

Pflege und soziale Ungleichheit
Der Einfluss des sozialen Netzwerks auf die
Ausgestaltung formeller und informeller
Pflegearrangements

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Sozialwissenschaftlichen Fakultät
(Dr. rer. soc)
der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Ariane Baum

2023

Erstgutachter: Prof. Dr. Josef Brüderl

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Katrin Auspurg

Tag der mündlichen Prüfung: 20.12.2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	v
Abbildungsverzeichnis	v
1 Einführung und Überblick: Pflege und soziale Ungleichheit.....	1
1.1 Einleitung.....	1
1.1.1 Das staatliche Pflegesystem in Deutschland.....	2
1.1.2 Entwicklung von Pflegebedarf und Pflegebereitstellung – Trends und Prognosen	4
1.2 Pflege und soziale Ungleichheit.....	8
1.2.1 Pflegebedürftigkeit und soziale Ungleichheit.....	9
1.2.2 Pflegebereitstellung und soziale Ungleichheit.....	13
1.2.3 Konklusion: Informelle Pflegearrangements und soziale Ungleichheit	16
1.3 Datengrundlage	18
1.3.1 Pflegedatensätze oder auch: Das Problem mit den Daten	18
1.3.2 Verwendung der SHARE-Daten.....	20
1.4 Beitrag der Dissertation	29
1.4.1 Aufsatz 1: Pflegebedarf und Pflegebereitstellung in Deutschland – Eine Betrachtung der Pflegesituation in Deutschland mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE).....	30
1.4.2 Aufsatz 2: Bridge or Barrier? The Impact of Network Capital on the Receipt of Long-Term Care Services in Germany	31
1.4.3 Aufsatz 3: Warum pflegst <i>du</i> ? Der Einfluss des familialen Kontexts auf die Übernahme elterliche Pflege und die Rolle des Geschlechts	33
1.5 Schlussbetrachtung.....	36
1.5.1 Inhaltliche Rückbindung an den Forschungsstand	36
1.5.2 Politische Implikationen der Pflegesituation in Deutschland	39
1.5.3 Limitationen und Forschungsdesiderata	42
2 Pflegebedarf und Pflegebereitstellung in Deutschland – Eine Betrachtung der Pflegesituation in Deutschland mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)	45
2.1 Einleitung und Hintergrund	46
2.2 Datengrundlage und Untersuchungspopulation	49
2.2.1 Datengrundlage.....	49
2.2.2 Untersuchungspopulation	50
2.3 Die Lebenssituation von pflegebedürftigen und pflegenden Personen.....	53
2.3.1 Wer pflegt? Pflegende Befragte im Fokus.....	55
2.3.2 Wer benötigt Pflege? Darstellung der pflegebedürftigen Befragten.....	66
2.3.3 „Who cares?\": Pflegende mit Unterstützung	78
2.4 Zusammenfassung.....	86
2.4.1 Limitationen	87
2.4.2 Ausblick.....	87
2.5 Anhang.....	88
2.5.1 Anhang A. Fragebogen-Items und Kategorisierung der Befragten	88
2.5.2 Anhang B. Pflegende Befragte	90
2.5.3 Anhang C. Pflegebedürftige Befragte.....	93
2.5.4 Anhang D. Pflegende Befragte mit Unterstützung	97
3 Bridge or Barrier? The Impact of Network Capital on the Receipt of Long-Term Care Services in Germany.....	101
3.1 Introduction.....	102
3.2 State of Research.....	104

3.3	Theoretical Background and Hypotheses.....	105
3.3.1	Interaction of Health Status and Caregiver Network Position.....	105
3.3.2	Interaction of Health Status and Caregiver's Educational Attainment.....	106
3.4	Data and Method.....	108
3.4.1	Data.....	108
3.4.2	Variables.....	110
3.4.3	Analysis.....	116
3.5	Results.....	118
3.5.1	Descriptive Results.....	118
3.5.2	Multivariate Results.....	119
3.5.3	Model fit and Robustness Checks.....	125
3.6	Discussion.....	125
3.7	Appendix.....	130
3.7.1	Appendix A. Detailed Information of SHARE Data.....	130
3.7.2	Appendix B. Detailed Coding Information of Education.....	131
3.7.3	Appendix C. Main Analysis Results.....	136
3.7.4	Appendix D. Results and Discussion of Model fit and Robustness Checks.....	139
3.7.5	Appendix E. Overview of missing values and reduction of case numbers.....	153
4	Warum pflegst du? - Der Einfluss des familialen Kontexts auf die Übernahme elterlicher Pflege und die Rolle des Geschlechts	155
4.1	Einleitung.....	156
4.1.1	Forschungsstand: Individuelle Determinanten der Pflegeübernahme.....	156
4.1.2	Forschungslücke: Warum der Kontext wichtig ist.....	157
4.2	Theoretischer Hintergrund.....	158
4.2.1	Geschlechternormen.....	158
4.2.2	Kostenabwägungen.....	159
4.2.3	Reziprozitäts- und Verpflichtungsnormen.....	161
4.2.4	Zusammenspiel Geschlecht und individuelle Merkmale.....	162
4.3	Hypothesen.....	163
4.3.1	Geschlecht und Merkmale des Kindes.....	163
4.3.2	Geschlecht und Merkmale der Geschwister.....	164
4.3.3	Geschlecht und Merkmale des Elternteils.....	166
4.4	Daten, Variable und Methode.....	169
4.4.1	Daten.....	169
4.4.2	Variablen.....	170
4.4.3	Methode.....	174
4.5	Analyse und Ergebnisse.....	175
4.5.1	Varianzdekomposition.....	178
4.5.2	Geschlecht und individuelle Merkmale des Kindes.....	179
4.5.3	Geschlecht und Merkmale der Geschwister.....	182
4.5.4	Geschlecht und Merkmale des Elternteils.....	183
4.6	Robustheitsanalysen.....	184
4.7	Zusammenfassung und Diskussion.....	184
4.7.1	Kritik.....	186
4.7.2	Ausblick.....	188
4.8	Anhang.....	189
4.8.1	Anhang A. Ausführliche Informationen zu den SHARE-Daten.....	189
4.8.2	Anhang B. Erstellung eines Kinderdatensatzes und fehlende Werte.....	191
4.8.3	Anhang C. Detaillierte Darstellung der Variablen-Operationalisierung.....	194
4.8.4	Anhang D. Informationen zur Operationalisierung der Bildung.....	200
4.8.5	Anhang E. Ergebnisse der Hauptanalyse.....	204
4.8.6	Anhang F. Ergebnisse und Diskussion der Robustheitsanalysen.....	209
	Literatur.....	215

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Übersicht über die Beiträge, Eigenanteile und Gewichtungen	29
Tabelle 2.1:	Bedingungen zur Kategorisierung der Befragten zu einem Pflegerollenstatus	50
Tabelle 2.2:	Deskriptive Statistik ausgewählter Merkmale der vier Gruppen nach Pflegerollenstatus	54
Tabelle 2.A1:	Übersicht über die Fragemodule zur Identifizierung und Kategorisierung der Befragten nach Pflegerollenstatus	88
Tabelle 2.A2:	Fragebogen-Items	89
Tabelle 2.B1:	Anzahl der unterstützten Personen inner- und außerhalb des Haushalts der pflegenden Befragten.....	90
Tabelle 2.B2:	Empfänger/innen von Unterstützung inner- und außerhalb des Haushalts und nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent)	90
Tabelle 2.B3:	Geleistete Unterstützungsaufgaben nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent).....	90
Tabelle 2.B4:	Zeitlicher Umfang der geleisteten Unterstützung nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent)	91
Tabelle 2.B5:	Erwerbsstatus der pflegenden Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	91
Tabelle 2.B6:	Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Geschlecht der pflegenden Befragten (in Prozent).	91
Tabelle 2.C1:	Anzahl der Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts der pflegebedürftigen Befragten	93
Tabelle 2.C2:	Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts und nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent)	94
Tabelle 2.C3:	Erhaltene Unterstützung nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent).....	94
Tabelle 2.C4:	Zeitlicher Umfang der erhaltenen Unterstützung nach Alter der pflegebedürftigen Befragten. Häufigkeit (in Prozent) und Pflegetage (Durchschnittswerte).	94
Tabelle 2.C5:	Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent)	96
Tabelle 2.D1:	Kombination der haushaltsinternen und haushaltsexternen geleisteten und erhaltenen Unterstützung von pflegenden Befragten mit Unterstützung.....	97
Tabelle 2.D2:	Gepflegte Personen und Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts und nach Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung (in Prozent)....	97
Tabelle 2.D3:	Kombination der geleisteten und erhaltenen Unterstützung von pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Aufgabenbereichen (in Prozent).....	98
Tabelle 2.D4:	Zeitlicher Umfang der geleisteten und erhaltenen Unterstützung nach Alter der pflegenden Befragten mit Unterstützung	98
Tabelle 2.D5:	Erwerbsstatus der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Alter und Geschlecht (in Prozent)	99
Tabelle 2.D6:	Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Alter und Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung (in Prozent).....	99
Table 3.1:	Coding information for all included variables.....	110
Table 3.2:	Descriptive results	118
Table 3.3:	AMEs of Firth logistic regression estimates of the association between health limitations and the receipt of care benefits; nested models (without and with confounding and mediating factors, respectively).....	120

Table 3.B1:	Detailed coding information for all education variables	132
Table 3.C1:	Firth logistic regression estimates of all three hypothesis models and associated Likelihood Ratio test results.....	136
Table 3.C2:	Main results for Hypothesis 2 (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects).....	137
Table 3.C3:	Main results for Hypothesis 3 (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects).....	138
Table 3.D1.1:	Robustness test of Hypotheses 2 and 3. Firth logistic regression estimates of models with and without mediating and confounding variables, respectively.	141
Table 3.D1.2:	Robustness test of Hypothesis 2 without mediating and confounding variables (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)	142
Table 3.D1.3:	Robustness test of Hypothesis 2 with mediating and confounding variables (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)	143
Table 3.D1.4:	Robustness test of Hypothesis 3, results of models with and without mediating and confounding factors	145
Table 3.D2.1:	Robustness test of Hypothesis 2, different sample definitions	147
Table 3.D2.2:	Robustness test of Hypothesis 3, different sample definitions	147
Table 3.D2.3:	Robustness test of all three hypotheses with two extended robustness samples, Firth logistic regression estimates.	148
Table 3.D3.1:	Robustness test of Hypothesis 2, AMEs for different dependent variables.....	150
Table 3.D3.2:	Robustness test of Hypothesis 3, AMEs for different dependent variables.....	150
Table 3.D3.3:	Robustness test of all three hypotheses with different dependent variable (IADL limitations), Firth logistic regression estimates	151
Table 3.D3.4:	Robustness test of all three hypotheses with different dependent variable (ADL limitations), Firth logistic regression estimates.	152
Tabelle 4.1:	Übersicht der Analysevariablen und ihrer Operationalisierung	171
Tabelle 4.2:	Deskriptive Statistik der Individual- und Kontextvariablen (N=2342 Kinder aus 949 Familien)	177
Tabelle 4.3:	Varianzdekomposition und Modellgüte der stufenweisen Mehrebenenanalyse bezüglich der Pflegezeit eines Kindes (N=2342 Kinder aus 949 Familien).....	179
Tabelle 4.4:	Ergebnisse des stufenweisen Mehrebenenmodells zur Schätzung der elterlichen Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr) (N=2342 Kinder aus 949 Familien).....	180
Tabelle 4.B1:	Übersicht über die Anzahl der fehlenden Werte auf den einzelnen Variablen sowie die damit einhergehende Gesamtanzahl an ausgeschlossenen Beobachtungen	194
Tabelle 4.D1:	Detaillierte Übersicht der Operationalisierung der Bildungsvariablen.....	201
Tabelle 4.E1:	Übersicht der Random-Intercept-Modelle mit Interaktionstermen (N=2342 Kinder aus 949 Familien)	204
Tabelle 4.E2:	Übersicht der Mehrebenenmodelle mit Cross-Level-Effekten (N=2342 Kinder aus 949 Familien)	207
Tabelle 4.F1:	Robustheitsanalyse der Ergebnisse mit drei unterschiedlichen Sample-Spezifikationen, lineare Mehrebenenmodelle	209
Tabelle 4.F2:	Robustheitsanalyse der Ergebnisse mit alternativen Operationalisierungen und Variablen, lineare Mehrebenenmodelle.....	211

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Pflegebedürftige nach Art der Versorgung.....	6
Abbildung 1.2:	Beispielhafte, vereinfachte Darstellung des Gesamtdatensatzes mit den Eltern auf der Hauptebene.....	22
Abbildung 1.3:	Beispielhafte, vereinfachte Darstellung der Umwandlung des Datensatzes vom breiten ins lange Format.....	23
Abbildung 1.4:	Beispielhafte Darstellung von Duplikaten im Datensatz.....	24
Abbildung 1.5:	Beispielhafte Darstellung der vorgenommenen Korrekturen von Duplikaten im Datensatz.....	25
Abbildung 1.6:	Beispielhafte Darstellung von Inkonsistenzen im Datensatz.....	27
Abbildung 1.7:	Beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Fehlerszenarien und die Möglichkeit einer korrekten Fehleridentifizierung.....	28
Abbildung 1.8:	Schema eines Mehrebenenmodells mit Cross-Level-Interaktionen.....	35
Abbildung 2.1:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten über die Altersgruppen (in Prozent).....	56
Abbildung 2.2:	Empfänger/innen von Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten.....	58
Abbildung 2.3:	Umfang und Bereich der übernommenen Unterstützungsaufgaben nach Geschlecht der pflegenden Befragten.....	59
Abbildung 2.4:	Geleistete Unterstützung nach Netzwerkentfernung der pflegenden Befragten zu den von ihnen unterstützten Personen.....	60
Abbildung 2.5:	Zeitlicher Umfang der geleisteten Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten.....	61
Abbildung 2.6:	Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter der pflegenden Befragten (N=1230).....	64
Abbildung 2.7:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten nach Netzwerkgröße.....	66
Abbildung 2.8:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegebedürftigen Befragten über die Altersgruppen (in Prozent).....	68
Abbildung 2.9:	Anzahl der Einschränkungen in der körperlichen Mobilität nach Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten (N=543).....	69
Abbildung 2.10:	Pflegepersonen nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten.....	72
Abbildung 2.11:	Umfang und Bereich der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten.....	73
Abbildung 2.12:	Erhaltene Unterstützung nach Netzwerkentfernung der pflegebedürftigen Befragten zu ihren Pflegepersonen.....	74
Abbildung 2.13:	Zeitlicher Umfang der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten.....	75
Abbildung 2.14:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten mit Unterstützung über die Altersgruppen (in Prozent).....	79
Abbildung 2.15:	Anzahl der Unterstützungspersonen der Befragten nach Anzahl der von den Befragten gepflegten Personen (N=551).....	81
Abbildung 2.16:	Umfang und Bereich der geleisteten und erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung.....	82
Abbildung 2.B1:	Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten nach Geschlecht.....	92
Abbildung 2.B2:	Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten nach Alter.....	92
Abbildung 2.C1:	Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen (ADL und IADL) nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (N=544).....	93

Abbildung 2.C2:	Mentale Gesundheit der pflegebedürftigen Befragten nach Geschlecht.	95
Abbildung 2.C3:	Mentale Gesundheit der pflegebedürftigen Befragten nach Alter.....	95
Abbildung 2.C4:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegebedürftigen Befragten nach Netzwerkgröße	96
Abbildung 2.D1:	Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Geschlecht.	99
Abbildung 2.D2:	Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Netzwerkgröße	100
Abbildung 2.D3:	Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Alter.....	100
Figure 3.1:	Overview of the number of individuals in need of care in Germany and their care arrangements	103
Figure 3.2:	Visualization of the assumed interaction effect of the caregiver’s network position on the relationship between the need for care and receipt of care services.	106
Figure 3.3:	Visualization of the assumed interaction effect of the caregiver’s educational level on the relationship between the need for care and receipt of care services .	108
Figure 3.4:	Predicted probability of the receipt of care benefits based on the number of health limitations. Model with confounding variables only (N=2,604)	121
Figure 3.5:	Predicted probability of the receipt of care benefits by network position of the caregiver and the number of health limitations (N=417).....	123
Figure 3.6:	Predicted probability of the receipt of care benefits by educational level of the caregiver and the number of health limitations (N=203).....	124
Figure 3.D1.1:	Robustness test of Hypothesis 2, predicted probabilities with and without mediating and confounding variables.....	144
Figure 3.D1.2:	Robustness test of Hypothesis 3, predicted probabilities with and without mediating and confounding variables.....	146
Figure 3.D2.1:	Robustness test of Hypothesis 2, predicted probabilities, extended sample size..	146
Figure 3.D3.1:	Robustness tests of hypotheses 2 and 3, dependent variable is ‘limitations in IADL’	149
Figure 3.D3.2:	Robustness tests of hypotheses 2 and 3, dependent variable is ‘limitations in ADL’	149
Abbildung 4.1:	(Tendenziell) signifikante Interaktionseffekte individueller Merkmale und Geschlecht des Kindes.....	182
Abbildung 4.B1:	Beispielhafte Darstellung der Umwandlung eines Datensatzes vom breiten Format („wide“; linke Seite) ins lange Format („long“; rechte Seite).....	192

1 Einführung und Überblick: Pflege und soziale Ungleichheit

„Kindererziehung ist also Privatsache. Wer seine Kinder wirklich liebt, empfindet das gefälligst nicht als Arbeit. Und wer sich nicht kümmern mag, sollte eben keine Kinder bekommen. Die Pflege der eigenen Eltern dagegen... Wer sich nicht kümmern mag, der sollte eben keine.. Oh, ... wait ... !“
(Almut Schnerring, Autorin von „EqualCare. Über Fürsorge und Gesellschaft“)

1.1 Einleitung

Am 29. Februar ist Equal Care Day. Der Aktionstag soll auf die mangelnde Wertschätzung und unfaire Verteilung von Fürsorgearbeit aufmerksam machen und wurde 2016 von Almut Schnerring und Sascha Verlan in Anlehnung an den Equal Pay Day¹ ins Leben gerufen. Die Festlegung auf einen Tag, der als Schalttag nur alle vier Jahre stattfindet, ist bewusst gewählt: Fürsorgearbeit gilt als weitgehend „unsichtbare Arbeit“, die häufig nicht wahrgenommen und nicht oder nur gering bezahlt wird (klische*esc 2022). Sie wird außerdem – im Privaten, ehrenamtlich und professionell – zu über 70 Prozent von Frauen übernommen (Statista 2022e; Schneekloth et al. 2017).

Unter Fürsorgearbeit (englisch: *Care*) wird eine Vielzahl an Tätigkeiten des Sorgens und Sikkümmerns um und für andere Personen verstanden, die mit diversen Verantwortlichkeiten, unterschiedlichen Beziehungsarrangements und damit verbundenen Ungleichheiten einhergehen. Fürsorgearbeit erfolgt bezahlt und unbezahlt, und sie ist stets bedürfnisorientiert – d.h. Intensität und Zeitpunkt müssen sich nach dem aktuell auftretenden Bedarf richten.² Als wesentliche Teilbereiche von Fürsorgearbeit können die Kinderbetreuung und die Pflege älterer Personen bezeichnet werden. Während Elternschaft, die dafür staatlich bereitgestellten Ressourcen und die damit einhergehenden Konsequenzen in der Öffentlichkeit und der Politik breit diskutiert werden, bekommt die Pflege älterer Menschen weit weniger gesellschaftliche und politische Aufmerksamkeit.

Dieses Ungleichgewicht spiegelt nicht nur die aktuelle gesellschaftliche Fürsorgerealität verzerrt wider. Tatsächlich stellt die pflegerische Versorgung älterer Menschen angesichts der

¹ Der Equal Pay Day ist ein internationaler Aktionstag und referiert auf den Gender Pay Gap, also die geschlechtsspezifische Lohnlücke. Diese beträgt in Deutschland aktuell 18 Prozent (unbereinigt) (Statistisches Bundesamt 2022d). Rechnet man diesen Wert in Tage um, arbeiten Frauen 66 Tage des Jahres unentgeltlich. Der Equal Pay Day findet (gezählt ab dem 1. Januar eines Jahres) an dem Tag statt, bis zu dem Frauen theoretisch unbezahlt arbeiten. In Deutschland wird der nächste Equal Pay Day am 7. März 2023 begangen (Business and Professional Women (BPW) Germany 2022).

² Zur Begrifflichkeit von und Diskussion zu Care-Arbeit siehe u.a. Brückner (2010) und Ostner (2011).

demographischen und sozialen Entwicklungen in der Bevölkerung eine der zentralen gesellschaftlichen und sozialpolitischen Herausforderungen der kommenden Jahre dar (Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung 2017). In den meisten Fällen sind Partner/innen und Kinder primäre Pflegeperson³ für pflegebedürftige ältere Menschen – und nicht immer können sie in diese Rolle hineinwachsen. Durch einen Unfall, eine (schnell voranschreitende oder plötzlich auftretende) Krankheit oder auch den Wegfall der bisherigen primären Pflegeperson, sind sie häufig genötigt, die Pflegeverantwortung für eine hilfebedürftige Person von einem Tag auf den anderen zu übernehmen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass hierfür erhebliche persönliche Ressourcen – beruflicher, familiärer, finanzieller und gesundheitlicher Art – eingesetzt werden müssen, und das unabhängig davon, wie ad hoc der Pflegebedarf entstanden ist. Dass dieser Einsatz Konsequenzen auf mehreren Ebenen hat – individuell, familiär, gesellschaftlich –, überrascht kaum.

Daher ist Pflege mittlerweile auch keine ausschließlich familiäre Verantwortung mehr: Alle industrialisierten Staaten mit etablierten Wohlfahrtsstrukturen haben ein mehr oder weniger breit aufgestelltes Pflegesystem, das neben der informellen Pflege durch Familienangehörige, Freunde, Bekannte oder Nachbarn formelle Unterstützung für Pflegebedürftige bereithält. In Deutschland bildet dafür das SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung) den gesetzlichen Rahmen.

1.1.1 Das staatliche Pflegesystem in Deutschland

Vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes als eigenständiger Zweig der Sozialversicherung im Jahr 1995, stellte die Pflege älterer Menschen in Deutschland vorwiegend ein familiäres Problem dar. Pflegebedürftige wurden mit ihrem Pflegebedarf weitgehend allein gelassen und waren auf die Unterstützung ihrer Angehörigen angewiesen. Mit der Einführung der Pflegeversicherung übernahm der Staat angesichts einer alternden Gesellschaft mit dem daraus resultierenden Normalfall der Pflegebedürftigkeit in höherem Alter, sowie der wachsenden Erwerbsbeteiligung von Frauen und dem damit einhergehenden

³ Als Pflegepersonen werden alle Personen bezeichnet, die für eine pflegebedürftige Person Pflege leisten. Als informell gelten diese, wenn sie Pflege im privaten Rahmen bereitstellen, also als pflegende Familienmitglieder, aber auch als Freunde, Bekannte, Nachbarn und andere (ehrenamtlich) pflegende Personen, die nicht im Erwerbssinne dafür entlohnt werden. Als formell werden Pflegeleistungen bezeichnet, die im professionellen Rahmen bzw. staatlich erfolgen.

Mangel an privaten Pflegekräften, die Mitverantwortung für ein inzwischen auch gesellschaftliches – und nicht mehr nur individuelles – Problem.⁴

Als gesetzliche Pflichtversicherung ist die Pflegeversicherung als Umlageverfahren eingerichtet, das eine einkommensunabhängige Grundversorgung zur Abdeckung pflegebedingter Aufwendungen sicherstellen soll. Dabei ist das deutsche Pflegesystem so konzipiert, dass der Zugriff auf Leistungen der Pflegeversicherung ergänzend und unterstützend zur familialen Pflege wirken soll (Subsidiaritätsprinzip). Erst ab einem gewissen Grad an gesundheitlichen Einschränkungen und nur bis zu einer bestimmten Betragshöhe werden pflegebedingte Kosten übernommen. Häusliche Pflege stellt das vorrangige Ziel bei der Versorgung von Pflegebedürftigen dar, die private Pflegebereitschaft soll unterstützt und gefördert werden. Die Pflegeversicherung stellt dafür verschiedene finanzielle und servicebezogene Pflegeleistungen bereit,⁵ deren Umfang je nach Pflegebedarf variiert. Dieser Bedarf wird dabei durch die Einordnung in eine Pflegestufe bzw. einen Pflegegrad festgestellt.

Das SGB XI sah zunächst drei Stufen der Pflegebedürftigkeit vor, in die hilfebedürftige Personen anhand der für sie aufgewendeten Pflegezeit durch Angehörige eingeordnet wurden. Der Hilfebedarf wurde dabei verrichtungsbezogen – z.B. Hilfe bei Waschen, Anziehen, Nahrungsaufnahme – in Minutenwerten festgestellt. Geld- und Sachleistungen der Pflegeversicherung wurden dann gestaffelt nach dieser Einordnung gewährt. Personen, deren Bedarfe unter- oder außerhalb dieser zeitlichen Festlegungen lagen, waren durch diese initialen Regelungen unterversorgt (Backes et al. 2008), was durch diverse ergänzende Bestimmungen in den Folgejahren (u.a. dem Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz 2002, dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz 2008 und dem Pflege-Neuausrichtungsgesetz 2012) korrigiert werden sollte. Mit den Pflegestärkungsgesetzen I-III wurde schließlich ab 2015 die geplante Neuausrichtung der Pflegeunterstützung umgesetzt. Die stärkste Modifikation in den bisherigen Regelungen fand dabei 2017 mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz statt, das sowohl einen

⁴ Bis zur Einführung der Pflegeversicherung mussten Pflegeleistungen privat von der Familie erbracht bzw. finanziert werden. Reichten die finanziellen Mittel dafür nicht aus, konnten ergänzende Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) in Anspruch genommen werden. Das war insbesondere bei stationär Pflegebedürftigen der Fall, von denen mehr als zwei Drittel auf solche Leistungen angewiesen waren (Rothgang & Vogler 2000). Ein solches Finanzierungssystem widersprach allerdings der Logik der Sozialhilfe, die eigentlich als letzte Instanz der sozialen Sicherung dienen sollte, vor Einführung der Pflegeversicherung allerdings zur Regelfinanzierung für zumindest vollstationäre Pflege geworden war (Rothgang & Vogler 2000).

⁵ Nicht nur den Pflegebedürftigen selbst, auch den privaten Pflegepersonen stehen Unterstützungsleistungen der Pflegeversicherung zu. Dazu gehören u.a. der Anspruch auf eine individualisierte Pflegeberatung und den Besuch von Pflegekursen, sowie das Recht auf eine kurz- und längerfristige Freistellung von der Erwerbsarbeit (Pflegezeit, Familienpflegezeit).

neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff als auch ein neues Begutachtungsverfahren einführte.⁶ Dabei erfolgte unter anderem eine Umstellung von den bisher geltenden drei Pflegestufen in zukünftig geltende fünf Pflegegrade. Der zentrale Maßstab bei der Begutachtung und der Einstufung in einen Pflegegrad ist seitdem nicht mehr der Hilfebedarf in Minuten, sondern der Grad der Selbstständigkeit einer pflegebedürftigen Person (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen 2019).

Die Voraussetzung, um staatliche Pflegeleistungen zu erhalten, ist die offizielle Anerkennung einer Person als pflegebedürftig. Dafür muss zunächst von den betroffenen Personen ein Antrag auf Pflegeleistungen gestellt werden. Anschließend erfolgt eine Begutachtung der hilfebedürftigen Person durch die Pflegekasse, die im Anschluss über die Bewilligung einer Pflegestufe (bis 2017) bzw. eines Pflegegrades (seit 2017) entscheidet. Personen, deren Antrag abgelehnt wird oder die keinen Antrag auf Pflegeleistungen stellen (können), haben demnach keinen Anspruch auf staatliche Unterstützung und werden auch in der amtlichen Pflegestatistik nicht aufgeführt. Diese weist für das Jahr 2021 4,6 Millionen Menschen als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI aus, Tendenz steigend (Statista 2022a). Die tatsächliche Anzahl hilfe- und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland ist indes höher; das Statistische Bundesamt geht bei den offiziellen Zahlen von einer Untererfassung von etwa 160 000 Personen aus (Statistisches Bundesamt 2020), umfragedatenbasierte Schätzungen vermuten eine erheblich höhere Zahl mit der offiziellen Statistik nicht erfasster pflegebedürftiger Personen.⁷

1.1.2 Entwicklung von Pflegebedarf und Pflegebereitstellung – Trends und Prognosen

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland gleicht längst nicht mehr einer Pyramide – mit einem breiten Unterbau an jungen Generationen und nur wenigen zu versorgenden Alten an der Spitze –, sondern wird dominiert von den stark besetzten Jahrgängen der Babyboomer im Alter zwischen Ende 40 und Mitte 60. Diese werden in den kommenden Jahren mit dem Übergang ins Seniorenalter sukzessive den Anteil der älteren Bevölkerung erhöhen, während nur deutlich schwächer besetzte jüngere Jahrgänge folgen (Statistisches Bundesamt 2019a: 19). Die Relationen zwischen den Altersgruppen werden sich demnach deutlich verschieben und die

⁶ Seit 1. Januar 2022 gilt außerdem die Pflegereform 2021, die insbesondere finanzielle Entlastungen für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen und höhere Versorgungsleistungen vorsieht.

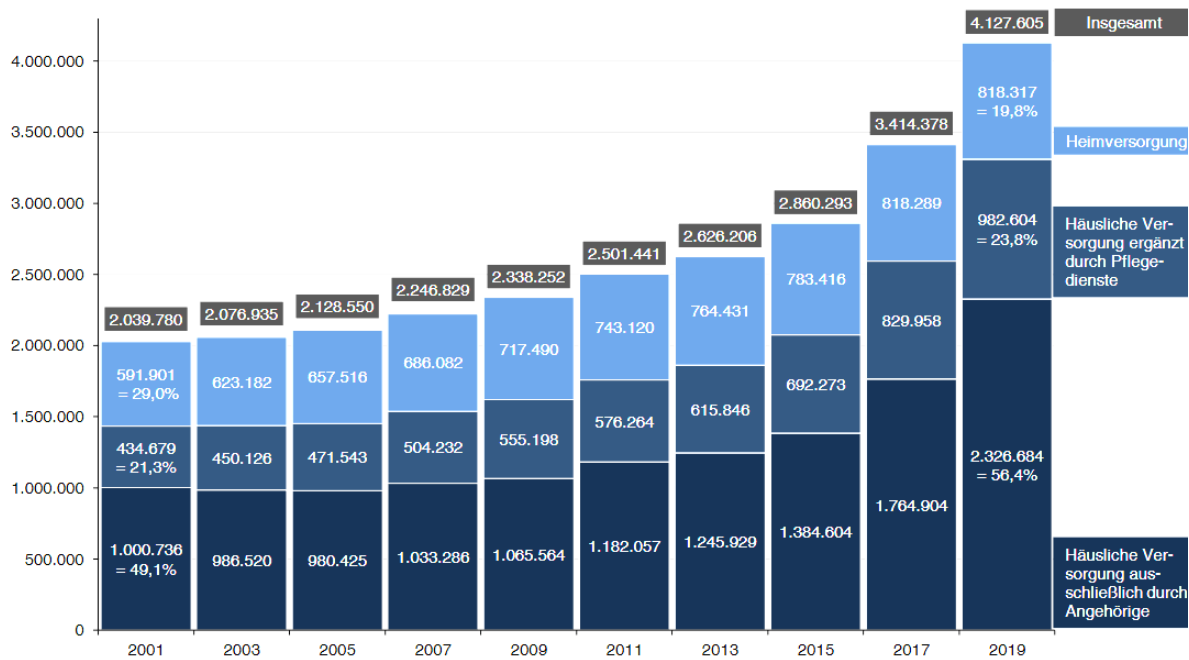
⁷ Geyer und Schulz (2014) geben auf Grundlage des Europäischen Haushaltspanels (EU SILC) für das Jahr 2011 5,4 Millionen hilfe- oder pflegebedürftige Personen an, die keine Leistungen der Pflegeversicherung erhielten. Zu der Zeit lag die Zahl der Pflegebedürftigen nach dem SGB XI bei 2,5 Millionen Menschen. Da sich mit der Pflegereform 2017 der Kreis der Anspruchsberechtigten vergrößert hat ist davon auszugehen, dass die Anzahl der hilfebedürftigen Personen ohne Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung aktuell niedriger ist (Ehrlich et al. 2020). Gleichwohl lässt sich nicht ausschließen – Zahlen existieren dazu bisher nicht –, dass sie weiterhin im siebenstelligen Bereich liegt.

Bevölkerungsstruktur zunehmend von alten und hochaltrigen Menschen dominiert werden. Allein bis zum Jahr 2035 soll die Zahl der über 67-Jährigen auf 20 Millionen ansteigen, während es gleichzeitig erheblich weniger Personen im erwerbsfähigen Alter (zwischen 20 und 66 Jahren) geben wird (Statistisches Bundesamt 2022a). Aber nicht nur das Verhältnis von älterer zu jüngerer Bevölkerung verschiebt sich zunehmend, auch der Anteil der hochaltrigen Menschen nimmt innerhalb der älteren Bevölkerungsgruppen zu (Nowossadeck et al. 2016) – und mit ihnen auch der Pflegebedarf in der Bevölkerung. Allein im Zeitraum von 2017 bis 2020 stieg die Anzahl der offiziell erfassten pflegebedürftigen Menschen in Deutschland von 3,3 Millionen auf 4,3 Millionen und damit um 31 Prozent an (Statista 2022a). Den demographischen Alterungsprozessen der Bevölkerung entsprechend wächst dabei der Anteil der hochaltrigen Pflegebedürftigen am stärksten (Nowossadeck et al. 2016). Die Pflegequote – der Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung – liegt in der Altersgruppe der 85- bis 90-Jährigen bei knapp 50 Prozent, bei den über 90-Jährigen bei gut 76 Prozent (Statistisches Bundesamt 2020). Der Pflegebedarf ist damit nicht nur aktuell bereits hoch, sondern er wird weiter steigen. Prognostiziert werden etwa 5,4 Millionen offiziell registrierte Pflegebedürftige im Jahr 2040 und mehr als 6 Millionen bis ins Jahr 2060 (Demografieportal 2022b).⁸

Wo aber findet die Pflege dieser pflegebedürftigen Menschen statt? Ein Großteil der pflegerischen Versorgung erfolgt als Langzeitpflege im häuslichen Bereich. Vier von fünf Pflegebedürftigen werden ausschließlich oder mit Unterstützung durch ambulante Pflegedienste von Angehörigen zu Hause versorgt (s. Abbildung 1.1). Nur knapp 20 Prozent der Pflegebedürftigen sind in einem Pflegeheim untergebracht. Der politisch gewollte Vorrang der häuslichen Pflege gegenüber der stationären Versorgung ist damit deutlich zu erkennen und er verstärkt sich – mit der Ausweitung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs – über die Zeit.

⁸ Diese Prognosen können je nach gewählten Prämissen in Bezug auf die künftige Bevölkerungsentwicklung sowie auf die Entwicklung der Pflegequoten abweichen. Hier wurde von einer Bevölkerungsentwicklung entsprechend Variante 2 der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung und konstanten Pflegequoten von 2019 ausgegangen.

Abbildung 1.1: Pflegebedürftige nach Art der Versorgung



Quelle: Sozialpolitik aktuell (2022), auf Grundlage der Daten des Statistischen Bundesamts 2020 (Pflegestatistik 2019).

