

Pflegende Angehörige – (k)eine unerschöpfliche Ressource

KATJA KUMMER, DAGMAR DRÄGER, STEFAN BLÜHER, ANDREA BUDNICK

Katja Kummer, M.A. Soziologie, Publizistik, Rechtswissenschaften, Dr. phil., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Geschäftsstelle Berliner Forschungsverbund »Autonomie trotz Multimorbidität im Alter«.¹

Andrea Budnick, Dipl. Sozialwissenschaftlerin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Koordination des Projekts »PAIN Intervention« im Berliner Forschungsverbund »Autonomie trotz Multimorbidität im Alter«.¹

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland stellt eine zentrale Herausforderung dar. Der Großteil der Pflegebedürftigen wird von nahen Angehörigen in der eigenen Häuslichkeit versorgt. Damit ist diese Personengruppe eine zentrale Ressource in den deutschen Versorgungsstrukturen. Fraglich ist, ob pflegende Angehörige zukünftig als Ressource erhalten bleiben. Betrachtet wird diese Frage aus makrosoziologischer und mikrosoziologischer Perspektive mit dem Ergebnis, dass das familiäre Pflegepotenzial makrosoziologisch durchaus als eine gefährdete Ressource gesehen werden kann. Aus der Mikroperspektive gibt es eine Vielzahl an Möglichkeiten und Maßnahmen, die das familiäre Pflegepotenzial als Ressource für die unmittelbar Pflegebedürftigen sowie die alternde Gesellschaft in Deutschland erhalten.

Einleitung

Die Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Deutschland hat in den letzten Jahrzehnten eine immer größere gerontologische, aber auch öffentliche Aufmerksamkeit gewonnen. Anlass dafür gaben die demografischen Entwicklungen, dabei insbesondere die Tatsache, dass die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen und Männer kontinuierlich gestiegen ist. So wurden im Jahre 1950 geborene Frauen im Durchschnitt 68,5 Jahre alt, im Jahre 2008 waren es bereits 82,4 Jahre. Ähnlich bei den Männern, diese erreichten 1959 ein durchschnittliches Alter von 64,6 Jahren, 2008 geborene erwartet ein Lebensalter von circa 77,2 Jahren (Statistisches Bundesamt, 2009a). Eine heute 60-jährige Frau hat statistisch betrachtet noch 24,7 Jahre vor sich, ein gleichaltriger Mann könnte noch 20,9 Jahre leben

(Statistisches Bundesamt, 2009c). Mit der steigenden Lebenserwartung steigt auch der Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft: Heute sind 20 % der deutschen Bevölkerung 65 Jahre und älter, 2060 werden sie voraussichtlich einen Anteil von 34 % einnehmen (Statistisches Bundesamt, 2009b).

Die vorliegende Studienlage zeigt deutlich, dass der Zuwachs an Lebensjahren auch Auswirkungen auf die Gesundheit der alternden Frauen und Männer hat. So bringt die steigende Lebenserwartung einerseits eine längere Vitalität älterer Menschen mit sich, auch eine Zunahme an gesunden Lebensjahren lässt sich verzeichnen, doch andererseits gehören der Anstieg chronischer Erkrankungen, psychischer

¹ Der Berliner Forschungsverbund wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert

Leiden, Multimorbidität und Pflegebedürftigkeit zu den Phänomenen, die mit dem demografischen Wandel einhergehen (Kuhlmeier, 2008).

Dies vorausgesetzt, beschäftigt sich der Beitrag mit dem Aspekt der zunehmenden Pflegebedürftigkeit und den daran geknüpften Herausforderungen der häuslichen Versorgung durch Angehörige.

