine entsprechende Vernetzung könnte im Sinne eines Care Managements etwa auf regionalen Pflegekonferenzen zum Thema gemacht werden.

Deutlich wurde überdies, dass das Wissen um Unterstützungsangebote bei den Berater*innen zum Teil ausbaufähig ist und dass es, damit solche Angebote auch wahrgenommen werden können, entsprechender Infrastrukturen bedarf. Dort, wo es etwa keine Einrichtung zur Tages- und Nachtpflege gibt, nützen die Rechtsansprüche als solche wenig. Auch kommt es darauf an, den Familien, aber auch den jungen Pflegenden, Wissensbestände zugänglich zu machen, die Entlastungsmöglichkeiten eröffnen oder unter dem Gesichtspunkt der Vereinbarkeit Hilfen bieten – sei es im Zusammenhang mit Verpflichtungen in der Schule, am Arbeitsplatz oder im Studium. Hier bestehen vielfältige Möglichkeiten, auf die zurückgegriffen werden kann, z. B. die Streckung von Studienverläufen oder den verlängerten Bezug von BAföG-Leistungen. Grundlegend unterstützen die Befragungsergebnisse die Notwendigkeit, über das Thema „Junge Pflege“ breit zu informieren – sowohl fachöffentlich als auch gesellschaftlich. Auch der institutionelle und organisationsbezogene Qualifizierungsbedarf wird unterstrichen.

6.4 Literaturverzeichnis

- Braeseke, Grit; Nauen, Karl; Pflug, Claudia; Meyer-Rötz, Sinja H.; Pisarek, Paul (2017): Wissenschaftliche Studie zum Stand und zu den Bedarfen der Kurzzeitpflege in NRW. Abschlussbericht für das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen. Berlin, Dezember 2017. Hg. v. IGES. Berlin. Online: www.iges.com/e6/e1621/e10211/e22175/e22735/e22740/e22742/attr_objs22744/IGES_Kurzzeitpflege_in_NRW_122017_ger.pdf, zuletzt geprüft am 5.11.20.
- Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Beikirch, Elisabeth (2018): Studie zur Erfüllung der Koordinierungs- und Vernetzungsaufgaben sowie der Qualitätssicherung in Pflegestützpunkten. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit (BMG). IGES. Berlin. Online verfügbar unter www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Endbericht_KVQSPS_IGES_gesamt_Final__20181220_.pdf, zuletzt geprüft am 12.02.2020.
- Klie, Thomas; Frommelt, Mona; Schneekloth, Ulrich; Behrend, Sabine; Göhner, Anne; Heislbetz, Claus et al. (2011): Evaluation der Pflegeberatung nach § 7a Abs. 7 Satz 1 SGB XI. + Anhang Bundesweiter Überblick Nr. 1–6c. Hg. v. GKV-Spitzenverband. AGP Sozialforschung; Hans-Weinberger-Akademie der Arbeiterwohlfahrt e.V.; TNS Infratest Sozialforschung. Berlin.
- Klie, Thomas; Monzer, Michael (2018): Regionale Pflegekompetenzzentren. Innovationsstrategien für die Langzeitpflege vor Ort. Heidelberg: medhochzwei Verlag (Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, 25).
- Metzing, Sabine; Schnepf, Wilfried (2007): Kinder und Jugendliche als pflegende Angehörige: Wie sich pflegerische Hilfen auf ihr Leben auswirken können. Eine internationale Literaturstudie (1990–2006). In: *Pflege* 20 (6), S. 331–336. DOI: 10.1024/1012-5302.20.6.331.
- Monzer, Michael (2018): Case Management Grundlagen. 2., überarbeitete Auflage. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hg.) (2017): Junge Pflegende. ZQP-Report. 1. Aufl. Berlin.

7. Beratungs- und Unterstützungsangebote für junge Pflegende: gute Praxis und Empfehlungen

Isabel Schön, Christine Moeller-Bruker, Thomas Klie³¹

7.1 Good Practice: Projekte und Akteure

Das Thema „Junge Pflegende“ ist ein bislang randständig behandeltes Thema. Das zeigt sich auch in den Unterstützungs- und Beratungsstrukturen für junge Menschen, die Pflegeaufgaben übernehmen. Es existieren in Deutschland nur wenige Angebote, die sich dezidiert an junge Pflegende als Zielgruppe richten. Das vorhandene Wissen zu geeigneten Strategien der Ansprache, Unterstützung und Beratung ist bisher eher explorativ entstanden und entwickelt sich in der Praxis ständig weiter. Um Anknüpfungspunkte für weitere Angebote für junge Pflegende zu identifizieren, haben wir mit Pionier*innen auf dem Gebiet der Unterstützung junger Pflegender gesprochen und sie nach ihren Erfahrungen gefragt: Wie können junge Pflegende erreicht werden? Welche Beratungsstrategien erweisen sich als hilfreich? Was gibt es in Zukunft noch zu tun?³²

Die Auswahl erfolgte im Anschluss an eine Online-Recherche. Aufgenommen wurden diejenigen Projekte und Organisationen, die sich ausschließlich an die Zielgruppe der jungen Pflegenden richten. Die Gespräche wurden persönlich oder schriftlich als Expert*inneninterviews geführt und analysiert (vgl. Meuser und Nagel 2005). Auf den folgenden Seiten werden die Angebote kurz in Form von Steckbriefen vorgestellt, in Abschnitt 7.2 wird die Auswertung der Gespräche dargestellt.

An Erfahrungswissen anknüpfen

³¹ Unter Mitarbeit von Heidi Korf.

³² Wir möchten uns an dieser Stelle nochmals bei allen Gesprächspartner*innen dafür bedanken, dass sie sich die Zeit genommen haben, ihre Erfahrungen und Einschätzungen mit uns zu teilen.

echt unersetzlich

Quelle: echt unersetzlich

Standort

Berlin

Einige Informationen und Materialien sind online und damit überregional zugänglich. Dies gilt ebenso für die Online-Beratung.

Start

2017

Organisation

Pflege in Not, Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.

Anlass der Gründung

echt unersetzlich entstand als bundesweit erstes Beratungs- und Unterstützungsangebot spezifisch für junge Pflegende. Die Initiative zur Gründung ging vom Diakonischen Werk Berlin Stadtmitte aus. Im Vorfeld hatten Kontakte mit Projekten in Großbritannien stattgefunden. In den anfänglich organisierten Fachdialogen stellte sich heraus, dass zwar durchaus Erfahrungen mit jungen Pflegenden vorlagen, die jungen Menschen bis dahin aber nicht als eigene Zielgruppe wahrgenommen wurden. Vor diesem Hintergrund wurde die Anlaufstelle gegründet, an die junge Pflegende seitdem gezielt vermittelt werden können.

Zielgruppe

Jugendliche und junge Erwachsene, die sich um kranke oder behinderte Familienmitglieder bzw. Freund*innen kümmern.

Ziel

„Ein bis zwei Schüler*innen pro Klasse kümmern sich zu Hause um ein schwer krankes Familienmitglied. Allein in Berlin sind das 29.000 junge Menschen. Hilfe beim Essen, An- und Ausziehen, Waschen und Trösten gehört für sie zum Alltag. Weil so wenig darüber gesprochen wird, bleibt dies oft im Verborgenen. Ihr seid nicht allein! Wir sind für euch da. Wir hören zu, beraten und geben Tipps.“ – *echt unersetzlich*

Tätigkeiten

Einzelberatung (anonyme Online-Beratung; Beratung via Telefon, WhatsApp und E-Mail; persönliche Beratung in der Beratungsstelle in Berlin Kreuzberg)

Bereitstellung von Informationen auf der Website für verschiedene Zielgruppen:

- Junge Pflegende: Kontaktadressen, Erfahrungsberichte, Tipps zur Erschließung zuverlässiger Informationen über Krankheiten, erste Strategien für die Bewältigung von Belastungen
- Familien: Verweise auf Anlaufstellen
- Fachkräfte: Informations- und Arbeitsmaterial

Familiengespräche

Schulung und kollegiale Beratung für Fachkräfte

Teilnahme an bundesweiten Vernetzungsaktivitäten

Website

www.echt-unersetzlich.de

Gesprächspartner*innen

Melina Sprenger, Benjamin Salzmann

Johanniter Superhands



Ein Projekt der Johanniter



Quelle: Johanniter Superhands

Standort

Bundesweit

Start

2017

Organisation

Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Anlass der Gründung

Durch die Tätigkeiten im Fahrdienst für Menschen mit Behinderungen zu Schulen und Förderstätten wurde ersichtlich, dass teilweise auch bei sehr verantwortungsvollen Pflegeaufgaben Kinder und Jugendliche eine tragende Rolle einnehmen. Um auf diese Situation aufmerksam zu machen und Unterstützung anzubieten, wurde in Zusammenarbeit mit dem in Österreich schon bestehenden Projekt *Johanniter Superhands* für den deutschen Kontext angepasst und erweitert.

Zielgruppe

Junge Menschen, die regelmäßig für Angehörige sorgen oder sie pflegen.

Ziel

„Zeit für sich selbst ist für junge Menschen sehr wichtig, besonders auch für junge Menschen, die sich um Angehörige kümmern. Mit *Johanniter Superhands* haben wir ein Angebot geschaffen, mit dem wir junge Pflegende informieren, unterstützen, beraten und entlasten möchten.“ – *Johanniter Superhands*

Tätigkeiten

Bereitstellung von Informationen auf der Website

- Kindgerechtes Glossar zu Krankheitsbildern
- Kindgerechtes Glossar zum Thema Pflege
- Für junge Menschen aufbereitete Informationen zu Rechten von Kindern, Menschen mit Behinderung und in der Pflege
- Strategien für Notfälle

Beratung junger Pflegender und pädagogischer Fachkräfte

- Telefonhotline

- Online-Beratung per E-Mail

Tipps und Unterhaltung auf der Website

- Buchtipps
- Verweis auf Erste-Hilfe-Kurse, Trauergruppen und weitere Informationsplattformen
- Blogbeiträge

Website

www.superhands.de

Gesprächspartner*innen

Ralph Knüttel

Pausentaste



Wer anderen hilft, braucht
manchmal selber Hilfe.

Quelle: Pausentaste

Standort

Bundesweit

Start

2018 (Vorlaufmaßnahmen 2017)

Organisation

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und *Nummer gegen Kummer e. V.* (Zuwendungsempfänger)

Anlass der Gründung

Mit dem Erscheinen des ZQP-Reports „Junge Pflegende“ wurde die Öffentlichkeit verstärkt auf die Situation und Bedürfnisse der pflegenden Kinder und Jugendlichen aufmerksam gemacht; die meisten der Befragten wünschten sich einen Chat, ein Forum im Internet oder ein Sorgentelefon. Mit dem zum 1. Januar 2018 vom Bundesfamilienministerium gestarteten Projekt *Pausentaste* sollte daher Kindern und Jugendlichen, die sich um ein Familienmitglied kümmern, ein bundesweites Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden.

Zielgruppe

Kinder und Jugendliche, die sich um ihre Familienangehörigen kümmern

Junge Erwachsene, insbesondere im Übergang zwischen Schule und Berufsausbildung

Eltern von betroffenen Kindern und Jugendlichen.