Die vorliegenden Zahlen umfassen allerdings nur die Pflegebedürftigen der amtlichen Pflegestatistik. Der Anteil der häuslichen Versorgung erhöht sich noch einmal beträchtlich, wenn die bereits erwähnten hilfe- und pflegebedürftigen Personen hinzugenommen werden, die keine staatlichen Pflegeleistungen erhalten und demnach in der offiziellen Statistik nicht auftauchen. Vergleicht man diese geschätzte Anzahl von 5,4 Millionen mit den 1,7 Millionen offiziell im Jahr 2011 erfassten Pflegebedürftigen in häuslicher Versorgung, lässt sich der nichterfasste Pflegebedarf auf ca. 75 Prozent beziffern. Zwar hat sich die Anzahl der Leistungsempfänger/innen mit häuslicher Versorgung bis zum Jahr 2019 verdoppelt; ob damit allerdings die Zahl der nichterfassten Pflegebedürftigen tatsächlich zurückgegangen oder – im Gegenteil – ebenfalls angestiegen ist, lässt sich bisher nur vermuten. Unabhängig von der Richtung der Entwicklung kann jedoch davon ausgegangen werden, dass inoffiziell geleistete häusliche Pflege weiterhin in einem erheblichen Umfang vorhanden ist.

Angesichts eines derart hohen Anteils häuslicher Pflege stellt sich die Frage, wer diese Pflege konkret leistet. Eine zunehmend höhere und sich annähernde Lebenserwartung von Männern und Frauen ermöglicht in vielen Fällen ein gemeinsames Altern und damit auch ein gegenseitiges Versorgen von Paaren. Gleichzeitig steigt allerdings auch die Wahrscheinlichkeit, dass beide Partner zeitgleich hilfebedürftig werden (Davey & Szinovácz 2008). Spätestens zu diesem Zeitpunkt müssen andere Personen unterstützend mitwirken, in

den meisten Fällen sind das die Kinder der betroffenen Personen (United Nations Economic Commission for Europe 2019). Die fortschreitende Alterung der Bevölkerung übt allerdings einen erheblichen Einfluss auf die Generationenverhältnisse und damit auch auf das gesellschaftliche Potenzial pflegerischer Unterstützung aus. Der intergenerationale Unterstützungskoeffizient, der die zwei von der Pflege hauptbetroffenen Altersgruppen – die hochaltrige Bevölkerung (ab 85 Jahren) als Pflegebedürftige und die jüngeren Älteren (50- bis 64-Jährigen) als (vorerst) Pflegenden – ins Verhältnis zueinander setzt, hat sich seit 1970 mehr als verdreifacht: Während im Jahr 1970 noch 3,8 hochaltrige Personen 100 jüngeren Älteren gegenüberstanden, stieg das Verhältnis bis heute auf 12,9 : 100 an (Statistisches Bundesamt 2019a). Prognosen zur künftigen Entwicklung des informellen Pflegepotenzials schätzen dessen Abnahme zwar mittelfristig als nur moderat ein, langfristig gehen sie allerdings von einer Abnahme von 30 bis 40 Prozent aus (Dudel 2015). Forciert wird diese Entwicklung durch die konstant niedrige Geburtenrate in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2022c)⁹ und zusätzlich flankiert von der steigenden Erwerbsquote insbesondere von Frauen (Statistisches Bundesamt 2022b), einer zunehmenden geographischen Mobilität mit höheren räumlichen Distanzen zwischen Pflegebedürftigen und potenziell Pflegenden (Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2012), sowie einer wachsenden Singularisierung der Haushalte durch neue (partnerschaftliche und familiäre) Lebensformen, Scheidungen und Verwitwung (Statistisches Bundesamt 2019b; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2022). Zusammenfassend zeigt sich damit, dass informelles Pflegepotenzial bereits zu einem erheblichen Maß beansprucht wird, während die absehbare gesellschaftliche Entwicklung das Fundament dieses informellen Potenzials gleichzeitig zunehmend untergräbt. Je weniger informelles Pflegepotenzial zur Verfügung steht, desto wichtiger werden formelle Pflegeleistungen – als Substitut, aber auch als unterstützende Ergänzung.

Mit der universalen Ausrichtung des deutschen Pflegesystems stehen die Leistungen der Pflegeversicherung dabei grundsätzlich allen Mitgliedern der Bevölkerung zur Verfügung. Sowohl die Tatsache, dass nicht alle pflegebedürftigen Personen staatliche Pflegeleistungen erhalten, als auch der Umstand, dass die offiziell erfassten, wie auch die nicht erfassten Pflegebedürftigen überwiegend bis ausschließlich in informellen Pflegearrangements – d.h.

⁹ Es kann vermutet werden – auch wenn überraschenderweise noch keine expliziten Studien dahingehend vorliegen –, dass junge Erwachsene angesichts einer drohenden Doppelbelastung durch die Pflege der Eltern (und möglicherweise auch der Großeltern) parallel zur eigenen Familiengründung, die Elternschaft hinauszögern oder vollständig darauf verzichten (Gans et al. 2013). In Gesellschaften, in denen sozialstaatliche Leistungen implizit auf einem „Generationenvertrag“ beruhen, stellt eine geringe oder sogar abnehmende Geburtenrate bei gleichzeitig steigendem Anteil pflegebedürftiger Personen allerdings eine immense Herausforderung dar.

durch Privatpersonen – und vornehmlich von Frauen unterstützt werden, wirft jedoch die Frage auf, inwiefern Pflegebedürftigkeit und Pflegebereitstellung Ursache und Folge sozialer Ungleichheit sind.

1.2 Pflege und soziale Ungleichheit

Soziale Ungleichheit im Zusammenhang mit der pflegerischen Versorgung findet in Deutschland bisher noch wenig Beachtung (Möller et al. 2013). Unter sozialer Ungleichheit lassen sich Unterschiede im Ressourcenbesitz zwischen sozialen Gruppen¹⁰ verstehen, aus denen systematische Vor- und Nachteile im Zugang zu und in der Teilhabe an „in der Gesellschaft allgemein anerkannte[n] Lebenszielen“ (Huinink & Schröder 2008: 99) entstehen (Solga et al. 2009). Lindenberg (1989) schlägt in seiner Theorie der sozialen Produktionsfunktionen als gesellschaftlich geteilte Ziele physisches Wohlbefinden und soziale Wertschätzung vor. Erzeugt werden können diese durch Zwischengüter, wobei unterschieden werden kann zwischen primären Zwischengütern, die das physische Wohlbefinden und die soziale Wertschätzung unmittelbar beeinflussen, und sekundären Zwischengütern, die wiederum auf das Erreichen primärer Zwischengüter (und damit nur indirekt auf die obersten Ziele) wirken (Esser 2001, nach Becker 2009: 24). Während primäre Zwischengüter – Gesundheit, soziale Beziehungen, materieller Wohlstand – universell gelten, sind sekundäre Zwischengüter – u.a. Bildung, Einkommen, Berufsstatus – gesellschaftlich und historisch bedingt (Brüderl 2019). Präzisiert kann demnach von sozialer Ungleichheit ausgegangen werden, wenn Individuen über ein unterschiedliches Ausmaß an Zwischengütern, d.h. Ressourcen, verfügen – es entstehen Dimensionen sozialer Ungleichheit. Im Hinblick auf Pflege ist zunächst das primäre Zwischengut Gesundheit von Relevanz: Können Individuen aufgrund von Unterschieden in ihrer Bildung oder ihrem Einkommen (sekundäre Zwischengüter) dieses nicht in gleicher Weise verwirklichen, liegt soziale Ungleichheit vor („Gesundheitsungleichheit“). Eine Reproduktion (d.h. ein Weiterwirken) von Ungleichheit besteht dann, wenn Ungleichheiten in den individuellen Ressourcen Einfluss auf die Ausgestaltung von Versorgungsbeziehungen (hier: Pflegearrangements) haben (Bauer & Büscher 2008).

Die wohlfahrtsstaatlichen Rahmenbedingungen zur Versorgung pflegebedürftiger Menschen bestimmen sowohl den Verantwortungsbereich als auch die konkrete Ausgestaltung formeller und informeller Pflegearrangements (Daly & Rake 2003). Um den bestehenden und

¹⁰ Als „soziale Gruppe“ wird eine Gruppe an Individuen mit einem gemeinsamen sozialen Merkmal (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstatus) bezeichnet.

ansteigenden Pflegebedarf in Deutschland zu bewältigen, müssen erhebliche private Ressourcen eingebracht werden. Es stellt sich die Frage, inwiefern hierbei soziale Ungleichheiten sichtbar werden. Dabei ist zum einen von Interesse, ob für bestimmte Personengruppen die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen mit größeren Barrieren versehen ist als für andere. Zum anderen ist die Verteilung von Pflegearbeit, also die Übernahme von Pflege, als Ungleichheitsfolge sowie als ungleichheitsgenerierender Mechanismus untersuchungsrelevant. Beide Perspektiven werden im Folgenden kurz näher ausgeführt.

1.2.1 Pflegebedürftigkeit und soziale Ungleichheit

Der Zusammenhang sozioökonomischen Kapitals mit gesundheitlicher Ungleichheit wurde schon in einer Vielzahl von Studien belegt: Je höher der sozioökonomische Status einer Person, desto geringer sind sein Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, und desto höher ist seine Lebenserwartung (Luy et al. 2015; Lampert et al. 2017; Lampert et al. 2019). Menschen mit hohem Einkommen, Berufsstatus und Bildungsniveau haben ein niedrigeres Risiko für chronische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Einschränkungen (Mielck 2005; Richter und Hurrelmann 2009), zusätzlich ist im Krankheitsfall eine bessere Gesundheitsversorgung möglich (Lungen et al. 2008).¹¹ Ressourcenschwache Gruppen haben damit ein erhöhtes Risiko, pflegebedürftig zu werden, und sind häufiger und länger von formellen und informellen Hilfeleistungen abhängig (Bauer & Büscher 2008). Gesundheit, Gesundheitsrisiken und damit auch die Wahrscheinlichkeit der Pflegebedürftigkeit stellen damit eine Dimension sozialer Ungleichheit dar.

An diese Ausgangsbedingung an ungleich verteiltem Pflegerisiko schließen ungleichheitsrelevante Aspekte der pflegerischen Versorgung an. Analytisch unterscheiden kann man hierbei zwischen der Akteurs- und der Strukturebene, wobei die Akteursebene die einzelnen Handelnden umfasst (hier: die Pflegebedürftigen und ihre soziales Umfeld), während die Strukturebene auf den institutionenbezogenen Zugang zu Pflegeleistungen referiert (Bauer & Büscher 2008).

Auf der *Strukturebene* ist demnach von Interesse, ob und inwiefern es eine Ungleichbehandlung bei der Vergabe von Pflegeleistungen gibt und durch welche bestehenden Strukturen und

¹¹ Ein höheres Krankheitsrisiko kann außerdem mit schlechteren Erwerbs- und Karrierechancen einhergehen. Personen mit geringerer sozioökonomischer Ausstattung haben dann nicht nur qua ihrer sozialen Herkunft, sondern überdies aufgrund der damit zusammenhängenden schlechteren Gesundheitsversorgung mehr Probleme, beruflich erfolgreich zu sein und einen etwaigen Statuswechsel zu verwirklichen.

Regelungen diese bedingt sind.¹² Hier wirken zum einen ökonomische Kriterien: Durch den Teilkasko-Charakter der Pflegeversicherung – die feste und nach Pflegegrad gestaffelte finanzielle Zuzahlungen zu den erforderlichen Pflegemaßnahmen gewährt – muss ein bisweilen erheblicher Anteil der Pflegekosten von den Pflegebedürftigen bzw. ihren Angehörigen selbst gezahlt werden. Durch die stetig ansteigenden Pflegekosten (Rothgang & Müller 2021: 109-110) ist auch eine zunehmende finanzielle Selbstbeteiligung vonnöten¹³ Diesen staatlich gewollten, strukturell verankerten Anspruch einer Selbstbeteiligung können einkommensschwache Personen schlechter erfüllen als einkommensstarke Personen. Letztere können sich beispielsweise schon vor einem etwaigen Pflegebedarf eine private Pflegezusatzversicherung leisten und sie haben im Pflegebedarfsfall die Möglichkeit, ambulante Pflegedienste privat „einzukaufen“ bzw. Pflegeheime in Anspruch zu nehmen, die Privatzahlern vorbehalten sind (Güntert & Thiele 2008). Sie sind also deutlich weniger auf staatliche Unterstützung angewiesen als Personen, die keine derartigen finanziellen Ressourcen vorweisen können (Crets 1996).

Obwohl ökonomische Faktoren damit durchaus eine nicht von der Hand zu weisende Bedeutung bei der Betrachtung strukturell verankerter sozialer Ungleichheit in der Pflege haben, erfüllen sie „zumeist nur eine sekundäre Selektionsfunktion“ (Bauer & Büscher 2008). Primär – und zum anderen – liegen Ausschlussmechanismen noch unterhalb der Schwelle finanzieller Barrieren vor, die auf dem kulturellen und sozialen Kapital der bedürftigen Personen beruhen. So können Barrieren bei der Informationsvermittlung und dem Pflegeantragsprozedere bestehen, wenn diese eine kulturelle und/oder soziale Ressourcenausstattung erfordern, die der gesellschaftlichen Realität nicht entspricht und die damit bestimmte soziale Gruppen systematisch von staatlicher Hilfe ausschließt. Dies ist z.B. der Fall, wenn die Form und das Medium der Informationsvermittlung nicht für alle gesellschaftlichen Gruppen in gleicher Weise zugänglich sind (beispielsweise weil Unterlagen nicht in einfacher Sprache oder der Muttersprache von Migrant/innen bereitgestellt werden) und damit auch das Wissen um die Verfügbarkeit von und den Anspruch auf staatliche(n)

¹² In der institutionellen Selbstbeschreibung werden etwaige Ungleichheitsmechanismen üblicherweise als nicht existent wahrgenommen (Reiter 2017). Empirisch konnten indes sowohl im Gesundheits- als auch im Pflegebereich Versorgungsstrukturen herausgearbeitet werden, die soziale Ungleichheit eher verstärken denn kompensieren (u.a. Dixon et al. 2007; Graham & Kelly 2004; Dreißig 2008; Okken et al. 2008).

¹³ Tatsächlich sind die Pflegekosten – also die Kostensätze für die Unterbringung, Verpflegung und Versorgung pflegebedürftiger Menschen – über die letzten 20 Jahre kaum bzw. nur moderat angestiegen. Allerdings wurden über ein Jahrzehnt die gesetzlichen Versicherungsbeiträge nicht an die reale Preisentwicklung angepasst, so dass der Versicherungszuschuss zur Pflege immer geringer wurde und die privaten Zuzahlungen der pflegebetroffenen Personen entsprechend deutlich angestiegen sind (Kochskämper 2019; Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft 2019).

Pflegeleistungen milieuspezifisch variiert (Ward et al. 1984). Zudem können funktionale Barrieren im Zugang zu Pflegeleistungen bestehen, wenn die bereitgestellten Informationsmaterialien und Antragsformulare nicht an alters- und krankheitsbedingte Einschränkungen (z.B. das Denk-, Seh- oder Hörvermögen betreffend) angepasst sind. Für die Pflegeantragstellung erfordern staatliche Stellen außerdem ein Mindestmaß an grundlegenden Kompetenzen im Umgang mit bürokratischen Prozessen: nicht nur muss der Pflegeantrag korrekt ausgefüllt werden, auch die anschließende Begutachtung der pflegebedürftigen Person muss erfolgreich „über die Bühne“ gebracht werden.¹⁴ Wird der Antrag auf Pflegeleistungen dennoch durch die Pflegekasse abgelehnt, kann dagegen Widerspruch eingelegt und zuletzt auch rechtliche Schritte eingeleitet werden. Ob dieser Weg jedoch jedem in gleicher Weise offensteht, ist fraglich.

An dieser Stelle verschränkt sich die Strukturebene mit der *Akteursebene*. Der Fokus verschiebt sich dabei in der Betrachtung weg von strukturellen Hürden bei der Pflegeantragstellung („Modus der Fremdeliminierung“ (Bauer & Büscher 2008: 33)) hin zu den individuellen Handlungsräumen der Akteure basierend auf deren Kapitalausstattung („Modus der Selbsteliminierung“ (Bauer & Büscher 2008: 32)). Die Gründe für eine (fehlende) Inanspruchnahme staatlicher Pflegeleistungen überschneiden sich dabei teilweise mit jenen auf der Strukturebene: Nicht-Wissen um bereitstehende Pflegeangebote und mangelnde Nutzungskompetenzen schränken den Zugriff für bildungsfernere Schichten stärker ein (Hanratty et al. 2007; Möller et al. 2013). Sozioökonomisch stärkeren Haushalten gelingt es damit nicht nur besser, eine Pflegegradanerkennung zu erreichen, sondern auch, eine höhere Pflegeeinstufung durchzusetzen (Hielscher et al. 2017). Der Zugriff auf formelle Pflegeleistungen ist allerdings nicht nur abhängig von den Merkmalen der pflegebedürftigen Person selbst. Vielmehr spielt auch ihr soziales Umfeld eine Rolle dabei, ob und wann auf staatliche Unterstützungsleistungen zugegriffen wird. Je mehr potenzielle oder tatsächliche Pflegepersonen eine pflegebedürftige Person hat, desto weniger wahrscheinlich nimmt sie formelle Leistungen in Anspruch (Jette et al. 1992; Crets 1996; Artamonova et al. 2021;

¹⁴ Die Anspielung auf Goffmans (1959) Analogie des Bühnenschauspiels zur Beschreibung sozialer Situationen ist nicht zufällig. Bei der Begutachtung der pflegebedürftigen Person durch eine/n Vertreter/in der Pflegeversicherung ist eine überzeugende Selbstdarstellung der Akteure – Pflegebedürftiger und Angehöriger – notwendig und ausschlaggebend für die Bewilligung eines Pflegegrades. Nicht ohne Grund gibt es Beratungs- und Informationsangebote zur Vorbereitung von Begutachtungsterminen, die sowohl Hinweise für ein korrektes Verhalten (Rolle) als auch für die Gestaltung der wohnlichen Umgebung (Bühnenbild) geben. Eine vorherige Beratung erhöht die Chancen, eine angemessene bzw. höhere Pflegeeinstufung zu erhalten (Hielscher et al. 2017).

Zentrum für Qualität in der Pflege 2013).¹⁵ Wohnen pflegebedürftige Personen hingegen alleine, werden sie weniger informell versorgt und erhalten eher formelle Unterstützungsleistungen (Crets 1996; Tennstedt et al. 1990). Daneben sind milieuspezifische Mentalitätsunterschiede bedeutsam für die Entstehung, Aufrechterhaltung und Ergänzung von Pflegearrangements. So unterscheiden sich beispielsweise die Aushandlungsprozesse innerhalb von Familien, wer für die Bereitstellung von Pflege verantwortlich ist, zwischen den Bevölkerungsgruppen. Während sozioökonomisch gut ausgestattete Haushalte die Verantwortung deutlich stärker außerfamilial verorten und Pflegeaufgaben an professionelle Dienstleister delegieren, ist in sozioökonomisch schwächeren Milieus die Präferenz für familiäre Versorgung ohne Inanspruchnahme professioneller Hilfen deutlich stärker ausgeprägt (Blinkert & Klie 2008; Heusinger 2008).¹⁶ Insbesondere bildungsferne Pflegehaushalte nutzen weder das Beratungsangebot zur Pflege noch die zur Verfügung stehenden Pflegeleistungen, selbst wenn sie ihnen bekannt sind (Schwinger et al. 2016), was möglicherweise auch in fehlendem Vertrauen und fehlender Vertrautheit mit (staatlichen) Institutionen begründet sein kann. Sind informelle Pflegearrangements allerdings vorhanden, ist auch der Zugriff auf formelle Pflegeleistungen unwahrscheinlicher (Kempen & Suurmeijer 1991; Jette et al. 1992).

Zusammenfassend kommen die bisherigen empirischen Studien zur Inanspruchnahme von formellen Pflegeleistungen zu dem Ergebnis, dass der tatsächliche Pflegebedarf einer Person – also der Grad ihrer gesundheitlichen Einschränkungen – neben den ökonomischen, kulturellen und sozialen Komponenten der stärkste Prädiktor für den Zugriff auf formelle Pflegeleistungen ist (u.a. Borrayo et al. 2002; Kempen & Suurmeijer 1991; Geerlings et al. 2005). Dieser steht wiederum – wie oben ausgeführt – selbst in Zusammenhang mit ungleichheitsrelevanten Aspekten. Mögliche Wechselwirkungen zwischen den herausgearbeiteten Faktoren wurden bisher nur selten untersucht. Diese sind allerdings durchaus plausibel: beispielsweise dürfte das Vorhandensein informeller Pflegepersonen die Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen je nach Grad des Pflegebedarfs der pflegebedürftigen Person unterschiedlich beeinflussen. Eine

¹⁵ Es ist anzumerken, dass formelle Pflegeleistungen in den unterschiedlichen Studien – auch aufgrund der verschiedenen Pflegesysteme der Länder – nicht einheitlich definiert sind. Grundsätzlich gleich ist ihnen, dass es sich um staatlich oder professionell bereitgestellte Leistungen handelt; dabei rangiert die Betrachtung allerdings von der Inanspruchnahme finanzieller Unterstützungsleistungen über professionelle Pflegedienste bis hin zur Unterbringung der Pflegebedürftigen in einem Pflegeheim.

¹⁶ Hier zeigt sich beispielhaft das Paradox, wenn sozialstaatliche Versorgungsleistungen (scheinbar) frei zugänglich allen Bevölkerungsgruppen zur Verfügung stehen, der Zugriffsbedarf und die Zugriffswahrscheinlichkeit indes abhängig von der individuellen Ressourcenausstattung sind und reziprok zueinander verlaufen.

solche Annahme verweist auch auf die andere Seite in Pflegearrangements: die Perspektive der Pflegenden.

1.2.2 Pflegebereitstellung und soziale Ungleichheit

Im Hinblick auf die Pflegebereitstellung zeigt sich soziale Ungleichheit insbesondere in den Konsequenzen, die damit einhergehen. Pflege zu leisten hat Auswirkungen auf die mentale und körperliche Gesundheit von pflegenden Personen. Sie empfinden die Pflgetätigkeit als belastend, haben eine höhere Wahrscheinlichkeit für psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) und eine geringere Lebenszufriedenheit (Heger 2017; Kaschowitz 2015; Hajek & König 2016).¹⁷ Der empfundene Stress kann in psychosomatischen und/oder somatischen Symptomen und Erkrankungen resultieren.¹⁸ Hinzu kommen Belastungserscheinungen, die aus der körperlich geleisteten Pflege (z.B. tragen, heben oder umlagern der pflegebedürftigen Person) folgen (Pinquart & Sörensen 2007). Sowohl psychische als auch physische Symptome zeigen sich dabei nicht nur während der Zeitperiode, in der Pflege geleistet wird, sondern halten darüber hinaus an (Caputo et al. 2016).

Neben der empfundenen Last und den Herausforderungen der Pflgetätigkeit gehen mit der Pflgetätigkeit auch zeitliche Einschränkungen einher, die sich in einer reduzierten oder vollständig aufgegebenen Erwerbstätigkeit zeigen (Berecki-Gisolf et al. 2008; Jabsen & Blossfeld 2008; Johnson & Lo Sasso 2006). Das erschwert oder verunmöglicht nicht nur potenzielle Karriereschritte, sondern verringert auch das derzeitige und zukünftige Einkommen. Zusätzlich müssen anfallende Pflegekosten, die nicht von der pflegebedürftigen Person getragen werden können und von der Pflegekasse nicht übernommen werden, bezahlt werden. Insgesamt steigt damit das Risiko der Altersarmut für Pflegenden an, weil keine adäquate Alterssicherung möglich ist (Keck 2016).

Pflegezeit konfligiert aber auch mit der Paar- und Familienzeit einer pflegenden Person. Sind

¹⁷ Pflegepersonen berichten allerdings nicht ausschließlich negative Konsequenzen ihrer Pflegearbeit. Pflegebeziehungen beinhalten häufig ein starkes Gefühl von Zugehörigkeit und Verbundenheit, beides gibt der Pflgetätigkeit Sinn und Bedeutung. Auch persönliches Wachstum durch die Pflegeverantwortung, Stolz auf die erbrachte Leistung und ein Gefühl der Bereicherung werden von Pflegenden geschildert. Pflege zu leisten kann demnach nicht nur anstrengend, sondern auch befriedigend sein (u.a. Marks et al. 2002; Cohen et al. 2002; Tarlow et al. 2004).

¹⁸ Bei Stress sendet der Körper Stresshormone aus. Bleibt das Stressniveau konstant hoch, kann das zu Bluthochdruck und einem erhöhten Risiko von Herzinfarkt oder Schlaganfall führen (somatische Folgen). Stress und seelische Belastungen können aber auch ohne biologische oder organische Ursachen körperliche Beschwerden wie beispielsweise Verdauungsprobleme, Schwindel, Herzbeschwerden oder Tinnitus auslösen (psychosomatische Beschwerden).

Qualitätszeiten¹⁹ mit dem/der Partner/in und/oder den eigenen Kindern durch die Pflegeaufgaben reduziert, kann das die Eltern-Kind-Beziehung herausfordern und die Partnerschaft erodieren lassen. Auch Fragen der Loyalität – sowohl dem/der Partner/in als auch dem zu pflegenden Elternteil gegenüber – stehen mitunter im Raum und bergen entsprechendes Konfliktpotenzial (Matthews & Rosner 1988; Harris & Bichler 1997).²⁰ Ist die pflegende Person Partner/in der pflegebedürftigen Person, sinkt die Partnerschaftszufriedenheit durch die veränderten Macht- und Bedürfnisstrukturen, Rollenkonflikte, fehlende Intimität und Kommunikation (Karrasch & Reichert 2011).

Schließlich kann die Übernahme von Pflege zu Einsamkeit und sozialer Isolation führen, wenn zu wenig Zeit und Energie für die Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen zu Freunden, Bekannten und Nachbarn bleibt (Hajek et al. 2021). Auch das Knüpfen neuer Kontakte – und möglicherweise: das Kennenlernen potenzieller Partner/innen – kann darunter leiden. Zusätzlich verringert sich durch die Pflegeverantwortung die Zeit für eigene Hobbys und Erholungszeiten (Bestmann et al. 2014), was wiederum Lebenszufriedenheit und mentale Gesundheit negativ beeinflussen kann.

Die dargelegten Konsequenzen von Pflegearbeit sind demnach vielfältig und mitunter folgenschwer. Weiter oben wurde bereits dargelegt, dass es primär die Partner/innen und mit zunehmendem Alter der pflegebedürftigen Person die Kinder sind, die sich in der Rolle der Pflegeperson wiederfinden (United Nations Economic Commission for Europe 2019; Haberkern 2009). Doch welche Faktoren führen dazu, dass intergenerationale Pflegearrangements entstehen – warum übernehmen Kinder die Pflege ihrer Eltern? Prädiktoren für die elterliche Pflegeübernahme wurden schon in einer Reihe an Studien überprüft. Diese überschneiden sich in Teilen mit den schon angeführten potenziellen Konsequenzen. So können beispielsweise zeitstringierende und kostenabwägende Faktoren – Erwerbsarbeit, eigene familiäre Verpflichtungen, Einkommens- und Karriereaspekte – auch auf die Entscheidung wirken, Pflegearbeit zu leisten (u.a. Sarkisian & Gerstel 2004; Leopold et al. 2014; Grigoryeva 2017). Da eine Vielzahl der Studien Querschnittsanalysen sind, ist allerdings nicht immer eindeutig bestimmbar, ob Ursache oder Folge der Pflegeübernahme

¹⁹ Unter Qualitätszeit („Quality time“) wird die Zeit verstanden, in der man bestimmten Personen – Kindern, Partner, Freunden – besondere Aufmerksamkeit widmet. Im Gegensatz zur Quantitätszeit (dem gewöhnlichen Miteinander im Alltag), in der Beziehungen nur passiv aufrechterhalten werden, werden Gefühlsbindungen in der Qualitätszeit „aktiv, gezielt und [...] von ganzen (sic) Herzen“ (Hochschild 2006: 63) betrieben.

²⁰ Solche partnerschaftsinternen Konflikte können sich wiederum in Verhandlungen über Aufgabenverteilungen (Haushalt, Kindeserziehung, Erwerbstätigkeit, Finanzen) niederschlagen (Brody et al. 1989), was auf die starke Verschränkung und Interdependenz der unterschiedlichen Bereiche verweist und den kumulativen Charakter sozialer Ungleichheit durch Fürsorge- und Pflegeaufgaben hervorhebt.

herausgearbeitet wurde. Ein Beispiel dafür ist die räumliche Nähe zwischen Kind und Elternteil, die in starker Korrelation mit elterlicher Pflege steht (Logan & Spitze 1996; Dallinger 1997). Als mittelbare Determinante nimmt das Geschlecht für die Übernahme elterlicher Pflege eine herausragende Rolle ein: Frauen leisten wahrscheinlicher, häufiger und intensivere Pflege für ihre Eltern als Männer das tun (u.a. Sarkisian & Gerstel 2004; Silverstein et al. 2008; Haberkern et al. 2015; Luppi & Nazio 2019).²¹

Im Hinblick auf die Konsequenzen von Pflegearbeit sind die Faktoren für die Übernahme von Pflege ungleichheitsrelevante Merkmale (der Kinder), weil sie potenziell in mehreren Ungleichheitsdimensionen – u.a. gesundheitliche Ungleichheit, Einkommensungleichheit, Ungleichheit im Sozialkapital – münden können. Gleichzeitig sind sie teilweise selbst Ergebnis vorangegangener Ungleichheitsstrukturen: Bildungsabschluss, Erwerbsstatus und Einkommenshöhe sind in der Bevölkerung ungleich verteilt. Ungleichheitsstrukturen in der Pflege perpetuieren sich damit, wenn sich Kinder aus sozioökonomisch schwächeren Haushalten nicht nur aufgrund des wahrscheinlich schlechteren Gesundheitszustandes ihrer Eltern, sondern auch aufgrund ihrer eigenen Kapitalausstattung und milieubezogenen Sozialisierung wahrscheinlicher in die Pflegerolle selektieren (Blinkert & Klie 2008).²² So zeigt sich beispielsweise, dass mit höherem Einkommen die geleistete Pflegezeit niedriger ausfällt (Szinovác 2008; Shuey & Hardy 2003; Sarkisian & Gerstel 2004). Die Annahme, dass Kinder mit einem hohen Bildungsstatus weniger Pflege für ihre Eltern bereitstellen, wird von verschiedenen Studien empirisch bestätigt (Spitze & Logan 1991; Himes et al. 1996; Henretta et al. 1997; Sarkisian & Gerstel 2004). Andere Studien finden jedoch auch einen positiven Zusammenhang (Bonsang 2007; Vergauwen & Mortelmans 2021), der möglicherweise daraus resultiert, dass Menschen mit einem niedrigen Einkommen als Folge geringerer Bildung

²¹ Es ist anzumerken, dass in einer Vielzahl an Studien zur geschlechtsspezifischen Übernahme von Fürsorgearbeit der Beitrag der Männer unterschätzt wird. Schuld daran ist die – zu kritisierende, weil damit die alltägliche Geschlechterdichotomie perpetuierende – Einschränkung der anfallenden Aufgaben in der Analyse auf „typisch weibliche“ Bereiche, die qua Geschlechternormen auch deutlich seltener von Männern übernommen werden (Dwyer & Seccombe 1991). Studien, die diesen Umstand berücksichtigen und auch seltener oder unregelmäßig anfallende Aufgaben in ihre Analysen mit aufnehmen (z.B. Reparaturarbeiten, Finanzverwaltung), machen die Beteiligung der Männer sichtbarer (Lee et al. 1993; Spitze & Logan 1990; Stoller 1990), ebenso wie die grundsätzlich stärkere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Männern als Pflegepersonen (u.a. Archer & MacLean 1994; Kramer & Thompson 2001; Campbell 2010). Männer tendieren überdies dazu, ihren Beitrag zur elterlichen Pflege herunterzuspielen (Matthews & Heidorn 1998), was wiederum auf die Wirkmächtigkeit von Geschlechterstereotypen und der Erfüllung von Geschlechterrollen hindeuten könnte.

²² Herkunftseffekte beim Zugang zur Bildung sowie im Hinblick auf den Erwerbsstatus sind in unserer Gesellschaft weiterhin vorhanden. Zur ausführlicheren Betrachtung intergenerationaler Mobilität siehe Huinink und Schröder (2008) und die dort angeführten Literaturverweise.

wirtschaftlich nicht in der Lage sind, ihre Erwerbstätigkeit zu Gunsten von Pflege zu reduzieren oder aufzugeben.²³

Eine Vielzahl der bisher herausgearbeiteten Einflussfaktoren auf die Übernahme elterlicher Pflege fallen geschlechtsspezifisch aus: beispielsweise wirken eine Vollzeit-Erwerbstätigkeit oder eine große Wohndistanz zu den Eltern bei Männern deutlich stärker negativ auf deren Pflegewahrscheinlichkeit als bei Frauen (u.a. Sarkisian & Gerstel 2004; Haberkern et al. 2015; Campbell & Martin-Matthews 2003; Grigoryeva 2017). Außerdem übernehmen Söhne andere Pflegeaufgaben als Töchter: Während letztere mehrheitlich alltägliche Routineaufgaben im Haushalt, die Beförderung des pflegebedürftigen Elternteils bei notwendigen Erledigungen sowie dessen Körperpflege übernehmen, helfen Söhne eher sporadisch und bei spezifischen Aufgaben, die nur vereinzelt anfallen (Matthews & Rosner 1988; Stoller 1990; Dwyer & Coward 1991; Merrill 1993). Das Geschlecht potenzieller Pflegepersonen stellt damit ebenfalls ein ungleichheitsrelevantes Merkmal dar – wenn und weil Opportunitätsstrukturen und Verpflichtungsnormen unterschiedliche Relevanz für Frauen und Männer haben. Diese unterschiedliche Relevanz ergibt sich wiederum zum Teil aus vorhandenen Ungleichheitsstrukturen (beispielsweise der geringeren Entlohnung von sogenannten Frauenberufen oder den politischen Regelungen zur Ausgestaltung sozialstaatlicher Familienleistungen), die (die Entscheidung für) den Erwerb sekundärer Zwischengüter – z.B. Bildung, Einkommen – beeinflussen können. Pflege zu leisten beinhaltet demnach, ebenso wie Pflegebedürftigkeit, ungleichheitsrelevante Merkmale und Mechanismen.

1.2.3 Konklusion: Informelle Pflegearrangements und soziale Ungleichheit

Die Mehrheit der pflegebedürftigen älteren Personen möchte so lange wie möglich im eigenen Zuhause verbleiben (Keck & Blome 2008). Sie entsprechen damit den gesetzlichen Regelungen in Deutschland, die häuslicher Pflege einer teil- und vollstationären Versorgung eine klare Vorrangstellung einräumt. Informelle Pflegearrangements sind damit in Deutschland prävalent. Die eben dargestellten ungleichheitsrelevanten Strukturen auf der Ebene der Pflegebedürftigen sowie auf der Ebene der Pflegenden hat schon deutlich gemacht, dass und inwiefern die beiden Ebenen nicht trennscharf voneinander sind: Wenn die familiäre sozioökonomische Ausstattung sowohl die Möglichkeit als auch den Bedarf und die Bereitschaft beeinflusst, mit der formelle Pflegeleistungen in Anspruch genommen und informelle Pflege geleistet wird, verstärken und perpetuieren sich ungleichheitsgenerierende Mechanismen.

²³ Ebenfalls vorhanden sind Studien, die keinen signifikanten Bildungseffekt erkennen (Jegermalm & Grassman 2012; Leopold et al. 2014; Grigoryeva 2017).