Pflegende Angehörige

Derzeit leben circa 2,34 Millionen pflegebedürftige Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) in Deutschland, im Jahre 2007 waren es 2,25 Millionen (Statistisches Bundesamt, 2008). Von den 2,34 Millionen werden 69 % (1,62 Millionen) in der eigenen Häuslichkeit versorgt, 1,07 Millionen davon ausschließlich von ihren Familienangehörigen (Statistisches Bundesamt, 2011a). Der Großteil der familiär Pflegenden sind Ehepartner (BMFSFJ, 2002; Schneekloth & Müller, 2000). Gefolgt wird die Partnerpflege von der Pflege durch Töchter (Schneekloth & Wahl, 2005). Damit stellt im Rahmen der Versorgungsstrukturen pflegebedürftiger Menschen die häusliche Versorgung durch Personen aus dem engeren Familienkreis eine zentrale Ressource in Deutschland dar (Daatland & Herlofson, 2003).

Es stellt sich die Frage, ob die pflegebedürftigen Frauen und Männer auch zukünftig auf die Hilfe ihrer Familienangehörigen zählen können. Sind pflegende Angehörige eine oder keine unerschöpfliche Ressource? Dieser Frage nähert sich der Beitrag aus makrosoziologischer und mikrosoziologischer Perspektive. Letztere wird durch Ergebnisse einer Studie der Autoren ergänzt.

Ressourcen für häusliche Pflege aus makrosoziologischer Perspektive

Neben der steigenden Lebenserwartung ist die sinkende Geburtenrate ein Aspekt demografischer Entwicklungen, obgleich diese der Ressource der Versorgung durch Familienangehörige entgegen wirkt.

Zudem wird der Rückgang des familiären Unterstützungspotenzials von soziokulturellen Faktoren begünstigt (Häcker & Raffelhüschen, 2006; Schneekloth & Wahl, 2005). Es werden im Folgenden drei Faktoren thematisiert: Familien- und Haushaltsstrukturen, steigende Frauenerwerbsquote und geografische Mobilität.

■ Bezüglich der **Familien- und Haushaltsstrukturen** lassen sich eine zunehmende Zahl von kinderlosen Paaren und Singlehaushalten sowie neue Formen des Zusammenlebens und ein damit einhergehender Wandel des Familienbildes nennen (Statistisches Bundesamt, 2011b). Aktuelle Berechnungen des Statistischen Bundesamtes (2011b) zeigen, dass der Anteil an Einpersonen-Haushalten in Deutschland kontinuierlich angestiegen ist und auch ein weiterer Anstieg angenommen wird, die Zahl der Drei- und Mehrpersonenhaushalte hingegen kontinuierlich sinkt. Diese Entwicklungen in Zahlen zeigen: für das Jahr 1996 wurden 10,5 Millionen Paare ohne Kinder gezählt, im Jahr 2010 waren es bereits 11,7 Millionen. Für das Jahr 1991 wurden 11.858 Einpersonenhaushalte gezählt, in 2010 waren es bereits 16.195 und bis 2030 wird ein Anstieg auf 17.799 vorhergesagt. Im Alter sind die häufigsten Haushaltsformen Einpersonenhaushalte und Zweipersonenhaushalte, in denen zumeist (Ehe-)Partner zusammenleben (Deutscher Bundestag, 2002).

Je kleiner der Haushalt ist, in dem die pflegebedürftige Person lebt, desto häufiger fällt die Wahl auf professionelle ambulante Versorgungsleistungen (Schneekloth & Müller, 2000). Alleinstehende müssen eher auf professionelle ambulante Dienste zurückgreifen, wobei dieser Status zudem einen entscheidenden Faktor für die Übersiedlung in ein Pflegeheim darstellt. Auch verändert sich im Alter die Familienkonstellation. So nimmt insbesondere ab einem Alter von 65 Jahren der Anteil der Verwitweten zu, wodurch wie o. a. die Zahl der Einpersonenhaushalte ansteigt (Statistisches Bundesamt, 2011b). Vom Trend der Singularisierung im Alter sind – aufgrund der niedrigeren Lebenserwartung der Männer – vor allem die Frauen betroffen (Deutscher Bundestag, 2002).