Ziel

Mit dem Projekt *Pausentaste* soll Kindern und Jugendlichen, die sich um ein Familienmitglied kümmern, ein bundesweites Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden, das dazu beiträgt, Überlastungen abzubauen und Isolationen aufzulösen. Die *Pausentaste* will junge Pflegende bundesweit durch ein niedrigschwelliges Beratungsangebot sowie das Wirken durch Multiplikator*innen in z.B. Schulen und Jugendverbänden unterstützen. Sie soll ihnen helfen, Pausen einzulegen, zu reflektieren und Hilfsangebote wahrzunehmen.

men oder über die eigene Situation zu sprechen – auch anonym. Ziel ist darüber hinaus auch die Sensibilisierung der Öffentlichkeit.

Tätigkeiten

Beratungsangebot per Telefon, Mail und Chat durch *Nummer gegen Kummer e. V.*

Informationsangebote auf der Website „Pausentaste.de“

- Für pflegende Kinder und Jugendliche, für Eltern, für Fachkräfte
- Interaktive Karte mit weiteren Informations- und Beratungsangeboten
- Erfahrungsberichte, um die Situation junger Pflegender zu veranschaulichen

Unterstützung von Fachkräften anhand von Informations- und Arbeitsmaterialien; Ansprache als Multiplikator*innen

Vernetzung relevanter Akteure über einen jährlichen Fachtag mit Netzwerktreffen und einen regelmäßigen Newsletter

Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Mailing an Pflegedienste, Pflegestützpunkte, Jugendärzte, Jugendeinrichtungen, ambulante Dienste)

Website

www.pausentaste.de

Gesprächspartner*innen

Dr. Christine Stüben (Leiterin des Referats 302 „Familienpflegezeit, pflegende Angehörige“ im BMFSFJ), Susanne Maurer (Referentin im Referat 302) Alexandra Hauschild (*Nummer gegen Kummer e. V.*)

Young-carers.de und Young Carer Hilfe



Quelle: Young Carer Hilfe

Standort

Schweinfurt

Online abrufbare Informationen, telefonische und Online-Beratung sowie Projekte mit Gemeinden bundesweit

Start

2016: www.young-carers.de

November 2019: *Young Carer Hilfe*

Organisation

Young Carer Hilfe gUG, finanziert aus Privatspenden

Anlass der Gründung

Lana Rebhan initiierte als selbst Betroffene 2016 die Website www.young-carers.de; Zielgruppe: andere junge Pflegende. Das Projekt wuchs, woraufhin 2019 mit Unterstützung ihrer Mutter Katharina Rebhan die *Young Carer Hilfe* als gemeinnütziges Unternehmen gegründet wurde. Die *Young Carer Hilfe* ermöglicht einen professionelleren Rahmen und richtet sich hauptsächlich an Beratungsstellen und Fachpersonal.

Zielgruppe

Die Website www.young-carers.de richtet sich an Kinder und Jugendliche, die sich um pflegebedürftige Personen in ihrer Familie oder um Bekannte kümmern. Daneben wird auch Eltern angeboten, Kontakt aufzunehmen. Die *Young Carer Hilfe* adressiert hauptsächlich Akteure, deren Zusammenarbeit bei der Unterstützung junger Pflegender relevant ist: Schulen, Gemeinden und interessierte Einzelpersonen.

Ziel

„Mit [young-carers.de](http://www.young-carers.de) soll jungen Pflegenden zum einen aufgezeigt werden, dass sie nicht alleine sind. Zum anderen soll, dies besonders mit *Young Carers Hilfe*, ein verstärktes Bewusstsein darüber erreicht werden, dass es Kinder und Jugendliche gibt, die nicht-

altersangemessene Verantwortung in Pflege- und Sorgkontexten übernehmen, sodass die Betroffenen besser unterstützt werden können.“ – *Young Carer Hilfe*

Tätigkeiten

Anlaufstelle sowie Beratung für junge Pflegende

Mentorenprogramm:

- Vernetzung von jungen Pflegenden mit Unterstützungsangeboten
- Weiterentwicklung lokaler Unterstützungsstrukturen

Beratung und Projekte für und mit Städten und Gemeinden, um „Young-Carer-freundlich“ zu werden

- Atlas der Unterstützungsstrukturen als Orientierungshilfe

Beratung und Projekte für und mit Schulen um „Young-Carer-freundlich“ zu werden.

Websites

www.young-carers.de

www.young-carer-hilfe.de

Gesprächspartner*innen

Katharina Rebhan, Lana Rebhan

Young Helping Hands



Quelle: Young Helping Hands

Standort

Bundesweit

Start

2016

Organisation

Young Helping Hands – Initiative junger Pflegender in Deutschland

Anlass der Gründung

Die Gründerin Julika Stich hat als Kind, Jugendliche und junge Erwachsene selbst Pflegeverantwortung übernommen und *Young Helping Hands* zu einem Zeitpunkt gegründet, zu dem es in Deutschland noch kein anderes spezifisches Angebot für junge Pflegende als eigene Zielgruppe gab. Sie hatte sich selbst zuvor oft alleine und hilflos gefühlt und will nun Hilfe zur Selbsthilfe vermitteln.

Zielgruppe

Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene, die ihre Eltern oder andere Angehörige pflegen.

Ziel

„Die Problematik in der Situation junger Pflegender besteht darin, dass sie öffentlich nicht wahrgenommen werden und dass keine Sensibilität über ihre Leistungen besteht. Die Verantwortung, die sie übernehmen, ist oft nicht altersgerecht. Dieses Bewusstsein fehlt sowohl in der Öffentlichkeit als auch bei jungen Pflegenden selbst. *Young Helping Hands* möchte dem entgegenwirken und damit auch negative Folgen verringern.“ – *Young Helping Hands*

Tätigkeiten

- Informationen und erste Anlaufstelle für junge Pflegende sowie je nach Bedarf Vermittlung an weitere Stellen
- Öffentlichkeitsarbeit, z. B. in Form von Presse-Interviews

- Lobbyarbeit
- Sensibilisierung in Angehörigenarbeit und Erwachsenenmedizin (z.B. Vorträge an Gesundheitsschulen), Beratung von Institutionen
- Vernetzung mit Akteuren, die jungen Pflegenden auch vor Ort Unterstützung anbieten können

Website

www.young-helping-hands.de

Gesprächspartner*innen

Julika Stich

7.2 Erfahrungswissen aus der Unterstützungs- und Beratungspraxis

Dass es die zuvor aufgeführten spezifischen Angebote zur Unterstützung und Beratung junger Pflegender gibt, ist keine Selbstverständlichkeit. Wie die Gründungsdaten zeigen, sah die Unterstützungslandschaft noch vor ein paar Jahren deutlich anders aus; es gab keine einzige Anlaufstelle speziell für junge Pflegende. Insofern ist es als Fortschritt zu werten und ein Zeichen steigender (zivil-)gesellschaftlicher Wahrnehmung, dass es mittlerweile einige Organisationen gibt, die sich des Themas annehmen. Die Projekte und Organisationen setzen unterschiedliche Schwerpunkte:

- *Young Helping Hands* versteht sich als erste Anlaufstelle, sie verweist weiter; darüber hinaus sensibilisiert sie die Öffentlichkeit
- *Pausentaste* liefert gezielte Informationen auf der Website und bietet Beratung durch *Nummer gegen Kummer*, die aber auch eine allgemeine Beratungshotline ist
- *echt unersetzlich* bietet intensive Beratungen für junge Pflegende und begleitet sie individuell
- *Young Carer Hilfe* berät ebenfalls, der Schwerpunkt liegt darüber hinaus auf dem Aufbau von lokalen Unterstützungsstrukturen
- *Johanniter Superhands* bietet pflegefachliche Informationen an und führt Beratungen mit einem Schwerpunkt auf ambulante Unterstützungsmöglichkeiten sowie rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen durch

Die meisten Angebote sind zwar aus dem gesamten Bundesgebiet zu erreichen, befinden sich z.T. allerdings an ihren Leistungsgrenzen an Beratungsmöglichkeiten. Persönliche Gesprächsangebote vor Ort können lediglich von *echt unersetzlich* in Berlin und von *Young Carer Hilfe* in Schweinfurt gemacht werden. Angesichts der Erkenntnis, dass sich statistisch gesehen in jeder Schulklasse ein*e junge*r Pflegende*r befindet (vgl. Salzmann et al. 2019), sind

Verschiedene Schwerpunkte

Systematische Betrachtung des Erfahrungswissens

diese Angebote noch lange nicht ausreichend. Zwar haben sich vereinzelt Pflegestützpunkte und Jugendämter dem Thema junge Pflege gewidmet und Angebote entwickelt (vgl. Klie et al. in diesem Band), eine flächendeckende Beratungsinfrastruktur existiert bisher allerdings nicht. Welche Aspekte müssen beachtet werden, wenn solche Strukturen etabliert werden sollen? Darauf geht die folgende Auswertung ein. Die Ergebnisse resultieren aus dem systematischen Vergleich, der Verdichtung, Kontrastierung und Abstraktion der Expert*innengespräche (vgl. Meuser und Nagel 2005). Am Ende des Kapitels werden darauf basierende eigene Überlegungen formuliert.

7.2.1 In Kontakt kommen

Erste Hürde: Unsichtbarkeit Mit jungen Pflegenden in Kontakt zu kommen und ihnen zu vermitteln, dass Unterstützung möglich ist, stellt eine erste – und wohl die bedeutsamste – Hürde dar. Sie identifizieren sich nur selten mit Bezeichnungen und Zuschreibungen wie „junge Pflegende“, „Young Carer“, oder „pflegende Angehörige“. Überdies beziehen sie ihre Probleme, wie auch in der Interviewstudie von Schön et al. in diesem Band herausgearbeitet, nicht auf ihre Situation als pflegende Person. Vielmehr verorten sie diese als unspezifisch und benennen allgemeine Alltagsherausforderungen als problematisch. Ihre Situation bleibt auch deshalb oft unsichtbar, weil Scham oder eine starke Loyalität der Familie gegenüber sie daran hindern, sich Außenstehenden zu öffnen und über ihre Pflegeaufgaben und die damit verbundene Verantwortung zu sprechen.

Sensibilisierung Um diesem Problem zu begegnen, verstärkten die Organisationen u. a. ihre Öffentlichkeitsarbeit: *Young Helping Hands* und *Young Carer Hilfe* initiieren Zeitungs- und Radioberichte, *Pausentaste* arbeitet mit Influencer*innen in den sozialen Medien zusammen, und *echt unersetzlich* hat eine Plakat-Kampagne im öffentlichen Raum gestartet. Gesteigerte Zugriffszahlen der Websites und eine verstärkte Kontaktaufnahme zeigen den Erfolg dieser Maßnahmen. Des Weiteren erweist es sich als hilfreich, junge Pflegende über ihre Tätigkeiten anzusprechen: Die Schilderung konkreter Pflegeaufgaben macht eher als ein Begriffs-Label wie „junge Pflegende“ bewusst, dass sie eine besondere Arbeit leisten und hebt diese hervor. Normalisierung und Verständnis helfen, Hürden abzubauen und über die eigene Pflegebeteiligung zu sprechen. Gute Social-Media-Arbeit benötigt allerdings entsprechende (und häufig zu knappe) Ressourcen, um die gewünschte Reichweite zu entwickeln.