Pflegehaushalte haben gegenüber Nicht-Pflegehaushalten ein höheres Armutsrisiko, bildungsschwache Haushalte und Haushalte mit Migrationshintergrund sind davon besonders betroffen (Geyer 2015). Liegt der Pflegebedarf unter den sozialrechtlich festgelegten Einstufungskriterien, steigt das Armutsrisiko ebenfalls, da anfallende Pflegekosten nicht durch finanzielle Transfers der Pflegeversicherung kompensiert werden können (Hielscher et al. 2017). Steigt der Pflegebedarf an und können einkommensschwächere Haushalte die Pflege nicht mehr durch eigene Versorgung sicherstellen, müssen sie – bei fehlendem Zugriff auf staatliche Unterstützungsangebote – „die Überlastung von Angehörigen und das Risiko von Unterversorgung in Kauf (...) nehmen“ (Hielscher et al. 2017: 102). Pflegebeziehungen haben außerdem das Potenzial, machtvoll aufgeladen und damit auch gewaltvoll zu werden. Als Pflegeperson unmittelbar miterleben zu müssen, wie ein ehemals aktiver und eigenständiger Mensch zu einer hilflosen und hilfsbedürftigen Person wird, kann zu Unsicherheit, Hilflosigkeit und Entfremdung führen. Zusätzlich können insbesondere familiäre Pflegebeziehungen durch die gemeinsame Vergangenheit emotional negativ aufgeladen sein, so dass die verschobene Machtkonstellation als schwierig empfunden wird (Abel 1991). Fühlen sich pflegende Menschen – beispielsweise durch fehlende oder für sie nicht zugängliche staatliche Unterstützungsstrukturen – mit ihrer Pflegelast alleine (gelassen), kann sich der Grad der Überforderung erhöhen und Hilflosigkeit in Aggression umschlagen (Braun 2012). Pflegebedürftige sind dann dem Risiko einer psychisch oder physisch missbräuchlichen Pflegebeziehung ausgesetzt. Ziehen sich pflegende Angehörige aufgrund der Überbelastung aus der Pflegebeziehung zurück, steigt das Risiko von Pflegebedürftigen, nicht adäquat versorgt zu werden, sozial zu vereinsamen oder frühzeitig in einer stationären Einrichtung untergebracht zu werden (Hajek et al. 2021). Pflegeheime wiederum sind kostenintensiv; Pflegebedürftige und Pflegende aus sozioökonomisch besser ausgestatteten Haushalten haben damit eine höhere Chance, sowohl die pflegerische Versorgung sicherzustellen als auch ihre Beziehungsqualität aufrechtzuerhalten. Pflegebeziehungen beinhalten grundsätzlich komplexe Muster aus Liebe, Loyalität und Verbindlichkeit, aber auch Verpflichtung, Druck, Überforderung und Hilflosigkeit. Inhärente Macht- und Abhängigkeitsstrukturen, die in beide Richtungen wirken, machen sie fragil und anfällig für Missbrauch (Daly & Rake 2003).

Pflegende und Pflegebedürftige in informellen Pflegearrangements sind daher mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert. Die hier explizierten potenziellen Konsequenzen und Langzeitfolgen mangelhaft unterstützter informeller Pflegearrangements, wie auch die sich einerseits manifestierenden und andererseits verfestigenden sozialen Ungleichheitsbedingungen im Zusammenhang mit Pflege, verweisen plastisch auf die soziale

und politische Brisanz in diesem Bereich. Angesichts der demographischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, die auf einen Rückgang familiären Pflegepotenzials hinweisen, steht das deutsche Pflegesystem unter einem erheblichen Druck. Zur Bewältigung des Pflegeungleichgewichts besteht damit offensichtlich (staatlicher) Gestaltungsbedarf, der aktuell jedoch durch unzulängliche Daten, selektive Blickwinkel und an der Oberfläche verbleibende Betrachtungen noch wenig transparent ist. Informelle Pflegearrangements sind demnach in mehrerer Hinsicht untersuchungsrelevant: Erstens muss für politische Implikationen verstanden werden, wie informelle Pflegearrangements zustandekommen, aufrechterhalten und ausgestaltet werden, um etwaige Problemlagen – beispielsweise die unzureichende Versorgung der Pflegebedürftigen, aber auch mögliche Vereinbarkeitsprobleme bei Pflegenden – erkennen und beheben zu können. Dabei weisen zweitens bisherige Studien auf mögliche und vorhandene Ungleichheitsstrukturen hin, die folgenschwer sein können, allerdings sowohl in der Tiefe als auch in der Breite bisher noch nicht ausreichend erforscht sind. Drittens hat dahingehend sowohl die deutsche Daten- als auch Studienlage Ausbaupotenzial. Die vorliegende Dissertation widmet sich daher der Untersuchung informeller Pflegearrangements in Deutschland und betrachtet diese sowohl aus der Perspektive der Pflegebedürftigen als auch aus der Perspektive der Pflegenden.

1.3 Datengrundlage

1.3.1 Pflegedatensätze oder auch: Das Problem mit den Daten

Die Untersuchung informeller Pflegearrangements birgt diverse Herausforderungen. Insbesondere die Datenerhebung, bei der umfassende Informationen sowohl auf der Ebene der potenziell Pflegebedürftigen als auch auf der Ebene der potenziellen Pflegepersonen gesammelt werden müssen, stößt bei der Umsetzung oft auf Probleme. Diese beziehen sich nicht nur auf die Wahl der Erhebungsmethode, um (den Zeitaufwand für und/oder den Umfang von) Pflgetätigkeiten zu erfassen – erwähnt sei neben der standardisierten Erhebung in einem Fragebogen, die häufig auf retrospektiven Schätzungen beruht, die für Zeitverwendungsstudien häufig herangezogene Tagebuchmethode –,²⁴ oder die Auswahl der befragten Person(en), um potenzielle Verzerrungen (in der Fremd- und in der Selbsteinschätzung) möglichst gering zu halten. Insbesondere die Selbstselektion von Betroffenen (sowohl Pflegebedürftigen als auch

²⁴ Engstler et al. (2004) konkludieren in ihrem Teilbericht zur Zeitverwendung älterer Menschen, dass „die sich aus den Tagebuchdaten ergebenden Zeitsummen für informelle Hilfeleistungen erheblich unter den Zeitsummen liegen, die die Befragten im Personenfragebogen angeben“ (Engstler et al. 2004: 229). Die Erfassung informeller Hilfeleistungen über die Tagebuchmethode führt demnach tendenziell zu einer Unterschätzung, die retrospektive Erhebung im standardisierten Fragebogen hingegen tendenziell zu einer Überschätzung des zeitlichen Pflege-Engagements in der Selbstbeurteilung der Befragten.

Pflegepersonen) aus den Befragungssamples hinaus stellt eine erhebliche Problematik dar. Wenn Pflegebedürftige aufgrund ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und Pflegepersonen durch ihre Pflegelast auf die Teilnahme an einer Befragung verzichten, liegen entsprechend wenige Beobachtungen zur Analyse von pflegebezogenen Fragestellungen vor. Dies gilt insbesondere für Längsschnitterhebungen (Aneshensel et al. 1995). Zusätzlich weist der Umfang, in dem pflegebezogene Informationen bisher erhoben wurden, Defizite auf. Zwar werden in verschiedenen Surveys altersbezogene Einschränkungen und/oder Pflegetätigkeiten miterfasst, im Fokus stehen sie jedoch nicht, so dass sich die daraus resultierenden Daten nur sehr eingeschränkt zur adäquaten Untersuchung pflegebezogener Fragestellungen eignen und entsprechend oberflächlich bleiben (müssen).

Für die Datenlandschaft in Deutschland sieht das nicht anders aus. Amtliche Daten sind unzureichend oder nicht vorhanden.²⁵ Obwohl einige der zur Verfügung stehenden Sekundärdatensätze Daten zur Gesundheit, etwaigen Pflegearrangements und Netzwerkmitgliedern der Befragten enthalten, erfüllen sie die Anforderungen für die geplanten Analysen der vorliegenden Arbeit – die informelle Pflegearrangements detailliert in den Blick nehmen möchten – nicht. Die hauptsächliche Schwierigkeit besteht dabei darin, dass für Fragestellungen, die komplexer sind als eine reine Herausarbeitung von Faktoren für oder wider die Entstehung eines familialen und/oder formellen Pflegearrangements, umfassende Daten sowohl auf der Ebene der pflegebedürftigen als auch auf der Ebene der pflegenden Personen erforderlich sind. Darüber hinaus müssen diese beiden Ebenen zusammengeführt werden können – d.h. es muss ersichtlich und zuordenbar sein, welche Person der einen Ebene in Bezug zu welcher Person der anderen Ebene steht. Allen im Rahmen dieser Arbeit geprüften Datensätzen mangelt es mehr oder weniger stark an diesen Informationen: Teilweise werden zwar gesundheitliche Einschränkungen der Befragten und auch etwaige Pflegepersonen abgefragt, dann werden allerdings kaum oder keine Merkmale der Pflegeperson erhoben, oder eine entsprechende Verknüpfung – welche der angeführten Personen im Netzwerk der Befragten ist die als vorhanden angegebene Pflegeperson? – ist nicht möglich (u.a. DEAS, EU-SILC, Mikrozensus, pairfam). Andere Surveys verzichten auf die Frage, ob formale Pflegeleistungen in Anspruch genommen werden (z.B. Gender Generation Survey), oder beschränken sich auf Mitglieder im Haushalt, die gepflegt werden oder Pflege leisten (SOEP).

²⁵ Die im Rahmen der amtlichen Pflegestatistik erhobenen Daten werden zwar öffentlich bereitgestellt und könnten für Analysen verwendet werden (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2022). Sie beschränken sich allerdings zum einen auf Personen, die leistungsberechtigt sind, und beinhalten zum anderen außer Alter, Geschlecht, Grad der Pflegebedürftigkeit und Art der Unterstützungsleistung keine weiteren Informationen, die nutzbar für eine tiefergehende Analyse von Pflegearrangements wären.

Zwar ebenfalls mit Einschränkungen verbunden, allerdings mithin für die Umsetzung der angedachten Untersuchungen geeignet, sind die Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe (SHARE).²⁶

1.3.2 Verwendung der SHARE-Daten

Alle Aufsätze in der vorliegenden Dissertation verwenden Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) (Börsch-Supan et al. 2013). SHARE ist eine multidisziplinäre, länderübergreifende Panelbefragung, die seit 2004 zweijährlich Mikrodaten zur sozioökonomischen Situation, der Gesundheit, sowie den familiären und sozialen Netzwerken von Befragten über 50 Jahren erhebt (SHARE-ERIC 2020). Ein besonderes Merkmal von SHARE stellt die ausführliche Erhebung von Daten zu den Kindern der Teilnehmer*innen dar, die ebenfalls sozioökonomische, gesundheitliche und netzwerkbezogene Aspekte mit einbezieht. Dabei stehen auch Variablen zur Eltern-Kind-Beziehung sowie Informationen zur Enkelgeneration der Befragten zur Verfügung. Diese besondere Datenstruktur erlaubt zusätzlich zur Betrachtung der Befragten in zwei möglichen Rollen der Pflegekonstellation – als pflegebedürftige und/oder pflegende Person – auch die Analyse sowohl auf Eltern- als auch auf Kinder-Ebene.

Für die empirischen Analysen der vorliegenden Dissertation stehen neben den Befragten die Kinder der Befragten mit ihren jeweiligen Merkmalen als (potenzielle) Pflegepersonen im Mittelpunkt des Interesses. Neben der obligatorischen Aufbereitung der Merkmale der Befragten (Geschlecht, Alter, Familienstand, Gesundheitszustand etc.) ist es daher notwendig, die in unterschiedlichen Teil-Datensätzen bereitgestellten Informationen zu den Kindern zu bündeln und für die untersuchungsspezifische Operationalisierung in einem eigenen Kinder-Datensatz zu organisieren. Drei Aspekte machen die Erstellung eines vollständigen Kinderdatensatzes aus den SHARE-Daten allerdings komplex:

- 1) Daten zu den Kindern werden nur bei der ersten Befragungsteilnahme vollständig erhoben und in den Folgewellen lediglich aktualisiert. Haben sich seit der letzten Befragung keine Veränderungen in den einzelnen Merkmalen ergeben, werden auch keine Daten vermerkt. Um einen jeweils vollständigen Datensatz der einzelnen Befragungswellen nach Welle 1 zu erhalten, müssen demnach die relevanten Informationen teilweise aus den vorangegangenen Wellen importiert werden.
- 2) Die regulär abgefragten Informationen zu den Kindern werden nur von einem

²⁶ Die mit den Daten verbundenen Einschränkungen in den Analysen werden explizit in den jeweiligen Aufsätzen angesprochen. Die folgenden Darstellungen beschränken sich auf problematische Aspekte bei der Verknüpfung und Zusammenstellung der netzwerkbezogenen Informationen der Befragten in den SHARE-Daten.

Haushaltsmitglied, dem sogenannten *family respondent*, erhoben.²⁷ Der *family respondent* kann allerdings über die Befragungswellen hinweg variieren, d.h. die kindbezogenen Daten werden in unterschiedlichen Wellen möglicherweise einmal von dem einen und ein andermal vom anderen Partner im Haushalt bereitgestellt. Dadurch sind die Informationen zum einen vorerst auch nur für die jeweilige Befragungsperson verfügbar (und müssen auf ihren Partner übertragen werden);²⁸ zum anderen erhöht sich die Wahrscheinlichkeit von Inkonsistenzen, wenn die Befragten unwissentlich divergierende Angaben zu den Kindern machen.

3) Die Nummerierung der Kinder innerhalb einer Familie kann über die Befragungswellen variieren. Beispielsweise entspricht Kind 1 in Welle 4 nicht zwangsläufig Kind 1 in Welle 6. Bevor Informationen nachverfolgt und nachgetragen werden können (s. Punkt 1), müssen die Kinder daher zuerst eindeutig identifizierbar gemacht werden.

Für jede Befragungswelle stehen jeweils mehrere Teil-Datensätze mit den von SHARE erhobenen Informationen zu den Kindern der Befragten bereit (Stuck et al. 2019).²⁹ Zunächst ist es also erforderlich, die Kinderdaten aus den einzelnen Befragungswellen und Teil-Datensätzen in einem Gesamtdatensatz zusammenzutragen. In diesem Gesamtdatensatz liegen dann die Informationen zu den Kindern aus allen Erhebungswellen über die Befragten (d.h. den Elternteilen) als Hauptbeobachtungen vor (s. Abbildung 1.2).

²⁷ Einige Fragenmodule im regulären SHARE-Fragebogen werden nur von einem ausgewählten Haushaltsmitglied stellvertretend für das Paar oder den gesamten Haushalt erhoben. Dazu gehören Fragen zu den Finanzen (*financial respondent*), der Wohnsituation (*household respondent*) sowie zur Familie bzw. den Kindern (*family respondent*) (vgl. Stuck et al. 2019: 12-13). *Financial respondent*, *household respondent* und *family respondent* können sich sowohl innerhalb einer Befragungswelle unterscheiden, als auch über die Befragungswellen variieren.

²⁸ Es ist zu beachten, dass der *family respondent* in Welle 6 nicht übereinstimmen muss mit der im finalen Analyse-Datensatz verbleibenden Befragtenperson. Fehlen beispielsweise vom *family respondent* relevante Informationen bezüglich seiner eigenen Merkmale, wird er letztlich nicht Teil des Analyse-Datensatzes. Damit die von ihm bereitgestellten Kinder-Informationen nicht verloren gehen bzw. der/die Partner/in nicht ebenfalls aus dem Datensatz ausscheidet aufgrund fehlender Informationen bezüglich der Kindervariablen, müssen entsprechende Vorkehrungen im Aufbereitungsprozess getroffen werden (Erstellung von Hilfsvariablen und abschließende Übertragung der Informationen auf den/die Partner/in).

²⁹ SHARE stellt sowohl die ursprünglich erhobenen Daten als auch daraus teilweise neu generierte Variablen und dafür extra entworfene Datensätze bereit. Dazu gehören beispielsweise die entworfenen Indizes aus den angegebenen gesundheitlichen Einschränkungen des Respondenten in unterschiedlichen Bereichen (ADL-Index, IADL-Index), die ISCED-Kodierung der abgefragten Bildungsangaben, sowie zusätzlich generierte Variablen wie das berechnete Alter der Befragten aus deren Geburtsjahr und dem wellenspezifischen Befragungsjahr. In eigens erstellten aufbereiteten Datensätzen werden außerdem objektive Informationen, die nur von einem Partner im Haushalt erfragt werden, auf den anderen Partner übertragen.

Abbildung 1.2: Beispielhafte, vereinfachte Darstellung des Gesamtdatensatzes mit den Eltern auf der Hauptebene

Welle	Befragten-ID	Kind 1: Geburtsjahr	Kind 1: Geschlecht	Kind 1: Familienstand	Kind 1: Erwerbsstatus	Kind 2: Geburtsjahr	Kind 2: Geschlecht	Kind 2: Familienstand	Kind 2: Erwerbsstatus	[...]
1	DE-123456-01	1984	männlich	ledig	in Ausbildung	1987	weiblich	ledig	in Ausbildung	[...]
2	DE-123456-01	1987	weiblich	.	.	1984	männlich	.	.	[...]
4	DE-123456-01	1984	männlich	.	Vollzeit	1987	weiblich	.	.	[...]
6	DE-123456-01	1984	männlich	verheiratet	.	1987	weiblich	.	Vollzeit	[...]
4	DE-654321-02	1962	weiblich	geschieden	Vollzeit	1957	weiblich	verheiratet	Teilzeit	[...]
5	DE-654321-02	1962	weiblich	.	.	1957	weiblich	.	.	[...]
6	DE-654321-02	1957	weiblich	.	.	1962	weiblich	.	.	[...]
2	DE-362514-01	1978	männlich	ledig	Vollzeit	[...]
6	DE-362514-02	1978	männlich	verheiratet	[...]

Anm.: Fehlende Werte ergeben sich durch nicht vorhandene Kinder sowie keinen Veränderungen im Merkmal eines Kindes in Folgewellen. Alle hier gezeigten Beobachtungen sind ohne Auffälligkeiten, einzig die Reihenfolge der Kinder zwischen den Befragungswellen variiert teilweise.

Erstellung eines Kinderdatensatzes

Die Erstellung eines vollständigen Kinderdatensatzes (für die Aufsätze der vorliegenden Dissertation: der sechsten Befragungswelle) erfolgt anschließend in vier grundsätzlichen Schritten: Erstens wird aus dem ursprünglichen Eltern-Datensatz ein Kinder-Datensatz erzeugt. Um die Kinder eindeutig identifizierbar zu machen, werden dann – zweitens – Kinder-IDs generiert und damit verbundene etwaige Unsicherheiten (Duplikate, Inkonsistenzen) – drittens – geprüft und korrigiert. Viertens werden schließlich fehlende Daten aus den vorherigen Wellen nachgetragen. Diese Schritte werden im Folgenden kurz expliziert:


1) *Umwandlung des Datensatzes vom wide- ins long-Format:* Alle SHARE-Datensätze liegen ursprünglich im breiten Format vor, d.h. jede Zeile repräsentiert eine*n Befragte*n. Da für die Erstellung eines vollständigen Kinderdatensatzes der sechsten Befragungswelle zunächst alle Wellen-Datensätze zu einem Gesamtdatensatz zusammengefügt wurden, liegen für jede*n Befragte*n mindestens eine und maximal fünf solcher Zeilen vor.³⁰ Alle wellenspezifischen Daten der/des Befragten sowie ihrer/seiner Kinder sind in jeweils einer dieser Zeilen gespeichert. Da für jedes Kind die gleichen Merkmale (Geschlecht, Geburtsjahr, Familienstand, Bildung etc.) abgefragt werden und von den Befragten bis zu 20 Kinder genannt werden können, existieren im Datensatz für jedes Merkmal 20 Variablen mit der entsprechenden Nummerierung für ein Kind (z.B. *ch_gender_1* – *ch_gender_20* für das Geschlecht von Kind 1 bis Kind 20, usw.) (Stuck et al. 2019: 59). Die Kinder können damit als Unterbeobachtungen betrachtet werden, die nun auf die Ebene der Hauptbeobachtungen wechseln sollen. Bei der Umwandlung des Datensatzes vom breiten ins lange Format werden die Daten folglich so sortiert, dass für jedes Kind eine eigene Zeile mit seinen jeweiligen Merkmalen entsteht. Eine

³⁰ In Welle 3 wurde ein außerregulärer Fragebogen (SHARELIFE) mit abweichenden Fragemodulen eingesetzt. Die regulären Daten stammen daher nur aus den Wellen 1, 2, 4, 5 und 6.

beispielhafte Darstellung dieses Umwandlungsprozesses ist in Abbildung 1.3 zu sehen. Zeilen mit ausschließlich fehlenden Werten werden gelöscht.³¹

Abbildung 1.3: Beispielhafte, vereinfachte Darstellung der Umwandlung des Datensatzes vom breiten ins lange Format

Welle	Befragten-ID	Kind 1: Geburtsjahr	Kind 1: Geschlecht	Kind 1: Familienstand	Kind 2: Geburtsjahr	Kind 2: Geschlecht	Kind 2: Familienstand
1	DE-123456-01	1984	männlich	ledig	1987	weiblich	ledig
2	DE-123456-01	1987	weiblich	.	1984	männlich	.
4	DE-123456-01	1984	männlich	.	1987	weiblich	.
6	DE-123456-01	1984	männlich	verheiratet	1987	weiblich	.
4	DE-654321-02	1962	weiblich	geschieden	1957	weiblich	verheiratet
5	DE-654321-02	1962	weiblich	.	1957	weiblich	.
6	DE-654321-02	1957	weiblich	.	1962	weiblich	.
2	DE-362514-01	1978	männlich	ledig	.	.	.
6	DE-362514-02	1978	männlich	verheiratet	.	.	.



Welle	Befragten-ID	Kind	Geburtsjahr	Geschlecht	Familienstand
1	DE-123456-01	1	1984	männlich	ledig
1	DE-123456-01	2	1987	weiblich	ledig
2	DE-123456-01	1	1987	weiblich	.
2	DE-123456-01	2	1984	männlich	.
4	DE-123456-01	1	1984	männlich	.
4	DE-123456-01	2	1987	weiblich	.
6	DE-123456-01	1	1984	männlich	verheiratet
6	DE-123456-01	2	1987	weiblich	.
4	DE-654321-02	1	1962	weiblich	geschieden
4	DE-654321-02	2	1957	weiblich	verheiratet
5	DE-654321-02	1	1962	weiblich	.
5	DE-654321-02	2	1957	weiblich	.
6	DE-654321-02	1	1957	weiblich	.
6	DE-654321-02	2	1962	weiblich	.
2	DE-362514-01	1	1978	männlich	ledig
2	DE-362514-01	2	.	.	.
6	DE-362514-02	1	1978	männlich	verheiratet
6	DE-362514-02	2	.	.	.

Anm.: Auf der linken Seite liegen die Daten mit den Befragten auf der Hauptebene, auf der rechten Seite mit den Kindern der Befragten auf der Hauptebene vor (sortiert nach Befragten-ID, Befragungswelle, Kind).

2) *Kinder-IDs erzeugen*: Neben einer Haushalts-ID – welche in jedem Interview aktualisiert wird, um mögliche Veränderungen durch Auszüge zu erfassen – erhält jede*r Teilnehmer*in beim Eintritt in das Befragungspanel eine eindeutige und unveränderliche Personen-ID, die sich aus dem Ländercode, der Ziffernfolge der Haushalts-ID, sowie der persönlichen Kennung der befragten Person in einem Haushalt zusammensetzt (Beispiel: „DE-123456-01“ für die Person 01 aus dem Haushalt 123456 in Deutschland) (Stuck et al. 2019). Die Kinder der Teilnehmer*innen haben ursprünglich keine eigene Identifikationsnummer. Um sie eindeutig identifizieren zu können, wird für jedes Kind eine eigene Identifikationsnummer erstellt. Diese besteht aus der elterlichen Haushalts-ID, ergänzt durch das Geburtsjahr und das (kodierte) Geschlecht des Kindes (Beispiel: „123456-1984-01“ für ein im Jahr 1984 geborenes männliches Kind der Familie 123456). Anschließend daran wird der Datensatz auf Beobachtungen von Befragten reduziert, die selbst oder deren Partner*in an Befragungswelle 6 (erneut oder erstmals) teilgenommen haben (vgl. Fußnote 28).

3) *Kinder eindeutig identifizierbar und damit über die Wellen nachverfolgbar machen*: Im nächsten Schritt wird kontrolliert, ob die von den Befragten angegebene Kinderzahl mit der

³¹ Leere Datenzeilen ergeben sich durch das Umwandeln des Datensatzes vom breiten ins lange Format, da immer 20 Kinderzeilen pro Befragtem bzw. Befragter entworfen, diese aber größtenteils nicht ausgefüllt werden, weil die wenigsten Befragten so viele Kinder haben.

Anzahl im Datensatz vorhandener Kinder übereinstimmt.³² Es zeigen sich Unstimmigkeiten, die sich auf mehrfach vorhandene identische Beobachtungen im Datensatz sowie inkonsistente Angaben innerhalb einer Familie zurückführen lassen. Diese zwei Fehler-Szenarien – Duplikate und Inkonsistenzen – werden in zwei weiteren Teil-Schritten fallweise geprüft und korrigiert.³³ Als Hilfsvariable wird dazu u.a. eine Familien-ID entworfen, die nur aus dem sechsstelligen Zifferncode der Haushalts-ID besteht. Da sie keinerlei Spezifizierung hinsichtlich der Befragten, des Haushalts oder eines Kindes enthält, können mit ihr alle Beobachtungen innerhalb einer Familie erfasst werden.

3.1) *Duplikate: Es findet sich die gleiche Kinder-ID mehrmals innerhalb einer Befragungswelle.*

Gefunden werden Duplikate, indem innerhalb einer Befragungswelle nach doppelt bzw. mehrfach vorliegenden identischen Kinder-IDs gesucht wird. Es ist *nicht* ausreichend und führt zu fehlerhaften Resultaten, wenn Duplikate nur innerhalb eines Befragten (1), innerhalb eines Haushalts (2) oder innerhalb einer Familie (3) gesucht werden (s. Abbildung 1.4).

Abbildung 1.4: Beispielhafte Darstellung von Duplikaten im Datensatz

Welle	Befragten-ID	Haushalts-ID	Familien-ID	Kind-ID	Duplikat (1)	Duplikat (2)	Duplikat (3)	Duplikat (Welle)
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	ja	ja	ja	ja
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	ja	ja	ja	ja
6	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	nein	ja	ja	ja
6	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	nein	ja	ja	ja
5	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	ja	ja	ja	nein
6	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	ja	ja	ja	ja
6	DE-321456-02	DE-321456-B	321456	321456-1990-01	nein	nein	ja	ja

Anm: Abgebildet sind drei Familien mit jeweils einem Kind, das als Beobachtung fälschlicherweise doppelt im Datensatz vorliegt (grün: Duplikat innerhalb eines Befragten; rot: Duplikat innerhalb eines Haushalts; blau: Duplikat innerhalb einer Familie (Elternteile getrennt, wohnhaft in unterschiedlichen Haushalten).

Rechte Seite: Suchszenarien (Duplikat (1): Suche nur innerhalb eines Befragten; Duplikat (2): Suche nur innerhalb eines Haushalts; Duplikat (3): Suche nur innerhalb einer Familie; Duplikat (Welle): Suche innerhalb von Befragungswellen) und Resultat (ja: Duplikat gefunden; nein: Duplikat nicht gefunden; hellgrau hinterlegt:

³² Im SHARE-Fragebogen wird zunächst erhoben, wie viele noch lebende Kinder (leibliche, Pflege-, Adoptiv-, Stief- sowie Kinder der/des aktuellen Partner/in) ein*e Befragte*r hat, um anschließend für jedes Kind einzeln seine jeweiligen Merkmale zu erheben. Obwohl damit die angegebene Kinderzahl mit der in den Daten vorliegenden Anzahl an Kinderbeobachtungen übereinstimmen sollte, ist das nicht immer der Fall. Das kann sowohl auf Eingabefehler als auch auf Spezifikationsprobleme während des Interviews zurückzuführen sein; beispielsweise könnten verstorbene Kinder zunächst bei der Anzahl der Kinder miterfasst und erst bei der Erhebung der Merkmale korrigierend ausgeschlossen werden, wobei der anfangs eingegebene Wert bei der Kinderanzahl nicht berichtigt wird.

³³ Da sowohl die Ursache als auch die Lösung der Fehler fallspezifisch variiert, ist es nicht möglich, diesen Prozess zu automatisieren. Die fallweise Betrachtung, Entscheidung und Korrektur ist damit unumgänglich, erfordert allerdings auch einen hohen zeitlichen Einsatz. Die Bereitstellung von dahingehend aufbereiteten Daten ist von Seiten des SHARE-Datenteams geplant, konnte aber bisher mangels personeller und zeitlicher Kapazitäten nicht verwirklicht werden. Auch dieser Aspekt verweist auf die Problematik des bisher vorhandenen Datenmaterials zu Pflege und Pflegearrangements: eine derart aufwändige Aufbereitung erschwert oder verunmöglicht wissenschaftliche Untersuchungen, und lassen Forschungsdesiderate entstehen.

fälschlicherweise nicht als Duplikat identifiziert; dunkelgrau hinterlegt: fälschlicherweise als Duplikat identifiziert).

Duplikate können entstehen, wenn (1) in einer Familie Zwillinge/Mehrlinge oder durch Patchwork-Konstellationen im Geburtsjahr und Geschlecht identische Kinder vorhanden sind (Abbildung 1.4, grün), (2) beide Befragte eines Haushalts fälschlicherweise innerhalb einer Befragungswelle als *family respondent* ausgewählt wurden bzw. durch das Zusammenfügen der Teil-Datensätze von beiden Befragten eines Haushalts Angaben zu einem Kind vorliegen (Abbildung 1.4, rot),³⁴ oder (3) Elternteile sich getrennt haben und daher jeweils als Mitglied eines eigenen Haushalts getrennt voneinander Angaben zum gleichen Kind machen (Abbildung 4, blau). Hinzu kommen (4) Datenfehler: falsches Geburtsjahr oder Geschlecht, so dass die Kinder-ID zufälligerweise identisch mit der des Geschwisters ist; doppeltes Erfassen von Kindern während des Interviews mit einmal fehlenden und einmal vorhandenen Merkmalen; nicht aufzulösende Unplausibilitäten (Merkmale stimmen nicht überein, Kinder können nicht eindeutig identifiziert werden).

Abbildung 1.5: Beispielhafte Darstellung der vorgenommenen Korrekturen von Duplikaten im Datensatz

Welle	Befragten-ID	Haushalts-ID	Familien-ID	Kind-ID	Familienstand Kind	Erwerbsstatus Kind	Pflege für Befragte/n von Kind	Befragte/r ist <i>family respondent</i>
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	verheiratet	Teilzeit	ja	ja
6	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	.	.	ja	nein
5	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	verheiratet	.	nein	ja
6	DE-321456-02	DE-321456-B	321456	321456-1990-01	verheiratet	Vollzeit	nein	ja

Welle	Befragten-ID	Haushalts-ID	Familien-ID	Kind-ID	Familienstand Kind	Erwerbsstatus Kind	Pflege für Befragte/n von Kind	Befragte/r ist <i>family respondent</i>
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01-1	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01-2	verheiratet	Teilzeit	ja	ja
6	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	ledig	Vollzeit	ja	nein
5	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	ledig	Vollzeit	nein	ja
6	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	verheiratet	Vollzeit	nein	ja
6	DE-321456-02	DE-321456-B	321456	321456-1990-01	verheiratet	Vollzeit	nein	ja

Anm: Vorgenommene Korrekturen für die in Abbildung 1.4 dargestellten Duplikate. Da die Information, ob ein/e Befragte/r Unterstützung von einem Kind erhält, nicht ausschließlich vom *family respondent* erhoben wird, doppelt sich die entsprechende Kind-Beobachtung im Datensatz (s. Fußnote 34).

³⁴ Die Information, ob ein Kind Pflege für ein Elternteil leistet, wird in einem anderen Modul abgefragt als die restlichen Kinder-Informationen, die nur vom *family respondent* bereitgestellt werden. Durch das Zusammenfügen der Datensätze werden somit die Informationen des *family respondent* um die Pflege-Informationen eines Kindes ergänzt, wobei der Gesamt-Datensatz zum einen in die Breite (Ergänzung der Pflege-Variable), zum anderen in der Länge (Ergänzung einer Kinderzeile durch zweiten Befragten) erweitert wird (vgl. Abbildung 1.5).

Insgesamt werden 443 Duplikate im Datensatz gefunden. Korrigiert werden diese, indem (1) die Kinder-ID bei Zwillingen/Mehrlingen und identischen Patchwork-Kindern durch ein zusätzliches Nummerierungskürzel ergänzt wird („123456-1984-01“ wird dann beispielsweise zu „123456-1984-01-1“ und „123456-1984-01-2“), (2) und (3) die Kinder-Informationen verglichen und aneinander angeglichen werden,³⁵ sowie (4) fehlerhafte Daten wenn möglich korrigiert, irrtümliche Dopplungen zeilenweise gelöscht und bei nicht aufzulösenden Unstimmigkeiten alle Beobachtungen der betroffenen Familie aus dem Datensatz entfernt werden. Im Anschluss an diesen Prozess sind nur noch Duplikate vorhanden, die durch Befragung beider Elternteile in einer Erhebungswelle bzw. das Zuspielen des Pflegedatensatzes entstanden sind; die Daten innerhalb dieser Duplikate sind vollständig identisch.³⁶

3.2) Inkonsistenzen: Ein Kind ist durch divergierende Angaben der Befragten nicht eindeutig über seine Kinder-ID identifizierbar. Inkonsistenzen entstehen durch (1) falsche Angaben zu Geburtsjahr und/oder Geschlecht eines Kindes, die im Verlauf der Befragungswellen korrigiert werden, oder durch wechselnde *family respondents* über die Befragungswellen im Widerspruch zu korrekten Angaben stehen (in beiden Fällen variiert die Kinder-ID, obwohl eigentlich das gleiche Kind gemeint ist), (2) Unterschiede in der Kinderanzahl über die Befragungswellen, so dass nicht alle Kinder in allen Erhebungen vorhanden sind (und geprüft werden muss, ob die Kinder-Angaben für die Analyse-Welle vollständig und plausibel sind),³⁷ und (3) unplausible, uneindeutige oder fehlende Angaben, die weder die Anzahl der Kinder in einer Familie noch deren eindeutige Identifizierung möglich machen.

Um alle möglichen Fehlerszenarien zu finden, muss mit der vormals entworfenen Familien-ID gearbeitet werden. Das ist essenziell, da mit spezifischeren Suchparametern Unstimmigkeiten übersehen werden: Es kann nicht nur sein, dass innerhalb eines Befragten die Kinder-IDs nicht übereinstimmen (s. Szenario 1, Abbildung 1.6); es kann auch passieren, dass Befragter und Partner in unterschiedlichen Wellen befragt werden und unterschiedliche Geburtsjahre oder Geschlechter der Kinder angeben, innerhalb ihrer selbst aber stimmig bleiben (s. Szenario 2, Abbildung 1.6). Zusätzlich würden nach einer Trennung – und dadurch unterschiedliche

³⁵ Beispielsweise können Bildungsdaten eines Kindes beim Stiefelternteil fehlen und durch die Angaben des leiblichen Elternteils ergänzt werden bzw. die Pflegeinformationen eines Kindes auf den jeweils anderen Partner übertragen werden.

³⁶ Da für beide befragte Partner eines Haushalts die vollständigen Kinderinformationen bereitgehalten werden sollen, werden diese Duplikate beibehalten (vgl. Fußnote 29).

³⁷ Nicht alle Kinder in allen Wellen angegeben sind, wenn: a) durch Entstehung oder Auflösung von Patchwork-Familien Kinder hinzukommen bzw. wegfallen; b) Kinder mit ihrem 16. Geburtstag ebenfalls erfasst werden (jüngere Kinder werden nicht berücksichtigt); c) Kinder zwischenzeitlich versterben; d) teilweise nur leibliche Kinder und dann wieder auch Adoptiv-, Pflege-, Stief- und/oder Kinder des Partners mit angegeben werden.

Haushalte – Unstimmigkeiten nicht gefunden werden, wenn man innerhalb der Haushalte prüfen würde, weil dann auch die jeweiligen Haushalte innerhalb ihrer selbst stimmig sein könnten, obwohl sie über die Haushalte divergieren (s. Szenario 3, Abbildung 1.6).