■ Als zweiter soziokultureller Faktor ist die **steigende Erwerbsquote der Frauen** zu nennen. Diese wirkt sich einerseits auf die objektive Verfügbarkeit und andererseits auf die subjektive Bereitschaft, einen Pflegebedürftigen zu versorgen, aus und entscheidet so die Frage nach der Wahl der Versorgungsleistung bei Pflegebedürftigkeit mit, d. h. wird die Pflege ausschließlich innerfamiliär geleistet oder durch einen teilweisen oder sogar vollständigen Einbezug professioneller ambulanter Dienste ergänzt.

■ Der dritte Aspekt ist die **geografische Mobilität** von Familienmitgliedern, so dass sich nicht nur die räumliche Distanz zwischen fortziehenden Kindern und Eltern vergrößert, sondern auch eine Entfremdung zwischen Generationen angestoßen wird (Blinkert & Klie, 1999). Nachvollziehbar ist, dass die Entscheidung zur Übernahme von Pflege davon maßgeblich mitgeprägt wird.

Ressourcen für häusliche Pflege aus mikrosoziologischer Perspektive

Neben potenziellen Auswirkungen der demografischen Entwicklungen auf die familialen Versorgungsstrukturen, geben auch das hohe Belastungserleben und die daraus entstehenden gesundheitlichen Beschwerden pflegender Angehöriger Anlass zur Sorge, ob familiäre Pflege als Ressource gefährdet ist. Aus mikrosoziologischer Perspektive zeigt sich immer wieder, dass sich der Großteil der informell Pflegenden in einer schwierigen psycho-sozialen Situation befindet (z. B. Schneekloth & Wahl, 2005). Mit Blick auf eine nunmehr 30-jährige Forschung zu den Belastungen pflegender Angehöriger finden sich differenzierte Belege zu unterschiedlichen Belastungsfaktoren und dem Belastungserleben dieser Personengruppe, die sich auf ihre Gesundheit auswirken (z. B. BMFSFJ, 1996; Clark & Diamond, 2010; Gräßel, 1998a; Gunzelmann, 1991; Klarić et al., 2010; Kruse, 1994). So haben Pflegende im Vergleich zur Gesamtbevölkerung auffallend mehr bzw. ausgeprägtere körperliche Beschwerden. Studien belegen beispielsweise einen herabgesetzten Immunstatus, Rückenschmerzen, Krankheiten des Herz-/Kreislaufsystems und des Muskel-/Skelettsystems, allgemeine Erschöpfung, Magenbeschwerden,

Gliederschmerzen, Herzbeschwerden oder ein erhöhtes Risiko für Depression (z. B. Adler, Wilz, & Gunzelmann, 1996; Gräßel, 1998b; Kiecolt-Glaser, Glaser, Gravenstein, Malarkey, & Sheridan, 1996; Vedhara et al., 1999). Neben dem hohen Belastungserleben pflegender Angehöriger und dem sich daraus ableitenden gesundheitlichen Risikopotenzial zeigt die aktuelle Studie »Gesundheitsförderung für ältere pflegende Angehörige«² (Blüher u. Dräger et al. 2011), dass Pflegende durchaus auch über Ressourcen verfügen. Diese sind jedoch bei den 50- bis 59-Jährigen bereits stark gefährdet und somit keineswegs unerschöpflich. Bei den befragten Angehörigen war eine positive Bewertung der subjektiven Gesundheit bis ins hohe Alter zu verzeichnen, was einerseits sicherlich zu besserem Wohlbefinden beiträgt, aber andererseits auch Risiken in sich birgt. So kann der Glaube an eine gute subjektive Gesundheit zu verspäteter Wahrnehmung und Unterschätzung eigener gesundheitlicher Einschränkungen führen. Dieses Phänomen ist mit dem bereits in der Berliner Altersstudie (BASE) beschriebenen »Altersinvarianz-Paradoxon« vergleichbar. Demnach vergleichen sich Personen eher mit Gleichaltrigen, denen es gesundheitlich schlechter geht, was wiederum dazu führt, dass die eigene Gesundheit besser bewertet wird (Borchelt et al., 1996; Steinhagen-Thiessen et al., 1999). Auf die Frage, wie pflegende Angehörige ihren Gesundheitszustand im Vergleich zur Gesundheit von anderen Menschen ihres Alters bewerten, antwortet die Hälfte mit gleich gut, 35 % schätzen diesen besser und immerhin 15 % diesen schlechter ein.