Neben den Betroffenen soll gezielte Öffentlichkeitsarbeit außerdem die breite Bevölkerung sensibilisieren. Information und Sensibilisierung ist Voraussetzung für Ansprache und Thematisierung in den jeweiligen sozialen Netzen, in denen sich junge Pflegende bewegen – in Familie, Nachbarschaft, Freundeskreis, Vereine pp. In einigen Fällen kommt der Kontakt zwischen jungen Pflegenden und Unter-

stützungsangeboten zustande, nachdem Angehörige oder Bekannte vermitteln.

Die öffentliche Sensibilisierung wird von Schulungen oder Beratungen begleitet, die sich gezielt an Fachkräfte richten – und dies mit positiver Resonanz. Die Kontaktaufnahme der Organisationen findet oft auch über diese Fachkräfte statt, wie z. B. *Johanniter Superhands* berichten: Häufiger als von den jungen Pflegenden selbst würden sie von Lehrer*innen kontaktiert. Eine Aufgabe sei also, Pädagog*innen und Berater*innen zu befähigen, den jeweiligen Unterstützungsbedarf zu erkennen und die Betroffenen an entsprechende Stellen weiterzuleiten. Die pädagogischen Fachkräfte werden zu Fach- oder Vernetzungstreffen und Schulungen eingeladen und bekommen Material angeboten. So hat *echt unersetzlich* ein online abrufbares Handbuch entwickelt (vgl. Salzmann et al. 2019).

Pausentaste und *Young Carer Hilfe* stellen darüber hinaus Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, um Schulen und Peers zu beteiligen.³³ Leider wurden sie im Fall von *Young Carer Hilfe* bislang noch nicht nachgefragt, was möglicherweise auf die Corona-Pandemie zurückzuführen ist.

Nummer gegen Kummer berät im Rahmen des Projektes *Pausentaste* und ist eine allgemeine und anonyme Hotline für Sorgen und Probleme junger Menschen, die die Anrufer*innen mit sehr unterschiedlichen Fragen kontaktieren. Oft ist es schwierig zu erkennen, dass hinter den Schilderungen eine Pflegeverantwortung steckt. Denn die jungen Menschen beschreiben meist „normale“ Jugendprobleme wie Stress in der Schule und/oder der Familie oder körperliche Symptome wie Schlafstörungen. Manchmal zeigt sich der pflegerische Hintergrund erst durch ein im Nebensatz erwähntes krankes Elternteil oder anderes Familienmitglied. Um die Auswirkungen von Pflegeverantwortung zu erkennen, wurden die Berater*innen von *Nummer gegen Kummer* vorab geschult. Da *Nummer gegen Kummer* vergleichsweise viele Anfragen von jungen Pflegenden erhält, lässt sich schlussfolgern, dass sie darüber besonders gut erreicht werden können.

**Durch Pflege
verursachte
Probleme
versteckt**

Trotz aller Bemühungen zeigt sich, dass besonders Kinder schwer zu erreichen sind. Sie kontaktieren äußerst selten eine der befragten Beratungsstellen. Etwas häufiger wenden sie sich an die Beratung von *Nummer gegen Kummer*. Über die Gründe lässt sich lediglich spekulieren: Möglicherweise fehlen im jungen Alter die Vergleichsmöglichkeiten. Die Kinder erkennen nicht das Besondere ihrer Aufgaben und die Pflege ist ihnen selbstverständlich geworden.

Zusammengefasst: Um jungen Pflegenden Hilfen zugänglich zu machen, ist es erforderlich, für die vermittelte Kontaktherstellung

³³ Verfügbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/-pausentaste-schulpaket-einblicke-in-die-lebenswelt-von-schuelerinnen-und-schuelern-die-sich-um-krank-familienmitglieder-kuemmern-160976> (zuletzt zugegriffen am 24.8.2021).

a) die Öffentlichkeit, b) pädagogische Fachkräfte und c) (Pflege-) Berater*innen zu sensibilisieren. Für den direkten Kontakt führen Radio, Zeitung und v.a. digitale Medien sowie die Ansprache über allgemeine Tätigkeiten und Probleme zum Erfolg.

**Zugang über
Bildungsein-
richtungen und
Kooperationen**

Exkurs: Erfahrung von Pflegestützpunkten

In der Teilstudie des DAK-Pflegereports 2021, die sich der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten widmet, zeigt sich die Herausforderung, dass junge Menschen kaum Beratungskontakt suchen. Nur ein verschwindend geringer Anteil der an Pflegestützpunkten Beratenen ist jünger als 27 Jahre. Aufgrund mangelnder Erfahrungen zu Beratungskontakten mit jungen Pflegenden sind manche der Berater*innen der Ansicht, dass es scheinbar keine Besonderheiten in der Beratung junger Pflegender gibt (vgl. Klie et al. in diesem Band). Einige haben jedoch durchaus Erfahrungen gemacht. Auf die Frage, wo ersichtlich wird, dass junge Pflegende an einem Pflegearrangement beteiligt sind, nutzten einige der Befragten die Freifeldoption. In ihren Antworten spiegeln sich die zuvor aufgeführten Kontaktwege wider, z. B. der Kontakt über Dritte wie Bekannte oder Nachbar*innen, oder über Bildungseinrichtungen, in denen die Belastung durch die Pflege und die gleichzeitige Ausbildung sichtbar wird. Interessant ist ein Verweis darauf, dass im Projekt Perspektive Wiedereinstieg³³ auch bei jungen Wiedereinsteiger*innen das Thema Beruf und Pflege behandelt wird. Hier zeigt sich, dass an vereinzelten Stellen das Thema als wichtig erkannt wurde und verankert ist.

Mancherorts stellen Einrichtungen wie etwa das Jobcenter Anfragen an Pflegestützpunkte. Wie wichtig die Vernetzung schon am Punkt der Identifizierung junger Pflegender ist, zeigt sich in den zahlreichen Antworten, die auf Kontakte und Vernetzungsarbeit mit Arztpraxen, sozialpsychiatrischen Diensten, Familienbüros oder mit Sozialdiensten im Krankenhaus verweisen. Als hilfreich erweist es sich auch, wenn der Medizinische Dienst die Information, ob Geschwister oder Kinder im Haushalt leben, an die Berater*innen weitergibt. Auch wenn sie nicht als Pflegepersonen angegeben werden, könnten die Berater*innen dann die Eltern ansprechen.

Wenige junge Pflegende melden sich selbst. Manchmal ermöglichen spezifische Anfragen den Rückschluss, dass junge Menschen an der Pflege beteiligt sind. Darüber hinaus wird geäußert, dass lockere Gespräche, z. B. wenn eine Beratung bei einem Fest im Kiez durchgeführt wird, die nötige Offenheit schaffen können.

7.2.2 Kontakt hergestellt: Kommunikationsmittel³⁴

Nicht alle Beratungs- und Kommunikationsformen sind gleichermaßen für alle Altersgruppen geeignet. Das persönliche Gespräch erfährt die größte Resonanz; *echt unersetzlich* hat besonders bei den 13- bis 17-Jährigen gute Erfahrungen mit der „Spazierberatung“ gemacht, die jungen Pflegenden werden dabei zu Hause besucht. Das setzt aber ein Vertrauensverhältnis oder zumindest einen bestehenden Kontakt voraus. Für unter 16-Jährige stellt der telefonische Kontakt oft eine Hürde dar und sollte daher nicht das einzige Kontaktangebot sein.

Altersangemessene Kommunikationsmittel

Ansonsten werden von den jungen Beratungssuchenden zunehmend Chats genutzt, wobei offenbar zu beachten ist, dass es zu Enttäuschungen führen kann, wenn die Berater*innen nicht direkt erreichbar sind. Ausgewiesene Zeitfenster, wie z. B. bei *Nummer gegen Kummer*, erscheinen daher sinnvoll. Online- und Telefon-Beratung ermöglichen ein hohes Maß an Anonymität, was den Erstkontakt erleichtert. Außerdem thematisieren Betroffene anonym auch schwierigere Themen wie z. B. Suizidalität. Viele Jugendliche haben offenbar Angst, dass sich Intervention von Professionellen als Gefährdung des Familienzusammenhangs darstellen könnte. Daher ist es wichtig zu vermitteln, dass die Gespräche, wenn nicht anonym, so doch vertraulich stattfinden.

Anonymität

7.2.3 Arbeitsweisen in der Beratung

Aufgrund der sehr unterschiedlichen Lebenssituationen der Ratsuchenden (familiäre Konstellation, Krankheitsspezifika etc.) gibt es auf Berater*innenseite kaum standardisierte Abläufe; die wenigen benennbaren Routinen werden weiter unten beschrieben. Im Folgenden wird dargestellt, welche Gesprächshaltung und -führung sich in den Organisationen bewährt haben.

Grundhaltung statt allgemeingültiger Arbeitsweisen

Grundhaltung

Die Basis jeder guten Beratung ist wertschätzende Kommunikation. Das Gespräch mit jungen Pflegenden setzt voraus, dass ihre Arbeit und Leistung gewürdigt wird und dieses Gefühl auch wertschätzend vermittelt wird. Im Sinne dieser wertschätzenden Grundhaltung gehen die Berater*innen klientenorientiert vor, d. h., sie lassen sich davon leiten, worüber die jungen Pflegenden sprechen wollen und welche Art der Hilfe sie akzeptieren.

Wertschätzende Kommunikation

Hier liegt der Grundstein für den nächsten wichtigen Aspekt: Wenn der Beratungsverlauf über ein erstes Gespräch hinausgehen soll, muss ein Vertrauensverhältnis entstehen. Dafür ist es von Vorteil, wenn die Gesprächspartner*innen „auf einer Wellenlänge“ sind. *Young Carer Hilfe* stellt z. B. mit seinem Mentor*innenprogramm interessierten jungen Pflegenden einen Pool an potenziellen Ver-

Vertrauensverhältnis

³⁴ Weitere Informationen sind verfügbar unter: www.perspektive-wiedereinstieg.de.

trauenspersonen zur Verfügung, darunter auch ehemalige junge Pflegende. Außerdem schafft die Organisation Gelegenheiten, sich kennenzulernen. Auf den Websites sprechen die Angebote die jungen Pflegenden mit einem wertschätzenden „Du“ an, die Berater*innen, z.B. von *Johanniter Superhands*, stellen sich ihrerseits mit Vornamen vor, um Barrieren abzubauen. Darüber hinaus wird strikte Vertraulichkeit garantiert und kommuniziert.