Abbildung 1.6: Beispielhafte Darstellung von Inkonsistenzen im Datensatz

Welle	Befragten-ID	Haushalts-ID	Familien-ID	Kind-ID
4	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01
5	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-02
6	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01
2	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02
4	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1975-02
5	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1975-02
6	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02
5	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01
6	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01
6	DE-321456-02	DE-321456-B	321456	321456-1991-01

Szenario 1: Unstimmigkeit leicht auffindbar (sowohl bei Kontrolle innerhalb der Befragten-ID, der Haushalts-ID oder der Familien-ID)

Szenario 2: Unstimmigkeit nicht auffindbar bei Kontrolle innerhalb der Befragten, nur bei Kontrolle innerhalb des Haushalts oder der Familien-ID

Szenario 3: Unstimmigkeit weder auffindbar bei Kontrolle innerhalb der Befragten noch innerhalb des Haushalts, nur über Familien-ID

Anm.: Darstellung von drei Familien mit jeweils einem Kind, dessen Kind-ID inkonsistent über die Befragungswellen ist, das aber durch jeweils unterschiedliche Datenfehler.

Indem die Anzahl an Beobachtungen mit der gleichen Familien-ID („Anzahl Teilnahmewellen Eltern“) mit der Anzahl der jeweiligen Kinder-IDs innerhalb einer Familien-ID verglichen wird, fallen sowohl Divergenzen hinsichtlich der Kinder-ID-Spezifikation als auch hinsichtlich der Anzahl der genannten Kinder pro Befragungswelle auf. Zusätzlich können weitere Fehlspezifikationen bemerkt werden (s. Abbildung 1.7 für eine beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Fehlerszenarien und ihrer Markierung über den beschriebenen Abgleich der Beobachtungszahlen).³⁸

Insgesamt werden – nach Korrektur der Duplikate (s.o.) – 2232 Unstimmigkeiten im Datensatz gefunden, die wiederum fallweise geprüft und korrigiert wurden. Das geschieht, indem (1) falsche Angaben zu Geburtsjahr oder Geschlecht berichtigt, (2) der Grund für eine zu- oder abnehmende Kinderanzahl über Verifikationsvariablen geprüft und die Daten entsprechend modifiziert,³⁹ und (3) Familien mit unplausiblen, uneindeutigen oder fehlenden Angaben aus dem Datensatz ausgeschlossen werden.

³⁸ Hier werden auch die noch vorhandenen Duplikate gefunden, die jedoch nicht weiter beachtet werden (vgl. Fußnote 29).

³⁹ Für diese Überprüfung werden auch Daten der siebten Befragungswelle herangezogen. In der siebten Befragungswelle wurde – wie schon in Welle 3 – ein außerregulärer Fragebogen (SHARELIFE) eingesetzt, mit dem Lebensverlaufsdaten der Befragten erhoben wurden und in dem u.a. Informationen über etwaige verstorbene Kinder der Befragten enthalten sind (Stuck et al. 2019).

Abbildung 1.7: Beispielhafte Darstellung unterschiedlicher Fehlerszenarien und die Möglichkeit einer korrekten Fehleridentifizierung

Welle	Anzahl Kinder	Befragten-ID	Haushalts-ID	Familien-ID	Kind-ID	Anzahl Teilnahmewellen Eltern	Häufigkeit Kind-ID	Unstimmigkeit
4	1	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	3	2	ja
5	1	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-02	3	1	ja
6	1	DE-123456-01	DE-123456-A	123456	123456-1984-01	3	2	ja
2	1	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	4	2	ja
4	1	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1975-02	4	2	ja
5	1	DE-654321-02	DE-654321-A	654321	654321-1975-02	4	2	ja
6	1	DE-654321-01	DE-654321-A	654321	654321-1976-02	4	2	ja
5	1	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	3	2	ja
6	1	DE-321456-01	DE-321456-A	321456	321456-1990-01	3	2	ja
6	1	DE-321456-02	DE-321456-B	321456	321456-1991-01	3	1	ja
4	2	DE-142536-01	DE-142536-A	142536	142536-1967-01	2	2	nein
4	2	DE-142536-01	DE-142536-A	142536	142536-1970-02	2	1	ja
6	2	DE-142536-01	DE-142536-A	142536	142536-1967-01	2	2	nein
4	2	DE-362514-01	DE-362514-A	362514	362514-1989-02	5	1	ja
4	2	DE-362514-01	DE-362514-A	362514	362514-.-01	5	1	ja
5	2	DE-362514-02	DE-362514-A	362514	362514-1988-02	5	1	ja
5	2	DE-362514-02	DE-362514-A	362514	362514-1989-01	5	1	ja
6	1	DE-362514-01	DE-362514-A	362514	362514-.-02	5	1	ja
5	1	DE-456321-01	DE-456321-A	456321	456321-1952-02	2	2	nein
6	1	DE-456321-02	DE-456321-A	456321	456321-1952-02	2	2	nein

Anm.: Fall 1: Unterschiedliche Angaben von Geschlecht und/oder Alter des Kindes der Befragten. Fall 2: Unterschiedliche Anzahl angegebener und im Datensatz vorhandener Kinder. Fall 3: Uneindeutige und nicht nachvollziehbare Angaben. Fall 4: Korrekte Datenangaben.)

4) *Aktualisierung der Daten über die Befragungswellen hinweg:* Nun werden die Merkmale der Kinder über die Befragungswellen hinweg aktualisiert. Fehlende Angaben in der Analysewelle (hier: Welle 6), die dadurch entstanden sind, dass sich keine Veränderungen zur Vorwelle ergeben haben, können hierdurch ergänzt werden. Eine Besonderheit stellen dabei die Bildungsinformationen dar. Diese wurden in den Befragungswellen 1, 2 und 4 unterschiedlich kategorisiert erfasst als in den darauf folgenden Befragungswellen. Sie werden daher zunächst vereinheitlicht und anschließend – ebenso wie alle weiteren Merkmale der Kinder – innerhalb der Kinderbeobachtungen über die Befragungswellen fortgeschrieben. Die Angaben werden dabei auf Plausibilität geprüft.⁴⁰

Abschließend werden nur die Beobachtungen aus Befragungswelle 6 behalten und die vorliegenden Kinderbeobachtungen auf den/die Partner/in des befragten Elternteils übertragen (vgl. Fußnoten 29 und 35). Der nun vorliegende Datensatz enthält die aktualisierten Kinder-

⁴⁰ Die Bildung der Kinder wird nur bis zu einem bestimmten Alter (Schulbildung: bis 22 Jahre; Aus- und Weiterbildung: bis 32 Jahre) nacherhoben. Wurde die Bildung eines Kindes trotz jungen Alters fälschlicherweise in Folgewellen nicht nacherhoben und befand es sich in der Ersterhebung noch in der Schule (kein Schulabschluss) oder in Ausbildung (kein Ausbildungsabschluss), wird dieser Wert nicht für die aktuelle Welle übernommen, da nicht davon ausgegangen werden kann, dass dies weiterhin einen validen Wert darstellt. Es ist außerdem anzumerken, dass in den deutschen SHARE-Datensätzen der fünften Befragungswelle keinerlei Daten zu Ausbildungsabschlüssen vorliegen. Schuld daran ist vermutlich ein Fehler im Datenbereitstellungsprozess, der bis dato nicht behoben werden konnte. Auch im aktuellen Release (8.0.0) stehen die Daten nicht vollständig bereit.

Informationen für die in Welle 6 Befragten. Dieser Datensatz wird für die empirischen Analysen entsprechend weiter aufbereitet, wobei für Aufsatz 2 wieder eine Umwandlung auf Eltern-Ebene erfolgt, für Aufsatz 3 hingegen auf der Kinder-Ebene verblieben wird und eine Einschränkung auf nur ein Elternteil erfolgt. Die spezifische Weiterverwendung des Datensatzes ist in den einzelnen Aufsätzen detaillierter dargestellt.

1.4 Beitrag der Dissertation

Die vorliegende Dissertation setzt sich aus zwei noch unveröffentlichten Arbeitspapieren (Kapitel 2 und Kapitel 4) sowie einem veröffentlichten Zeitschriftenartikel (Kapitel 3) zusammen (vgl. Tabelle 1.1). Der veröffentlichte Beitrag ist in einer internationalen und interdisziplinären Zeitschrift publiziert, die grundständig in der Gerontologie verortet ist und fachübergreifend Aufsätze zu Themen mit Bezug zu Alter und Gesundheit abdruckt.

Tabelle 1.1: Übersicht über die Beiträge, Eigenanteile und Gewichtungen

Kapitel	Zeitschrift	Impact Factor 2021 ^a	5-Jahres-Impact Factor ^a	Eigenanteil	Gewichtung ^b	Faktor ^c
2	Working Paper			100%	1,0	1
3	Journal of Aging and Health	2,609	3,395	100%	2,0	2
4	Working Paper ^d			100%	1,0	1
Total						4

^a Quelle: Clarivate (2022).

^b Für die Gewichtungsfaktoren vgl. Betreuungsvereinbarung.

^c Laut Betreuungsvereinbarung ist in der Totale ein Faktor > 3 im Rahmen einer Dissertation zu erbringen.

^d Aktuell im Reviewverfahren der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie.

Die drei empirischen Beiträge wenden sich der Pflegesituation in Deutschland zu. Im ersten Aufsatz werden zunächst deskriptiv informelle Pflegearrangements aus der Perspektive der Pflegebedürftigen sowie der Pflegenden anhand der für alle Analysen verwendeten SHARE-Daten dargestellt. Die zwei nachfolgenden Beiträge sehen sich anschließend zwei Kernproblematiken sozialer Ungleichheit im Bereich der Pflege genauer an. Auf der Ebene der *Pflegebedürftigen* wird im zweiten Beitrag das bestehende Wissen zu den Determinanten der Inanspruchnahme staatlicher Pflegeleistungen vertieft durch die Überprüfung zweier moderierender Faktoren: der Netzwerkposition der Pflegeperson sowie des Bildungskapitals der Pflegeperson. Im dritten Beitrag wird schließlich auf der Ebene der *Pflegepersonen* geprüft, inwiefern nicht nur Merkmale der Pflegepersonen selbst, sondern auch Merkmale ihres sozialen Kontexts darauf wirken, ob bzw. wie viel elterliche Pflege übernommen wird. Der dazu existierende lückenhafte Forschungsstand wird damit inhaltlich durch die umfassende Prüfung

zahlreicher Einflussfaktoren, und methodisch durch Verwendung einer Analysemethode ergänzt, welche die unterschiedlichen Wirkebenen dieser potenziellen Einflussfaktoren adäquat berücksichtigt.

1.4.1 Aufsatz 1: Pflegebedarf und Pflegebereitstellung in Deutschland – Eine Betrachtung der Pflegesituation in Deutschland mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Informelle Pflegearrangements stellen die Grundlage des deutschen Pflegesystems dar, ohne sie wäre eine ausreichende Versorgung der Pflegebedürftigen nicht möglich. Ihre große Bedeutung spiegelt sich indes kaum in der Darstellung ihrer Ausgestaltung wider: umfassende Beschreibungen der diversen Pflegebeziehungen von Pflegebedürftigen und Pflegenden gibt es nur wenig. Dabei ist eine umfängliche Betrachtung der erhaltenen und geleisteten Pflege im privaten Raum unerlässlich, um adäquate politische Maßnahmen für den Erhalt und die Stärkung informeller Pflegenetzwerke zu planen und umzusetzen. Bisherige Studien weisen dabei jedoch Schwächen auf. Teilweise schließen sie in ihrer Betrachtungsweise an die der amtlichen Pflegestatistik an und berichten ausschließlich Pflegearrangements der offiziell erfassten Pflegebedürftigen (u.a. Schneekloth et al. 2017; Bestmann et al. 2014). Teilweise können sie nur die Bedingungen und Aspekte der Pflegearrangements von Hauptpflegepersonen darstellen (u.a. Klaus & Tesch-Römer 2017; Runde et al. 2009).

Der erste empirische Aufsatz der Dissertation setzt an dieser unzureichenden Darstellung an und beschränkt sich bei der Beschreibung der Pflegearrangements nicht auf Hauptpflegepersonen von Leistungsbezieher/innen der Pflegeversicherung, sondern bezieht alle Personen, die in Zusammenhang mit vorhandenen Pflegearrangements genannt werden, mit ein. Das ist möglich, weil Befragte im SHARE-Fragebogen bis zu sieben Personen innerhalb sowie außerhalb ihres Haushalts angeben können, von denen sie Unterstützung erhalten oder für die sie Unterstützung leisten. Für die Analyse können Befragte dadurch in verschiedene Pflegerollenstatus – Pflegenden, Pflegebedürftige, ohne Pflegekontext – eingeteilt und informelle Pflegearrangements aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Zusätzlich kann die Gruppe pflegender Befragter darin unterschieden werden, ob sie selbst Unterstützung erhalten oder nicht.

Die Ergebnisse sind im Einklang mit den bisherigen Befunden, dass Frauen umfassender Pflege leisten und pflegeintensivere Aufgaben übernehmen als Männer und dass körperliche Pflege insbesondere von familiären Pflegepersonen geleistet wird. Zusätzlich können jedoch zwei wesentliche weitere Punkte herausgearbeitet werden: Erstens scheinen Freunde und Nachbarn

als nicht-familiäre Unterstützungspersonen zumindest als Nebenpflegepersonen erhebliche Relevanz zu besitzen. Hier eröffnet sich möglicherweise weiteres Pflegepotenzial, das bei der Kalkulation der pflegerischen Versorgungssituation bisher übersehen wurde. Zweitens zeigt sich, dass pflegende Frauen, die selbst Unterstützung erfahren, durchschnittlich in höherem Umfang erwerbstätig sind als pflegende Frauen, die ohne Hilfe auskommen müssen. Obwohl diese Erkenntnis zunächst trivial erscheint, verweist sie auf bestehende Forschungslücken: ob und inwiefern pflegende Angehörige ihrerseits unterstützt werden, wird bisher vorrangig in Studien erfasst, die das soziale Netzwerk als Mediator für den Einfluss der Pflegearbeit auf die mentale Gesundheit der Pflegenden heranziehen (Thielemann & Conner 2009; Sörensen & Conwell 2011; Tang et al. 2015). Bestätigt sich ein derartiger Zusammenhang auch für die Erwerbsbeteiligung pflegender Personen, könnten sich daraus politische Implikationen zur Vereinbarkeit von Erwerbs- und Pflegearbeit ableiten lassen.

1.4.2 Aufsatz 2: Bridge or Barrier? The Impact of Network Capital on the Receipt of Long-Term Care Services in Germany

Faktoren für die Inanspruchnahme von formalen Pflegeleistungen werden sowohl als eigenständige Determinanten als auch in Bezug auf die Entstehung und Veränderungen von Pflegearrangements insbesondere in der gerontologischen Forschung seit Jahrzehnten untersucht (u.a. Tennstedt et al. 1990; Logan & Spitze 1994; Geerlings et al. 2005; Paraponaris et al. 2012). Interaktionen zwischen den herausgearbeiteten Faktoren wurden indes bisher kaum analysiert. An dieser Forschungslücke setzt der zweite empirische Beitrag dieser Dissertation an, indem er die Wechselwirkung zwischen dem Grad der gesundheitlichen Einschränkungen und dem vorhandenen Netzwerkkapital von pflegebedürftigen Personen untersucht. Spezifisch wird dabei zum einen der Einfluss der Netzwerkposition der Pflegeperson, zum anderen der Einfluss des Bildungskapitals der Pflegeperson auf den Zusammenhang von Pflegebedürftigkeit und Inanspruchnahme von formellen Pflegeleistungen geprüft.

Statt des vielfach herangezogenen Andersen-Newman-Modells (Andersen & Newman 1973)⁴¹ greift der Beitrag zur Erklärung der vermuteten Zusammenhänge auf die Netzwerktheorie von Granovetter (1973) sowie die Kapitaltheorien von Coleman (1988) und Bourdieu (1983) zurück. Angenommen wird zum einen, dass weiter entfernte Netzwerkmitglieder sowohl aufgrund ihrer geringeren Überschneidung mit der Lebenswelt der pflegebedürftigen Person als auch einer schwächer ausgeprägter Reziprozitätsnorm schneller eine Brücke zu formalen Pflegeleistungen herstellen, weil sie selbst keine (intensive) Pflege leisten möchten und mangelndes Wissen der pflegebedürftigen Person um staatliche Unterstützungsleistungen ausgleichen können. Zum anderen sollten Pflegepersonen mit hoher Bildung nicht nur kompetenter im Umgang mit bürokratischen Prozessen sein und daher die notwendige Antragstellung für formelle Pflegeleistungen leichter bewältigen, sondern auch ob ihrer höheren Opportunitätskosten schneller (d.h. auch schon bei geringer Pflegelast) darauf zugreifen.

Die empirische Analyse erfolgt wieder mit Daten des SHARE (Release 7.0.0, Welle 6, Deutschland), die Befragten stellen diesmal die Hauptbeobachtungen als potenziell pflegebedürftige Personen dar. Zur Prüfung der beiden Moderationen wird das Analysesample auf Befragte mit einer Pflegeperson eingeschränkt. Da außerdem im SHARE bildungsbezogene Informationen nur für Partner/innen und Kinder der Befragten – hier kommt der eigens erstellte Kinderdatensatz (s. Abschnitt 1.4) zum Einsatz – erhoben werden, reduzieren sich die Fallzahlen in beiden Analyseschritten deutlich. Zur Schätzung der Effekte werden Firth-Logit-Modelle mit entsprechenden Interaktionstermen verwendet.

Die Ergebnisse zeigen, dass zwar der Grad der Pflegebedürftigkeit signifikant positiv auf den Erhalt staatlicher Pflegeleistungen wirkt, die Netzwerkposition der Pflegeperson sowie deren

⁴¹ Eine Vielzahl der empirischen Studien zur Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen nutzt das Andersen-Newman-Modell als theoretische Grundlage. Im ursprünglichen Modell stellt die abhängige Variable die Nutzung einer bestimmten Dienstleistung dar. Die verschiedenen unabhängigen Faktoren werden in einem konzeptionellen Rahmen organisiert, der zwischen gesellschaftlichen Determinanten (Makro-Ebene), Meso-Determinanten (Gesundheitssystem) und individuellen Determinanten (Mikro-Ebene) unterscheidet. In bisherigen Untersuchungen wurden allerdings üblicherweise nur Faktoren der Mikro-Ebene in die Analyse miteinbezogen. Auf der Mikro-Ebene kategorisierten Andersen und Newman individuelle Merkmale in 1) die *Prädisposition* einer Person, formale Pflegedienste in Anspruch zu nehmen (z.B. Alter, Geschlecht, Bildung, Einstellung zu Gesundheitsleistungen), 2) die *Möglichkeit*, diese Dienste zu nutzen (z.B. Einkommen, Krankenversicherung, Wohngegend), und 3) den *Gesundheitszustand* einer Person, der den Pflegebedarf widerspiegelt (z.B. aufgrund von Einschränkungen, Beschwerden oder Diagnosen) (Andersen & Newman 1973: 106-111). Die Zuordnung einzelner Faktoren zu verschiedenen erklärenden Untergruppen als theoretisches Modell zu nutzen ist jedoch aus zwei Gründen unzulänglich: Erstens stellt das vermeintliche Modell mehr ein begriffliches Organisationskonzept als ein echtes theoretisches Erklärungsmodell dar (vgl. auch Crets 1996). Zweitens lässt es mögliche Interaktionseffekte zwischen den Faktoren unberücksichtigt. Diese werden im vorliegenden Aufsatz explizit geprüft.

Bildungskapital jedoch keinen signifikanten Einfluss auf diesen Zusammenhang haben. Tendenziell deutet sich an, dass pflegende Familienmitglieder mit niedrigerer Bildung eher eine Brücke zu formalen Pflegeleistungen bilden. Mit den für die Analyse verwendeten Daten können allerdings nur direkt gezahlte finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung an die pflegebedürftigen Personen als Proxy für die Inanspruchnahme von formellen Pflegeleistungen abgebildet werden. Nehmen Befragte Sachleistungen – d.h. ambulante Pflege durch einen professionellen Pflegedienst, der die Kosten direkt mit der Pflegekasse abrechnet – in Anspruch, ist das nicht erfasst. Untersuchungen weisen jedoch darauf hin, dass sozioökonomisch stärkere Haushalte Pflege wahrscheinlicher auslagern (Hielscher et al. 2017). Die Ergebnisse sollten daher mit geeigneteren Daten überprüft werden.

1.4.3 Aufsatz 3: Warum pflegst *du*? Der Einfluss des familialen Kontexts auf die Übernahme elterliche Pflege und die Rolle des Geschlechts

Determinanten für die Übernahme elterlicher Pflege durch Kinder sind sowohl qualitativ als auch quantitativ bereits zahlreich analysiert worden (u.a. Brody & Schoonover 1986; Sarkisian & Gerstel 2004; Leopold et al. 2014), Untersuchungen zum familiären Kontext wurden hingegen bisher deutlich seltener durchgeführt und sind insbesondere mit deutschen Daten nicht vorhanden. Obwohl Geschlecht ein relevanter Ungleichheitsfaktor in der Pflege ist, verzichten außerdem viele empirische Studien auf eine tiefere Analyse von Geschlechterverhältnissen und -beziehungen in der Pflege, und verwenden Geschlecht vorwiegend als „statistisch-demographisches Unterscheidungsmerkmal und nicht als fundamentales gesellschaftliches Organisationsprinzip“ (Backes et al. 2008: 22).

Der dritte empirische Beitrag der Dissertation schließt an diese Forschungslücke an, indem er nicht nur die individuellen Faktoren eines Kindes auf dessen elterliche Pflegezeit untersucht, sondern die kontextuellen Faktoren – die zum einen die Geschwister, zum anderen das zu pflegende Elternteil umfassen – in die Analyse mit einbezieht. Dabei wird dem Geschlecht eine bedeutende Rolle zugewiesen und dieses in der Wechselwirkung zwischen Pflegenden, Pflegebedürftigen und Pflegekontext untersucht.

Der grundlegende Gedanke hinter der Annahme, dass der soziale Kontext Einfluss auf die Entscheidungen und das Handeln von Individuen hat, besteht darin, dass diese in Wechselwirkung mit ihrem sozialen Kontext stehen. In diesem Sinne wirkt nicht nur der soziale Kontext auf die Individuen ein, sondern auch der Kontext – also die sozialen Gruppen, zu denen ein Individuum gehört – wird wiederum von den ihn generierenden Individuen geformt und

verändert (Hox 2010: 1; Hox & Roberts 2011: 5).⁴² Kinder einer Geschwistergruppe werden daher nicht nur durch die Geschwistermerkmale und deren Zusammensetzung in ihren individuellen Einstellungen, Verhaltensweisen, Handlungen und Entscheidungen beeinflusst – bspw. könnten Brüder einen anderen Einfluss haben als Schwestern und ältere Geschwister eine andere Wirkung als jüngere –, sie wirken selbst auf ihre Geschwister zurück. Das tun sie, indem sie beispielsweise älteres Geschwisterkind *sind*, aber auch durch ihnen zugehörige Merkmale. So könnte z.B. eine größere Wohndistanz zu den Eltern dazu führen, dass die anderen Geschwister ebenfalls eine große Wohndistanz zu den Eltern herstellen oder, im Gegenteil, sich nicht allzu weit von den Eltern entfernen – eine im Fall der elterlichen Pflegebedürftigkeit durchaus relevante Überlegung. Die kontextuelle Informationsvermittlung muss dabei nicht unbedingt in persönlichen Interaktionen stattfinden, sondern kann auch durch die Interpretation von Aussagen und Handlungen der Geschwister, und darüber hinaus im Kontext von politischen Regelungen oder medialer Berichterstattung erfolgen (Braun et al. 2010: 3).

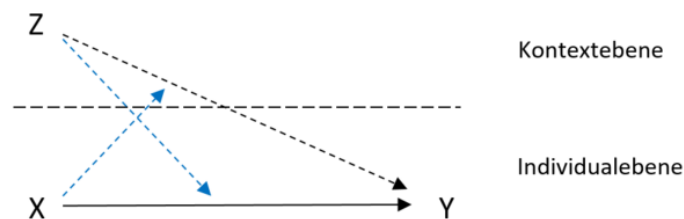
Wenn Beobachtungen als Untersuchungseinheiten auf einer Analyseebene in Beobachtungen einer anderen Analyseebene eingebettet sind, spricht man von einer Hierarchie in den Daten. Im vorliegenden Beitrag besteht das hierarchische Verhältnis darin, dass Kinder von pflegebedürftigen Personen innerhalb ihres Geschwisternetzwerks untersucht werden. Die Kinder tragen als Individuen unterschiedliche Merkmale mit sich (etwa Geschlecht, Anzahl der eigenen Kinder, Erwerbs- und Partnerstatus) und sind gleichzeitig in ein Geschwisternetzwerk eingebettet, das wiederum durch eigene Merkmale charakterisiert wird (z.B. in der Zusammensetzung aus Brüdern und Schwestern, einer unterschiedlichen Anzahl an Geschwistern, Charakteristika des gemeinsamen Elternteils). Die adäquate Analyse solcher hierarchischer Daten ist mit Mehrebenenanalysen⁴³ möglich, mit denen nicht nur direkte Effekte der Individual- und der Kontextebene, sondern auch etwaige Interaktionen zwischen

⁴² Es gibt zahlreiche Definitionsvorschläge für den Begriff „Kontext“ (für einen Überblick s. u.a. Friedrichs & Nonnenmacher 2014). Im vorliegenden Aufsatz ist die Familie als sozialer Kontext gemeint; der gesellschaftliche Rahmen, in dem diese stattfindet, wird allerdings ebenfalls als wirkmächtiger Kontext miteinbezogen.

⁴³ Mehrebenenanalysen rangieren sowohl in den unterschiedlichen Ansätzen der statistischen Modellierung als auch in unterschiedlichen Fachrichtungen unter einer Vielzahl von Bezeichnungen. Während das klassische Buch von Raudenbush & Bryk (2010) zur Einführung in die Mehrebenenanalyse den Titel „hierarchical linear models“ trägt, wird in der Agrarwissenschaft, der Biologie und der Medizin häufig von „models for clustered data“ gesprochen, wobei beide Bezeichnungen auf die hierarchische Datenstruktur und nicht auf die sukzessive Erweiterung des Regressionsmodells um neue Prädiktoren referieren (vgl. Windzio 2017). Statistiker bezeichnen Mehrebenenmodelle hingegen vorwiegend als „mixed models“, was sich darauf bezieht, dass diese sowohl eine feste Komponente („fixed effects“) als auch zufällige Effekte („random effects/coefficients“) enthalten (ein zentraler Punkt in der Mehrebenenanalyse). Die Ökonometrie und die Längsschnittforschung schließen schließlich schließen daran an und sprechen von „fixed effects“, „random effects“ und „random coefficient“ Modellen (vgl. Windzio 2017). Zwischen den jeweiligen Modellierungen gibt es feine Unterschiede, die Ähnlichkeiten sind jedoch größer (Hox & Roberts 2011: 4).

den Ebenen untersucht werden können (vgl. Abbildung 1.8).

Abbildung 1.8: Schema eines Mehrebenenmodells mit Cross-Level-Interaktionen



Anm.: Blaue Pfeile stellen Cross-Level-Interaktionen dar.
Quelle: Eigene Darstellung

Die empirische Analyse stützt sich wiederum auf deutsche Daten des SHARE (Release 7.0.0, Welle 6), wobei diese nun nicht mehr auf der Ebene der befragten Personen stattfindet – welche in der Analyse die potenziell zu pflegenden Elternteile darstellen –, sondern auf die Ebene der Kinder der befragten Personen – als Pflegepersonen ihrer Eltern – wechselt.

Obwohl das Geschlecht in der überwiegenden Zahl der Forschungspapiere als ein zentraler Aspekt von Fürsorgearbeit und Fürsorgebeziehungen diskutiert wird, finden sich in der vorliegenden Analyse kaum Hinweise darauf, dass familiäre Pflegearrangements durch das Geschlecht der pflegebedürftigen Person oder das ihrer potenziellen Pflegeperson beeinflusst werden. Das kann mehrere Gründe haben: Erstens werden im SHARE Pflegeaufgaben nicht auf „typisch weibliche“ Bereiche beschränkt, sondern auch Unterstützung bei Gartenarbeiten, Reparaturen, Erledigungen und Einkäufen, sowie Schreibarbeiten erfasst. Diese umfassende Erhebung macht möglicherweise die Hilfe von Söhnen sichtbarer, weil sie diese Arbeiten wahrscheinlicher und/oder häufiger übernehmen. Zweitens können durch die Form der Erhebung nicht nur Haupt-, sondern auch Nebenpflegepersonen der Befragten erfasst werden. Auch dadurch wird möglicherweise der männliche Anteil bei der Pflege der Eltern deutlicher. Hinzu kommt drittens, dass sich Männer Studien zufolge zunehmend an familiären Pflegeaufgaben beteiligen (Geyer & Schulz 2014) und auch deutlich häufiger als Hauptpflegeperson fungieren als noch vor einigen Jahren (Schneekloth et al. 2017).

Insgesamt zeigt die Mehrebenenanalyse nur wenige signifikante Ergebnisse, verweist allerdings durchaus auf die Bedeutung der Geschwister bei der elterlichen Pflegeübernahme eines Kindes. Möglicherweise können Netzwerkanalysen den bisherigen Wissensstand zu Aushandlungsprozessen zur Pflege der Eltern zwischen Geschwistern erweitern und vertiefen.

1.5 Schlussbetrachtung

Der gesellschaftliche Bedarf an Pflege ist angesichts des demografischen Wandels, gesteigener Erwerbstätigkeit von Frauen und veränderter privater Lebensformen kontinuierlich gewachsen und wird auch zukünftig weiter ansteigen. Während die Bevölkerung durch bessere medizinische Versorgung und Lebensbedingungen immer älter wird, bleibt die Geburtenrate seit Jahrzehnten konstant niedrig und dürfte angesichts der fortschreitenden Bildungs- und Erwerbstätigkeitsexpansion insbesondere von Frauen auch in den nächsten Jahren kaum ansteigen. Grund dafür sind nicht zuletzt die politischen Strukturen, die eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie weiterhin nur eingeschränkt ermöglichen. Angesichts dieser Entwicklung ist es unabdingbar, die möglichen Pflegekonstellationen (privat vs. staatlich), ihre Bedingungen und Auswirkungen, aber auch die damit zusammenhängenden Wirkmechanismen zu untersuchen. Pflege ist eng mit sozialer Ungleichheit assoziiert, die sich sowohl in der Teilhabe (Zugang zu Pflegeleistungen) als auch in der Verteilung (Übernahme von Pflege) manifestiert, und die sich in fortwährenden und generationenübergreifenden Prozessen perpetuieren kann. Ein fundamentales Verständnis der zugrundeliegenden Mechanismen stellt die erforderliche Grundlage angemessener politischer Entscheidungsprozesse dar, und das nicht nur im direkten Bezug auf das Pflegesystem, sondern ebenfalls in Bezug auf die dazu angrenzenden und gesellschaftlich mit Pflege verflochtenen Bereiche von Familie, Bildung und Arbeitsmarkt.

1.5.1 Inhaltliche Rückbindung an den Forschungsstand

Die vorliegende Dissertation hat spezifische Aspekte des Zustandekommens und der Ausgestaltung informeller Pflegearrangements sowie deren Einfluss auf die Inanspruchnahme staatlicher Pflegeleistungen untersucht. Dabei wurde sowohl an inhaltliche als auch an forschungsmethodische Defizite bisheriger Studien angeschlossen, welche Wechselwirkungen zwischen den Bedingungsfaktoren für das Zustandekommen und die Ausgestaltung informeller Pflegearrangements sowie zwischen der individuellen und kontextuellen Ebene in ihren Analysen überwiegend nicht berücksichtigt haben.

Entgegen den theoretischen Erwartungen konnten allerdings weder ein signifikanter moderierender Einfluss der Pflegeperson und ihres Bildungskapitals auf die Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen noch signifikante Wechselwirkungen zwischen dem Geschlecht eines Kindes, dem seiner Geschwister und dem des zu pflegenden Elternteils bei der Ausgestaltung informeller Pflegearrangements festgestellt werden. Bestätigt wurden indes einige bereits nachgewiesene Zusammenhänge: mit steigender Anzahl gesundheitlicher Beeinträchtigungen ist auch die Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen wahrscheinlicher

und eine geringe Wohndistanz zwischen Eltern und Kind korreliert positiv mit der Pflegezeit eines Kindes.

Deutlich wurde derweil bei allen durchgeführten Analysen, dass die Datengrundlage zur Erforschung informeller Pflegearrangements, auch im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen, bisher noch unzureichend ist (vgl. auch Abschnitt 1.3). So ist beispielsweise schon die Abfrage zum Erhalt formeller Pflegeleistungen interpretationsbedürftig: Im SHARE-Fragebogen werden sowohl etwaige finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung als einer von unterschiedlichen „Einkommensströmen“ der Haushalte, als auch die Inanspruchnahme diverser Pflegeleistungen (häusliche Pflege, Hilfe im Haushalt, Essen auf Rädern, sonstige Hilfen) professioneller Pflegedienste, abgefragt. Es fehlt jedoch eine eindeutige Spezifizierung, in welchem Rahmen die finanziellen Leistungen erhalten werden (als pflegebedürftige oder als pflegende Person) bzw. wer für die Pflegeleistungen bezahlt (die pflegebedürftigen Befragten bzw. ihre Angehörigen oder die Pflegekasse). Es liegt dann im Ermessen der Forscher/innen, wie sie mit einem derartigen Interpretationsspielraum umgehen.⁴⁴

Derartige Unschärfen, aber auch unterschiedliche Definitionen bei der Untersuchung von Pflegearrangements, schränken die Vergleichbarkeit der Ergebnisse unterschiedlicher Studien erheblich ein. Problematisch ist ebenso, dass viele sozialwissenschaftliche Surveys und Studien das Familien- und Geschlechtermodell der Pflegeversicherung reproduzieren, indem sie deren Konzepte und Definitionen zu Pflegebedarf und Pflegepersonen verwenden und auf eine detailliertere Betrachtung von Art und Umfang der geleisteten Pflege sowie der daraus entstehenden privaten Pflegearrangements verzichten (Backes et al. 2008). Dazu gehört auch der Fokus auf lediglich eine Hauptpflegeperson und auf tendenziell weiblich konnotierte Aufgabenbereiche, weil damit der Pflegebeitrag von Männern in der häuslichen Pflege unterschätzt wird, die häufig als Nebenpflegepersonen mit nicht intuitiv pflegeassoziierten Tätigkeiten auftreten.

⁴⁴ Geldleistungen der Pflegeversicherung werden grundsätzlich an die pflegebedürftigen Antragsteller/innen ausgezahlt. Es ist allerdings möglich, auch eine direkte Überweisung der Leistungen an eine Pflegeperson zu veranlassen. Für die empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit wurde die Annahme getroffen, dass Befragte, die finanzielle Leistungen der Pflegeversicherung angaben, diese als Pflegebedürftige und nicht als Pflegeperson erhalten. Außerdem wurden in Anspruch genommene Leistungen professioneller Pflegedienste nicht als formelle Pflegeleistungen in die Analysen aufgenommen, da die Finanzierungsquelle der Leistungen nicht eindeutig nachvollziehbar ist und die Untersuchungen explizit auf staatliche Leistungen und nicht auf professionelle Pflege referieren.