Ein wichtiger Aspekt körperlichen und seelischen Wohlbefindens und damit eine Ressource ist die Schlafqualität (Garms-Homolová & Flick, in Vorbereitung), welche in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen pflegenden Angehörigen am besten ausfiel. Im Vergleich zur Bewertung der subjektiven Gesundheit wird die Schlafqualität durch die Befragten insgesamt schlechter eingeschätzt. Unumstritten ist in der Literatur, dass körperliche Aktivität einen positiven Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit hat (Pate et al., 1995). Dennoch sind weltweit circa 31 % der Erwachsenen nicht ausreichend körperlich aktiv mit steigender Tendenz im höheren

Alter (WHO, 2011). In Deutschland gehen knapp 40 % der Erwachsenen keiner Freizeitaktivität im Sinne körperlicher Aktivität nach; ebenfalls mit steigender Tendenz im höheren Lebensalter (Rütten et al., 2005). Beschwerden bei der Bewegung stellen bekannterweise eine Barriere für körperliche Aktivität dar. Die Mehrheit der befragten pflegenden Angehörigen verweist auf leichte bis starke Beschwerden bei Bewegung. Demnach ist diese Ressource für gesundes Altern in der Population gefährdet. Hinzu kommt, dass über drei Viertel der Pflegenden angeben, sich körperlich erschöpft zu fühlen. Ein Defizitgefühl hinsichtlich der eigenen körperlichen Kraft, um Pflegehandlungen erfolgreich ausführen zu können, liegt bei mehr als der Hälfte der befragten Pflegenden vor. Erwartungsgemäß sind hauptsächlich weibliche Pflegende betroffen. Bemerkenswert ist, dass bereits zwei Drittel der weiblichen Pflegenden zwischen 50 und 59 Jahren über fehlende körperliche Kraft klagen; bei den über 80-Jährigen hingegen sind fast alle betroffen (91 %).

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass eine wesentliche Voraussetzung häuslicher Pflege eine gute körperliche Konstitution ist, damit Pflege zufriedenstellend für den Pflegenden und den Pflegebedürftigen gelingen kann. Demnach leitet sich – insbesondere bei weiblichen pflegenden Angehörigen – großer Unterstützungsbedarf für Pflegehilfsmittel wie z. B. Badewanneneinsatz, Pflegebett ab.

Neben körperlichen Ressourcen und Risiken der häuslichen Pflege für pflegende Angehörige sind zudem mentale Aspekte in den Blick einer Ressourcendiskussion für diese Zielgruppe zu nehmen. Ausgehend von der eher stark bis sehr stark subjektiv empfundenen Einbindung in den häuslichen Pflegealltag bei drei Viertel der Pflegenden lässt sich auf hohe psychische Belastungen Angehöriger schließen. Lediglich bei den Hochaltrigen ist der Anteil der weniger stark und stark subjektiv Eingebundenen gleich verteilt. Interessant ist dabei, dass die Mehrheit der 60- bis 89-Jährigen nicht mehr mit ruhigem Gewissen eigenen Interessen nachgehen kann, hingegen die Mehrheit der 50- bis 59-Jährigen dazu in der Lage ist.