Reflexion anregen

Das Ziel tiefergehender Beratungsgespräche ist es, eine Reflexion der gesamten Lebenssituation zu initiieren oder zu unterstützen und zu begleiten, wobei aber die Grenzen zur therapeutischen Begleitung beachtet werden müssen. Gerade in Zeiten hoher Belastung haben junge Pflegende die Tendenz, einfach zu „funktionieren“ und eigene Bedürfnisse auszublenden. Folgende Themen, die von den Berater*innen proaktiv eingebracht werden können, haben sich in den Beratungen als relevant erwiesen:

Gesprächs- themen in der Beratung

- **Soziales Netzwerk:** Es beeinflusst, wie/ob die Rolle, die der*die Pflegebedürftige vor der Erkrankung innehatte, von anderen mit übernommen wird, ob durch den Ausfall finanzielle Lücken/Probleme entstehen (Rolle des*r Hauptverdieners*in), ob vermehrt Aufgaben im Haushalt zu erledigen sind, ob andere Erwachsene den Erziehungsauftrag, der ggf. nicht mehr erfüllt werden kann, übernehmen können, ob es andere erwachsene Ansprechpartner*innen gibt.
- **Finanzielle Ressourcen der Familie:** Fällt der*die Hauptverdiener*in aus, ist zu prüfen, ob z.B. finanzielle Unterstützung für Pflegedienste, Haushaltshilfen oder Tagesangebote, sofern gewünscht, bereits ausgeschöpft werden oder noch Informationsbedarf besteht.
- **Zeitliche Dimensionen des Pflegebedarfs:** Ist die Situation akut oder auf Dauer angelegt? Besteht die Aussicht, dass sich belastende Situationen bald verändern, entfallen, verstärken? Belastung entsteht z.B. durch dauerhafte Verfügbarkeit (vgl. auch Interviewstudie von Schön et al. in diesem Band) und/oder durch akute Krisensituationen; die langfristige Perspektive und Möglichkeiten der Bewältigung auf Dauer sind ins Bewusstsein zu rufen.
- **Innerfamiliäre Konflikte:** Erkrankung und Pflege eines Familienmitglieds fordern die gesamte Familie heraus; Krisensituationen lassen möglicherweise alte Konflikte (z.B. innerfamiliäre Rollenverteilung) hervortreten und generieren neue, wenn z.B. der*die zu Pflegenden keine fremde Hilfe wünscht und die jungen Pflegenden dadurch überlastet. Hier hilft es, innerhalb der Familie zu kommunizieren.
- **Zukunftsperspektiven:** Junge Pflegenden erkennen nicht immer die langfristigen Auswirkungen ihrer Situation. Wird die Schule hintangestellt, kann sich diese kurzfristig sinnvoll erscheinende Gewichtung auf Bildungs- und Lebenschancen auswirken. Ist die Pflege eine Dauersituation, muss dafür sensibilisiert werden.

Leitfäden und Assessments

echt unersetzlich und *Young Carer Hilfe* greifen in der Beratung teilweise auf Leitfäden und Assessmentinstrumente zurück.³⁵ Um Art und Ausmaß der Belastung festzustellen, bietet sich das „Multidimensional Assessment of Caring Activities“ (MACA YC-18) an, ein im englischsprachigen Raum entwickelter und mittlerweile ins Deutsche übertragener Bogen, der von oder gemeinsam mit den jungen Pflegenden ausgefüllt wird. Darüber hinaus bietet *echt unersetzlich* im Handbuch und auf der Website Anregungen und Materialien, die die Gespräche erleichtern und strukturieren. Besonders textbasierte Verfahren, wie „Mein Leben heute“, funktionieren dabei nur mit Älteren. Für Kinder eignet sich z. B. „Momentaufnahmen“, bei dem auf einem Feld Empfindungen und Erfahrungen verortet werden können.

Young Carer Hilfe haben für ihr Mentorenprogramm Schulungsmaterialien erstellt, die u. a. ein Grundverständnis der beraterischen Haltung beinhalten sowie einen Beratungsbogen, der neben dem oben Genannten Folgendes abdeckt: Empfindungen des*der jungen Pflegenden, (unbewusste) Verhaltensweisen, die gewünschte Beratungsrichtung (z. B. lösungsorientiert, sinnorientiert oder ursachenbezogen), in Frage kommende Hilfsangebote. Außerdem bietet *Young Carer Hilfe* in jedem Gespräch an, über Persönlichkeitsentwicklung und die Haltung zu den Pflegeaufgaben zu sprechen, um sich auch positiv auf diese beziehen zu können und um zu motivieren. So soll dem Eindruck der Ausweglosigkeit und destruktiven Bewältigungsstrategien (z. B. Alkoholismus) vorgebeugt werden.

Dranbleiben

Die Situation junger Pflegender verändert sich ständig. Deshalb kann es hilfreich sein, Beratungsstände zu dokumentieren, um an bereits Besprochenes anzuknüpfen. Dadurch werden Entwicklungen möglich und außerdem nachvollziehbar. Bei Bedarf und auf Wunsch der Beratenen können die Ergebnisse – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgehensweisen – an weitere Stellen übermittelt werden. Darüber hinaus macht die Dokumentation auch für die jungen Pflegenden sichtbar, dass ihnen systematisch Unterstützung entgegengebracht wird und sich etwas verändert.

Es sollte selbstverständlich sein, dass Beratungsstellen in Abstimmung mit den Ratsuchenden weitervermitteln, wenn eine kontinuierliche Begleitung nicht durchführbar ist oder ein von ihrem Angebot abweichender Bedarf besteht. In diesem Fall können Stellen vor Ort wie z. B. der Kinderschutzbund, Angehörigenangebote krankheitsspezifischer Organisationen (z. B. der Deutschen Alzheimer Gesellschaft), Trauergruppen oder Psychotherapeut*innen eingebunden werden.

**Individuelle
Beratung statt
Standardisierung**

Anknüpfungspunkte schaffen

³⁵ Die Materialien von *echt unersetzlich*, auf die hier verwiesen wird, stehen unter www.echt-unersetzlich.de/fachkraefte (letzter Zugriff am 29.7.2021) sowie im „Handbuch für Fachkräfte“ (Salzmann et al. 2019) zur Verfügung.

Angebote vor Ort kennen

Exkurs: Ergänzende Hinweise von Pflegestützpunkten

In dem Studienteil des DAK-Pflegereports 2021, der sich mit der Rolle von Pflegeberatung und Pflegestützpunkten befasst, wurden in Freifeldangaben solche Stellen ebenfalls benannt. Darüber hinaus scheinen einige Berater*innen spezifische Angebote für junge Pflegende zu kennen. Nach Ansicht der Befragten können auch Quartierszentren, Wohlfahrtsverbände oder die kommunale Sozialberatung geeignete Anlaufstellen sein – als Berater*in gilt es, sich darüber zu informieren, welche Angebote vor Ort auf die Bedarfe junger Menschen, insbesondere junger Pflegender, eingehen.

Geschwisterangebote nehmen dabei eine besondere Funktion ein. Bei Familien mit auf Pflege angewiesenen Kindern sind bei der Beratung auch immer die Geschwister, die oft ebenfalls Verantwortung übernehmen, zu berücksichtigen.

Situationsbedingt ist es oft nicht möglich, eine akute Belastung vollständig zu erfassen. Daher ist es sinnvoll, im Anschluss an Hochbelastungsphasen Rückschau zu halten, das Erlebte aufzuarbeiten und langfristigen Nachwirkungen dadurch vorzubeugen.

7.2.4 Unterstützung, die hilft

Individuelle Situation als Ausgangspunkt

Sämtliche Angebotsformate, ob beratend oder unterstützend, müssen auf die individuelle Situation der jungen Pflegenden abgestimmt werden. Deren Bedürfnisse, Ressourcen und persönliche Grenzen sind unterschiedlich, weshalb eine Auflistung allgemein gültiger Hilfsmöglichkeiten nicht möglich ist. Dennoch lässt sich Grundsätzliches festhalten:

- Isolation durchbrechen: Es ist so schlicht wie bedeutsam, den jungen Menschen im ersten Schritt zu vermitteln, dass sie nicht alleine sind, weder als junge Menschen, die Angehörige pflegen, noch in ihrem konkreten Alltag. Auf Hilfe hoffen zu können, gibt den Anstoß, sich mit der eigenen Lage produktiv auseinanderzusetzen und Maßnahmen zu deren Veränderung zu ergreifen.
- Die Familie: Wie schon von Frank und Slatcher (2009) herausgearbeitet, ist der „Whole Family Approach“, der die Familie als Gesamtsystem in den Blick nimmt, im Fall junger Pflegender ein zentraler Ansatz für die Unterstützung. Denn junge Pflegende treffen meist keine Entscheidungen, die sie von ihrer Familie zu trennen drohen oder sich gegen das gesamtfamiliäre Gefüge richten würden. Dafür sind sie zu stark in das Familiensystem eingebunden. Gleichzeitig braucht es innerhalb der Familie einen Raum, in dem sie ihre Bedürfnisse artikulieren können. *echt unersetzlich* bietet deshalb Beratung für die ganze Familie, um deren kommunikative und Problemlösungskompetenz zu fördern und allen zusammen dabei zu helfen, Alternativen zu entwickeln.

Die *Pausentaste* hat ihr Online-Angebot 2020 durch einen Elternbereich erweitert; *Young Carer Hilfe* bietet Beratung auch für betroffene Elternteile an.

- Entlastung schaffen: Es leuchtet unmittelbar ein, dass junge Pflegende dadurch Hilfe erfahren, dass sie konkret im Alltag entlastet werden. Obwohl es auch hier keine allgemeingültigen Lösungen gibt, haben sich folgende Aspekte als wichtig erwiesen:
 - körperliche Entlastung durch Hilfsmittel, Pflorgetechniken oder andere Helfer*innen, die körperlich anstrengende Tätigkeiten übernehmen
 - psychische Unterstützung, z. B. durch Beratung, Maßnahmen der Persönlichkeitsentwicklung, Trauergruppen, Psychotherapien³⁶
 - Auszeiten verschaffen, um die ständige Sorge und Verantwortung auszugleichen und Distanz zu ermöglichen. Hier helfen Tagespflege und Freizeitangebote für den*die zu Pflegenden*n, aber auch Freizeitangebote für (junge) Angehörige (z. B. „Familienbande“ in Berlin, die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft). Haushaltshilfen entlasten die jungen Pflegenden konkret.
- Gesicherte Information: Hintergrundwissen zu Krankheiten, Pflorgetechniken, gesetzlichen Rahmenbedingungen und Unterstützung durch die Krankenkassen und andere Sozialleistungsträger können Sicherheit vermitteln und die Grundlage für Handlungsfähigkeit bieten. Die Zugriffszahlen auf Seiten von *Johanniter Superhands* und *Pausentaste* bestätigen diese Relevanz. Manche Angebote verweisen darauf oder stellen selbst Informationen bereit.

Wichtig bei allen Unterstützungsangeboten ist, dass sie auch regional verfügbar sind. Die Unterstützungsangebote agieren größtenteils bundesweit, aber nicht vor Ort. Sie bieten also erste Gespräche an und leiten weiter. Die nötigen Hilfen sind jedoch nicht immer wohnortnah abrufbar oder für den Einzelfall passend. Auch Freizeitangebote für junge Pflegende finden größere Resonanz, wenn sie im Nahraum stattfinden. Auch die befragten Berater*innen der Pflegestützpunkte benennen dessen Wichtigkeit, bemängeln aber die in Teilen fehlende Verfügbarkeit.

Hilfe anzunehmen ist immer eine freie Entscheidung. Trifft ein Angebot auf Ablehnung, gilt es den Gründen für die Skepsis nachzugehen. Aufgedrängte Hilfen helfen grundsätzlich nicht. Den Berater*innen obliegt es in diesem Fall, Alternativen zu finden oder zu akzeptieren, dass ein Vorschlag nicht angenommen wird.