Dass Nebenpflegepersonen allerdings durchaus bedeutsam sind, haben die empirischen Analysen der vorliegenden Arbeit gezeigt: Zum einen wird im Einklang mit bisherigen Befunden deutlich, dass häufig nicht nur eine, sondern mehrere Personen an der Pflege beteiligt sind. Dabei muss es sich nicht ausschließlich um Familienmitglieder handeln; insbesondere Freunde und Nachbarn werden häufig als Teil von Unterstützungsnetzwerken genannt. Sie stellen damit möglicherweise eine bisher übersehene Pflegeressource dar. Zum anderen hat die Analyse zum Einfluss des Geschwisterkontexts auf die Pflegezeit eines Kindes ergeben, dass die Beteiligung der Geschwister bei der Pflege der Eltern die individuelle Pflegezeit erhöht. Geschwister schultern demzufolge die elterliche Pflegelast gemeinsam, selbst wenn sich dabei eine Hauptpflegeperson herauskristallisiert. Wenn Pflegearrangements aber mehrheitlich nicht nur eine Pflegeperson beinhalten, sondern aus einem Pflegenetzwerk an Pflegepersonen bestehen, muss die Forschung hier deutlich genauer hinsehen: Wie organisieren sich mehrere Pflegepersonen, welche kontextuellen Faktoren führen zu einer verstärkten oder verringerten Beteiligung bei der Pflege, wie wirkt sich das ökonomische und kulturelle Kapital der Pflegepersonen *im Zusammenspiel* auf die Inanspruchnahme formeller Pflegeleistungen aus? Für die Beantwortung solcher Fragen ist die bisherige Datenlage – auch und vor allem im deutschsprachigen Raum – sowohl hinsichtlich ihres Umfangs als auch ihrer inneren Struktur nicht ausreichend. Entsprechend existiert insgesamt ein zu geringer Forschungsstand in Deutschland mit detaillierten und tiefergehenden Analysen bei der Betrachtung informeller Pflegearrangements. Das gilt auch für den Wissensstand bezüglich der Bedeutung sozioökonomischer Faktoren für den Zugang zu formellen Pflegeleistungen, der jedoch grundlegend für das Erkennen von Ungleichheiten in den Pflegestrukturen ist (Bauer & Büscher 2008).

Die Mehrzahl der Befragten im SHARE-Datensatz gibt keine oder nur geringe gesundheitliche Einschränkungen an. Möglicherweise selektieren sich – wie schon vermutet – stärker eingeschränkte Personen aus Umfragen hinaus, so dass der Datensatz vorwiegend gesündere Menschen als Beobachtungen enthält. Dieser Umstand ist für Forschungszwecke unbefriedigend und ihm sollte in erster Instanz begegnet werden, indem die Bereitschaft und Möglichkeit pflegebedürftiger und pflegender Menschen zur Teilnahme erhöht bzw. die Hürden dazu verringert werden.⁴⁵

Allerdings kann dieser Umstand auch ins Bewusstsein rufen, dass eine andere Perspektive

⁴⁵ Inwiefern schon bekannte Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft – Steigerung des Teilnahmenutzens, Senkung der Teilnahmekosten, Aufbau von Vertrauen (Krüger 2019) – hier genutzt bzw. ausgestaltet werden müssten, stellt möglicherweise erneut Forschungsbedarf dar.

möglich ist und zwar auf die vorgelagerten Prozesse von Pflege: Die Pflegequote stellt nicht nur den Anteil der pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung dar, sie verweist auch auf den gesundheitlichen Zustand der Bevölkerung (Nowossadeck et al. 2016). Pflegebedürftigkeit resultiert aus gesundheitlichen Einschränkungen und diese variieren systematisch mit dem sozioökonomischen Status von Personen (Richter & Hurrelmann 2009). Um Versorgungs- und Verteilungsungleichheiten in der Pflege zu reduzieren sowie gleichfalls den Anstieg des zukünftigen Pflegebedarfs zu drosseln, müssen die im Gesundheitssystem bestehende Ausrichtung auf Therapie und Nachsorge hin zur Vorbeugung von Krankheiten geändert, sowie Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung adressiert werden (Pohl-Boskamp 2010; Walter 2002). Tatsächlich wurde 2016 ein Präventionsgesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten in Pflegeeinrichtungen (sic!) verabschiedet. Während das Bundesministerium für Gesundheit den Präventionsgedanken in der Begründung damit folgerichtig ausgeführt hat, wurde er in der gesetzlichen Ausarbeitung der Pflegebedürftigkeit mitnichten zeitlich vorgelagert (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

1.5.2 Politische Implikationen der Pflegesituation in Deutschland

Die künftigen Herausforderungen in der Pflege können mit der derzeitigen Logik des Pflegesystems in Deutschland nur gelöst werden, wenn die Tragfähigkeit der häuslichen Pflege sichergestellt wird. Um das zu erreichen, müssen insbesondere die familiären und sozialen Netzwerke gestärkt und in ihrer Bereitschaft und Möglichkeit unterstützt werden, privat Pflege zu leisten (Güntert & Thiele 2008). Pflegende können ihrer Pflegeverantwortung besser nachkommen, wenn sie Pflegebeziehungen auf einer gesellschaftspolitischen Basis eingehen können, die ihnen die Entscheidung über den Umfang und die Form ihrer Pflegearbeit ermöglicht (vgl. Rummery 2011: 148; zitiert in Rummery & Fine 2012: 329).

So zeigen beispielsweise Studien, dass flexiblere Arbeitsmodelle der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit – analog zur Betreuung von Kindern – entgegenkommen, und sowohl Söhne als auch Töchter sich stärker in der Pflege der Eltern engagieren (können) und weniger Stress dabei empfinden, wenn sie sich ihre Arbeitszeit frei einteilen können (Harris & Bichler 1997). Merrill (1993) und Matthews et al. (1989) weisen darauf hin, dass erwerbstätige Personen nicht unbedingt weniger Pflegeverantwortung übernehmen, sondern vielmehr Aufgaben, die auch abends und am Wochenende erledigt werden können. Personen mit flexiblen Arbeitszeiten könnten Pflegeaufgaben besser einplanen als Personen mit starren

Anwesenheitszeiten.⁴⁶ Neben dem Anspruch auf familienbedingte Fehlzeiten, unternehmensinterne Beratungs- und Austauschangebote, eine stärkere zeitliche Integration von Fortbildungs- und Vernetzungsangeboten in die Kernarbeitszeit („lunchtime seminars“) sowie von Unternehmen bereitgestellte Tageseinrichtungen für ältere Pflegebedürftige, ist der Wunsch nach flexiblen Arbeitszeiten bei pflegenden Erwerbstätigen entsprechend hoch (Scharlach & Boyd 1989). Ein Ausbau der Infrastrukturen, die die Vereinbarkeit von Pflege- und Erwerbsarbeit fördern und unterstützen, kann demnach ein Faktor sein, familiäre Pflegearrangements zu stärken und die Bereitschaft zur Pflege zu erhöhen. Dabei sollte nicht übersehen werden, dass adäquate Strukturen zur Kinderbetreuung diese Bereitschaft ebenfalls beeinflussen, wenn diese beiden Betreuungsnotwendigkeiten miteinander konkurrieren.

Insbesondere die plötzliche Konfrontation mit der Pflegeverantwortung scheint häufiger zu einer Erwerbsreduzierung zu führen als wenn Pflegende langsam in ihre Pflegerolle hineinwachsen können (Bestmann et al. 2014). Ein Grund dafür besteht möglicherweise darin, dass nicht genügend Zeit für die Auseinandersetzung mit den zur Verfügung stehenden Leistungsangeboten und die dafür erforderlichen bürokratischen Schritte besteht. Studien zeigen diesbezüglich, dass Pflegende nicht das Gefühl haben, umfassend über Pflegeleistungen informiert zu sein (Eggert et al. 2018; Bestmann et al. 2014; Schneekloth et al. 2017). Zwar ist eine Antragstellung in Deutschland insofern niedrigschwellig, als eine formlose Kontaktaufnahme mit der Pflegeversicherung ausreicht, um den Prozess der Antragstellung und Begutachtung für einen Pflegegrad zu initiieren. Ist an diesem Punkt allerdings schon unklar, mit welcher Stelle dafür Kontakt aufgenommen werden muss, oder dass die Möglichkeit, Pflegeleistungen zu erhalten, überhaupt existiert, bleibt selbst dieser vermeintlich einfache Weg einigen versperrt. Eine Verbesserung der Informationsvermittlung könnte beispielsweise erreicht werden, wenn a) Krankenkassen ihre Versicherten regelmäßig und eigeninitiativ mit Informationsmaterial zu Pflegeantrag und Pflegeleistungen, dem Pflegeantragsformular, einem Leitfaden für die Antragstellung sowie eine Übersicht über die Einschränkungen, die zur Inanspruchnahme von Pflegeleistungen berechtigen, versorgen, und b) Ärzt/innen, Kranken-, Pflege-, medizinisches und pharmazeutisches Personal strukturell und strukturiert geschult werden, ihre Patient/innen bzw. Kund/innen auf die Möglichkeit von Pflegeleistungen und entsprechende Beratungsstellen hinzuweisen. Ein erster Schritt in diese Richtung erfolgte mit

⁴⁶ Flexible Arbeitszeiten in Verbindung mit Fürsorgeverpflichtungen können allerdings auch und gerade zu einer Überlastung pflegender Personen führen, weil die Grenzen zwischen Arbeitszeit und Freizeit verschwimmen und möglicherweise Erwerbsaufgaben in den Abend- und Nachtstunden erledigt oder auf das Wochenende verschoben werden.

der Pflegereform 2021, indem seit deren Einführung auf die Möglichkeit von Pflegeberatungen bei der Beantragung zahlreicher Pflegeleistungen – nicht nur bei der initialen Beantragung eines Pflegegrades – aktiv hingewiesen werden soll (Allianz 2022).

Schließlich muss das Gesamtbild des Pflegesystems in den Blick genommen werden: Durch informelle Pflegearrangements und unbezahlte oder nur gering entlohnte Pflegekräfte werden zwar scheinbar staatliche Ausgaben eingespart, allerdings sind damit versteckte Kosten verbunden. Die negativen Gesundheitsauswirkungen bei Pflegenden, die Reduzierung oder Aufgabe ihrer Erwerbstätigkeit und die damit verbundenen Folgen des Armutrisikos und der sozialen Ausgrenzung, sind nicht ausschließlich individuelle Folgen, sondern wirken sich zusätzlich gesamtgesellschaftlich aus. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn sie zu einer erhöhten Nachfrage nach Leistungen der Gesundheitsversorgungen sowie Sozialleistungen führen (United Nations Economic Commission for Europe 2019). Hinzu kommen indirekte fiskalische Kosten, weil Steuerzahlungen und Sozialversicherungsbeiträge geringer ausfallen bzw. wegfallen (Geyer 2016a). Mit einer stärkeren Investition in die professionelle Pflege könnten eine höhere Erwerbsbeteiligung und eine Entlastung der informell Pflegenden erreicht werden. Zwar stieg die Anzahl der Pflegefachkräfte in den vergangenen Jahren leicht an, ein Großteil von ihnen ist allerdings in Teilzeitverhältnissen beschäftigt (Statistisches Bundesamt 2022f). Um die Zahl der professionellen Pflegekräfte weiter zu erhöhen, muss der Pflegeberuf – der sich bisher insbesondere durch eine große Arbeitslast mit geringer Entlohnung auszeichnet – attraktiver gestaltet werden. Die deutsche Bundesregierung versucht das mit der Konzertierte(n) Aktion Pflege (KAP), die die Pflegebedingungen – „mehr Ausbildung, mehr Personal, mehr Geld“ (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege 2022) – verbessern soll (Bundesministerium für Gesundheit 2021). Übersehen werden darf dabei nicht, dass die adäquate Entlohnung von Pflegekräften mit der zumutbaren Belastung an Pflegekosten für pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen abgewogen und entsprechend aufgefangen werden muss. Studien berichten, dass viele Pflegebedürftige und/oder ihre Angehörigen die Kosten für die ambulante Pflege trotz Leistungen der Pflegeversicherung nicht aufbringen können (Güntert & Thiele 2008). Sie greifen dann auf deutlich günstigere Pflegekräfte aus den überwiegend osteuropäischen Staaten zurück und beschäftigen diese illegal. Abgesehen von den kritischen Arbeitsumständen dieser Pflegekräfte (hohe Präsenz- und wenig Freizeiten, (sehr) niedriges Gehalt, keine Sozialversicherung (Güntert & Thiele 2008)), wirkt sich dieses Vorgehen auf den gesamten Arbeitsmarkt der Pflegeprofession negativ aus (Güntert & Thiele 2008). Zusätzlich entstehen globale Betreuungsketten („global care chains“ (Hochschild 2001)), die Geschlechterungleichheiten in den Herkunftsländern der ausländischen Pflegekräfte

verstärken können (für eine kritische Auseinandersetzung siehe neben Hochschild (2001) auch Kittay et al. (2005)). Trotz geringerer Kosten sind allerdings auch osteuropäische Pflegekräfte nur für sozioökonomisch stärkere Haushalte in Deutschland finanzierbar. Soziale Ungleichheitsstrukturen existieren damit nicht nur zwischen den Pflegehaushalten in Deutschland, sondern setzen sich – durch vorhandene Einkommensgefälle zwischen den Ländern und soziale Zwangslagen der ausländischen Pflegekräfte in ihrer Heimat (Emunds 2016) – transnational fort (Hielscher et al. 2017). Pflegepolitik ist damit mitnichten national beschränkt, sondern muss in ihrer Ausgestaltung Einflüsse globaler Ungleichheitsstrukturen berücksichtigen.

1.5.3 Limitationen und Forschungsdesiderata

Alle drei empirischen Beiträge der Dissertation haben für die Analyse die Daten des SHARE herangezogen. Durch die besondere Struktur der Daten ist es möglich, Befragte nicht nur sowohl als pflegebedürftige als auch als pflegende Personen zu identifizieren, sondern darüber hinaus einen umfassenden Datensatz zu ihren Kindern und deren Merkmalen zu generieren. Obwohl die SHARE-Daten damit für die Analyse von Pflegearrangements in Deutschland besser geeignet sind als andere zur Verfügung stehende Sekundärdatensätze, ist die Datenstruktur – wie bereits geschildert – zum einen teilweise nicht spezifisch genug für die Überprüfung der im Raum stehenden Hypothesen der vorliegenden Arbeit, zum anderen in der entsprechenden Aufbereitung sehr zeitintensiv und potenziell fehleranfällig. Die vorliegende Untersuchung ist daher als orientierende Untersuchung zu verstehen, an die weitere Studien mit elaborierteren Daten anschließen sollten. Dafür erforderlich ist die zielgerichtete Erhebung pflegespezifischer Daten, um die hohe Komplexität informeller Pflegearrangements, wie sie sich in der vorliegenden Untersuchung abzeichnet, zu analysieren.

Einen weiteren Anknüpfungspunkt für zukünftige Forschung stellt der Umstand dar, dass die für die Analysen verwendeten Daten aus dem Befragungsjahr 2015 stammen.⁴⁷ Pflegeleistungen wurden zu diesem Zeitpunkt noch nach der „alten“ Systematik zur Feststellung von Pflegebedürftigkeit gewährt, die 2017 mit der Einführung der Pflegestärkungsgesetze umgestellt wurde. In diesem Zuge wurden auch mehr Menschen anspruchsberechtigt. Vor diesem Hintergrund ist die Frage interessant, ob die Ergebnisse mit aktuellen Daten anders ausfallen würden.

⁴⁷ Die für die Analysen der vorliegenden Arbeit notwendigen Netzwerkvariablen wurden im SHARE nur in den Befragungswellen 4 (2011), 6 (2015) und 8 (2019/20) erhoben. Die Datensätze zur achten Befragungswelle wurden erst zur Mitte des Jahres 2021 veröffentlicht, so dass diese aufgrund der aufwändigen Datenaufbereitung nicht mehr genutzt werden konnten (s. auch Abschnitt 1.3).

Pflegearrangements sind qua der Natur der Pflegebedürftigkeit keine starren Gebilde, sondern wandeln sich angesichts des steigenden Unterstützungsbedarfs der pflegebedürftigen Person sowie der individuellen und strukturellen Bedingungen, denen (potenzielle) Pflegepersonen ausgesetzt sind, stetig (Davey et al. 2017). So passen sich beispielsweise wohnliche Gegebenheiten an, primäre Pflegepersonen wechseln, die Größe des Pflegenetzwerks und auch der geleistete Pflegeumfang verändern sich. Querschnittsanalysen können als Momentaufnahmen daher nur bedingt mögliche Ungleichheitsmechanismen in der Pflege erfassen und herausarbeiten. Dies gilt insbesondere, wenn kontextuelle Faktoren dabei kaum oder gar nicht berücksichtigt werden. Wer beispielsweise (aktuell!) Hauptpflegeperson ist (Partner, Kinder, Freunde?), welches Geschlecht die primäre Pflegeperson hat (Sohn vs. Tochter) oder in welcher Versorgungsform sich Pflegebedürftige befinden (informell vs. formell bzw. institutionell) kann sich innerhalb kürzester Zeit verändern. Dennoch wurden Längsschnittanalysen bisher deutlich seltener als Querschnittsanalysen durchgeführt. Auch die Analysen der vorliegenden Arbeit beruhen auf Querschnittsdaten. Die Schwierigkeiten von Panelsurveys bei der Erhebung pflegebezogener Variablen wurden bereits in Abschnitt 1.3 ausgeführt. An dieser Stelle soll daher nur noch einmal deren Relevanz, insbesondere zur Herausarbeitung kausaler Mechanismen, betont werden. Ebenfalls erforderlich sind Längsschnittstudien, um sogenannte „Pflegekarrieren“ (Aneshensel et al. 1995) pflegender Personen untersuchen zu können. Dabei sollte insbesondere der Endphase – Auflösung der Pflegebeziehung und soziale Re-Integration der Pflegeperson – mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden. Eine interessante Fragestellung hierbei wäre, ob sich ehemalige Pflegepersonen von den während der Pflegebeziehung entstandenen Kosten (z.B. Einschränkung der Erwerbsbeteiligung, Verlust sozialer Kontakte, gesundheitliche Konsequenzen) erholen können. Es liegen also gute Gründe dafür vor, zukünftige pflegespezifische Datenerhebungen als Längsschnittstudien zu konzipieren.

Schließlich besteht die Anforderung, den Forschungsstand zu Pflegepersonen in jüngerem Alter im Hinblick auf soziale Ungleichheit auszubauen. Obwohl der Anteil der 18- bis 24-jährigen Pflegenden in Deutschland bei etwa 5 Prozent liegt (Wetzstein et al. 2015) und angenommen werden kann, dass sich diese Altersgruppe in der besonders prekären Lage befindet, die eigene Ausbildung mit der Pflegeverantwortung vereinbaren zu müssen, ist sie bisher kaum fokussiert worden.⁴⁸ Müssen junge Menschen während ihrer Ausbildungszeit hohe Pflegelasten tragen, können daraus nicht nur schlechtere Leistungen, sondern im ungünstigsten Fall auch der

⁴⁸ Einen Überblick zu Kindern und Jugendlichen als Pflegepersonen gibt der Report „Junge Pflegende“ vom Zentrum für Qualität in der Pflege (2017).

Abbruch der Ausbildung resultieren. Daraus entstehen auf der Individualebene wiederum geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt, ein niedrigerer Berufsstatus und ein geringeres Einkommen, und auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene ein Verlust von Wirtschafts- und Innovationskraft. Bislang kann jedoch nur auf wenige Arbeiten zu Studierenden mit Pflegeverantwortung verwiesen werden (Mindermann et al. 2021; Knopf et al. 2022; Müller et al. 2016), sodass auch aus dieser Perspektive spezifischere Datensätze und weitere Forschungsarbeiten erforderlich sind, um informelle Pflegearrangements, ihre Ursachen und Folgen ganzheitlich erfassen zu können.

2 Pflegebedarf und Pflegebereitstellung in Deutschland – Eine Betrachtung der Pflegesituation in Deutschland mit Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)

Zusammenfassung

Pflegebedürftige Personen werden in Deutschland überwiegend zu Hause von Privatpersonen wie Angehörigen, Freunden, Bekannten oder Nachbarn betreut. Vor dem Hintergrund der demographischen Alterung der Gesellschaft werden der Pflegebedarf und damit auch die Bedeutung pflegender Angehöriger weiter ansteigen. Aufgrund einer bisher mangelhaften Datenlage ist jedoch wenig darüber bekannt, in welcher Form und unter welchen Umständen private Pflegearrangements stattfinden. Unter Verwendung der Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) wird daher in der vorliegenden Studie die Ausgestaltung privater Pflegearrangements sowohl aus der Perspektive der pflegebedürftigen als auch der pflegenden Personen dargestellt. Dabei zeigt sich, dass Frauen nicht nur umfassender Pflege leisten, sondern auch mehr Hilfe erhalten als Männer. Bemerkenswert ist der hohe Anteil an Unterstützung, der von und für Freunde(n) und Nachbarn erfolgt. Neben nahen Familienangehörigen (Partner/-innen, Eltern und Kinder) scheinen sie eine der wichtigsten Ressourcen als potenzielles Pflegenetzwerk darzustellen.

Schlüsselwörter

Informelle Pflege, Pflegearrangements, Pflegepotenzial, Pflegequotient, demographische Alterung

2.1 Einleitung und Hintergrund

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2020) gab es 2019 mehr als 4,1 Millionen Pflegebedürftige in Deutschland. Mit der zunehmenden Alterung der Gesellschaft wird diese Zahl der Pflegebedürftigen weiter ansteigen (Statistische Ämter des Bundes und der Länder 2010). Die Pflege dieser Personen wird dabei weiterhin gesellschaftlich und politisch vorrangig im privaten Raum verortet. Tatsächlich werden etwa 80 Prozent (3,3 Millionen) der Pflegebedürftigen zu Hause versorgt, knapp zwei Drittel davon allein durch Angehörige (Statistisches Bundesamt 2020). Pflegenden Angehörigen stellen damit ein zentrales Standbein bei der Versorgung pflegebedürftiger Personen dar. Gleichzeitig wird die familiäre Betreuung von Pflegebedürftigen jedoch weder in der amtlichen Statistik noch in der politischen Diskussion ausreichend erfasst und reflektiert. Tatsächlich umfasst die amtliche Statistik der Pflegebedürftigen lediglich diejenigen Personen, die – ausschließlich oder zusätzlich zur privaten Pflege – staatliche Pflegeleistungen erhalten, also offiziell als pflegebedürftig anerkannt sind. Hilfsbedürftige Personen, die keinen Antrag gestellt haben oder stellen konnten, oder deren Antrag abgelehnt wurde, sind in dieser Statistik nicht enthalten. Sie werden damit – ebenso wie ihre privaten Pflegepersonen – "amtlich unsichtbar" (Backes et al. 2008: 3) gemacht, und können nur über (sozial-)wissenschaftliche Datenerhebungen abgebildet werden.⁴⁹ Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es daher, die Pflegesituation von sowohl pflegebedürftigen Personen – unabhängig davon, ob diese staatliche Pflegeleistungen erhalten – als auch pflegenden Personen darzustellen. Darüber hinaus soll eine dritte Gruppe von Personen – nämlich diejenigen, die Unterstützung leisten *und* erhalten – genauer betrachtet werden.

Pflegebedarf und Pflegebereitstellung in Deutschland – wer ist pflegebedürftig, wer pflegt?

Die hohe Bedeutung pflegender Angehöriger folgt aus den Regelungen des deutschen Pflegesystems und kann damit politisch als gewollt betrachtet werden (Ehrlich & Kelle 2019). Leistungen der Pflegeversicherung sollen demnach „vorrangig die häusliche Pflege und die Pflegebereitschaft der Angehörigen und Nachbarn unterstützen“ (§3 SGB XI (Sozialgesetzbuch – Elftes Buch – Soziale Pflegeversicherung)), teil- und vollstationäre Pflege sind der häuslichen Pflege nachrangig. Pflegebedürftige sollen damit so lange wie möglich in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können, was auch dem Wunsch der meisten Pflegebedürftigen entspricht (Keck & Blome 2008). Mit dem Mangel an professionellen Pflegekräften, der auch in

⁴⁹ Schätzungen zufolge handelt es sich hierbei um 5,4 Millionen Personen, die zu den offiziellen Zahlen der Pflegebedürftigen hinzu gerechnet werden müssen (Geyer & Schulz 2014). Diese Zahl bezieht sich allerdings auf das Jahr 2011. Mit der Pflegereform 2017 (Einführung des zweiten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II)) hat sich der Kreis der Anspruchsberechtigten erweitert. Es ist demnach anzunehmen, dass die Zahl der hilfebedürftigen Personen ohne Bezug von Leistungen der Pflegeversicherung aktuell niedriger ist (Ehrlich & Kelle 2019)

absehbarer Zeit nicht zu beheben sein wird (Bundesministerium für Gesundheit 2022a; Hämel & Schaeffer 2013), bleibt die familiäre Pflege das wichtigste Standbein in der Versorgung pflegebedürftiger Personen. Ihre Bedeutung wird sogar, angesichts der demografischen Alterung der Bevölkerung, weiter zunehmen.

Wer aber sind die Personen, die Pfllegetätigkeiten übernehmen, und wer wird von ihnen gepflegt? Existierende Studien, die sich mit dieser Frage beschäftigen, vergleichen häufig Pflegepersonen mit Nicht-Pflegepersonen hinsichtlich soziodemographischer Faktoren und kommen zu dem Schluss, dass pflegende Personen durchschnittlich älter, seltener erwerbstätig und häufiger weiblich sind als Personen, die keine Pfllegetätigkeiten ausüben (Geyer & Schulz 2014; Geyer 2016b; Wetzstein et al. 2015; Rothgang et al. 2015). Pflegebedürftige Personen werden hingegen häufig – und in Anlehnung an die offiziellen Zahlen der amtlichen Pflegestatistik – hinsichtlich des vorliegenden Pflegebedarfs dargestellt: So zeigen die Daten, dass die Zahl der Pflegebedürftigen über die vergangenen Jahre konstant zugenommen hat und die Pflegequote – d.h. der Anteil der pflegebedürftigen Personen an der Gesamtbevölkerung – über die Altersgruppen hinweg ansteigt. Je älter die pflegebedürftigen Personen sind und je höher ihr Pflegebedarf ist, desto seltener werden sie (ausschließlich) zu Hause von ihren Angehörigen betreut (Nowossadeck et al. 2016; Schmidt & Schneekloth 2011).

Um pflegende und pflegebedürftige Personen umfassend beschreiben zu können, sind jedoch nicht nur ihre individuellen Merkmale und ihre makrostrukturelle Relevanz, sondern gleichermaßen die tatsächliche Ausgestaltung ihrer Pflegearrangements von Bedeutung. Als Pflegearrangement wird im Folgenden die „Komplexität der Pflegesituation“ (Ehrlich & Kelle 2019: 179) verstanden: Wo wird die Pflege erbracht, in welchem Verhältnis stehen pflegende und pflegebedürftige Person zueinander, wie viele Personen sind an der Pflege beteiligt und in welchem Umfang wird Pflege geleistet? Diese Fragen zu klären ist angesichts des erwarteten Rückgangs familiären Pflegepotenzials (Dudel 2015) unausweichlich: erst mit dem Wissen, ob und inwiefern die Bedarfe von Pflegebedürftigen gedeckt sind, wie hoch die Pflegelast pflegender Personen ist, und unter welchen Bedingungen Pflege geleistet wird, können etwaige Problemlagen erkannt und durch politische Maßnahmen verringert oder beseitigt werden.

Bisherige Studien, die sich mit der Komplexität der Pflegesituation auseinandersetzen, konnten aufgrund von Datenlimitationen häufig nur eingeschränkte Personengruppen untersuchen. So werden beispielsweise nur Pflegearrangements betrachtet, in denen die Pflegeperson hauptverantwortlich die Unterstützung der pflegebedürftigen Person übernimmt (Hielscher et

al. 2017; Klaus & Tesch-Römer 2017; Runde et al. 2009; Schmidt & Schneekloth 2011), und/oder in denen Personen betreut werden, die Leistungen der Pflegeversicherung erhalten, also pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind (Bestmann et al. 2014; Eggert et al. 2018; Schneekloth et al. 2017). Häufig beginnt geleistete Unterstützung durch Privatpersonen jedoch schon weit vor der amtlich anerkannten Pflegebedürftigkeit und beinhaltet beispielsweise Hilfe im Haushalt, das Erledigen von Besorgungen oder die Begleitung bei Arztterminen. Sie folgt damit nicht dem „Charakter von Pflege im klassischen Sinn“ (Nowossadeck et al. 2016: 4), stellt allerdings gleichwohl ein Arrangement aus geleisteter Unterstützung für eine hilfebedürftige Person dar – und demnach ein Pflegearrangement, das bei einem ausschließlichen Fokus auf leistungsberechtigte Pflegebedürftige übersehen wird. Hinzu kommt, dass hilfe- und pflegebedürftige Personen häufig nicht nur von einer, sondern von mehreren Personen unterstützt werden (Schmidt & Schneekloth 2011). Diese koordinieren und ergänzen sich in der Übernahme von Pflegetätigkeiten (Logan & Spitze 1996), so dass die ausschließliche Betrachtung einer Hauptpflegeperson⁵⁰ weder den Umfang noch die Intensität der erhaltenen Pflege abbilden kann. Das gleiche gilt umgekehrt für geleistete Pflege, wenn nur auf die hauptsächlich unterstützte Person einer befragten Pflegeperson fokussiert wird. Andere Studien, die Pflegearrangements unabhängig vom Leistungsbezug aus der Pflegeversicherung oder der Hauptverantwortung für eine Pflegetätigkeit betrachten, beschränken ihre Untersuchung auf Pflege im eigenen Haushalt (Meng 2013; Schneider et al. 2001) und können damit Pflegepersonen, die nicht im eigenen Haushalt pflegen, nicht darstellen. Da insbesondere intergenerationale und interfamiliäre Hilfe häufig über Haushalte hinweg geleistet wird, sind in diesen Studien vor allem Partner/-innenpflege und Personen mit höherem Pflegebedarf überrepräsentiert. Schließlich fehlt in Studien, deren Daten auch Pflegetätigkeiten außerhalb des eigenen Haushalts berücksichtigen, eine detaillierte Analyse der Pflegearrangements (Geyer 2016b; Geyer & Schulz 2014; Rothgang et al. 2015).

Mit den Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) kann diesen Einschränkungen begegnet werden. Die Datenerhebung zu geleisteter bzw. erhaltener

⁵⁰ Als Hauptpflegeperson wird gemeinhin diejenige Pflegeperson bezeichnet, die hauptverantwortlich für die Pflege der pflegebedürftigen Person ist. Eine einheitliche Definition dafür gibt es indes nicht. Einige Studien ziehen für die Bestimmung der Hauptpflegeperson die geleistete Pflegezeit heran (z.B. Schmidt & Schneekloth 2011), andere definieren diejenige Person als Hauptpflegeperson, die hauptverantwortlich die Organisation der Pflege (d.h. beispielsweise die Abstimmung der Pflegeaufgaben, Pflegezeiten und Pflegepersonen im Pflegearrangement) übernimmt (z.B. Hielscher et al. 2017). Daneben ist auch denkbar, dass Befragte selbst direkt eine Hauptpflegeperson nennen, oder man durch deren Angaben indirekt auf eine Hauptpflegeperson schließen kann (z.B. aufgrund einer Erstnennung durch die Befragten, oder weil die Kontakthäufigkeit, die räumliche Nähe oder die emotionale Bindung am höchsten ist).

Unterstützung beschränkt sich weder auf eine Hauptpflegeperson noch auf den eigenen Haushalt der Befragten; auch Leistungen der Pflegeversicherung werden unabhängig von etwaigen Pflegebeziehungen erfragt. Dieser Umstand wird in der vorliegenden Studie genutzt, um neben soziodemographischen Merkmalen auch die Pflegearrangements von Pflegenden und Pflegebedürftigen umfassend zu beschreiben.

2.2 Datengrundlage und Untersuchungspopulation

2.2.1 Datengrundlage

Als Datengrundlage für die Analysen wird der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) herangezogen.⁵¹ SHARE ist eine multidisziplinäre, länderübergreifende Panelbefragung, die seit 2004 zweijährlich Mikrodaten zur sozio-ökonomischen Situation, der Gesundheit, sowie den familiären und sozialen Netzwerken von Befragten über 50 Jahren erhebt (SHARE-ERIC 2020). Für die vorliegende Untersuchung wurden die deutschen Daten der sechsten Befragungswelle aus dem Erhebungsjahr 2015 verwendet.

Eine Besonderheit der SHARE-Daten liegt darin, dass Befragte nicht nur als pflegebedürftige, sondern auch als pflegende Personen erfasst werden können. So werden zum einen Informationen darüber erhoben, welche (körperlichen und/oder kognitiven) Einschränkungen sie haben, und wie häufig sowie in welchen Bereichen sie Unterstützung von welchen Personen inner- als auch außerhalb ihres Haushalts erhalten. Zum anderen werden eigene Pflegeaktivitäten der Befragten für Personen innerhalb und außerhalb ihres Haushalts erfragt. All dies erfolgt unabhängig davon, ob die Befragten selbst oder die von ihnen unterstützte(n) Person(en) Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Mit dieser umfassenden Erhebung von geleisteter und erhaltener Hilfe ist es auch möglich, Personen, die sowohl pflegen als auch selbst Unterstützung erhalten, zu identifizieren. Diese werden in der vorliegenden Untersuchung daher noch einmal gesondert betrachtet.

⁵¹ Mit der Datennutzung ist folgende Erklärung abzugeben: „This paper uses data from SHARE waves 1, 2, 4, 5, and 6 (Börsch-Supan 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2019e). See Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details. The SHARE data collection has been funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).”

2.2.2 Untersuchungspopulation

Um die Befragten im SHARE als pflegende bzw. pflegebedürftige Personen zu identifizieren, wird auf drei Fragemodule im SHARE-Fragebogen zurückgegriffen. Fragemodul 1 („Geleistete Pflege“) bezieht sich auf Unterstützung, die Befragte für andere Personen geleistet haben; Fragemodul 2 („Erhaltene Pflege“) wiederum auf Unterstützung, die Befragte von anderen Personen erhalten haben. In beiden Modulen können Befragte jeweils bis zu sieben Personen innerhalb sowie außerhalb ihres Haushalts angeben, zu denen in den folgenden Fragesequenzen weitere Details zur Beschreibung der Pflegearrangements erhoben werden (s. Tabelle 2.A1). In Fragemodul 3 („Gesundheitliche Einschränkungen“) schließlich wird der Gesundheitszustand der Befragten erhoben. Mithilfe dieser Angaben wurden die Befragten in vier Gruppen nach Pflegerollenstatus unterteilt: Pflegende, Pflegebedürftige, Pflegende mit Unterstützung, und Befragte ohne Pflegekontext (für einen Überblick s. Tabelle 2.1).⁵²

Tabelle 2.1: Bedingungen zur Kategorisierung der Befragten zu einem Pflegerollenstatus

<i>Pflegerollenstatus:</i>		Pflegende	Pflegebedürftige	Pflegende mit Unterstützung	Ohne Pflegekontext
Geleistete Pflege	Innerhalb des HH	✓(✓)	X	✓(✓)	X
	Außerhalb des HH		X		X
Erhaltene Pflege	Innerhalb des HH	X	–	✓(✓)	–
	Außerhalb des HH	X	–		–
Gesundheitliche Einschränkungen	ADL	–	✓(✓)	–	X
	IADL	–		–	X

Anm.: ✓= ja, X=nein, – = gleichgültig

Als *Pflegende* werden Befragte definiert, die die Frage „Haben Sie (...) in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied, das außerhalb Ihres Haushaltes lebt, einem Freund oder einem Nachbarn bei[m Anziehen, Baden oder Duschen, Essen, ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen, Benutzen der Toilette, mit Reparaturen am Haus, Gartenarbeit, Transport, Einkaufen, Hausarbeit oder Hilfe bei Schreibearbeit wie das Ausfüllen von Formularen oder das Erledigen von finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten] geholfen?“ und/oder die Frage

⁵² Es ist anzumerken, dass grundsätzlich auch eine andere Kategorisierung gewählt hätte werden können. Insbesondere hätte die Bezeichnung der „Pflegerollen mit Unterstützung“ auch zu „Pflegerollen Pflegebedürftige“ geändert werden können und der Fokus damit verschoben auf die Pflegebedürftigen und deren Handlungskontexte. Da der vorliegende Aufsatz jedoch vorrangig Pflegende in den Blick nehmen möchte, wurde sich dazu entschieden, zwischen Pflegenden ohne und Pflegende mit Unterstützung zu unterscheiden. In beiden Gruppen können, müssen aber nicht gesundheitliche Einschränkungen vorliegen; im Interesse der Studie steht gerade die Frage danach, ob sich die beiden Gruppen darin unterscheiden. Anschlussfähig hieran sind Kausalstudien, die den Einfluss des sozialen Netzwerks auf von der Pflege betroffene Bereiche wie Gesundheit, Wohlbefinden und Erwerbsstatus von Pflegenden untersuchen.