Mehr als drei Viertel aller Pflegenden gibt an, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Leben leicht bis deutlich durch die Pflege »gelitten« hat, obgleich kein eindeutiger Trend hinsichtlich des Anstiegs der Unzufriedenheit mit zunehmendem Alter zu beobachten ist sowie keine signifikanten Unterschiede zwischen Zufriedenen und Unzufriedenen zu identifizieren waren. In der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen nehmen über die Hälfte ein »hin und her« zwischen den Anforderungen der Pflege zu Hause und den Herausforderungen des Lebens jenseits der Pflgetätigkeit wahr. In der Gruppe der hochaltrigen Pflegenden war dieses Phänomen nicht mehr beobachtbar. Ein Ausgleich zur Pflgetätigkeit ist demnach besonders in der Gruppe der 50- bis 59-Jährigen wichtig. Geht es um die Frage, ob die Pflege weiterhin

Zwei Drittel der weiblichen Pflegenden zwischen 50 und 59 Jahren klagen über fehlende körperliche Kraft.

zu Hause erfolgen soll oder dem Leben eine neue Richtung ohne Pflgetätigkeit gegeben werden soll, denken mehr als zwei Drittel der 50- bis 69-Jährigen noch darüber nach, ab dem 70. Lebensjahr beschäftigt sich die Mehrheit nicht mehr damit.

Zusammenführung und Fazit

Die makrosoziologische und die mikrosoziologische Perspektive werden nun zusammengeführt und es wird ein Fazit gezogen, ob zukünftig das familiäre Pflegepotenzial als Ressource für die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen noch zur Verfügung steht. Al-

2 Die Studie wurde am Institut für Medizinische Soziologie der Charité – Universitätsmedizin Berlin von Januar bis Dezember 2009 mit 202 älteren pflegenden Angehörigen zwischen 50 und 87 Jahren durchgeführt (M = 64,8; SD = 9,5). Der Anteil der weiblichen Pflegenden lag bei 79%. Den größten Anteil der pflegenden Angehörigen bildeten die Ehefrauen (38,4%) gefolgt von Töchtern (27,3%), Ehemännern (13,6%) und Söhnen (7,1%). Der Anteil der Schwiegertöchter (6,6%) war dem Anteil der pflegenden Söhne nahezu gleich. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert. Kooperationspartner war die Deutsche BKK Wolfsburg.

lein mit Blick auf die skizzierten demografischen Entwicklungen in Deutschland und die Veränderungen der Haushalts- und Familienstrukturen könnte die intergenerationale Solidarität und der bisher große Anteil der familialen Unterstützung und Pflege als gefährdet gesehen werden. Bisher unberücksichtigt blieb jedoch in diesem Kontext die Überlegung, dass trotz äußerer Distanz (bezüglich Haushaltsstruktur und intergenerativer Mobilität) innere Nähe vorhanden sein kann, vielleicht sogar aufgrund weniger intergenerativer Konflikte gefördert wird, und damit die Bereitschaft für Hilfe- und Unterstützungsleistungen im Falle der Pflegebedürftigkeit durchaus möglich ist (Gilberg, 2000). Doch wie werden zukünftig pflegebedürftige Personen versorgt, die allein leben, kinderlos sind bzw. nur eine geringe Anzahl von Kindern haben und damit – aufgrund eventueller großer räumlicher Distanz von Eltern und Kindern – in kein bzw. kein enges familiales Umfeld eingebunden sind? – Hier werden sicher professionelle Hilfeleistungen in größerem Umfang beansprucht. Zudem erlangen – bereits vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit – außerfamiliale Beziehungen größere Bedeutung sowie ein generationenübergreifendes Miteinander außerhalb der Familie. Gedacht sei dabei beispielhaft an bürgerschaftliches Engagement, intergenerative Freiwilligentätigkeit, Wohnprojekte in denen Alt und Jung im Alltagsleben paritätisch profitieren (z. B. Mehrgenerationenhäuser in denen ältere Mitbewohner Kinder bei ihren Hausaufgaben unterstützen). Auch der 6. Altenbericht (BMFSFJ, 2010) verweist auf eine zunehmende Heterogenität im Alter, die sich in der Vielfalt der Lebensformen reflektiert. Damit sind derartige Überlegungen zukünftig vermutlich nicht ausschließlich für Alleinlebende und Kinderlose interessant, sondern werden sicherlich auch für älter werdende (Ehe-) Paare mit Kindern zunehmend relevant, da sie in einer Gesellschaft altern, die bereits von Individualisierung geprägt ist. Zudem wissen die Eltern um die oftmals notwendige Mobilität der Kinder entfernt vom Elternhaus; diese wurde unter Umständen von ihnen mit der Absicht gefördert, ihren Kindern eine »gesicherte Zukunft« zu ermöglichen.