Regionale Verfügbarkeit

Strategien entwickeln

³⁶ Im Studienteil des DAK-Pflegereports 2021, der sich der Pflegeberatung und den Pflegestützpunkten widmet, wurden bei der Frage nach regionalen Arbeitsgruppen und Gremien, in denen man sich mit jungen Pflegenden befasst, in Freifeldangaben wiederholt Arbeitsgruppen mit psychosozialem Schwerpunkt genannt.

Exkurs: Erfahrung der DAK-Berater*innen im Hinblick auf die Vermittlung von Hilfe

Es gehört zu den elementaren Fähigkeiten von Berater*innen, Strategien zu kennen oder sich zu erarbeiten, um (auch skeptischen) Beratungssuchenden die Hilfen anzubieten, die sie brauchen. In Freifeldangaben der Befragung der DAK-Berater*innen für den vorliegenden Pflegereport wird benannt, wie wichtig die Rolle des Vertrauens ist, der Empathie sowie des Vorgehens in kleinen akzeptablen Schritten. Gerade Selbsthilfegruppen oder Pflegekurse für Angehörige können möglicherweise durch die Erfahrung anderer Angehöriger die Umgebung dafür bieten, dass in Erwägung gezogen wird, Hilfen anzunehmen.

Der Familie ein Spektrum an Maßnahmen vorzustellen, kann hilfreich sein, um wenigstens etwas Entlastung zu verschaffen – daraus können dann zumindest ein oder zwei passende Maßnahmen ausgesucht werden. Auch das Durchgehen von Worst-Case-Szenarien kann eine Reflexion anregen und bei der Entscheidung zu entlastenden Maßnahmen ausschlaggebend sein.

7.2.5 Notwendige Maßnahmen in der Zukunft: Sensibilisierung

Die Unterstützungs- und Beratungspraxis der letzten Jahre hat dringende Handlungsbedarfe über die Beratungspraxis hinaus erkennen lassen. Die Unterstützer*innen haben entsprechende Ideen entwickelt, wie jungen Pflegenden besser zu helfen ist:

Im Bereich Pflege und Gesundheit

Angebote der Pflegestützpunkte und Pflegeberatungen weiterentwickeln

Besonders minderjährige junge Pflegende wenden sich kaum an Pflegestützpunkte oder die Pflegeberater*innen der Pflegekassen. Als ein Grund dafür wird aufgeführt, dass sie sich selten um administrative Aspekte der Pflege kümmern; diese Aufgaben übernehmen eher die älteren am Pflegenetzwerk beteiligten Angehörigen. Als unverzichtbarer Teil des Pflegenetzwerks sollten sie aber dennoch als Zielgruppe verstanden werden. Wenn Pflegeberatung nur als administrative Hilfe wahrgenommen oder tätig wird, ist sie keine qualifizierte Pflegeberatung i. S. v. § 7a SGB XI. Stützpunkte und Pflegekassen sollten daher ihre Beratungsangebote entsprechend weiterentwickeln und auch auf junge Pflegende ausrichten. Darüber hinaus sollten die Pflegestützpunkte bei jenen Familienmitgliedern, von denen sie gemeinhin kontaktiert werden, ein Bewusstsein für die potenziellen Probleme pflegeverantwortlicher Kinder und Jugendlicher schaffen. *echt unersetzlich* hat z. B. Schulungen mit allen Berliner Stützpunkten durchgeführt. Wie die Befragung der Pflegestützpunkte und -berater*innen der DAK-Gesundheit zeigt, entsteht hier durchaus ein Bewusstsein für die Thematik (vgl. Klie et al. in diesem Band). Die Möglichkeiten der Unterstützungsangebote sind

jedoch beschränkt. Häufig wird auf Angebote verwiesen, die sich eher an Familien mit auf Pflege angewiesenen Kindern richten. Damit die Berater*innen aber auch passgenaue Angebote vermitteln können, bedarf es allgemein des Ausbaus der Angebote, die sich auch direkt an pflegende Kinder und Jugendliche richten.

In fast jede Situation mit Pflegebedarf ist der Medizinische Dienst eingebunden. Er ist bei Hausbesuchen im Zusammenhang mit der Begutachtung bisweilen die einzige Instanz, die in der Lage wäre zu erfassen, wenn junge Pflegende in dieser Rolle unerkannt bleiben. Es gilt daher, die Mitarbeiter*innen entsprechend zu sensibilisieren. Professionelle Pflegekräfte, die für den Pflegeprozess verantwortlich sind, sollten das gesamte Pflegearrangement in den Blick nehmen und bei der Pflegeplanung berücksichtigen. Ambulante Pflegedienste können hier Brücken bauen, z. B. indem sie Flyer in den betroffenen Familien verteilen und auf weitere Unterstützungsangebote verweisen.

**Medizinischen
Dienst sensibi-
lisieren**

Familiäre Solidarität in Form von Angehörigenpflege setzt allerdings meist schon ein, bevor der Medizinische Dienst eine Begutachtung durchführt. Eine frühzeitige Erkennung kann somit vor allem auf anderen Wegen stattfinden. Wie bereits dargestellt, werden junge Pflegende häufig vermittelt erreicht, also durch Sozialarbeiter*innen, Pädagog*innen, Lehrer*innen oder Bekannte. Wünschenswert wäre es, zusätzlich zu den bereits erwähnten Gruppen auch Ärzt*innen für das Thema junge Pflegende zu sensibilisieren und mit Informationen zu versorgen. Kliniken und Arztpraxen haben die Möglichkeit bei der Gelegenheit eines entstehenden Pflegebedarfs nachzufragen, ob Kinder im Haushalt leben oder/und ob es einen Erziehungsauftrag gibt. Auch Plakate in Praxisräumen und Flyer zu entsprechenden Beratungsangeboten wären eine Möglichkeit, um Familien durch einfache Ansprachen auf den eigenen Unterstützungsbedarf aufmerksam zu machen.³⁷ Ebenso könnten weitere Institutionen wie Apotheken, Vereine oder Jugendhäuser informieren.

**Ärzt*innen
sensibilisieren**

Im Bereich Schule und Jugend

Die Sensibilisierung von Lehrer*innen und Schulsozialarbeiter*innen könnte perspektivisch ausgeweitet werden und systematisch geschehen. „Junge Pflege“ ist ein Thema, das (auch) in den Zuständigkeitsbereich der Kultusministerien fällt. Schulen könnten sowohl im Rahmen des regulären Unterrichts als auch in Projekteinheiten Angehörigenpflege durch junge Menschen inhaltlich platzieren. Berichte in Schülerzeitungen oder Plakatkampagnen können helfen, die Schulgemeinschaft zu informieren und Stigmatisierung und ggf. Mobbing von jungen Pflegenden und ihren Angehörigen vorzubeugen.

**„Junge Pflege“
als Thema in
der Schule
verankern**

³⁷ Unter dem Namen „Together“ entsteht in Zusammenarbeit mit *echt unersetzlich* derzeit ein Projekt mehrerer europäischer Initiativen, das Materialien und Workshop-Formate für Familien erarbeitet. Fachkräfte in Krankenhäusern oder Sozialstationen können es als Multiplikator*innen nutzen, um sich an die Familien zu richten und diese zu sensibilisieren. Mehr Informationen stehen hier zur Verfügung: <https://togetheruproject.eu/about-the-project/>.

Jugendämter sensibilisieren Zudem sollten Jugendämter Material erhalten, damit die Mitarbeitenden sich mit der Thematik vertraut machen können. In der Befragung der Pflegestützpunkte, die für den vorliegenden DAK-Pflegereport durchgeführt wurde, zeigt sich, dass Jugendämter häufig Kooperationspartner bei Beratungsfällen mit jungen Pflegenden sind (vgl. Klie et al. in diesem Band). Das Kindeswohl kann auch im Kontext von belastenden Pflegesituationen gefährdet sein, muss es aber nicht. Es wird berichtet, dass sich Kinder und Jugendliche häufig nicht über ihre Probleme äußern, weil sie Angst davor haben, von der Familie getrennt und in Heimen o. ä. untergebracht zu werden. Jugendämter können durch Maßnahmen der Familienhilfe Unterstützung leisten³⁸ und entsprechend sensibel mit diesen Situationen umgehen.

7.2.6 Empfehlungen

Um junge Pflegende gut zu beraten und zu unterstützen, sind vor allem geeignete Formate der Ansprache erforderlich. Zudem braucht es ein vertrauensgeprägtes Setting, damit Unterstützer*innen individuell auf die Ratsuchenden eingehen können. Die bestehenden Unterstützungs- und Beratungsangebote haben in ihrer Praxis schon vielen jungen Pflegenden zur Seite stehen können. Es reicht allerdings nicht, sich auf der Arbeit bestehender Initiativen auszuruhen, deren Finanzierung im Übrigen oft prekär und deren Arbeit teils ehrenamtlich ist. Aus der Auseinandersetzung mit bestehenden Good-Practice-Angeboten und den von ihnen gesammelten Erfahrungen leiten wir folgende Empfehlungen ab:

Differenzierung der Zielgruppe für die Beratung

Bei der Beratung sind die jungen Pflegenden ihrem Alter nach zu differenzieren. Dies stellen wir in folgender Übersicht dar:

Tabelle 5: Anforderungen an die Beratung junger Pflegenden – nach Alter differenziert

	Kinder bis 14 Jahre
Besonderheiten der Lebensphase	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Einbindung in die Familie • Geringe Lebenserfahrung – kaum Vergleichshorizonte zur Einschätzung der eigenen Situation
Anforderungen an die Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Adressierung der Familie als Gesamtsystem • Hilfe, damit das jeweilige Kind seine Bedürfnisse innerhalb der Familie gut kommunizieren kann • Bei der Ansprache und in der Zusammenarbeit Kommunikationswege beachten: keine Überforderung durch z. B. textbasierte Reflexionsverfahren

³⁸ Zu Rolle und Möglichkeiten der Kinder- und Jugendhilfe in Familien mit erkrankten Kindern, siehe Klie und Bruker 2015.