„Lebt in Ihrem Haushalt jemand, dem Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig bei der persönlichen Pflege geholfen haben, z.B. beim Waschen, Aufstehen oder Anziehen?“ mit „Ja“ beantwortet haben. Ob diese Befragten eigene körperliche oder kognitive Einschränkungen angegeben haben, ist unerheblich; sie dürfen lediglich selbst keine Pflegepersonen haben, von denen sie unterstützt werden.

Als *pflegebedürftig* werden Befragte kategorisiert, die mindestens eine Einschränkung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens („Activities of Daily Living“ (ADL)) oder bei den Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens („Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL)) angegeben haben. Die ADL umfassen Tätigkeiten, die notwendig sind zur Erfüllung der menschlichen (physischen und psychischen) Grundbedürfnisse, beispielsweise Körperpflege, sich anziehen, aus dem Bett aufstehen, essen, und das selbstständige Benutzen der Toilette (Katz et al. 1963). Die IADL bilden Tätigkeiten ab, die unerlässlich sind zur Selbstversorgung und für die Teilhabe am sozialen Leben. Dazu gehören u.a. Essenszubereitung, Einkaufen, Hausarbeiten, Telefonieren oder das Benutzen öffentlicher Verkehrsmittel (Lawton und Brody 1969). Der ADL-Index von SHARE umfasst sechs, der IADL-Index neun Aktivitäten, bei denen Befragte Schwierigkeiten angeben können (s. Tabelle 2.A1). In welchem Bereich Befragte Schwierigkeiten angeben, ist für die Kategorisierung als *pflegebedürftig* unerheblich; ebenso, ob und – wenn ja – wie viele Pflegepersonen Befragte mit mindestens einer Einschränkung haben, die sie bei diesen Tätigkeiten unterstützen. Sie dürfen lediglich selbst keine Pflege für andere leisten.

Als *Pflegende mit Unterstützung* schließlich wird die dritte Gruppe der Befragten definiert, die sowohl Pflege leisten (s. „Pfleger“) als auch selbst Unterstützung erhalten. Befragte konnten dafür angeben, ob ihnen ein Haushaltsmitglied bei der persönlichen Pflege geholfen hat bzw. ob jemand von außerhalb des eigenen Haushalts sie bei der Körperpflege, bei Haushaltstätigkeiten und/oder bei Schreibarbeiten unterstützt hat (s. Tabelle 2.A1). Obwohl zu erwarten ist, dass diese Gruppe der Befragten Schwierigkeiten bei den ADL und/oder IADL hat, ist das keine Bedingung für die entsprechende Kategorisierung.

Die Kontrastgruppe zu den vorherigen Gruppen stellt die Gruppe derjenigen Befragten dar, die weder pflegebedürftig sind – also keine Einschränkungen bei den ADL oder IADL angeben – noch selbst Pflege leisten. Sie werden als Befragte *ohne Pflegekontext* bezeichnet. Ob Personen

vorhanden sind, die sie unterstützen, ist sekundär und unbedeutend für die Einordnung als Befragte ohne Pflegekontext.⁵³ Sie sind im vorliegenden Aufsatz von nachrangigem Interesse.

Drei Aspekte sind bei der Betrachtung der Pflegearrangements mit den Daten des SHARE zu beachten: Erstens erfolgt die Erhebung pflegender und gepflegter Personen innerhalb und außerhalb des Haushalts der Befragten unterschiedlich. Während Personen innerhalb des Haushalts nur dann erfasst werden, wenn sie von den Befragten körperliche Pflege erhalten bzw. für die Befragten körperliche Pflege leisten, werden Personen außerhalb des Haushalts auch dann erfasst, wenn sie – alternativ oder überdies – Unterstützung bei Haushaltsaufgaben und/oder bei Schreiarbeiten geben oder bekommen (s. Tabelle 2.A1). Hilfe innerhalb des Haushalts der Befragten wird daher durch die Fragebogenkonzeption untererfasst. Für die Auswertung der Daten könnte man zwar die Annahme treffen, dass körperliche Pflege – da sie die intensivste Form der Unterstützung darstellt bzw. auf starke körperliche Einschränkungen verweist – die mehrheitliche oder gänzliche Übernahme von Haushaltsaufgaben und Schreiarbeiten impliziert; damit ist indes nicht das Problem gelöst, dass haushaltsinterne Personen, die keine körperliche Pflege, aber durchaus Unterstützung im Haushalt und bei administrativen Tätigkeiten leisten bzw. erhalten, weiterhin nicht erfasst sind. Auf eine derartige Anpassung in den Daten wurde daher verzichtet. Zweitens sind die Fragen nach geleisteter und erhaltener Unterstützung mehrdeutig in Bezug darauf, ob bzw. inwiefern tatsächlich ein (gesundheitlicher) Hilfebedarf vorliegt. So kann beispielsweise Unterstützung im Haushalt auch dann und deshalb erfolgen, weil den Befragten bzw. den von ihnen unterstützten Personen die zeitlichen Kapazitäten für diese Aufgaben fehlen (z.B. durch eigene Fürsorgetätigkeiten, Erwerbstätigkeit und/oder andere/weitere Verpflichtungen) und nicht, weil sie selbst körperlich eingeschränkt sind.⁵⁴ Drittens – daran anschließend – gilt ganz allgemein, dass die Daten nicht alle Formen von Bedarf und Unterstützung abbilden (können). Entsprechend geben beispielsweise einige Befragte an, keine Schwierigkeiten mit den ADL und/oder IADL zu haben, nennen aber trotzdem Personen, die ihnen Unterstützung leisten. Denkbar ist dann zum einen, dass Befragte zwar keine Einschränkungen in den ADL oder IADL haben, sie jedoch in anderen Bereichen –z.B. in ihrer Mobilität, ihren kognitiven Fähigkeiten

⁵³ Etwa 15 Prozent der Befragten ohne Pflegebezug geben an, von anderen Personen unterstützt zu werden; davon wiederum knapp 7 Prozent, körperliche Pflege zu erhalten. Um die Pflegegruppe konsistent mit den anderen Pflegegruppen zu halten, wurden diese Befragten trotzdem im Analysesample behalten. Der Ausschluss der insgesamt 1 Prozent Befragten ohne Pflegebezug, die dennoch körperliche Pflege erhalten, verändert die Werte in den Darstellungen (Tabelle 2.2) nicht bzw. nur marginal (zweite Nachkommastelle).

⁵⁴ Diesem Gedanken folgt auch die vorgenommene Definition der Pflegenden mit Unterstützung, die sich nach der Pflegebereitstellung der Befragten richtet und nicht nach deren etwaigen gesundheitlichen Einschränkungen (s. auch Fußnote 52).

oder ihrer mentalen Verfassung – hilfsbedürftig sind. Diese drei Bereiche werden ebenfalls im SHARE erfasst, sind jedoch – im Gegensatz zum ADL- und IADL-Index – nicht an offiziellen Indizes orientiert und daher nur bedingt dafür geeignet, mit ihnen die Pflegebedürftigkeit anlehnend an die offizielle Begutachtung der Pflegeversicherung abzubilden. Befragte hätten in diesem Fall durchaus einen Hilfebedarf, der allerdings mit den vorliegenden Daten nur unzureichend erfasst werden kann. Zum anderen ist – wie schon unter zweitens erwähnt – bei Hilfe im Haushalt oder bei Schreiarbeiten keine Schlussfolgerung möglich, ob der Hilfebedarf direkt – d.h. aufgrund körperlicher, geistiger oder mentaler Einschränkungen der Personen – oder „nur“ indirekt, z.B. durch zeitliche Restriktionen, besteht. Als dritte Option möglich wäre auch, dass die Hilfe – z.B. Reparaturen, Einkäufe oder kleinere Erledigungen – als Freundschafts- oder Liebesdienste für oder von nahestehende(n) Personen und ganz unabhängig von einem tatsächlichen direkten oder indirekten Bedarf erfolgt.

Die Begriffe „Pflegebedürftigkeit“ und „Pflegeperson“ werden daher in der vorliegenden Studie breiter gehalten als im Sinne des SGB XI, das damit ausschließlich Personen meint, die Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben bzw. die leistungsberechtigte Personen privat pflegen. Stattdessen werden die Begriffe übergreifend sowohl in Bezug auf Pflege im engeren Sinne als auch für Unterstützungsleistungen im Alltagsleben verwendet, und in diesem Sinne auch „Pflege“, „Hilfe“ und „Unterstützung“ im Folgenden nahezu synonym gebraucht.

Von den ursprünglich 4412 Befragten im Datensatz werden insgesamt 11 Personen aufgrund fehlender Daten in den Variablen zu geleisteter Pflege, erhaltener Unterstützung und/oder gesundheitlichen Einschränkungen ausgeschlossen, da sie damit keiner der oben definierten Gruppen zugeordnet werden konnten. Insgesamt liegen damit für die folgende deskriptive Analyse Informationen von 4401 Befragten vor. Davon sind 1230 Befragte als *Pflegende*, 544 Befragte als *Pflegebedürftige*, 551 Befragte als *Pflegende mit Unterstützung*, und 2076 Befragte als *ohne Pflegekontext* kategorisiert.

2.3 Die Lebenssituation von pflegebedürftigen und pflegenden Personen

Tabelle 2.2 zeigt die deskriptive Statistik ausgewählter Merkmale der vier definierten Gruppen nach Pflegerollenstatus.

Tabelle 2.2: Deskriptive Statistik ausgewählter Merkmale der vier Gruppen nach Pflegerollenstatus

Variable	Pflegernde ^a		Pflegerbedürftige ^b		Pflegernde mit Unterstützung ^c		ohne Pflegekontext ^d	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Alter	63,410	8,347	73,699	10,612	64,780	9,988	66,564	9,539
Geschlecht								
männlich	0,485		0,426		0,505		0,464	
weiblich	0,515		0,574		0,495		0,536	
Herkunft								
BRD	0,753		0,717		0,655		0,753	
DDR	0,218		0,255		0,312		0,212	
Anderswo	0,029		0,028		0,033		0,035	
Partner								
nein	0,111		0,373		0,191		0,174	
ja	0,889		0,627		0,809		0,826	
Bildung ^e								
niedrig	0,585		0,803		0,621		0,649	
hoch	0,415		0,197		0,378		0,351	
Äquivalenzeinkommen (netto, pro Monat) ^f	3175	6129	2294	4143	3166	6285	3859	20201
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen	0,163	0,833	3,838	3,691	0,829	2,244	0	0
Selbsteinschätzung Gesundheitszustand (0=schlecht; 4=ausgezeichnet)	1,986	0,933	0,880	0,775	1,664	0,994	1,882	0,907
Lebenszufriedenheit (0=voll unzufrieden; 10=voll zufrieden)	8,030	1,513	7,147	2,043	7,685	1,687	8,043	1,540
N	1230		544		551		2076	

Anm.: Immer gültige Prozente. Fehlende Werte auf einzelnen Variablen in den jeweiligen Gruppen s. Fußnoten.

^a Basis gültige Prozente abweichend von N: 1170-1224.

^b Basis gültige Prozente abweichend von N: 491-543.

^c Basis gültige Prozente abweichend von N: 518-545.

^d Basis gültige Prozente abweichend von N: 1943-2075.

^e Niedrig: keine/Grundbildung, Sekundarbildung I (Unterstufe/Mittelstufe), Sekundarbildung II (Oberstufe); hoch: Postsekundäre Bildung, Tertiäre Bildung (erste Stufe), Tertiäre Bildung (Forschungsqualifikation)

^f Das Äquivalenzeinkommen wurde berechnet aus dem monatlichen Gesamt-Haushaltseinkommen (netto), für das eine Untergrenze von 399 Euro festgelegt wurde. Diese Untergrenze entspricht den Regelungen zum Existenzminimum in Deutschland im Jahr 2015 (Bundesministerium der Justiz und Bundesamt für Justiz 2014).

Über alle Gruppen betrachtet haben Befragte ohne Pflegekontext mit 3859 Euro das höchste durchschnittliche Äquivalenzeinkommen pro Monat.⁵⁵ Ihren Gesundheitszustand schätzen sie als gut ein und sie haben eine relativ hohe Lebenszufriedenheit. Deutlich zu erkennen sind über die Gruppen hinweg die Unterschiede in der Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen, die

⁵⁵ Da in den Daten lediglich Informationen über die Anzahl der Haushaltsmitglieder, jedoch nicht über deren Alter vorliegen, basiert die Umrechnung des Gesamt-Haushaltseinkommens in ein Äquivalenzeinkommen auf der Annahme, dass alle Haushaltsmitglieder über 14 Jahre alt sind und somit jedes weitere Haushaltsmitglied neben den Befragten mit einer Gewichtung von 0,5 in die Berechnung eingehen kann (Eurostat Statistics Explained 2021).

allerdings zum Teil in den Definitionen der Pflegerollenstatus begründet sind: pflegebedürftige Befragte mussten mindestens eine gesundheitliche Einschränkung vorweisen und Befragte ohne Pflegekontext durften keinerlei gesundheitliche Einschränkung haben. Entsprechend variiert die Anzahl der körperlichen Einschränkungen in den Gruppen der Pflegenden (mit und ohne Unterstützung) zwischen 0 und 15, während sie bei den pflegebedürftigen Befragten zwischen 1 und 15 rangiert und bei Befragten ohne Pflegekontext auf 0 steht.

Eine detaillierte Betrachtung der einzelnen Gruppen nach Pflegerollenstatus erfolgt in den nachkommenden Ausführungen. Dabei widmet sich Abschnitt 3.1 den pflegenden Befragten ohne Unterstützung, Abschnitt 3.2 den pflegebedürftigen Befragten, und Abschnitt 3.3 schließlich den pflegenden Befragten mit Unterstützung. Befragte ohne Pflegekontext werden nicht mehr näher betrachtet.

2.3.1 Wer pflegt? Pflegende Befragte im Fokus

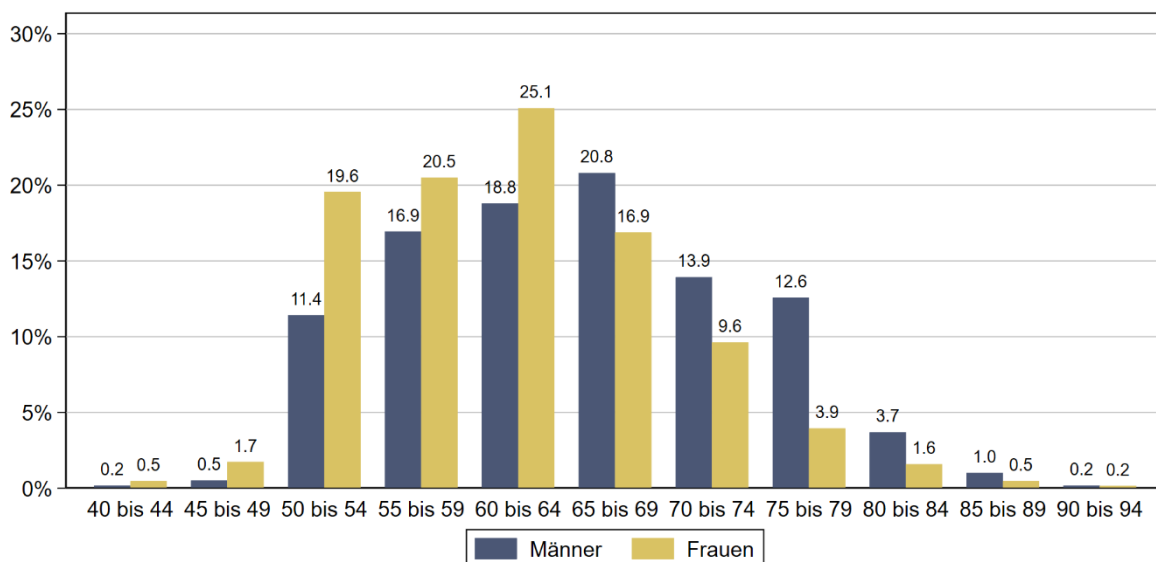
Insgesamt befinden sich im vorliegenden Analysesample 1230 Personen, die ausschließlich Pflege leisten und damit als *Pflegepersonen* kategorisiert wurden (für die folgenden Ausführungen vgl. Tabelle 2.2). Etwas mehr Frauen als Männer fallen in diese Gruppe der Befragten (51,5 Prozent versus 48,5 Prozent), die durchschnittlich etwa 63 Jahre alt sind. Die jüngste Pflegeperson ist 42 Jahre, die älteste 90 Jahre alt. Ein Großteil der pflegenden Befragten kommt aus Westdeutschland (75 Prozent),⁵⁶ die große Mehrheit befindet sich in einer Partnerschaft (knapp 89 Prozent). Über 40 Prozent haben eine hohe Bildung (für eine Übersicht der Bildungskategorisierung s. Tabelle 2.A2), das durchschnittliche monatliche Äquivalenzeinkommen liegt bei 3175 Euro.

Der Großteil der pflegenden Befragten ist zwischen 50 und 79 Jahren alt (s. Abbildung 2.1). Auffällig ist, dass der Anteil der pflegenden Männer im erwerbsfähigen Alter, also vor dem 65. Lebensjahr, deutlich niedriger ist als der Anteil der pflegenden Frauen. Dieser Befund ist nicht neu und kann damit erklärt werden, dass Frauen zum einen häufiger in geringerem Umfang erwerbstätig sind als Männer (Statista 2022d) und zum anderen auch eher bereit sind, ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege einer nahestehenden Person einzuschränken oder ganz

⁵⁶ Die Unterscheidung zwischen Ost- und Westdeutschland ist nur näherungsweise möglich. Befragte können angeben, ob sie am 1. November 1989 – also vor dem Mauerfall – in der BRD, der DDR oder anderswo gelebt haben. Da die innerdeutsche Grenze 1961 vollständig geschlossen und bewacht wurde, ist anzunehmen, dass Personen, die sich kurz vor dem Mauerfall in der BRD bzw. der DDR befanden, im jeweiligen Landesteil auch geboren und aufgewachsen (und damit auch sozialisiert) sind, oder sich dort für einen Großteil ihres Erwachsenenlebens aufgehalten haben. Da eine etwaige Argumentation darauf beruht, die Bereitschaft für bzw. wider eine Pflegeübernahme den erfahrenen Strukturen, Sozialisierungsmustern und Rollenbildern zuzuschreiben, sollte mit dieser Annahme einer solchen Argumentation Genüge getan sein.

aufzugeben (Campbell & Martin-Matthews 2003; Sarkisian & Gerstel 2004). Ab einem Alter von 65 Jahren liegt der Anteil der pflegenden Männer dann über dem der pflegenden Frauen. Obwohl sich die Pflegeraten im höheren Alter tatsächlich angleichen (Nowossadeck et al. 2016), erscheinen die höheren Anteile der männlichen Befragten im Vergleich zu den weiblichen Befragten ungewöhnlich. Möglicherweise sind sie zurückzuführen auf die breite Erfassung an Unterstützungsleistungen, die u.a. auch Reparaturen, Gartenarbeit und die Klärung finanzieller und rechtlicher Angelegenheiten beinhaltet, und für die sich Männer erst im Ruhestand (mehr) Zeit nehmen.⁵⁷

Abbildung 2.1: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten über die Altersgruppen (in Prozent)



Anm: $N_{\text{Frauen}}=634$, $N_{\text{Männer}}=596$.

Pflegearrangements von Pflegenden

Wo wird Pflege geleistet und wie viele Personen werden unterstützt?

Insgesamt pflegen knapp 90 Prozent der pflegenden Befragten ausschließlich mindestens eine Person aus einem anderen Haushalt und etwa 7 Prozent ausschließlich mindestens eine Person innerhalb des eigenen Haushalts. Etwa 3 Prozent der Befragten geben an, sowohl Personen inner- als auch außerhalb des eigenen Haushalts zu unterstützen. Während innerhalb des Haushalts überwiegend nur eine Person gepflegt wird, geben Befragte bis zu drei Personen an,

⁵⁷ Pflege- und Unterstützungsleistungen von Männern werden in Datenerhebungen und -analysen teilweise stark unterschätzt oder ganz übersehen. Die gesellschaftlich verankerte weibliche Konnotation von Pflege als Fürsorgetätigkeit überträgt sich hierbei in die Forschung, die sich bei der Betrachtung von Tätigkeiten zur Unterstützung von (älteren) Personen auf Bereiche beschränkt, die klassischerweise Frauen zugeordnet sind. Je umfassender und differenzierter entsprechende Analysen gestaltet werden, desto sichtbarer wird auch der Anteil der pflegenden Männer (Henz 2009a).

die sie außerhalb des Haushalts unterstützen. Insgesamt hilft damit der Großteil der pflegenden Befragten einer Person (69 Prozent), knapp 22 Prozent helfen zwei Personen und immerhin fast 10 Prozent unterstützen drei oder mehr hilfsbedürftige Personen innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts (Tabelle 2.B1).

Wer wird gepflegt?

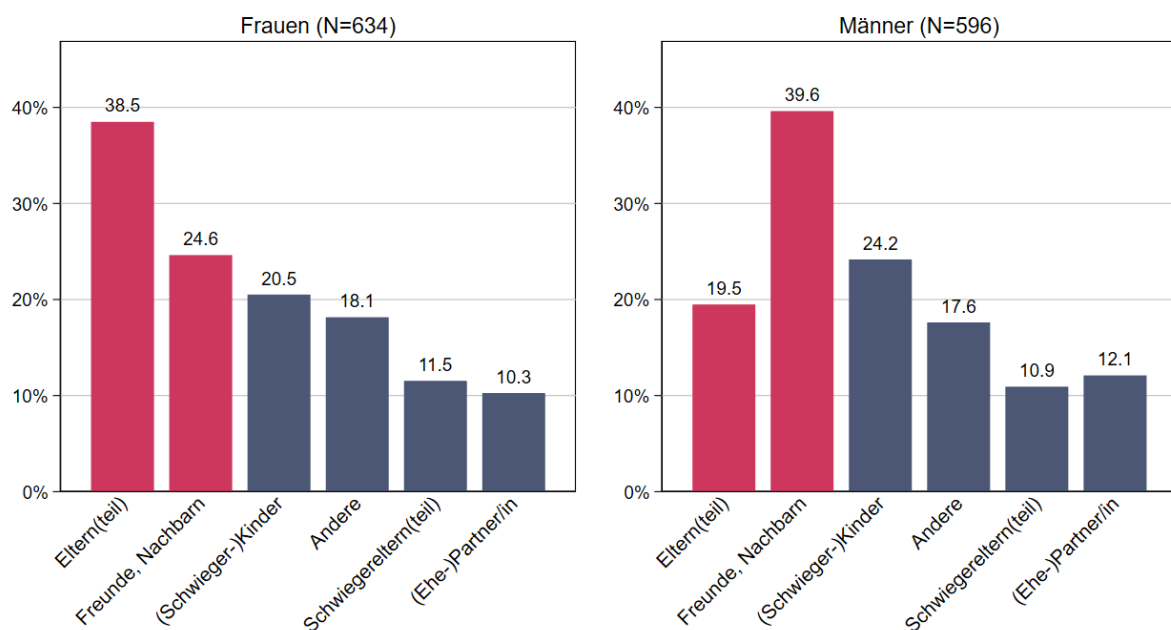
Im eigenen Haushalt pflegen Befragte mit 70 Prozent am häufigsten die eigenen (Ehe-)Partner/innen. Außerhalb des eigenen Haushalts werden am häufigsten die (Schwieger-)Eltern der Befragten gepflegt (40 Prozent), am zweithäufigsten werden Freunde und Nachbarn unterstützt (34 Prozent). Zusammen genommen leisten Befragte damit am häufigsten ihren (Schwieger-)Eltern und ihren Freunden bzw. Nachbarn Hilfe (s. Tabelle 2.B2). Darüber hinaus zeigen sich zwei Auffälligkeiten: Erstens gibt jede/r fünfte Befragte an, die eigenen (Schwieger-)Kinder zu unterstützen. Das ist ein vergleichsweise hoher Anteil. Zweitens leisten insgesamt nur 11 Prozent der Befragten Pflege für ihre/n Partner/-in, was wiederum ein relativ geringer Anteil zu sein scheint. Beides lässt sich vermutlich zurückführen auf die eingangs angesprochene Unschärfe in den Daten, die zum einen übernommene Hilfe innerhalb des Haushalts nicht differenziert (und somit haushalts- bzw. schreibarbeitsbezogene Unterstützung der Partner/-innen wahrscheinlich untererfasst wird), zum anderen geleistete Unterstützung auch unabhängig davon erfolgen kann, ob tatsächlich körperliche Einschränkungen sie notwendig machen. Unterstützung für Kinder kann zwar – vor allem bei älteren Befragten mit entsprechend älteren Kindern – ebenfalls aufgrund deren Gesundheitszustandes erfolgen, ergibt sich möglicherweise aber auch aus der kindlichen Doppelbelastung von Elternschaft und Erwerbstätigkeit, so dass die Eltern z.B. bei haushaltsbezogenen Aufgaben einspringen.

Über die Altersgruppen hinweg erkennt man eine deutliche Verschiebung des Fokus der Unterstützung von den (Schwieger-)Eltern in den jüngeren Altersgruppen (40 bis 69 Jahre) hin zu Freunden und/oder Nachbarn, Kindern sowie Partner/innen in den älteren Altersgruppen (ab 70 Jahren) (Tabelle 2.B2).

In den zwei Hauptgruppen der von den Befragten unterstützten Personen gibt es deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Während nahezu die Hälfte der weiblichen Befragten angibt, die (Schwieger-)Eltern zu pflegen, ist das bei den männlichen Befragten nicht einmal bei einem Drittel der Fall. Auch bei einer Differenzierung zwischen Eltern und Schwiegereltern bleibt dieser Unterschied bestehen (s. Abbildung 2.2): 38,4 Prozent der pflegenden Frauen kümmern sich um mindestens eines ihrer Elternteile, bei den Männern unterstützen nur 19,5

Prozent die eigenen Eltern ($\chi^2(1)=53,7; p<0,001$).⁵⁸ Beide Geschlechter engagieren sich hingegen zu etwa gleichen Anteilen (11,5 Prozent Frauen, 10,9 Prozent Männer) bei der Pflege der Schwiegereltern. Das kann in Anlehnung an bisherige Studien so interpretiert werden, dass Frauen möglicherweise früher auf einen elterlichen Hilfebedarf reagieren und/oder Männer von ihren Partnerinnen in die Pflege „hineingezogen“ werden (Gerstel & Gallagher 2001; Henz 2009). Ein sehr viel größerer Anteil der Männer leistet allerdings Freunden und/oder Nachbarn Hilfe (39,6 Prozent), was bei den pflegenden Frauen nur bei 24,6 Prozent der Fall ist ($\chi^2(1)=31,8; p<0,001$). Dass Männer bei Hilfeleistungen stärker Freunden und Nachbarn zugewandt sind, ergibt sich möglicherweise auch aus den bereitgestellten Pflegetätigkeiten, die im folgenden Abschnitt näher betrachtet werden.

Abbildung 2.2: Empfänger/innen von Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten



Anm: Mehrfachnennungen möglich.

Welche Pflegeaufgaben werden übernommen, für wen und wie viele?

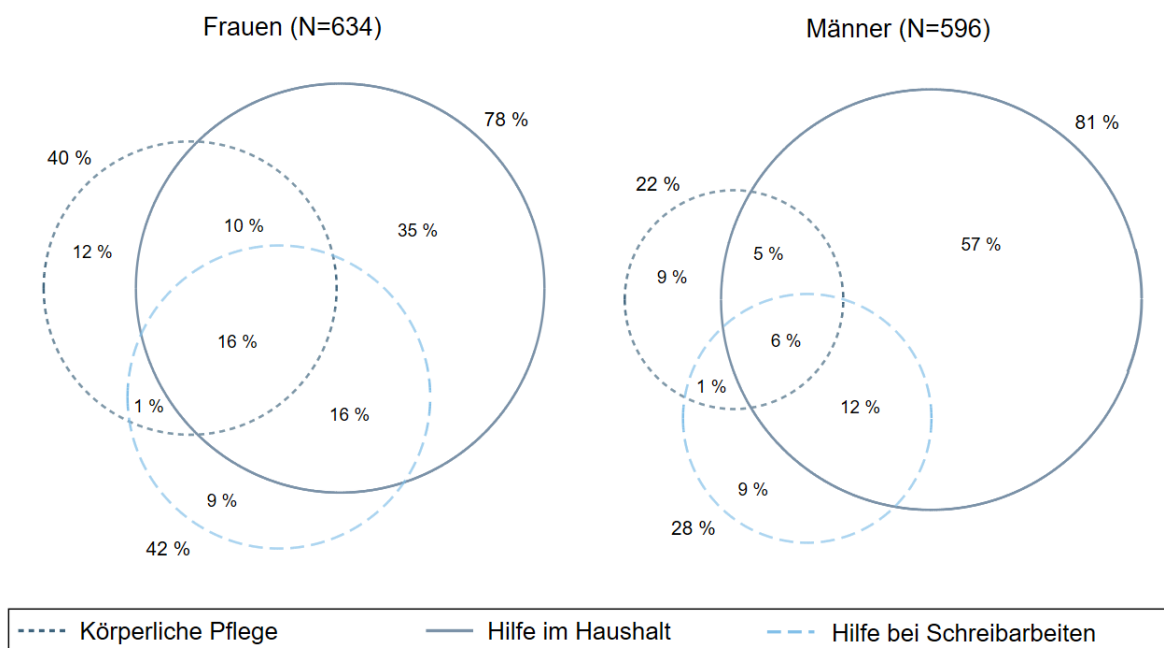
Sowohl Männer (80 Prozent) als auch Frauen (77 Prozent) geben überwiegend an, bei Haushaltsaufgaben (z.B. Hausarbeit, Reparaturen, Einkäufe oder sonstige Erledigungen) zu unterstützen (s Abbildung 2.3).⁵⁹ Allerdings übernehmen deutlich mehr Frauen Aufgaben der

⁵⁸ Für alle Gruppenvergleiche wurden χ^2 -Tests bzw. t-Tests durchgeführt.

⁵⁹ Die Anteile der übernommenen Aufgabenbereiche insgesamt sowie für die einzelnen Altersgruppen sind in Tabelle 2.B3 zu finden.

Körperpflege (40 Prozent versus 22 Prozent der Männer) und auch die Unterstützung bei administrativen Tätigkeiten (42 Prozent versus 28 Prozent).⁶⁰ Aufgaben, die „auf dem Weg“ erledigt werden können (z.B. Einkäufe oder andere Erledigungen), scheinen von Männern eher wahr- und übernommen zu werden als intensivere Aufgaben wie körperliche Pflege oder die Auseinandersetzung mit formalen Schreibaufgaben. Entsprechend übernehmen 75 Prozent der Männer nur einen Aufgabenbereich, während das bei Frauen 56 Prozent sind. 27 Prozent der Frauen leisten Hilfe in zwei Aufgabenbereiche und 16 Prozent übernehmen Haushaltsaufgaben, administrative Angelegenheiten sowie die körperliche Pflege einer Person. Frauen scheinen damit umfassender Pflege zu leisten als Männer, die sich stärker auf einen Aufgabenbereich konzentrieren.

Abbildung 2.3: Umfang und Bereich der übernommenen Unterstützungsaufgaben nach Geschlecht der pflegenden Befragten



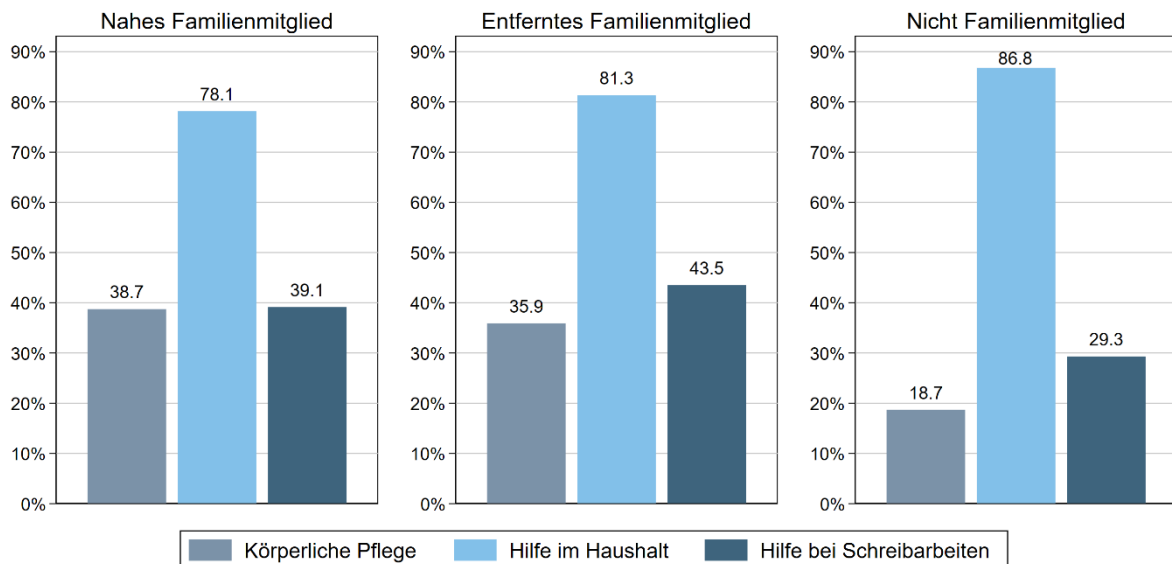
Anm.: Eine maßstabsgetreue Abbildung der Proportionen ist bei Venn-Diagrammen mit drei Kreisen nicht möglich. Die Abbildung dient daher näherungsweise als Veranschaulichung und stellt kein exaktes Bild der Proportionen dar.

Betrachtet man die Pflegetätigkeiten, die für verwandte und nicht-verwandte Personen übernommen werden, ist deutlich zu erkennen, dass körperliche Pflege insbesondere innerhalb der Familie geleistet wird (Abbildung 2.4). Auch administrative Aufgaben werden häufiger für Familienangehörige übernommen als für Freunde, Nachbarn oder andere nicht-verwandte

⁶⁰ Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind signifikant bei Aufgaben der Körperpflege ($\chi^2(1)=46,2$; $p<0,001$) und administrativen Aufgaben ($\chi^2(1)=27,2$; $p<0,001$).

Personen. Möglicherweise stellen damit Pflegepersonen aus der Familie eine bessere Brücke zu Leistungen der Pflegeversicherung dar, weil sie das damit verbundene Antragsprozedere eher auf sich nehmen als Pflegepersonen aus dem entfernteren Netzwerk (Baum 2022).

Abbildung 2.4: Geleistete Unterstützung nach Netzwerkentfernung der pflegenden Befragten zu den von ihnen unterstützten Personen



Anm: Nahes Familienmitglied: Partner/in, Eltern, Geschwister, Kinder; Entferntes Familienmitglied: Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Verwandte dritten oder höheren Grades; Nicht Familienmitglied: alle nicht mit den Befragten verwandten Personen.

Wie häufig wird gepflegt?

Befragte können für jede Person, die nicht in ihrem Haushalt lebt und der sie Unterstützung zukommen lassen, angeben, ob sie der Person in den vergangenen 12 Monaten „täglich oder fast täglich“, „etwa wöchentlich“, „etwa monatlich“ oder „weniger häufig“ geholfen haben. Geleistete Pflege für Personen innerhalb des Haushalts der Befragten wurde nur erfasst, wenn diese täglich oder nahezu täglich erfolgte (s. Tabelle 2.A1).