Neben den demografischen Entwicklungen sind auch soziale Determinanten

wie Bildungsabschluss, Einkommen und kulturelle Prägungen (z. B. Migrationshintergrund) Einflussgrößen, die die Bereitschaft zur Pflegeübernahme mitprägen. So befördern ein hoher Bildungsabschluss, höheres Einkommen und damit oft einhergehend eine auf Selbstverwirklichung ausgerichtete Lebensweise, die Neigung, pflegebedürftige Angehörige nicht (ausschließlich) selbst zu versorgen und professionelle ambulante Dienste zu beanspruchen. Bei Familien der unteren Sozialschichten hingegen stellt das Pflegegeld oftmals einen bedeutsamen Einkommensbestandteil dar, der die Entscheidung für eine familiäre Pflege maßgeblich mitbestimmt (Blinkert & Klie, 2000).

Im Fazit kann aus der Makroperspektive betrachtet das familiäre Pflegepotenzial durchaus als eine gefährdete Ressource gesehen werden. Einen aktuellen politischen Schritt zur Förderung der häuslichen Pflege durch nahe Verwandte stellt trotz aller Kritik das Familienpflegezeitgesetz (FPfZG, Inkrafttreten am 01.01.2012) dar. Aus der Mikroperspektive betrachtet, kann eine Vielzahl an Möglichkeiten und Maßnahmen aufgezeigt werden, die das familiäre Pflegepotenzial als Ressource für die unmittelbar Pflegebedürftigen sowie die alternde Gesellschaft in Deutschland erhalten. Ableitend aus den dargestellten Befunden sind folgende ressourcenfördernde Schritte denkbar: Zum Erhalt körperlicher Ressourcen ist auf kontinuierlich erholsamen Schlaf zu achten. Zudem ist zum Erhalt der Beweglichkeit und körperlicher Kraft, moderate körperliche Aktivität zu empfehlen, da die gesundheitsförderliche Wirkung jeglicher Form dieser Aktivität besonders für ältere Menschen essentiell für gesundes Altern ist, worauf das American College of Sports Medicine seit mehr als zehn Jahren hinweist (Mazzeo et al., 1998; Chodzko-Zajko et al., 2009). Im Rahmen der hier vorgestellten Studie der Autoren wurde des Weiteren herausgearbeitet, dass gerade mangelnde Motivation einen Großteil der pflegenden Angehörigen daran hindert, körperlich aktiv zu werden (Budnick et al., eingereicht).