Jugendliche bis 18 Jahre	
Besonderheiten der Lebensphase	<ul style="list-style-type: none"> • Einbindung in die Familie, gleichzeitig setzen Ablösungsprozesse ein • Peers sind von zentraler Bedeutung • Schule bzw. Ausbildung erfordern Selbstmanagement und bilden die Grundlage für die weitere Zukunft
Anforderungen an die Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Berücksichtigung der familiären Konstellation, aber auch Förderung der Reflexion eigener Bedürfnisse und Zukunftsvorstellungen • Hilfe, damit der*die Jugendliche Bedürfnisse innerhalb der Familie gut kommunizieren kann • Adressierung über Bildungseinrichtungen stärken, Sensibilisierung von Peers im Unterricht • Textbasierte Techniken zur Reflexion sind gut möglich

Junge Erwachsene	
Besonderheiten der Lebensphase	<ul style="list-style-type: none"> • Üblicherweise Loslösung von der Familie • Entscheidungen über weitere Lebenswege werden getroffen; Bildungs-, Berufs- und Wohnortentscheidungen sind weichenstellend
Anforderungen an die Beratung	<ul style="list-style-type: none"> • Das Milieu wird relevanter und wirkt sich auf die Entscheidung aus, welche Formen des familiären und beruflichen Lebens eingeschlagen werden. Es gilt, die jeweiligen Neigungen sowie Lebenssituationen (Studium, Ausbildung oder Arbeit) zu berücksichtigen • Eine Art „Berufs- und Lebensberatung“ ist erforderlich • Spezifische Informationen werden relevant, wie etwa Informationen über die Anrechnung von Pflegezeiten oder Möglichkeiten in der Ausbildungsförderung (z. B. BAföG-Verlängerung)

Übergreifend	
<ul style="list-style-type: none"> • Eine geeignete Ansprache wählen, z. B. durch Thematisierung der ausgeübten Tätigkeiten und durch die Wahl adäquater Medien (zunehmend Social Media) • Allgemeine Sensibilisierung fördern • Alle Dimensionen menschlichen Lebens berücksichtigen – körperliche, psychische und soziale Auswirkungen sind wahr- und ernstzunehmen • Isolation durchbrechen • Auszeiten schaffen • Lokale Verfügbarkeit von Unterstützungsangeboten fördern 	

Darüber hinaus leiten wir folgende Empfehlungen ab:

Bewusstsein schaffen

1. Bewusstsein schaffen

Das Thema „Junge Pflege“ gehört weit mehr ins öffentliche Bewusstsein als es bislang der Fall ist. Gerade junge Menschen sollten auf das Thema angesprochen werden: Als diejenigen, die Pflegeaufgaben übernehmen, oder als Peers, deren Altersgenoss*innen solche Aufgaben übernehmen und mit denen sie in ihrem Freundeskreis, in der Schulklasse oder im Studium rücksichtsvoll umgehen sollten. Viele junge Menschen kennen potenziell Peers mit Pflegeaufgaben, ohne von ihrer speziellen Lebenssituation zu wissen. So wie bei anderen Pflege Themen auch würde es sich lohnen, die Kooperation mit Influencer*innen zu suchen, die sich dieser Thematik widmen. Plattformen könnten gezielt genutzt werden, um Erfahrungen junger Pfleger zu kommunizieren und den Austausch anzuregen. Auch die Bundes- und Landeszentrale für politische Bildung wäre anzusprechen, sich dem Thema anzunehmen, etwa in der Zeitschrift *fluter* oder auf andere zielgruppenspezifische Art und Weise. Ein weiterer Zugangspunkt sind Schulen: Die Pflegekassen könnten hier die treibenden Akteure sein, um Unterrichtsmaterialien und Projekteinheiten bereitzustellen. Darüber hinaus können sie im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages zur Aufklärung (§ 13 SGB I) in Schulen über Leistungen bei Pflegebedürftigkeit informieren. Insgesamt können Begegnungen zwischen jüngeren und älteren Menschen dabei helfen, Verständnis und Respekt füreinander und für Pflegeaufgaben zu entwickeln.

Kommunale Aufmerksamkeit

2. Kommunale Aufmerksamkeit

Sozialraumorientierte Soziale Arbeit und Sozialberatung haben nicht nur spezifische Zielgruppen, sondern in der Regel die ganze Familie sowie Nachbarschaften im Blick. Sozialraumbezogene Soziale Arbeit kann, gerade wenn sie zielgruppenübergreifend erfolgt, auf Haushalte aufmerksam werden, in denen Lebenslagenprobleme von jungen Menschen und von alten und auf Pflege angewiesenen Menschen zusammentreffen. Daher sind sozialraumbezogene Kooperationen von Altenhilfe und Jugendhilfe gefragt; Beispiele wie etwa im Landkreis Coburg oder im Berliner Bezirk Treptow-Köpenick³⁹ sollten stilprägend werden.

Sozialleistungen erschließen

3. Sozialleistungen erschließen

Viele Haushalte mit auf Pflege angewiesenen Menschen, die von jungen Menschen unterstützt werden, schöpfen die ihnen zustehenden Sozialleistungen nicht aus. Das gilt für die Haushaltshilfe gem. § 38 SGB V, für vielfältige Leistungen der Pflegeversicherung und ggf. auch der Sozialhilfe (§§ 70, 71 SGB XII) oder der Eingliederungshilfe. Pflegeberatung im Sinne des § 7a SGB XI hat insofern

³⁹ Weitergehende Informationen sind zugänglich unter: www.landkreis-coburg.de/files/bro_cobfam2020ansicht.pdf und www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/politik-und-verwaltung/gremien/steuerungsrunde-demografiekonzept/

auch eine leistungerschließende Funktion und sollte sich advokatorisch, wie im Case Management vorgesehen, den Bedarfen von auf Pflege angewiesenen Menschen und den Entlastungswünschen junger Pflegender annehmen. Das entsprechende Leistungsrecht sollte auch und gerade jungen Pflegenden in leicht verständlicher Weise zugänglich gemacht und nahegebracht werden⁴⁰.

Sozialleistungen kommen darüber hinaus nicht nur für die auf Pflege angewiesene Person in Betracht, sondern auch und gerade für junge Pflegende. Zu denken ist etwa an BAföG-Leistungen, die Übernahme von Kosten für Nachhilfeunterricht und ähnliches.

4. Pflegeberater*innen qualifizieren

Es zeigt sich in der Befragung der Pflegeberater*innen, dass sich bislang nur wenige systematisch mit Fragen der jungen Pflege beschäftigt haben (vgl. Klie et al. in diesem Band). Dementsprechend wären Qualifizierungsmaßnahmen zu entwickeln und vorzusehen. Das kann über Webinare, über Informationsmaterial und andere geeignete Medien geschehen. Hier kann sich ein Beispiel an der Good Practice in Berlin genommen werden: Die Befragung der Pflegestützpunkte zeigt, dass hier – vermutlich aufgrund der Schulung durch *echt unersetzlich*, viel Wissen über Unterstützungsstrukturen vorhanden ist. Darüber hinaus gibt es in den Berliner Pflegestützpunkten Kinderbeauftragte – speziell geschulte Berater*innen für die Beratung junger Menschen. Durch dieses erweiterte Wissen kann den jungen Pflegenden mit ihren Problemen und Unterstützungsbedarfen in all ihren Schattierungen begegnet werden.

Pflege- berater*innen qualifizieren

5. Care Management und junge Pflege

Beim Thema „Junge Pflege“ stellen sich besondere Vernetzungsherausforderungen. Die Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Altenhilfe ist auch auf kommunaler Ebene keineswegs selbstverständlich. Es gibt in der Regel wenige routinierte Formen der Kooperation etwa zwischen Pflegediensten und kommunal verankerten Beratungsstellen.

Care Manage- ment und junge Pflege

Pflegestützpunkte sind insofern gut beraten und darin zu unterstützen, ihre Vernetzungsaktivitäten auch auf die Zusammenarbeit mit Schulen und der Jugendhilfe auszudehnen. Auch sollten sie aus den Fällen von Pflegehaushalten mit jungen Pflegenden, in denen die gebotene Unterstützung nicht verfügbar war, systematisch lernen und die Infrastruktur vor Ort entsprechend weiterentwickeln. Hier könnte Good Practice identifiziert werden. Beispielgebend ist in diesem Zusammenhang der Berliner Bezirk Treptow-Köpenick, der im Zusammenhang mit der Maßnahme „Sorgender Bezirk Treptow-

⁴⁰ Für interessierte Laien leicht zugängliche Informationen finden sich z. B. auf der Seite des BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend): <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/hilfe-und-pflege>.

Köpenick“ auch das Thema junge Pflege aufgegriffen und über einschlägige Forschungsergebnisse informiert hat⁴¹.

Medizinischen Dienst sensibilisieren

6. Medizinischen Dienst sensibilisieren

Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Medizinische Dienst der Krankenversicherung bei seinen Begutachtungen das Thema „Junge Pflege“ systematisch im Blick hat. Dem Konzept der Subjektorientierten Qualitätssicherung folgend (vgl. Klie und Büscher 2019), sollte in die Konzeptionierung unterschiedlicher Arrangements je nach (In-)Stabilität und Unterstützungs- bzw. Interventionsbedarf die Situation junger Pflegender mitaufgenommen und integriert werden. Es wäre zudem daran zu denken und gesetzlich zu verankern, dem Medizinischen Dienst nicht nur eine Empfehlungs- und Hinweispflicht bezogen auf Rehabilitationsmaßnahmen für die pflegebedürftige Person zuzuordnen, sondern auch auf Hinweise, die sich auf die Entlastung und Begleitung von Pflegepersonen – darunter junge Pflegende – beziehen.

Den Blick auf die gesamte Familie richten

7. Den Blick auf die gesamte Familie richten

Bereits die Literaturstudie (vgl. Oyoyo und Moeller-Bruker in diesem Band) hat die Relevanz der gesamten Familie und in diesem Zusammenhang die Bedeutung familienzentrierter Ansätze (vgl. Whole Family Approach, z.B. Frank und Slatcher 2009) herausgestellt. Demnach ist zur Unterstützung junger Pflegender der Blick auf das Gesamtsystem der Familie unerlässlich. Pflegeberater*innen, ambulante Pflegedienste, Hausärzt*innen, Krankenhaussozialdienste und der Medizinische Dienst müssen bei Familien mit Kindern im Haushalt besonders aufmerksam sein und mögliche Belastungen der Kinder und Jugendlichen gegenüber den Eltern zur Sprache bringen. Ein besonderer Typus der Familie ist hier diejenige mit einem auf Pflege angewiesenen Kind. Nicht ohne Grund sind Geschwisterangebote eine wichtige Anlaufstelle für pflegende Kinder und Jugendliche. Welche Funktionen ein einzelnes Angebot für die gesamte Familie erfüllen kann, wird z. B. in der Analyse von Kinderhospizen von Klie et al. (2013, S. 73–74) ersichtlich.

Pflege als gesamtgesellschaftliches Thema

8. Pflege als gesamtgesellschaftliches Thema

Es ist wesentlich, die Pflege gesamtgesellschaftlich zu thematisieren und sie damit noch stärker in das öffentliche Bewusstsein zu rücken. Ein selbstverständlicher, integraler Bestandteil sollte dabei die junge Pflege darstellen, denn gesellschaftliches Bewusstsein ist essenziell, um diese Thematik aus der Sprachlosigkeit und der Tabuzone herauszuholen. Eine solche Öffnung ist eine wichtige Voraussetzung, damit Beratungsangebote aktiv in Anspruch genommen werden. Die entlastende Wirkung kommt dadurch zustande, dass man sich über das Thema austauschen und Erfahrungen teilen kann. Auch darf man nicht vergessen, dass es viele junge

⁴¹ Weitergehende Informationen sind zugänglich unter: www.berlin.de/ba-treptow-koepenick/politik-und-verwaltung/gremien/steuerungsrunde-demografiekonzept/

Menschen gibt, die in ihrem erweiterten Bekannten- und Verwandtenkreis Erfahrungen mit auf Pflege angewiesenen Menschen gesammelt haben.