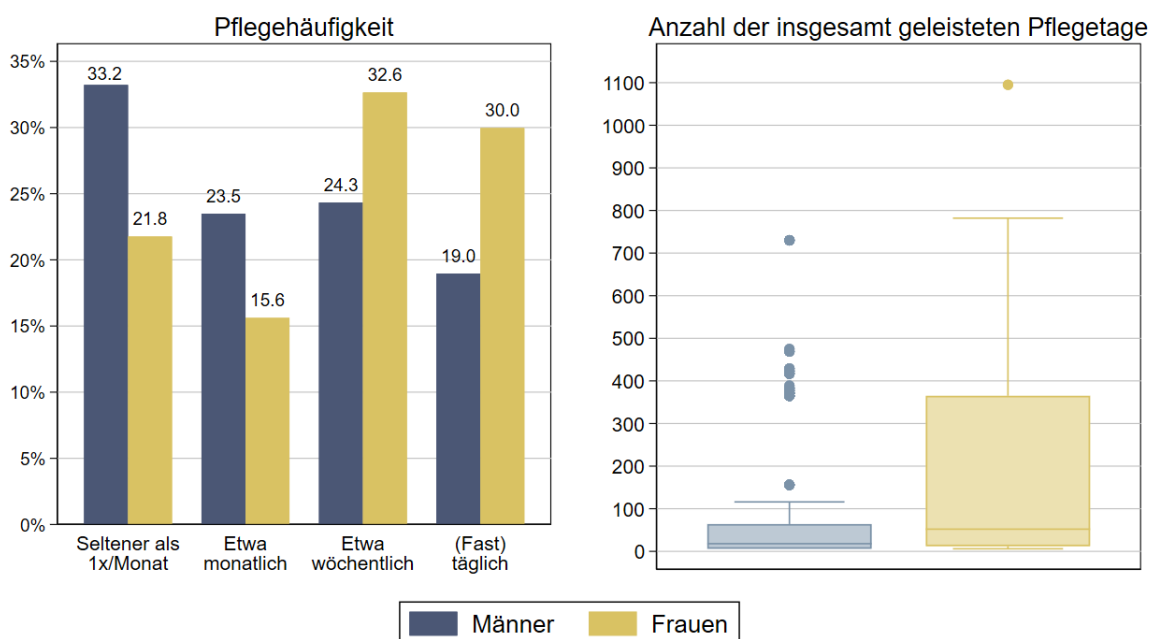
Da die pflegenden Befragten zum Teil nicht nur eine, sondern mehrere Personen unterstützen, wird das höchste zeitliche Pflegeengagement, das für mindestens eine der gepflegten Personen aufgebracht wird, herangezogen.⁶¹ Dabei scheinen sich die Befragten relativ gleichmäßig über die vier Häufigkeitskategorien zu verteilen (s. Tabelle 2.B4); geschlechtsspezifisch zeigt sich jedoch, dass mehr Männer als Frauen weniger als einmal im Monat oder etwa monatlich Unterstützung leisten (s. Abbildung 2.5), während mehr Frauen als Männer das etwa

⁶¹ Versorgt ein/e Befragte/r beispielsweise drei pflegebedürftige Personen, denen er/sie sich monatlich (Person 1), täglich (Person 2) und wöchentlich (Person 3) Unterstützung leistet, wird „(beinahe) täglich“ als höchste Pflegefrequenz zugewiesen.

wöchentlich oder täglich tun.

Diese Tendenz spiegelt sich auch in den insgesamt geleisteten Pflegetagen wider. Diese ergeben sich, wenn man die jeweils angegebene Pflegehäufigkeit für jede gepflegte Person der Befragten umrechnet in Tage pro Jahr und anschließend addiert.⁶² Für Frauen ergeben sich dann im Durchschnitt 148 Pflegetage pro Jahr (SD=184,7; Median=52), für Männer 97 Pflegetage pro Jahr (SD=148,4; Median=18); der Unterschied ist signifikant ($t(1199)=5,4$; $p<0,001$).

Abbildung 2.5: Zeitlicher Umfang der geleisteten Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten



Anm: $N_{\text{Frauen}}=634$, $N_{\text{Männer}}=596$.

Die über die Altersgruppen erkennbare leicht steigende Tendenz zu mehr geleisteter Pflegezeit (Tabelle 2.B4) kann durch mehrere Faktoren begründet sein. Mit zunehmendem Alter steht einem durch den Wegfall beruflicher und familialer Pflichten zum einen mehr Zeit für die Pflege zur Verfügung, gleichzeitig braucht man zum anderen im Alter auch ohne eigene gesundheitliche Einschränkungen häufig länger für alltägliche Verrichtungen. Während im

⁶² Diese Berechnung ist freilich nur näherungsweise korrekt. Da sich Pflegetage überschneiden können, wird das Gesamtvolumen an Pflegezeit insgesamt überschätzt. So erhält eine Befragte, die bei drei gepflegten Personen angibt, sich jeweils etwa einmal wöchentlich zu kümmern, für jede Person 52 Pflegetage pro Jahr angerechnet. Sie kommt damit auf insgesamt 156 Pflegetage pro Jahr, auch wenn ihr tatsächlicher Pflegeaufwand im praktischen Sinne möglicherweise nur 52 Pflegetage umfasst, weil sie an einem Tag pro Woche die Einkäufe für alle drei Personen erledigt. Da diese Problematik jedoch bei allen Befragten gleichermaßen besteht, dürfte sich insgesamt ein relativ stimmiges Bild ergeben.

mittleren Alter die Pflege der (Schwieger-)Eltern dominiert, die meist nicht im gleichen Haushalt leben und deren Versorgung häufig auf mehrere Schultern verteilt werden kann, gewinnt mit zunehmendem Alter die Unterstützung der Partner/-innen an Bedeutung. Das Zusammenwohnen mit einer hilfsbedürftigen Person ist grundsätzlich positiv korreliert mit der aufgewendeten Pflegezeit (Geyer & Schulz 2014; Wetzstein et al. 2015), so dass davon auszugehen ist, dass die hier abgebildete altersspezifische Tendenz stärker ausfallen würde, würden neben der körperlichen Pflege weitere Unterstützungsleistungen für Personen innerhalb des Haushalts von Befragten erhoben werden.

Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit

Mit der Übernahme von Pflege- und Unterstützungsaufgaben bleibt weniger Zeit für andere Tätigkeitsbereiche. Betroffen davon ist unter anderem das Erwerbsleben der pflegenden Personen (Bestmann et al. 2014). Im Folgenden werden daher der Erwerbsstatus und der Erwerbsumfang der pflegenden Befragten näher beleuchtet.

Pflegende Befragte sind zu etwa gleichen Anteilen verrentet (44,2 Prozent) bzw. erwerbstätig (42,7 Prozent). Wenig überraschend nimmt über die Altersgruppen der Anteil der Erwerbstätigen ab und der Anteil der Befragten im Ruhestand zu. Insgesamt sind nur wenige arbeitslos, dauerhaft erwerbsunfähig, Hausfrau bzw. Hausmann, oder anderweitig beschäftigt (für eine Übersicht aller Anteile s. Tabelle 2.B5). In der geschlechtsspezifischen Verteilung sieht man, dass mehr als die Hälfte der pflegenden Männer (55,7 Prozent) und etwa ein Drittel der pflegenden Frauen (33,1 Prozent) im Ruhestand ist. Umgekehrt ist knapp die Hälfte der pflegenden Frauen abhängig oder selbstständig beschäftigt, während das bei den Männern nur 37,8 Prozent sind. Diese Verteilung unterstützt die schon angeführte Vermutung, dass Frauen ungeachtet ihrer Erwerbstätigkeit Pflegeaufgaben übernehmen, während Männer sich die Zeit dazu erst nehmen, wenn sie aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind. Das zeigt sich auch in den Erwerbsarbeitsstunden: Männliche pflegende Befragte geben eine durchschnittliche wöchentliche Arbeitszeit von 43 Stunden an (SD=9,9; Min=8, Max=80; Median=40), weibliche pflegende Befragte hingegen nur etwa 30 Stunden (SD=12,8; Min=1, Max=70; Median=30).⁶³ Der Unterschied in den Erwerbsstunden ist signifikant ($t(516)=13,2$; $p<0,001$). Männer gehen

⁶³ 9 Prozent der erwerbstätigen pflegenden Befragten geben an, neben ihrer Haupterwerbstätigkeit noch einer Nebenerwerbstätigkeit nachzugehen. Die dargestellten Erwerbsarbeitsstunden beziehen sich auf die insgesamt geleisteten Arbeitsstunden (im Haupt- und evtl. zusätzlich im Nebenerwerb) der Befragten. Drei der erwerbstätigen Pflegenden haben durchschnittlich 0 Erwerbsarbeitsstunden pro Woche angegeben, diese Beobachtungen wurden ausgeschlossen. Insgesamt beziehen sich durch zusätzlich zwei fehlende Angaben die dargestellten Werte bezüglich des Erwerbsumfanges auf 519 Befragte.

damit trotz Pflegeverantwortung häufiger einer Erwerbstätigkeit im Umfang einer Vollzeitstelle nach als Frauen.

Mit den vorliegenden Daten kann nicht geprüft werden, ob der zeitliche Erwerbsumfang der Befragten möglicherweise aufgrund der Pfl egetätigkeit reduziert wurde. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass etwa 30 Prozent der (Haupt-)Pflegepersonen ihre Erwerbstätigkeit für die Pflege reduzieren, dass fast jede/r Fünfte die Berufstätigkeit vollständig aufgibt und dass dies insgesamt mehr für Frauen als für Männer gilt (Bestmann et al. 2014; Schmidt & Schneekloth 2011). Je höher der Pflegebedarf der zu pflegenden Person ist, desto geringer ist der Erwerbsumfang der Pflegeperson und je länger die Pflege andauert, desto häufiger wird die Erwerbstätigkeit – insbesondere bei Pflegenden von demenzkranken Personen – aufgegeben (Geyer 2016b; Schäu fele et al. 2016). Vergleicht man die dargestellten Pflegeumfänge von pflegenden Frauen und Männern mit der von ihnen angegebenen Erwerbsarbeitszeit, erkennt man auch in den vorliegenden Daten einen derartigen Trend.

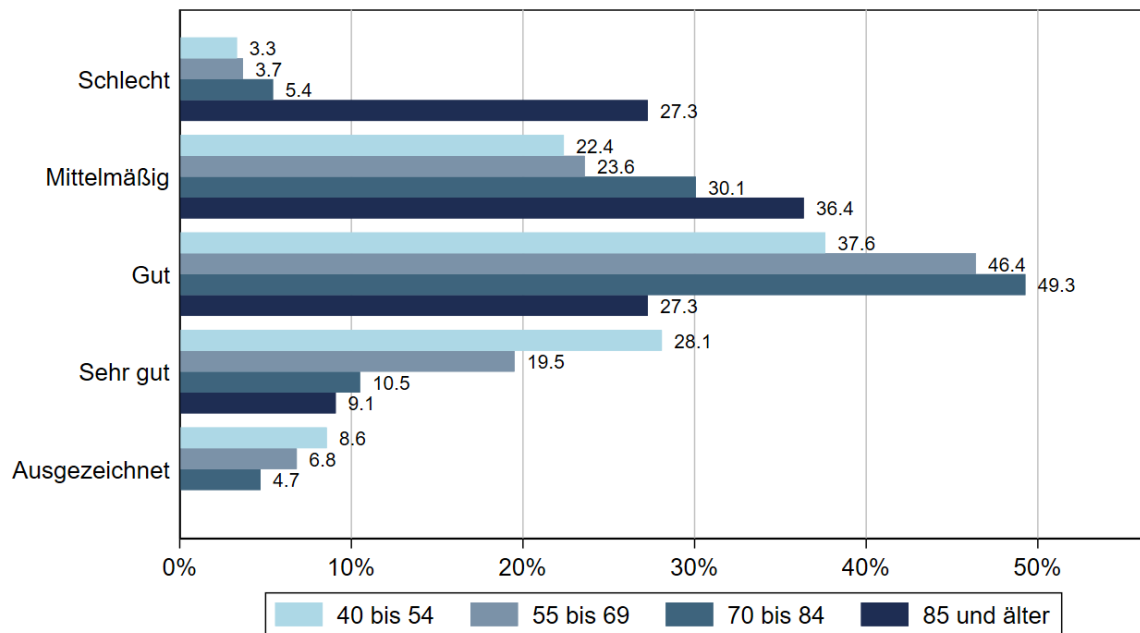
Gesundheit, Lebenszufriedenheit und soziales Netzwerk von Pflegenden

Neben Einschränkungen in der Erwerbsarbeit können Pfl egetätigkeiten auch eine körperliche und psychische Belastung darstellen (Pinquart 2016), und die Anzahl der Sozialkontakte von Pflegenden beeinflussen. Wie also sieht der Gesundheitszustand von pflegenden Befragten aus und wie groß ist ihr soziales Netzwerk?

Körperliche und mentale Gesundheit

Die große Mehrheit der pflegenden Befragten gibt keine körperlichen Einschränkungen an (92 Prozent). Knapp 5 Prozent vermerken eine und etwa 3 Prozent zwei oder mehr körperliche Einschränkungen. Über die Altersgruppen steigt die Anzahl der Schwierigkeiten mit bestimmten Tätigkeiten leicht an, liegt aber auch in der ältesten Gruppe der über 85-Jährigen mehrheitlich bei maximal drei gesundheitlichen Einschränkungen. Weibliche und männliche Pflegenden unterscheiden sich dabei nicht. Auch die Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit fällt bei den pflegenden Befragten mehrheitlich und geschlechtsunabhängig „gut“ aus (s. Tabelle 2.2 und Tabelle 2.B6). Ältere Befragte beurteilen ihre gesundheitliche Verfassung allerdings signifikant schlechter als jüngere Befragte ($\text{Chi}^2(12)=48,9; p<0,001$) (s. Abbildung 2.6).

Abbildung 2.6: Selbsteinschätzung der Gesundheit nach Alter der pflegenden Befragten (N=1230)



Um die mentale Gesundheit der pflegenden Befragten darzustellen, wird auf deren Einordnung auf der Depressions- sowie der Einsamkeitsskala zurückgegriffen. Beide Variablen werden von SHARE aufbereitet bereitgestellt und basieren auf der EURO-D-Skala (Depression) bzw. der R-UCLA-Einsamkeitsskala. Die EURO-D-Skala gibt die Anzahl depressiver Symptome wider und wird über 12 verschiedene Items gemessen: Depression, Pessimismus, Suizidalität, Schuldgefühle, Schlafstörungen, Interesse an Umgebung und Aktivitäten, Reizbarkeit, Appetit, Kraftlosigkeit, Konzentration, Freude, Traurigkeit (Prince et al. 1999). Bei einem Skalenwert von 4 oder höher wird eine Person als depressiv eingestuft. Die R-UCLA-Einsamkeitsskala umfasst drei Items, die auf Geselligkeit, Ausgegrenztheit und soziale Isolierung der Befragten referieren, und auf einer dreistufigen Likert-Skala beantwortet werden können.⁶⁴ Der Mindestwert für die resultierende Punktzahl ist 3 („nicht einsam“), der Höchstwert ist 9 „sehr einsam“ (Mehrbrodt et al. 2019). Die Skala wurde aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit bei der Aufbereitung der Daten auf einen Wertebereich zwischen 0 und 6 umkodiert. Eine Übersicht der Fragen im SHARE und der Kodierung für die Erstellung der Depressions- und der Einsamkeitsskala ist im Anhang zu finden (s. Tabelle 2.A2).

⁶⁴ Die R-UCLA-Einsamkeitsskala stellt die weiterentwickelte Kurzversion der UCLA-Einsamkeitsskala (Russell et al. 1978) dar. Während die ursprüngliche Version 20 Items zur Messung von Einsamkeit enthält, umfassen die diversen weiterentwickelten Versionen nur noch drei Items. Sowohl der genaue Wortlaut der Fragen als auch die Antwortmöglichkeiten variieren über die verschiedenen Versionen. Die Erhebung im SHARE basiert auf der „Three-Item-Loneliness Scale“ von Hughes et al. (2004).

Sowohl männliche als auch weibliche pflegende Befragte zeigen nur ein niedriges Level auf der Depressions- sowie auf der Einsamkeitsskala (s. Abbildung 2.B1). Frauen scheinen allerdings etwas stärker zur Depression zu neigen als Männer, sie geben durchschnittlich signifikant mehr depressive Symptome an (Mittelwert=2,39, SD=1,98 vs. Mittelwert=1,66, SD=1,64) ($t(1203)=7,0$; $p<0,001$). Ob Frauen mehr unter der empfundenen Last der Pflgetätigkeit mit den damit verbundenen Einschränkungen leiden, kann in der vorliegenden Untersuchung nicht geklärt werden. Bisherige Studien weisen darauf hin, dass Frauen und Männer ihre Pflgetätigkeit unterschiedlich wahrnehmen und Frauen diese häufiger als eine Last empfinden als Männer dies tun (Ekwall & Hallberg 2007; Matthews et al. 2004; Raschick & Ingersoll-Dayton 2004). In der altersspezifischen Betrachtung zeigt sich eine leichte Tendenz, dass jüngere Pflegende durchschnittlich etwas mehr depressive Symptome angeben als ältere Pflegende (s. Abbildung 2.B2).

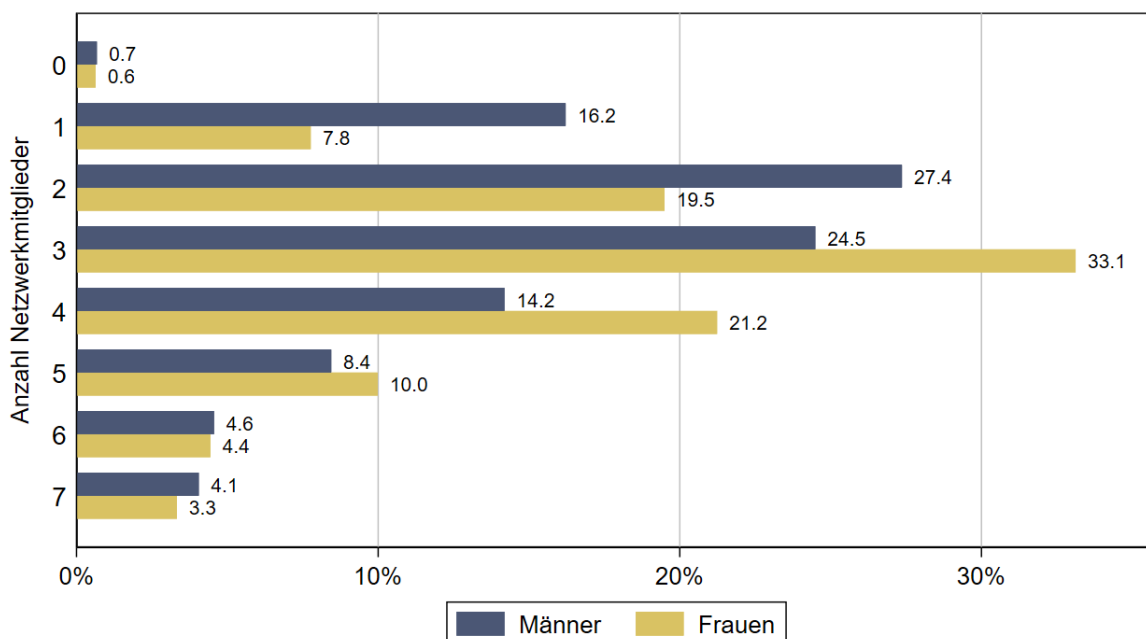
Pflegende Befragte geben eine recht hohe Lebenszufriedenheit mit einem durchschnittlichen Wert von 8 auf der Skala von 0 bis 10 an (s. Tabelle 2.2). Zwar streuen die Skalenwerte der Männer dabei breiter als die der Frauen, sowohl das arithmetische Mittel als auch der Median liegen jedoch in beiden Gruppen ebenfalls bei 8 (s. Abbildung 2.B1). Auch in den Altersgruppen zeigen sich keine auffälligen Unterschiede in der eher hohen Lebenszufriedenheit (s. Abbildung 2.B2). Insgesamt scheinen die pflegenden Befragten damit gut mit ihrer Lebenssituation zurechtzukommen. Einschränkend kann allerdings angemerkt werden, dass die Fragen zur körperlichen und mentalen Gesundheit nicht explizit in Verbindung zu geleisteten Pflgetätigkeiten gestellt wurden. Studien, die die Belastung von Pflegepersonen aufgrund der von ihnen geleisteten Pflege erhoben haben, zeigen, dass die Pflgetätigkeit häufig als kräftezehrend empfunden wird, Pflegende unter Vereinbarkeitskonflikten zwischen Erwerbstätigkeit und Pflegeanforderung leiden, und keine regelmäßigen Auszeiten von der Pflege genommen werden (können) (Bestmann et al. 2014; Nowossadeck et al. 2016; Pinquart 2016). Ebenfalls nicht überprüft werden kann, ob die hier betrachteten pflegenden Befragten die Pflege für die von ihnen genannten Personen allein übernehmen oder mit weiteren Personen teilen. Eine geteilte Pflegelast kann negative Auswirkungen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden von Pflegenden reduzieren. So ist in der Studie von Bestmann et al. (2014) der Anteil derjenigen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut einschätzen, bei gemeinsam Pflegenden höher (48 Prozent) als bei allein Pflegenden (36 Prozent).

Soziales Netzwerk

Das soziale Netzwerk der Befragten wird im SHARE über die Frage erhoben, mit welchen Personen sie in den vergangenen 12 Monaten am häufigsten über gute oder schlechte Dinge in ihrem Leben, über Probleme oder Sorgen gesprochen haben. Diese Personen können sowohl Familienmitglieder, Freunde, Nachbarn oder Bekannte sein, und bis zu sieben solcher Netzwerkpersonen können genannt werden. Aus den Angaben erstellt SHARE unterschiedliche netzwerkbezogene Variablen, u.a. die Netzwerkgröße der Befragten.

Frauen haben ein etwas größeres Netzwerk aus nahestehenden Personen als Männer ($\chi^2(7)=44,1; p<0,001$). Während Männer überwiegend zwei bis drei nahestehende Personen angeben, geben Frauen mehrheitlich drei und am zweithäufigsten vier Kontaktpersonen an (s. Abbildung 2.7). Über die verschiedenen Altersgruppen hinweg geben pflegende Befragte eine durchschnittliche Netzwerkgröße von drei nahestehenden Personen an.

Abbildung 2.7: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten nach Netzwerkgröße



Anm: $N_{\text{Frauen}}=634$, $N_{\text{Männer}}=596$.

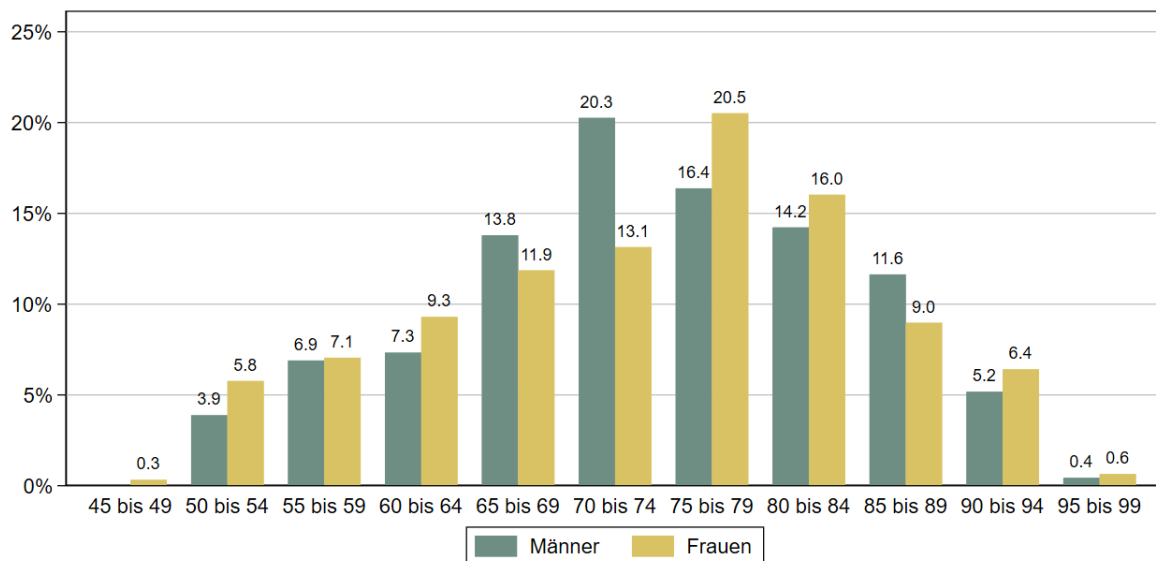
2.3.2 Wer benötigt Pflege? Darstellung der pflegebedürftigen Befragten

Die zweite interessierende Gruppe der Befragten stellen die 544 Personen im vorliegenden Analysesample dar, die als *pflegebedürftige Personen* kategorisiert sind (für die folgenden Ausführungen vgl. Tabelle 2.2). Sie leisten selbst keine Unterstützung für andere Personen und haben mindestens eine körperliche Einschränkung bei der Befragung angegeben. Mit

durchschnittlich etwa 74 Jahren stellen sie die älteste der hier betrachteten Gruppen nach Pflegerollenstatus dar, wobei die Altersspanne von 48 bis 99 Jahren reicht. Nur etwa zwei Drittel haben eine/n Partner/in (63 Prozent); das ist der geringste Anteil in den vier betrachteten Gruppen nach Pflegerollenstatus. Etwa 80 Prozent der pflegebedürftigen Befragten haben einen niedrigen oder mittleren Bildungsabschluss, nur 20 Prozent verfügen über eine hohe Bildung. 79 Prozent sind im Ruhestand, knapp 7 Prozent sind aufgrund von Krankheit oder Behinderung dauerhaft erwerbsunfähig, und immerhin knapp 8 Prozent sind noch berufstätig (nicht abgebildet). Das durchschnittliche Äquivalenzeinkommen pro Monat ist entsprechend niedriger als in der Vergleichsgruppe der pflegenden Befragten und beträgt 2294 Euro.

Mit 57 Prozent Frauen und 43 Prozent Männer stellt die Gruppe der pflegebedürftigen Befragten die geschlechtlich am ungleichsten verteilte Gruppe dar. Über die Altersgruppen hinweg folgt die Verteilung sowohl der männlichen als auch der weiblichen pflegebedürftigen Befragten annähernd einer Normalverteilung, wobei die meisten Männer in der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen zu finden sind, die meisten Frauen hingegen in der Altersgruppe zwischen 75 und 79 Jahren (s. Abbildung 2.8). Über die Hälfte der weiblichen Pflegebedürftigen ist älter als 75 Jahre (knapp 53 Prozent), bei den Männern sind es fünf Prozentpunkte weniger (knapp 48 Prozent). Diese Verteilung hat mehrere Gründe. Zum einen treten bei älteren Frauen häufiger funktionale Einschränkungen auf als bei älteren Männern (Menning & Hoffmann 2009; Wolff et al. 2017), sie werden damit ob der eingangs vorgenommenen Definition zur Kategorisierung in einen Pflegerollenstatus – mindestens eine Einschränkung in den ADL oder den IADL – häufiger in die Gruppe der Pflegebedürftigen einsortiert. Dazu kommt aber auch, dass Frauen insgesamt eine höhere Lebenserwartung haben und sie demnach auch häufiger in hohen Altersgruppen vertreten sind. Männer im gleichen Alter sind dann möglicherweise die „gesundheitlich besonders widerstandsfähige[n]“ (Demografieportal 2022a) mit entsprechend geringen körperlichen Einschränkungen.

Abbildung 2.8: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegebedürftigen Befragten über die Altersgruppen (in Prozent)



Anm.: $N_{\text{Frauen}}=312$, $N_{\text{Männer}}=232$.

Körperliche und kognitive Gesundheit von Pflegebedürftigen

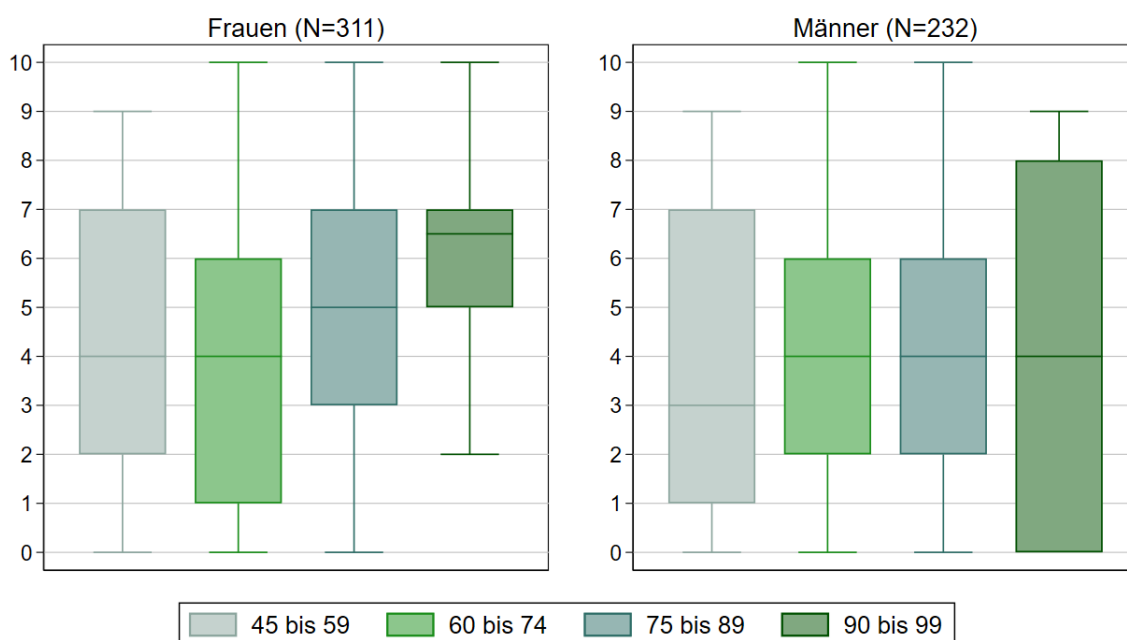
Wie aber sieht der Gesundheitszustand der als pflegebedürftig kategorisierten Befragten aus? Insgesamt geben die Befragten geschlechtsunabhängig durchschnittlich 3,8 (SD=3,7; Median=2) Einschränkungen an. Knapp 39 Prozent haben ausschließlich Schwierigkeiten mit instrumentellen Aktivitäten, wie dem Einkaufen von Lebensmitteln, Arbeiten im Haus oder im Garten, oder dem Zubereiten von Mahlzeiten (IADL). 16 Prozent benötigen Hilfe bei der grundständigen Selbstversorgung, z.B. beim Anziehen von Kleidung, beim Baden oder Duschen, oder dem Aufstehen aus bzw. Hinlegen ins Bett (ADL). Fast 46 Prozent der pflegebedürftigen Befragten haben mit Aktivitäten in beiden Bereichen Probleme. Erwartungsgemäß steigt über die Altersgruppen hinweg der Anteil der Befragten mit mehreren Einschränkungen an und ein Großteil der über 80-Jährigen berichtet mindestens vier oder mehr Schwierigkeiten bei den ADL und/oder IADL (s. Abbildung 2.C1).

SHARE erhebt neben Einschränkungen in den ADL und IADL auch Schwierigkeiten in der körperlichen Mobilität. Während die (Instrumentellen) Aktivitäten des täglichen Lebens auf Tätigkeiten referieren, die alltäglich notwendig für den Selbsterhalt und die körperliche Unabhängigkeit (ADL) bzw. essenziell für die Teilhabe am sozialen Leben (IADL) sind, stellt die Abfrage zur körperlichen Mobilität der Befragten eine Reihe an Items dar, die sich konkret auf die körperliche Leistungsfähigkeit beziehen. Befragte können hier angeben, ob sie sich andauernd (d.h. länger als drei Monate) bei einer der explizierten Tätigkeiten – u.a. längeres Sitzen, mehrere Treppenabsätze hinauf gehen, schwerere Gegenstände bewegen oder anheben,

sich bücken oder strecken – schwer tun (für eine Übersicht aller Tätigkeiten s. Tabelle 2.A2). Die angegebenen Schwierigkeiten werden dann summiert, so dass ein Mobilitätsindex von 0 (keine Schwierigkeiten) bis 10 (Schwierigkeiten bei all diesen Tätigkeiten) entsteht.

Männer schneiden mit durchschnittlich 4,2 angegebenen Mobilitätseinschränkungen (SD=2,8; Median=4) hier etwas besser ab als Frauen, die im Mittel 4,7 Einschränkungen (SD=2,8; Median=5) angeben ($t(541)=2,1$; $p=0,038$). Betrachtet man die Anzahl an Einschränkungen in der Mobilität der Befragten geschlechtsspezifisch über die Altersgruppen, scheinen Frauen tatsächlich – wie schon erwähnt – insbesondere im höheren Alter (75 Jahre und älter) deutlich stärker in ihrer Mobilität eingeschränkt zu sein als Männer (s. Abbildung 2.9).

Abbildung 2.9: Anzahl der Einschränkungen in der körperlichen Mobilität nach Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten (N=543)



Zusätzlich zu den körperlichen Einschränkungen geben pflegebedürftige Befragte durchschnittlich 3,2 (SD=1,9; Median=3) chronische Erkrankungen (z.B. Diabetes, Grauer Star, Arthrose, Herzinsuffizienz, Magengeschwüre, Angststörungen; für eine Übersicht aller Erkrankungen s. Tabelle 2.A2) an. Die Anzahl steigt mit dem Alter leicht an, deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede gibt es nicht.

Pflegearrangements von Pflegebedürftigen

Wie groß ist der Haushalt von Pflegebedürftigen und woher kommt die Pflege?

Leben pflegebedürftige Personen mit mindestens einer weiteren Person zusammen in einem Haushalt, erhalten sie wahrscheinlicher, mehr und umfassender Unterstützung (Geyer & Schulz

2014; Wetzstein et al. 2015). Ein erster Indikator für vorhandene private Pflegearrangements ist damit die Haushaltsgröße von Pflegebedürftigen. Dabei zeigt sich, dass über die Hälfte der pflegebedürftigen Befragten mit einer weiteren Person zusammenlebt (knapp 56 Prozent), etwas mehr als ein Drittel (35,7 Prozent) lebt allein und knapp 9 Prozent haben drei oder mehr Mitbewohner/innen in ihrem Haushalt.

Insgesamt geben 42 Prozent der Pflegebedürftigen an, keine Unterstützung zu erhalten. Gut ein Viertel davon (28,2 Prozent) leben in Single-Haushalten, die restlichen knapp 72 Prozent teilen sich ihren Haushalt mit weiteren Personen. Dass Befragte in Mehrpersonenhaushalten scheinbar trotz Bedarf keinerlei Unterstützung erhalten, erscheint ungewöhnlich, lässt sich aber – analog zur Erhebung pflegebedürftiger Personen – wiederum mit der eingeschränkten Erhebung im SHARE von pflegenden Personen innerhalb eines Haushalts erklären: Etwaige Pflegepersonen werden dort nur erfasst, wenn sie körperliche Pflege für die Befragten leisten. Die (verstärkte) Übernahme von Haushaltsaufgaben und Schreiarbeiten durch eine Person innerhalb des Haushalts, um die Befragten zu unterstützen, wird hingegen nicht berücksichtigt; entsprechende Hilfe wird daher untererfasst (vgl. auch Abschnitt „Pflegearrangements von Pflegenden“). Der Umstand scheinbar fehlender Unterstützung bei denjenigen Befragten, die mit mindestens einer weiteren Person zusammenleben, stellt demnach ein Artefakt der Daten dar. Zwar können etwaige Pflegearrangements dieser Personen nicht näher betrachtet werden; von deutlich stärkerem Interesse ist jedoch die Gruppe derjenigen Befragten, die allein wohnen und keine Hilfe erhalten. Sie werden im Abschnitt „Leistungen der Pflegeversicherung, mentale Gesundheit und soziales Netzwerk von Pflegebedürftigen“ noch einmal eingehender dargestellt. Im Folgenden werden zur Beschreibung der Pflegearrangements von pflegebedürftigen Befragten nur Personen berücksichtigt, die mindestens eine Pflegeperson angegeben haben. Die Fallzahl der betrachteten Personen reduziert sich dabei auf 317.