Darüber hinaus müssen die Pflege unterstützende und entlastende Hilfsmittel unbedingt verstärkt, z. B. durch den Medizinischen Dienst der Kran-

kenkassen (MDK), angeboten werden, damit insbesondere die Gruppe der weiblichen Pflegenden unterstützt wird. In der Pflegeberatung ist zusätzlich auf Wertschätzung der geleisteten Pflegearbeit zu achten und darauf hinzuweisen, dass der Ausgleich zur Pflegetätigkeit durch Auszeiten für eigene Interessen dringend eingeplant werden muss, um den oft stark ausgeprägten subjektiven Belastungen zu begegnen. Diesbezüglich existieren zahlreiche Erholungsangebote für pflegende Angehörige in Deutschland, z. B. Kurzzeitpflege, Urlaubsreisen, jedoch nicht flächendeckend und in unterschiedlicher Ausprägung für jedes Bundesland. Hier ist die Beratungsleis-

Das familiäre Pflegepotenzial kann aus der Makroperspektive als eine gefährdete Ressource gesehen werden.

tung der Pflegestützpunkte von besonderer Bedeutung, um regionalspezifische Angebote zu offerieren.

Unsere Aufgabe war es, eine Antwort auf die Frage, ob pflegende Angehörige (k)eine unerschöpfliche Ressource sind, zu finden. Eine Antwort darauf gibt es nicht. Vielmehr müssen Gesundheits- und Sozialpolitik dazu beitragen, dass die Versorgung pflegebedürftiger Menschen gerade durch Familienangehörige ermöglicht und aufrechterhalten wird.