Mit Blick auf die Belastungssituationen, die in Haushalten zutage treten können (vgl. zusammenfassend z. B. Metzling und Schnepf 2008), ist es wichtig, nicht das „Heldenepos“ einer aufopferungsvollen jungen Pflege zu unterstützen, sondern vielmehr das Leitbild der geteilten Verantwortung (vgl. BMFSFJ 2016; Klie 2019) als Orientierung zu vermitteln. Pflegeaufgaben zu teilen, innerhalb von Familien und über Familien hinaus, unter Einbeziehung von professionellen Kräften, aber auch bürgerschaftlich Engagierten: Dies erscheint als tragfähigste Lösung für faire Pflegearrangements. Gerade hierin liegt allerdings ein großes Lernfeld für unsere Gesellschaft, die Pflege im Wesentlichen immer noch als eine Privatangelegenheit und vorrangige Familienaufgabe versteht.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2016): Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune – Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften. Sachverständigenkommission „Siebter Altenbericht der Bundesregierung“ (Bundesdrucksache, 18/10210).
- Frank, Jenny; Slatcher, Christine (2009): Supporting young carers and their families using a whole family approach. In: *The journal of family health care* 19 (3), S. 86–89.
- Klie, Thomas; Bruker, Christine; Schuhmacher, Birgit (2013): Von Pionieren zu Partnern: Bedarfsanalyse zu Kinderhospiz-Angeboten. Exemplarische Studien zu den Regionen Ostwestfalen, Berlin und Stuttgart. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Klie, Thomas (2019): *Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg in eine sorgende Gesellschaft*. München: Droemer Taschenbuch.
- Klie, Thomas; Büscher, Andreas (2019): Subjektorientierte Qualitätssicherung in der Langzeitpflege. In: *NDV Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e. V.* 99 (3), S. 114–119.
- Metzling, Sabine; Schnepf, Wilfried (2008): Warum Kinder und Jugendliche zu pflegenden Angehörigen werden: Einflussfaktoren auf die Konstruktion familialer Pflegearrangements. In: Ullrich Bauer und Andreas Büscher (Hg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Wiesbaden: Springer-Verlag, S. 315–341

- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Alexander Bogner, Beate Littig und Wolfgang Menz (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: Springer-Verlag; Verlag für Sozialwissenschaften, S. 71–93.
- Salzmann, Benjamin; Kliem, Anna; Ehmke, Jenny (2019): Wenn Jugendliche sich um kranke Angehörige kümmern. Handbuch für Fachkräfte. Unter Mitarbeit von Katharina Lux, Gabriele Tammen-Parr und Lilly Parr. Hg. v. Berlin Pflege in Not. Diakonisches Werk Berlin Stadtmitte e.V.; Diakonie Deutschland; Echt unersetzlich. Berlin. Online verfügbar unter www.echt-unersetzlich.de/wp-content/uploads/Handbuch_pflegende-Kinder-und-Jugendliche-2019_web.pdf, zuletzt geprüft am 12.05.2021.

8. Ausblick: Agenda „Jugend und Pflege“

Thomas Klie

Der DAK-Pflegereport 2021 beleuchtet das Thema Pflege im Zusammenhang mit jüngeren Generationen – und dies aus sehr unterschiedlichen Perspektiven. Dabei ist die (Langzeit-)Pflege eines der Zukunftsthemen der deutschen Gesellschafts- und Sozialpolitik (vgl. Schulz-Nieswandt 2020b). Sie lässt sich weder an den Staat noch an den Markt, aber auch nicht allein an Familien delegieren. Gesamtgesellschaftliche Bemühungen sind gefragt, wenn wir Menschen mit Pflegebedarf die Zuversicht vermitteln wollen, dass für sie einmal gesorgt sein wird.

Mit dem Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz aus der 19. Legislaturperiode wurde das Tabu eines Steuerzuschusses für die Pflegeversicherung gebrochen. Eine große Pflegereform war und ist in dieser Legislaturperiode allerdings nicht gelungen – trotz Konzertierter Aktion Pflege. Mit der Fokussierung der Pflegepolitik auf die stationäre Pflege liegt die deutsche Pflegepolitik neben den Präferenzen der Bevölkerung und jenseits dessen, was volkswirtschaftlich und vom Fachkräftebedarf her leistbar ist. Langzeitpflege bleibt ein Teil von Gesellschaftspolitik und muss es wieder stärker werden. Die Voraussetzungen dafür, dass ein solcher pflegepolitische Ansatz auf Resonanz stößt, sind – das unterstreicht auch der DAK-Pflegereport 2021 – nicht schlecht.

Doch kann und darf man nicht (einfach) auf die Jugend setzen, nach dem Motto, sie werde das Thema der Pflege auch praktisch lösen. Sie ist schon mit der Finanzierung der Pflegeversicherung „belastet“. Offensichtlich ist: Ohne ein Verständnis der jüngeren Generation für die mit der Pflege verbundenen Herausforderungen wird sich eine generationenübergreifend angelegte Pflegepolitik nicht mit der notwendigen gesellschaftlichen Akzeptanz ausstatten lassen.

Die Einblicke in die Pflegeverantwortung junger Menschen, die diese Pflegenden weit mehr als in der Öffentlichkeit wahrgenommen übernehmen, weist auf eine weitgehend vernachlässigte Wirklichkeit hin; auch auf häufig nicht beantwortete Unterstützungs- und Beratungsbedarfe. Vor diesem Hintergrund werden Handlungsbedarfe herausgearbeitet, die auch die DAK-Gesundheit mit eigenen Antworten und Ansätzen auf regionaler Ebene aufgreift. Denn wenn sich junge Menschen an Pflegeaufgaben beteiligen, sollte dies neben allen Belastungen auch mit guten Erfahrungen und verträglichen Rahmenbedingungen verbunden sein. Wir wissen: Die Verantwortungsübernahme junger Menschen für andere, auch in der Pflege, ist maßgeblich für soziale Kompetenzen, für Einstellungen zu sozialpolitischen Fragen, aber auch für die Bereitschaft, einen Beruf für Menschen zu ergreifen (vgl. Kapitel zu Engagement und Bildung in BMFSFJ 2017, S. 288–303).

Daher gilt es, aus den Befunden zur jungen Pflege Schlussfolgerungen zu ziehen: Das Thema gehört in die öffentliche Wahrnehmung und in die Wahrnehmung all derer, die Verantwortung für die Infrastruktur und die Rahmenbedingungen der Pflege tragen. Dass das Thema der Pflege nicht allein ein Thema des Alters ist, zeigt sich auch daran, dass Kinder und Jugendliche einen nicht zu vernachlässigenden Anteil der Pflegebedürftigen im Sinne der Pflegeversicherung darstellen. Dieses Thema konnte im DAK-Pflegereport 2021 nicht aufgegriffen werden. Es ist aber ein wichtiges und ebenfalls vernachlässigtes.

Dieser Pflegereport verweist eindringlich auf die Bedeutung eines in der Gesellschaft breit verankerten Diskurses um die Finanzierung der Langzeitpflege. Hier zeigen die Befragungsergebnisse dreierlei: Zum einen wird deutlich, dass ein vergleichsweise großer Teil der jüngeren Generation „keinen Plan hat“, wie sie mögliche Kosten der Pflege werden schultern können. Zum zweiten zeigen sich unrealistische Vorstellungen hinsichtlich der Leistungsfähigkeit der Pflegeversicherung einerseits und der in der Breite verfügbaren Alterseinkünfte und Vermögenswerte, die für die Pflegesicherung eingesetzt werden können, andererseits. Schließlich wird deutlich, dass es zwei Lager in der jüngeren Generation zu geben scheint. Das eine setzt auf eine staatliche Pflegeversicherung, das andere eher auf private Vorsorge. Letztgenannte spielt allerdings so gut wie keine Rolle in der aktuellen Pflegevorsorge. Auch wenn das Thema Langzeitpflege nicht „sexy“ ist: Es muss breiter in den gesamtgesellschaftlichen Diskurs – auch und gerade in den jüngeren Generationen – verankert werden.⁴²

Auch vor diesem Hintergrund wird als Summa und Ausblick dieses Pflegereportes eine Agenda „Jugend und Pflege“ ins Gespräch gebracht. Sie wird nachfolgend skizziert.

1. Das Thema „Pflege“ gesamtgesellschaftlich verankern

Pflege und Sorge sind als gesamtgesellschaftliche Themen zu verstehen – durchaus in dem Sinne, in dem es das Kuratorium Deutsche Altershilfe in den letzten zwei Jahren in dem KDA Dialog zur Pflegereform befördert hat (vgl. hierzu Schulz-Nieswandt 2020a; Schulz-Nieswandt 2020b). Sie berühren anthropologische Fragen und Fragen nach dem guten Leben (vgl. Nussbaum 1999), auch nach der Kultur unserer Gesellschaft. Durch die Ökonomisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens – auch der Langzeitpflege – sind die mit der Pflegeversicherung verbundenen Sachziele zum Teil in den Hintergrund getreten.

Der DAK-Pflegereport 2021 zeigt in ermutigender Weise, dass junge Menschen sich mit dem Thema „Pflege“ auseinandersetzen, be-

⁴² Diesen Fragen wird in einem Vergleich zwischen US-amerikanischen und deutschen Strategien zur Pflegeversicherung gemeinsam mit Prof. Dr. Christian Weller, dem ich wertvolle Hinweise durch seine Sichtung der Daten verdanke, nachzugehen sein; vgl. zu US-amerikanischen Studien Weller 2018 und 2020.

reit sind, Verantwortung zu übernehmen, und dass sie der Familie im engeren und weiteren Sinne weiterhin eine große Bedeutung zuordnen, wenn es um die Beantwortung von Sorge- und Pflegebedarfen geht. Und: Junge Menschen sind pflegeerfahrener als wir annehmen. Insofern ist es wichtig, das Thema in seinen vielfältigen Facetten, aber auch in seiner anthropologischen Tiefe, breit in unser Bildungssystem, in die kommunalpolitischen Diskurse und in die gesamtgesellschaftliche Diskussion einzubeziehen – ganz im Sinne der Caring Communities (vgl. Klie 2020). Dies geschieht zwar vielerorts, die pflegepolitische Debatte wird aber davon nicht dominiert. Hier werden vielmehr Fragen nach der Finanzierung stationärer Pflege, nach dort erforderlichen Eigenanteilen in den Vordergrund gerückt. Diese Fragen entfalten für junge Menschen offenbar aber eine nachgeordnete und eher verstörende Wirkung.

Wie wichtig es ist, das Thema „Pflege“ als gesamtgesellschaftliches Thema zu verankern, zeigen auch die überwiegend unrealistischen Einschätzungen der jungen Generation, was die Vorsorge und Finanzierung von Pflege anbelangt. Hier setzt man auf nicht tragfähige Modelle. Das zeigen nicht zuletzt internationale Vergleiche zur Pflegevorsorge. Nur wenn das Thema der Pflegegesellschaftlich verankert wird, gelingt es, junge Menschen auch für die Themen der Pflegevorsorge und -sicherung auf die eine oder andere Weise zu öffnen.