Literatur

- Adler, C., Wilz, G., & Gunzelmann, T. (1996).** »Frei fühle ich mich nie« – Frauen pflegen ihren an Demenz erkrankten Ehemann, Vater oder Mutter. *Gesundheitswesen*, 58(2, Sonderheft), 125–131.
- Blinkert, B., Klie, T. (1999).** Pflege im sozialen Wandel: Eine Untersuchung über die Situation von häuslich versorgten Pflegebedürftigen nach Einführung der Pflegeversicherung. Hannover: Vincentz Verlag.
- Blinkert, B., Klie, T. (2000).** Pflegekulturelle Orientierung und soziale Milieus. Ergebnisse einer Untersuchung über die sozialstrukturelle Verankerung von Solidarität. *Sozialer Fortschritt*, 10, 237–245.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (1996).** Erster Altenbericht. Die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Berlin: Bundestags-Drucksache 12/5897.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2002).** Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Berlin: BMFSFJ.
- BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (2010).** Sechster Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland »Altersbilder in der Gesellschaft«. Berlin: BMFSFJ.
- Blüher, S., Dräger, D., Budnick, A., Seither, C., Kummer, K. (2011).** Möglichkeiten und Grenzen der Erfassung von gesundheitlichen Ressourcen und Risiken älterer pflegender Angehöriger. *HeilberufeScience*, 2(4): 119–127. * geteilte Erstautorenschaft
- Borchelt, M., Gilberg, R., Horgas, A. L., Geiselmann, B. (1996).** Zur Bedeutung von Krankheit und Behinderung. In: K. U. Mayer, P. B. Baltes (Hrsg.): *Die Berliner Altersstudie*. Berlin: Akademie Verlag, 449–474.
- Budnick, A., Kummer, K., Dräger, D., Blüher, S. (eingereicht).** Barriers to Engaging in Moderate Physical Activity in German Elderly Family Caregivers.
- Clark, M. C., & Diamond, P. M. (2010).** Depression in family caregivers of elders: a theoretical model of caregiver burden, sociotropy, and autonomy. *Research in Nursing & Health* 33(1), 20–34.
- Chodzko-Zajko, W., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., Salem, G. J., Skinner, J. S. (2009)** ACSM Position Stand: Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 41, 1510–1530.
- Daatland, S. O., & Herlofson, K. (2003).** »Lost Solidarity« or »Changed Solidarity«. A Comparative European View of normative Family Solidarity. *Aging and Society*, 23(5), 537–560.
- Deutscher Bundestag (2002).** Schlussbericht der Enquête-Kommission »Demographischer Wandel – Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft an den Einzelnen und die Politik«. Drucksache 14/8800.
- Garms-Homolová, V. & Flick, U. (in Vorbereitung).** Schlafqualität und Management von Schlafstörungen im Alter. Göttingen: Hogrefe.
- Gilbert, R. (2000).** Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im höheren Alter. Eine Analyse und der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen. Max-Planck-Institut für Bildungsforschung. Studien und Berichte, Bd. 68, Berlin.
- Gräbel, E. (1998a).** Belastung und gesundheitliche Situation der Pflegenden. Querschnittuntersuchung zur häuslichen Pflege bei chronischem Hilfs- und Pflegebedarf im Alter. Egelsbach: Hänsel-Hohenhausen – Verlag der Deutschen Hochschulschriften DHS.
- Gräbel, E. (1998b).** Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter. Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31(1), 57–62.
- Gunzelmann, T. (1991).** Problemsituation und Beratung von Angehörigen dementiell erkrankter älterer Menschen. Stand der Forschung und Praxis. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie*, 4(1), 41–56.
- Häcker, J., & Raffelhüschen, B. (2006).** Zukünftige Pflege ohne Familie: Konsequenzen des »Heimsog-Effekts«. Forschungszentrum Generationenverträge, Freiburg: Albert-Ludwigs-Universität.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W. B., & Sheridan, J. (1996).** Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93(7), 3043–3047.
- Klarić, M., Francisković, T., Pernar, M., Nembić Moro, I., Miličević, R., Cerni Obrdalj, E., et al. (2010).** Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder. *Collegium antropologicum* 34(Supplement 1), 15–21.
- Kruse, A. (1994).** Die psychische und soziale Situation pflegender Frauen – Beiträge aus empirischen Untersuchungen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 27(1), 42–51.
- Kuhlmey, A. (2008).** Altern – Gesundheit und Gesundheitseinbußen. In: A. Kuhlmey & D. Schaeffer (Hrsg.), *Alter, Gesundheit und Krankheit* (S. 85–96). Bern: Verlag Hans Huber.
- Mazzeo, R.S., Cavanagh P., Evans W., Fiatarone M., Hagberg J., McAuley E., Startzell J. (1998)** ACSM Position Stand: Exercise and Physical Activity for Older Adults. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 30, 992–1008.
- Pate, R. R.; Pratt, M.; Blair, S.N.; Haskell, W. L.; Macera, C. A.; Bouchard, C.; Buchner, D.; Ettinger, W.; Heath, G. W.; & King, A. C. (1995).** Physical activity and public health: a recommendation from the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. *Journal of the American Medical Association*, 273, 402–407.
- Rütten, A., Abu-Omar, K., Lampert, T., Ziese, T. (2005).** Körperliche Aktivität. In: Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Körperliche Aktivität*, Heft 26. 9, 25.
- Schneekloth, U., & Müller, U. (2000).** Wirkungen der Pflegeversicherung. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Bd. 127. Baden-Baden: Nomos.
- Schneekloth, U., & Wahl, H. W. (2005).** Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangement, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. München.
- Statistisches Bundesamt (2008).** Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011a).** Pflegestatistik 2009. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2011b).** Statistisches Jahrbuch 2011. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009a).** Berechnung von Periodensterbetafeln. Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland. 1871/81 bis 2006/08. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009b).** Bevölkerung Deutschlands bis 2060. 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2009c).** Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Sterbetafel Deutschland. 2006/08. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Steinhagen-Thiessen, E., Wrobel, N., Borchelt, M. (1999).** Der Zahn der Zeit. Körperliche Veränderungen im Alter. In: A. Niederfranke, G. Naegel, E. Frahm (Hrsg.): *Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 277–317.
- Vedhara, K., Coc, N. K. M., Wilcock, G. K., Perks, P., Hunt, M., Anderson, S., et al. (1999).** Chronic stress in elderly carers of dementia patients and antibody response to influenza vaccination. *The Lancet*, 353, 627–631.
- World Health Organization (WHO) (2011).** Physical Inactivity: A Global Public Health Problem. [Online] Verfügbar unter: http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_inactivity/en/index.html [15.10.2011].