2. Pflege in den Lebenswelten in den Vordergrund rücken

Die Erfahrung junger Menschen in Sachen Pflege speisen sich aus Familie, Nachbarschaft und Freundschaften. Hier, in der lebensweltlichen Gestaltung von Pflegeaufgaben, fußt ihr Interesse, hier werden Bedingungen guten Lebens für auf Pflege angewiesene Menschen verortet. In diesem lebensweltlichen Kontext entstehen die eigenen Erfahrungen. Es zeigt sich: Nicht die institutionelle Pflege, nicht allein die Pflegedienste, auch nicht die professionelle Pflege haben aus der Sicht junger Menschen eine vorrangige Bedeutung in der Rezeption von Pflegefragen und -themen. Damit sind auch die üblichen Paradigmen einer marktorientierten Pflege in ihrer ausgesprochen begrenzten Reichweite entzaubert. Jungen Pflegenden geht es nicht primär um Fragen der Kundenorientierung (vgl. Klie 2017), sondern um die Einlösung von Solidarität und Bedingungen guten Lebens. Daher sind die lebensweltlichen Bewältigungsstrategien und die dafür notwendigen Unterstützungsleistungen in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken – hierin liegt eine der wichtigen Aufgaben für die 20. Legislaturperiode. In der häuslichen Pflege besteht der größte Handlungsbedarf; zugleich bestehen hier die besten Anknüpfungspunkte an persönliche, biografische und lebensweltliche Erfahrungen.

3. Die Vorleistungspflicht des Staates und Infrastrukturverantwortung einlösen

Der DAK-Pflegereport 2018 hat herausgearbeitet, dass in Deutschland von gleichwertigen Lebensbedingungen für auf Pflege angewiesene Menschen in keinsten Weise die Rede sein kann. Der DAK-Pflegereport 2021 zeigt auf: Mit Blick auf den Kontext „Jugend und Pflege“ fehlt es vielfach an entlastenden Infrastrukturen, zugehender Beratung und pflegefachlicher Begleitung in den Haushalten. Allein auf die unter restriktiven Bedingungen stattfindenden Entscheidungen von Pflegehaushalten – „Cash oder Care“ – darf die selbstverantwortliche Gestaltung und Selbstbestimmung nicht begrenzt bleiben. Es gilt, Pflegehaushalte zu „empowern“, zu befähigen, Pflegeaufgaben in geteilter Verantwortung fachlich fundiert, lebensweltlich verankert und solidarisch zu gestalten. Das verlangt nach einer aktiven Rolle des Staates, den er u.a. durch die Systemakteure Pflegekassen, Kommunen, professionelle Pflegekräfte sowie Beratungsstellen einzulösen hat.

Subsidiarität heißt nicht: Die Familien richten es schon. Subsidiarität in einem modernen Sinne heißt, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die kleinen Kreise unserer gesellschaftlichen Selbstorganisation in der Lage sind, in – unter generativen und Gendergesichtspunkten – fairer Weise Pflegeaufgaben so zu lösen, dass die Integrität der auf Pflege angewiesenen Menschen gewahrt bleibt (vgl. Heinze et al. 2015). Diese Erfahrung gilt es auch und gerade jungen Menschen zu vermitteln.

4. „Jugend und Pflege“ aus der Tabuzone holen

Wenn in jeder Schulklasse in Deutschland statistisch ein bis zwei junge Menschen Pflegeaufgaben übernehmen, bedeutet das Implikationen für die Jugendarbeit, für das Bildungssystem, aber eben auch für die gesellschaftliche Wahrnehmung der Bedeutung von jungen Menschen in der Pflege. Daher sind vielfältige Kommunikationsstrategien zu entwickeln, um das Thema „Pflege“ sowohl in der Jugendkultur aufleuchten zu lassen als auch in Peer-Diskursen aus der Tabuzone zu holen. Wesentlich ist, die Awareness zu steigern und die Beteiligung junger Menschen an Pflegeaufgaben zu würdigen.

5. Beratungsangebote für junge Menschen qualifizieren und differenzieren

Von der Aufklärung mittels digitalen und zentral organisierten Beratungsangeboten über individuelle Face-to-Face-Angebote bis hin zu regionalen, im Care Management eingebundenen Beratungsstrukturen reichen die sich allein schon aus dem Sozialleistungsrecht und den Vorgaben des SGB I ergebenden Verpflichtungen, die in der Pflegeversicherung über die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte in eine Care und Case Management-Struktur und -Logik eingebunden sind.

Die DAK-Gesundheit hat ein Konzept entwickelt, um ihren eigenen Beitrag zu einem solchen durchaus ambitionierten, aber gleichwohl notwendigen Anliegen zu leisten (vgl. Abbildung 66). Fokussiert werden auch, aber nicht nur, Beratungsaspekte.

Abbildung 66: Maßnahmen



Quelle: AGP Sozialforschung 2021

6. Junge Pflegebedürftige bedarfsgerecht versorgen

Das Thema „Junge Menschen und Pflege“ ist unvollständig, wenn nicht auch das Thema „Junge Pflegebedürftige“ mit auf die Agenda genommen wird. Im Begutachtungsinstrument zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit werden sie berücksichtigt. Die vielfältigen Hintergründe und zum Teil dramatischen Zuspitzungen von Lebenssituationen von Kindern und Jugendlichen mit einem hohen Pflegebedarf, verdienen – weit mehr als bisher geschehen – sozialpolitische Aufmerksamkeit. Das gilt auch und gerade dann, wenn in Einzelfällen die Versorgung mit hohen Kosten verbunden sein mag. Familien, die ihr Leben mit ihren ggf. lebensverkürzt erkrankten oder behinderten Kindern meistern, verdienen in besonderer Weise gesellschaftliche Solidarität und die Möglichkeit, die ihnen zustehenden Rechtsansprüche einzulösen. Hier würde es sich anbieten, im Sinne eines integrierten Care und Case Management-Konzeptes effiziente, be-

darfsgerechte und lokal und regional abgestimmte Versorgungskonzepte zu erproben, etwa im Rahmen von Innovationsfonds-Projekten. Beispielgebend hierfür ist das seit 2018 realisierte Projekt zur Versorgungskoordination bei versorgungsintensiven Kindern und Jugendlichen (VK KiJu) in Berlin.⁴³ Durch die VK KiJu werden die bereits bestehenden Angebote der Pflegestützpunkte und der Jugendämter (Eingliederungshilfe) mit dem Ziel ergänzt, bei Familien mit komplexen Versorgungserfordernissen oder in Krisen tragfähige und abgestimmte Versorgungsnetzwerke zu etablieren, entlastende Hilfen zu vermitteln und Familien sozialrechtlich zu unterstützen.

Literaturverzeichnis

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (Hg.) (2017): Zweiter Bericht über die Entwicklung des bürgerschaftlichen Engagements in der Bundesrepublik Deutschland. Schwerpunktthema: „Demografischer Wandel und bürgerschaftliches Engagement: Der Beitrag des Engagements zur lokalen Entwicklung“ (Bundesdrucksache, 18/11800).
- Heinze, Rolf G.; Klie, Thomas; Kruse, Andreas (2015): Subsidiarität revisited. In: *Sozialer Fortschritt* 64 (6), S. 131–138.
- Klie, Thomas (2017): Keine klassische Kundenbeziehung. Kundenbegriff in der Pflege. In: *Häusliche Pflege* 26 (9), S. 16–17.
- Klie, Thomas (2020): Caring Community. Beliebiger Dachbegriff oder tragfähiges Leitbild in der Langzeitpflege? In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): *Pflege. Praxis – Geschichte – Politik*. Bonn (Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ); Schriftenreihe Band 10497), S. 26–41.
- Nussbaum, Martha (1999): *Gerechtigkeit oder Das gute Leben*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020a): Gefahren und Abwege der Sozialpolitik im Zeichen von Corona. Zur affirmativen Rezeption von Corona in Kultur, Geist und Seele der „Altenpolitik“. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin.
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020b): *Pflegepolitik gesellschaftspolitisch radikal neu denken. Gestaltfragen einer Reform des SGB XI. Grundlagen, Kontexte, Eckpunkte, Dimensionen und Aspekte*. Hg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA). Berlin. Online verfügbar unter https://kda.de/wp-content/uploads/2020/01/Grundlagentext_Schulz-Nieswandt.pdf, zuletzt geprüft am 28.07.2021.

⁴³ Weitere Informationen finden sich auf <https://kinderversorgungsnetz-berlin.de/vk-kiju-versorgungskoordination-fuer-versorgungsintensive-kinder-und-jugendliche>; letzter Zugriff am 10.08.2021.

Weller, Christian; Tolson, Michele (2018): Do Unpaid Caregivers Save Less for Retirement? *The Journal of Retirement*, Fall 2018, 6 (2), S. 61–73.

Weller, Christian (2020): People Caught Between a Rock and a Hard Place When Caring for a Loved One. [Forbes.com](https://www.forbes.com).

Autor*innenverzeichnis



Foto © privat

Dr. Wilhelm Haumann studierte in Münster. Seit 1995 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Demoskopie Allensbach. Als Projektleiter im Bereich der Sozialforschung hat er hier zahlreiche demoskopische Studien durchgeführt. Schwerpunkte waren dabei Umfragen zur Pflege, zur Entwicklung und Förderung von Familien sowie zum bürgerschaftlichen Engagement.



Foto © EH Freiburg
Fotograf Marc Doradzillo

Prof. Dr. habil. Thomas Klie, geb. 1955 in Hamburg, Rechts- und Sozialwissenschaftler. Er leitet das Forschungsinstitut AGP Sozialforschung sowie das Zentrum für zivilgesellschaftliche Entwicklung in Freiburg und Berlin. Er war Mitglied der Sechsten und Siebten Altenberichtscommission sowie Vorsitzender der Zweiten Engagementberichtscommission der Bundesregierung. Er lehrt in Freiburg und Graz und arbeitet als Rechtsanwalt in Freiburg, München und Berlin. Er gilt als einer der renommierten Sozial- und Pflegeexperten in Deutschland.



Foto © privat

Dr. phil. Christine Moeller-Bruker ist wissenschaftliche Geschäftsführerin bei AGP Sozialforschung. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen thematisch in den Feldern Palliative Care und Pflege, Teilhabe bei Behinderung sowie Case Management. Methodisch fokussieren sie die qualitative Sozialforschung. Christine Moeller-Bruker hat Soziale Arbeit in Freiburg i. Br. und La Paz (Bolivien) studiert; in Wien hat sie promoviert. Sie ist Case Managerin (DGCC) und Lehrbeauftragte an der Dualen Hochschule Baden-Württemberg.



Foto © privat

Stefanie Oyoyo ist Diplom-Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin und als Assistentin des Institutsleiters Prof. Dr. Thomas Klie bei AGP Sozialforschung an der Evangelischen Hochschule in Freiburg tätig. Ihre thematischen Schwerpunkte liegen im Bereich alternativer Wohnformen im Alter.



Foto © privat

Isabel Schön studierte Soziologie (M.A.) an der Universität Freiburg und ist wissenschaftliche Mitarbeiterin bei AGP Sozialforschung. Ihre Schwerpunkte liegen bei qualitativen Forschungsmethoden sowie bei der Betrachtung ethischer und sozialer Implikationen des Technikeinsatzes in der Pflege.



Foto © Sarah Höferlin

Lukas Stürner studierte in Tübingen und Freiburg Soziologie im Haupt- und Strafrecht im Nebenfach. Als Soziologe (M.A.) ist er tätig am ZiP Südwürttemberg. Dort hat er eine Stabstelle im Zentralbereich Maßregelvollzug Baden-Württemberg inne und ist zuständig für die Forensische Basisdokumentation. Im Zentrum seiner Arbeit stehen quantitative Methoden der empirischen Sozialforschung, insbesondere statistische Verfahren wie die Cluster- und Mehrebenen-Analyse.