Wie viele Pflegepersonen haben pflegebedürftige Befragte?

72 Prozent der pflegebedürftigen Befragten mit mindestens einer Pflegeperson erhalten ausschließlich Unterstützung von Personen aus einem anderen Haushalt. Bei gut 17 Prozent helfen nur Personen, die mit den Pflegebedürftigen zusammenwohnen, und knapp 11 Prozent werden sowohl von Personen von innerhalb als auch von außerhalb des Haushalts unterstützt. Während überwiegend von nur einem bzw. einer Haushaltsangehörigen Pflege geleistet wird, geben pflegebedürftige Befragte bis zu drei Pflegepersonen an, die nicht in ihrem Haushalt leben. Insgesamt erhält damit etwas mehr als die Hälfte der Befragten (53 Prozent) Hilfe von

einer Person, 30 Prozent werden von zwei Personen unterstützt und 17 Prozent nennen drei oder mehr Pflegepersonen innerhalb und außerhalb des eigenen Haushalts (Tabelle 2.C1).

Wer pflegt die pflegebedürftigen Befragten?

Pflegebedürftige Befragte werden im eigenen Haushalt am häufigsten von ihren Partner/innen gepflegt (83 Prozent). Unterstützung von Personen außerhalb des eigenen Haushalts erhalten die meisten pflegebedürftigen Befragten von mindestens einem ihrer Kinder und/oder Schwiegerkinder (55 Prozent). Auffällig sind die relativ hohen Anteile außerhäuslicher Pflegepersonen, die nicht aus dem (engen) familiären Kreis der Befragten stammen: Etwa 27 Prozent der Befragten werden von Freunden und/oder Nachbarn unterstützt, und 30 Prozent nennen Verwandte zweiten (Geschwister, Enkelkinder), dritten (Tanten, Neffen, Nichten) oder entfernteren Grades bzw. nicht-verwandte Personen ((Ex-)Kolleg/innen, Therapeuten, Haushaltshilfen oder andere), die ihnen Hilfe leisten.⁶⁵ Zusammen genommen werden Befragte damit am häufigsten von ihren (Schwieger-)Kindern und Partner/innen gepflegt (s. Tabelle 2.C2).

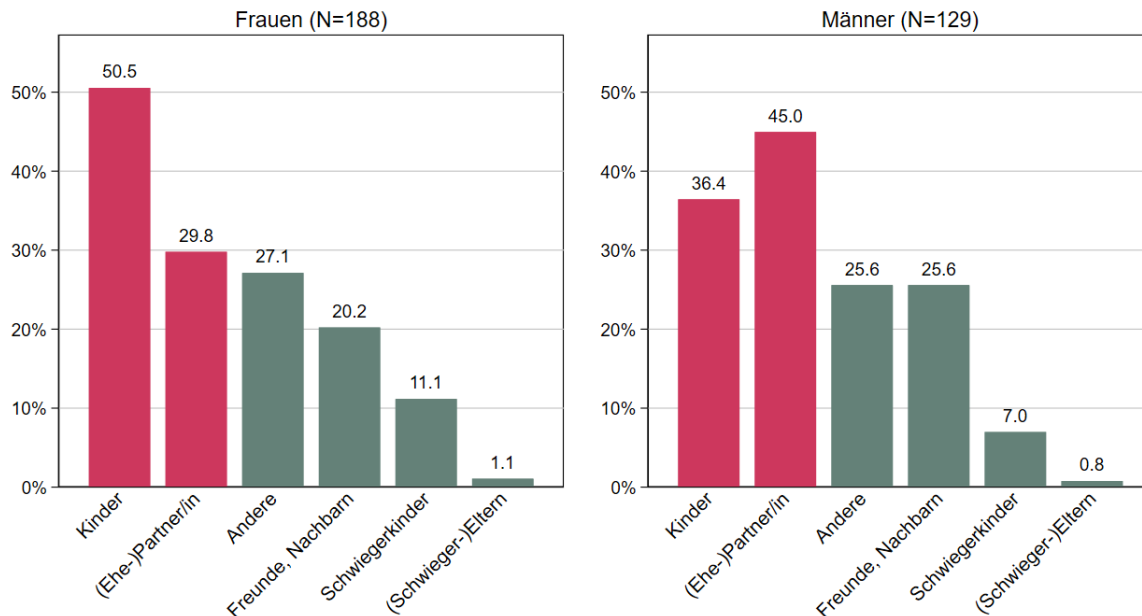
Über die Altersgruppen hinweg steigt die Bedeutung der kindlichen Unterstützung deutlich an, während die der Partner/innen insbesondere in den höheren Altersgruppen entsprechend abnimmt (Tabelle 2.C2). Diese Verschiebung hängt vermutlich damit zusammen, dass zum einen auch die Partner/-innen der Pflegebedürftigen älter sind und die erforderliche Unterstützung durch eigene Einschränkungen nicht (mehr) umfassend leisten können, zum anderen steigt mit dem Alter auch die Wahrscheinlichkeit der Verwitwung an.

Insbesondere in den zwei Hauptgruppen der Pflegepersonen – Kinder und Partner/-innen – zeigen sich deutliche Unterschiede darin, welches Geschlecht von wem unterstützt wird: Während mehr als die Hälfte der weiblichen pflegebedürftigen Befragten von ihren (Schwieger-)Kindern Hilfe bekommt, ist das bei den männlichen Befragten nur bei knapp 40 Prozent der Fall. Auch bei einer Differenzierung zwischen Kindern und Schwiegerkindern als Pflegepersonen, bleibt dieser Unterschied bestehen (s. Abbildung 2.10): mehr Frauen als Männer werden sowohl von den eigenen Kindern als auch den Schwiegerkindern unterstützt ($\text{Chi}^2(1)=6,1$; $p=0,013$). Gesundheitlich eingeschränkte Männer werden hingegen vorrangig von ihren Partner/-innen gepflegt (45 Prozent), dieser Anteil ist wiederum bei den Frauen geringer (30 Prozent) ($\text{Chi}^2(1)=7,5$; $p=0,006$). Insgesamt zeigt sich damit ein Bild, das nicht neu ist bei der Betrachtung privater Pflegearrangements: Frauen überleben aufgrund ihrer höheren

⁶⁵ In Klammern angeführt sind nur die tatsächlich genannten Personengruppen. Für eine Übersicht aller Pflegepersonen, die ausgewählt werden konnten, siehe Tabelle 2.A2.

Lebenserwartung und des üblichen Altersunterschiedes in Paarbeziehungen ihre Partner, so dass sie diese nicht nur wahrscheinlicher pflegen, sondern selbst schließlich verwitwet auf die Unterstützung ihrer Kinder angewiesen sind (Shuey & Hardy 2003).

Abbildung 2.10: Pflegepersonen nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten



Anm.: Mehrfachnennungen möglich.

Welche Unterstützung erhalten Pflegebedürftige und in welchem Umfang?

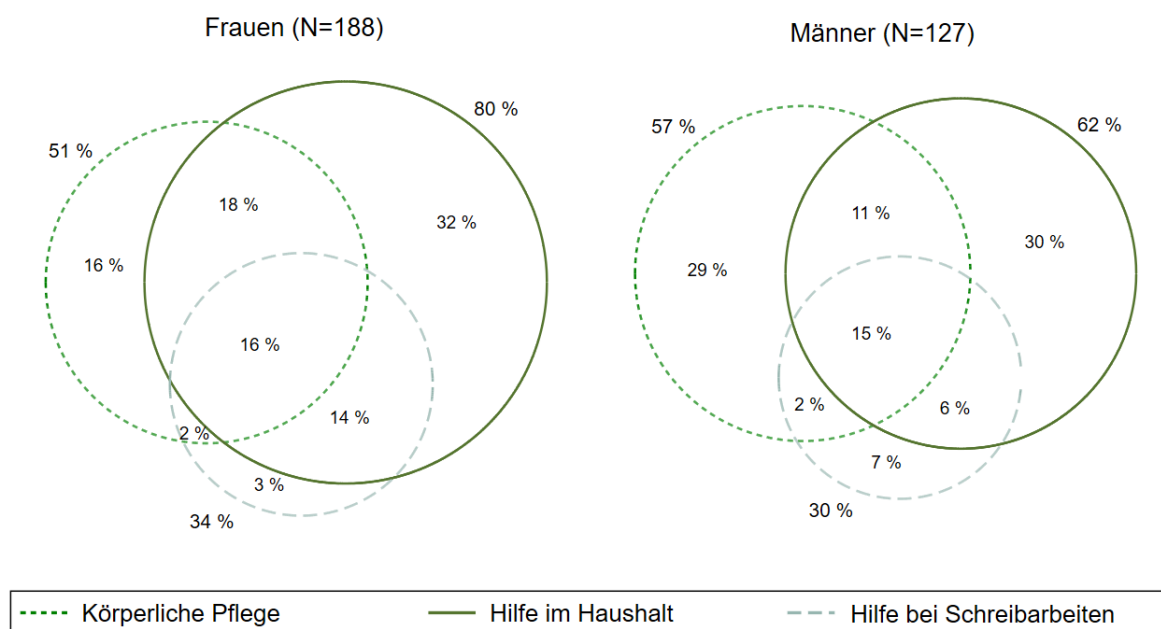
Etwa die Hälfte der männlichen und weiblichen pflegebedürftigen Befragten wird körperlich gepflegt und etwa jeweils ein Drittel wird bei Schreibarbeiten unterstützt (s. Abbildung 2.11).⁶⁶ Deutlich mehr pflegebedürftige Frauen als Männer erhalten Hilfe bei anfallenden Haushaltsaufgaben (z.B. Einkaufen, Wäsche waschen, Erledigungen, Reparaturen etc.) (80 Prozent versus 62 Prozent).⁶⁷ Möglicherweise fordern Frauen in diesem Bereich notwendige Unterstützung stärker ein als Männer (und erhalten diese dann auch entsprechend) und/oder sie nehmen diese Hilfe stärker wahr. Beides würde aus einer geschlechtsspezifischen Sozialisation resultieren, die Frauen einen „aufmerksameren Blick“ für Haushaltsaufgaben zuweist und sie daher derer Ausführung mehr gewahr sind als Männer (sowohl als zu erledigende Aufgabe als auch als vollbrachte Hilfeleistung). Insgesamt erhalten weibliche Pflegebedürftige damit

⁶⁶ Die Aufteilung der erhaltenen Unterstützung auf die verschiedenen Aufgabenbereiche insgesamt sowie in den einzelnen Altersgruppen ist in Tabelle 2.C3 abgebildet.

⁶⁷ Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied besteht nur bei der Unterstützung bei Haushaltsaufgaben ($\chi^2(1)=11,8; p=0,001$).

häufiger Unterstützung in mehreren Bereichen als männliche Pflegebedürftige (49 Prozent versus 34 Prozent).

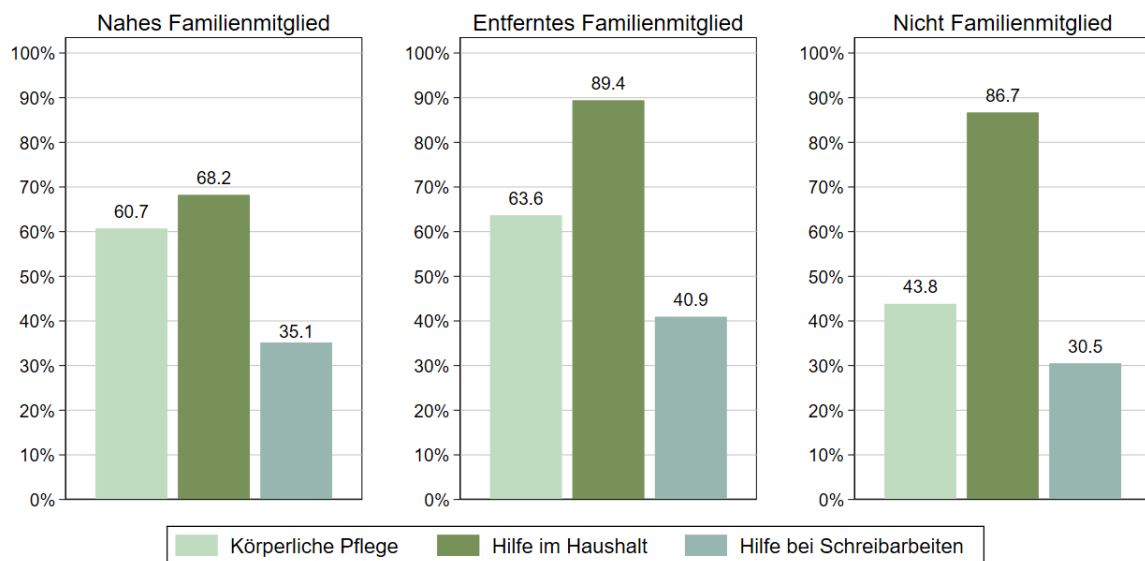
Abbildung 2.11: Umfang und Bereich der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten



Anm.: Eine maßstabsgetreue Abbildung der Proportionen ist bei Venn-Diagrammen mit drei Kreisen nicht möglich. Die Abbildung dient daher näherungsweise als Veranschaulichung und stellt kein exaktes Bild der Proportionen dar.

Ebenso wie bei den pflegenden Befragten (s. Abschnitt „Pflegearrangements von Pflegenden“) sieht man auch bei pflegebedürftigen Befragten, dass körperliche Pflege mehrheitlich innerhalb der Familie geleistet wird (vgl. Abbildung 2.12). Sowohl der Anteil der Befragten, die von einem nahen Familienmitglied Hilfe im Haushalt erhalten, als auch derjenigen, die von einem nahen Familienmitglied bei administrativen Tätigkeiten unterstützt werden, ist durch die Untererfassung dieser Tätigkeiten von Pflegepersonen innerhalb des Haushalts der Befragten – überwiegend Partner/in und/oder Kinder der Befragten – vermutlich tatsächlich etwas höher. Insgesamt zeigt sich damit wiederum, dass Pflegebedürftige bei finanziellen und rechtlichen Angelegenheiten („Hilfe bei Schreibarbeiten“) häufiger von Familienmitgliedern als von nicht-verwandten Pflegepersonen Hilfe erhalten.

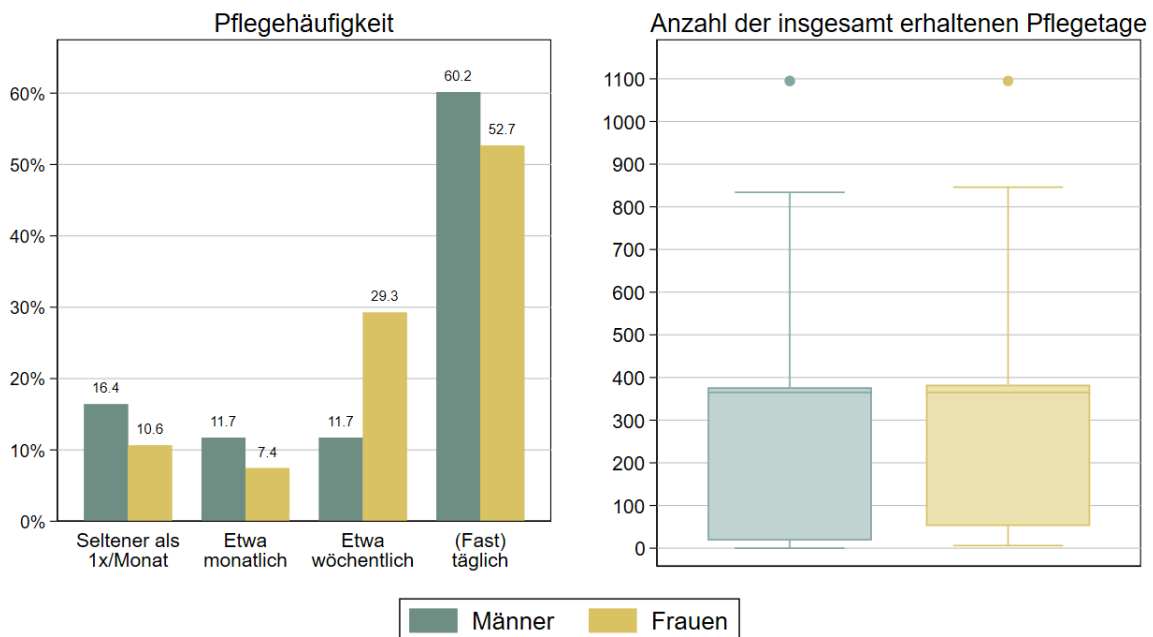
Abbildung 2.12: Erhaltene Unterstützung nach Netzwerkentfernung der pflegebedürftigen Befragten zu ihren Pflegepersonen



Anm.: Nahes Familienmitglied: Partner/in, Eltern, Geschwister, Kinder; Entferntes Familienmitglied: Schwiegereltern, Schwiegerkinder, Verwandte dritten oder höheren Grades; Nicht Familienmitglied: alle nicht mit den Befragten verwandten Personen.

Sowohl weibliche als auch männliche pflegebedürftige Befragte geben überwiegend an, von mindestens einer ihrer Pflegepersonen jeden Tag Hilfe zu erhalten (s. Abbildung 2.13). Zwar liegt der Anteil der Männer hier über dem der Frauen, während das in der zweithäufigsten Kategorie („etwa wöchentlich“) umgekehrt der Fall ist; da die weiblichen Befragten jedoch durchschnittlich mehr Pflegepersonen haben, scheint sich ein recht einheitliches Bild in der Häufigkeit der erhaltenen Unterstützung über die Geschlechter zu ergeben, wie sich auch in den summierten Pflegetagen pro Jahr zeigt (Männer: Mittelwert=281, SD=242, Median=365; Frauen: Mittelwert=269, SD=237, Median=365) (s. Abbildung 2.13). Über die Altersgruppen steigt der zeitliche Umfang der empfangenen Unterstützung erwartungsgemäß an (Tabelle 2.C4).

Abbildung 2.13: Zeitlicher Umfang der erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten



Anm.: $N_{\text{Frauen}}=188$, $N_{\text{Männer}}=129$.

Leistungen der Pflegeversicherung, mentale Gesundheit und soziales Netzwerk von Pflegebedürftigen

Für die folgenden Darstellungen zum Erhalt staatlicher Pflegeleistungen, der mentalen Gesundheit und dem sozialen Netzwerk der pflegebedürftigen Befragten, werden die in den vorangegangenen Ausführungen ausgeschlossenen Befragten ohne private Pflegeperson(en) wieder mit einbezogen und insbesondere die Gruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen näher betrachtet.

Leistungen der Pflegeversicherung

Pflegebedürftige Menschen haben in Deutschland Anspruch auf Unterstützung durch Leistungen der Pflegeversicherung. Diese müssen zunächst durch die pflegebedürftige Person selbst oder einer von ihr bevollmächtigten Person beantragt werden, anschließend erfolgt eine Begutachtung der pflegebedürftigen Person durch die Pflegekasse. Wird ein Pflegebedarf im Sinne des SGB XI festgestellt, können Pflegebedürftige je nach zugesprochenem Pflegegrad unterschiedliche Leistungen der Pflegeversicherung erhalten. Darunter fallen u.a. das Pflegegeld, Pflegesachleistungen (d.h. Pflege durch einen ambulanten Pflegedienst), sowie Erstattungsmöglichkeiten bei erforderlichen (Pflege-)Hilfsmitteln und finanzielle Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen (Bundesministerium für Gesundheit 2022b).

Befragte können im SHARE-Fragebogen angeben, ob sie regelmäßig Zahlungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung erhalten haben.⁶⁸ 15 pflegebedürftige Männer und 22 pflegebedürftige Frauen bejahen dies, insgesamt sind das knapp 7 Prozent aller pflegebedürftigen Befragten (37 von insgesamt 544). Vergleicht man die Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen in den beiden Gruppen, zeigt sich ein signifikanter Unterschied ($t(542)=8,4$; $p<0,001$): Pflegebedürftige Befragte, die keine gesetzlichen Pflegeleistungen erhalten, führen durchschnittlich 3,5 (SD=3,4) Gesundheitseinschränkungen (ADL und IADL) an, während leistungsberechtigte Befragte durchschnittlich 8,5 (SD=3,8) Einschränkungen angeben.⁶⁹

Mentale Gesundheit und soziales Netzwerk

Ebenso wie bei den pflegenden Befragten neigen auch bei den pflegebedürftigen Befragten Frauen mehr zu depressiven Symptomen als Männer (Mittelwert=3,74, SD=2,32 vs. Mittelwert=2,84, SD=1,98) ($t(483)=4,6$; $p<0,001$) (s. Abbildung 2.C2). Insgesamt fällt auf, dass zwar auch bei den Pflegebedürftigen die Werte auf der 12-stufigen Depressionsskala (beide eingeführt im Abschnitt „Wer pflegt? Pflegenden Befragte im Fokus“; für eine Übersicht der Items s. Tabelle 2.A2) eher niedrig sind (Mittelwert=3,4, SD=2,2; Median=3), jedoch erkennbar und signifikant über jenen der Pflegenden liegen (Mittelwert=2,0, SD=1,9; Median=2) ($t(787)=11,7$; $p<0,001$). Etwa die Hälfte der pflegebedürftigen Frauen und knapp ein Drittel der pflegebedürftigen Männer erreicht damit Werte auf der Depressionsskala (4 oder höher), mit denen sie als (leicht) depressiv eingeordnet werden können (Mehrbrodt et al. 2019). Für die sechsstufige Einsamkeitsskala existiert zwar kein vergleichbarer Grenzwert (Mehrbrodt et al. 2019), auch hier sind jedoch durchschnittlich signifikant höhere Werte bei den Pflegebedürftigen (Mittelwert=1,3, SD=1,5; Median=1) im Vergleich zu den Pflegenden (Mittelwert=0,6, SD=0,9; Median=0) zu erkennen ($t(650)=9,6$; $p<0,001$).

Altersgruppenspezifisch zeigen sich keine auffälligen Unterschiede in der Depressionsneigung und dem Gefühl der Einsamkeit von pflegebedürftigen Befragten; lediglich die Werte auf der Depressionsskala streuen bei der jüngsten Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren etwas

⁶⁸ Es wurde ebenfalls abgefragt, ob regelmäßig Leistungen einer privaten Pflegeversicherung erhalten wurden. Nur eine pflegebedürftige Person bestätigte dies, zwei der alleinlebenden Pflegebedürftigen ohne Pflegeperson(en) konnten dazu keine Angabe machen.

⁶⁹ Betrachtet man gesondert die Gruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen ohne Pflegeperson, geben nur zwei der insgesamt 64 Personen an, finanzielle staatliche Pflegeleistungen zu erhalten. Beide Personen geben insgesamt acht gesundheitliche Einschränkungen (ADL und IADL).

breiter und erreichen damit auch höhere Werte als bei den über 60-Jährigen (s. Abbildung 2.C3).

Sowohl die etwas stärkeren Gefühle der Einsamkeit als auch die durchschnittlich höhere Anzahl an depressiven Symptomen bei Pflegebedürftigen im Vergleich zu Pflegenden resultieren vermutlich aus dem zum einen insgesamt schlechteren Gesundheitszustand und dem – möglicherweise damit zusammenhängenden – kleineren sozialen Netzwerk der pflegebedürftigen Befragten. So schätzen diese ihren Gesundheitszustand geschlechtsunabhängig und über alle Altersgruppen hinweg mehrheitlich als „mittelmäßig“ und im Vergleich zu allen anderen Gruppen nach Pflegerollenstatus damit am schlechtesten ein (s. Tabelle 2.2 und Tabelle 2.C5). Auch geben pflegebedürftige Männer überwiegend nur ein bis zwei (bei Pflegenden: zwei bis drei), die meisten pflegebedürftigen Frauen zwei bis drei (bei Pflegenden: drei bis vier) nahestehende Netzwerkmitglieder an (Abbildung 2.C4).⁷⁰

Diese Befunde bündeln sich in der durchschnittlich geringsten Lebenszufriedenheit von pflegebedürftigen Befragten zwischen allen Pflegerollenstatus-Gruppen (s. Tabelle 2.2), wobei Männer durchschnittlich nochmal etwas unzufriedener sind als Frauen (s. Abbildung 2.C2). Möglicherweise nehmen Männer körperliche Einschränkungen deutlicher wahr, weil diese zum einen stärker mit dem ihnen zugewiesenen Rollenbild konfliktieren (West & Zimmerman 1987), und sie damit – zum anderen – weniger gewohnt sind, um Hilfe bitten bzw. sich helfen lassen zu müssen. Ebenfalls eine geringere Lebenszufriedenheit haben jüngere pflegebedürftige Befragte in der Altersgruppe zwischen 45 und 59 Jahren mit einem durchschnittlichen Skalenwert von 6 (Median) im Vergleich zu den höheren Altersgruppen (Median=8) (Abbildung 2.C3).

Obwohl die Gruppe der alleinlebenden Befragten ohne Pflegeperson durchschnittlich signifikant weniger körperliche gesundheitliche Einschränkungen als alleinlebende Befragte mit Pflegeperson(en) aufweisen (3,4 Einschränkungen (SD=3,0) versus 4,5 Einschränkungen (SD=3,9) ($t(155)=2,1$; $p=0,037$)), ist sie – ebenfalls signifikant – unzufriedener mit ihrem Leben (6,3 Skalenpunkte (SD=2,6) versus 7,1 Skalenpunkte (SD=1,9)) ($t(101)=2,1$; $p=0,034$). Da sie sich weder in ihren Werten auf der Depressions- und auf der Einsamkeitsskala, noch in der Größe ihres sozialen Netzwerks oder der Eigenbeurteilung ihres Gesundheitszustandes wesentlich von den restlichen Pflegebedürftigen unterscheiden (nicht abgebildet), scheint es plausibel, diesen Befund mit der fehlenden Unterstützung in Verbindung zu bringen. Da die

⁷⁰ Der geschlechtsspezifische Unterschied in der Netzwerkgröße der pflegebedürftigen Befragten ist signifikant ($\chi^2(7)=26,1$; $p<0,001$). Ebenso sind die Unterschiede in der Netzwerkgröße zwischen den pflegebedürftigen und pflegenden Befragten signifikant ($\chi^2(7)=38,3$; $p<0,001$).

alleinlebenden Befragten ohne Pflegeperson durchschnittlich nicht weniger Netzwerkkontakte haben als die restlichen Pflegebedürftigen, resultiert die fehlende Hilfe möglicherweise aus einer höheren räumlichen Entfernung und/oder einer geringeren emotionalen Nähe zwischen den beteiligten Personen. Ein Indikator dafür wäre der signifikant niedrigere Wert auf der Skala zur Netzwerkdichte, der sich bei alleinlebenden Pflegebedürftigen ohne Unterstützung im Vergleich zur Gruppe der alleinlebenden Pflegebedürftigen mit Unterstützung zeigt (1,7 Skalenpunkte (SD=0,9) versus 2,0 Skalenpunkte (SD=0,8) ($t(178)=2,8$; $p=0,006$)).⁷¹

2.3.3 „Who cares?\": Pflegende mit Unterstützung

Zur abschließend betrachteten Gruppe der *Pflegenden mit Unterstützung* gehören insgesamt 551 Befragte (für die folgenden Ausführungen vgl. Tabelle 2.2). Sie leisten nicht nur Pflege für andere Personen, sondern haben selbst wiederum mindestens eine Person, die sie regelmäßig bei bestimmten Tätigkeiten unterstützt.⁷² Etwa gleich viele Männer und Frauen (50,5 Prozent bzw. 49,5 Prozent) fallen in diese Kategorie, in der das durchschnittliche Alter etwa 65 Jahre beträgt und die jüngste Person 33 Jahre, die älteste 91 Jahre alt ist. 81 Prozent haben eine/n Partner/in, fast ein Drittel – und damit der größte Anteil in den vier betrachteten Gruppen nach Pflegerollenstatus – wurde in der DDR sozialisiert. Knapp zwei Drittel (62 Prozent) haben eine niedrige oder mittlere Bildung, 38 Prozent mindestens die Hochschulreife. 37 Prozent der pflegebedürftigen Pflegepersonen sind erwerbstätig, der Großteil ist verrentet (50 Prozent). Das durchschnittliche monatliche Äquivalenzeinkommen liegt bei 3166 Euro. Von den drei pflegebetroffenen Gruppen haben unterstützte Pflegende damit das höchste individuell verfügbare Einkommen (nicht signifikant).

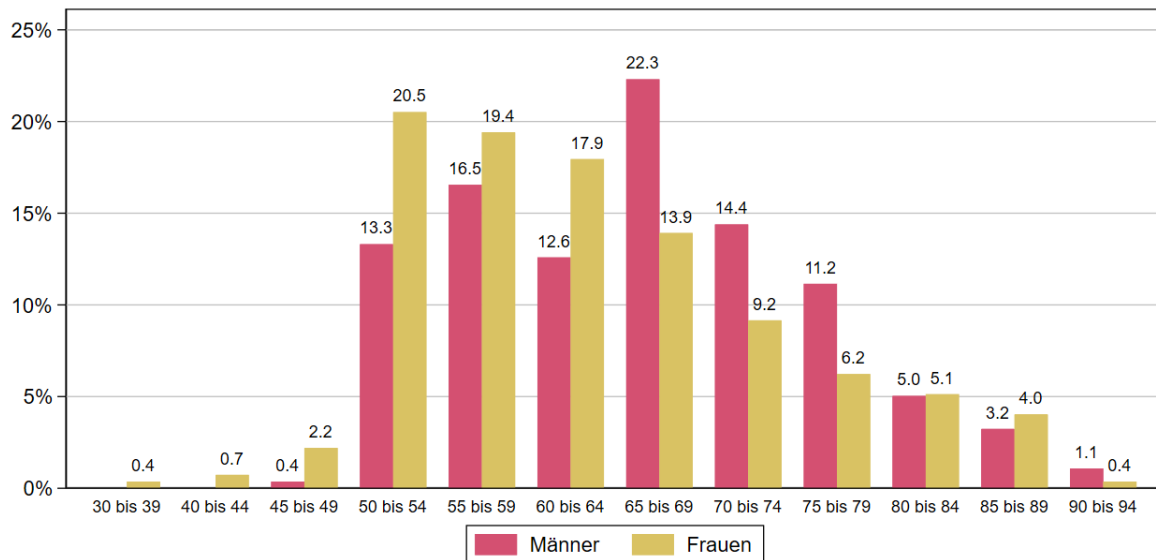
Die Mehrheit der pflegenden Männer und Frauen mit Unterstützung sind zwischen 50 und 69 Jahre alt (64,7 Prozent bzw. 71,7 Prozent) (s. Abbildung 2.14), wobei Frauen am häufigsten in der Altersgruppe der 50- bis 54-Jährigen (20,5 Prozent), die Männer hingegen am häufigsten bei den 65- bis 69-Jährigen vertreten sind. Insgesamt ähnelt die Verteilung damit jener der

⁷¹ Die Netzwerkdichte wird von SHARE als ein Skalenindex zwischen 0 und 4 über fünf Merkmale des sozialen Netzwerks der Befragten erstellt: 1) Anzahl der genannten Netzwerkpersonen, 2) räumliche Nähe der Netzwerkpersonen zu den Befragten, 3) Kontakthäufigkeit der Netzwerkpersonen mit Befragten, 4) emotionale Nähe zwischen Netzwerkpersonen und Befragten, 5) Diversität der Beziehungen zwischen Netzwerkpersonen und Befragten (Litwin & Stoeckel 2016). Je höher der Indexwert, desto „dichter“ das Netzwerk, d.h. desto mehr nahe und gleichzeitig diverse Beziehungen beinhaltet es.

⁷² Im Fokus des Interesses bei dieser Gruppe an Befragten steht die zweifache Rolle, die diese Personen im Bezug auf Pflege bzw. Pflegearrangements einnehmen; nicht, dass sie selbst – und möglicherweise durch die von ihnen geleistete Unterstützung – gesundheitliche Einschränkungen haben. Alle nachfolgenden Darstellungen sind daher nicht kausaltheoretisch – Pflege zu leisten führt zu gesundheitlichen Einschränkungen führt zu erhaltener Unterstützung bzw. Unterstützung zu erhalten führt zu besserer gesundheitlicher Verfassung führt zu geleisteter Pflege –, sondern rein deskriptiv zu interpretieren.

Pflegenden ohne Unterstützung: Sowohl ohne als auch mit Unterstützung scheinen mehr Frauen noch im erwerbsfähigen Alter mit ihrer Pflegetätigkeit zu beginnen, während Männer diese häufiger auf nach ihrem Renteneintritt verschieben.

Abbildung 2.14: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten mit Unterstützung über die Altersgruppen (in Prozent)



Anm.: $N_{\text{Frauen}}=273$, $N_{\text{Männer}}=278$.

Pflegearrangements von Pflegenden mit Unterstützung

Pflegende Befragte können ob der vorgenommenen Definition sowohl Unterstützung erhalten, weil sie selbst gesundheitliche Einschränkungen haben („pflegend und pflegebedürftig“), oder weil sie Pflege leisten und aufgrund der damit einhergehenden knapperen Zeit- und Energieressourcen einen entsprechenden Bedarf an Unterstützung haben. Eine Unterscheidung dieser zwei Aspekte ist mit den vorliegenden Daten nicht möglich. Im Folgenden werden daher insbesondere Unterstützungskombinationen – also das Zusammenspiel von geleisteter Hilfe und erhaltener Unterstützung – dargestellt.

Wo wird gepflegt und woher kommt die Unterstützung?

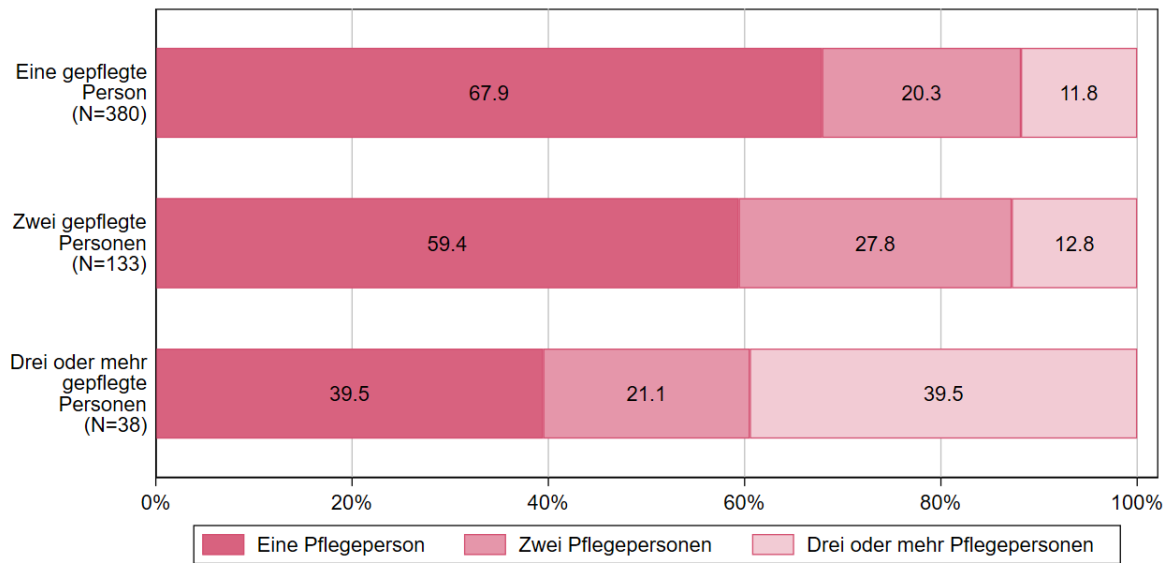
Die überwiegende Mehrheit der Befragten (80 Prozent) leistet und erhält Unterstützung außerhalb ihres eigenen Haushalts (vgl. Tabelle 2.D1). Mit deutlichem Abstand ist die zweithäufigste Pflegekombination, dass Befragte selbst jemanden innerhalb ihres eigenen Haushalts pflegen und von außerhalb des Haushalts Hilfe erhalten (9 Prozent). Am dritthäufigsten wird angegeben, dass Befragte sowohl Personen innerhalb als auch außerhalb ihres Haushalts unterstützen und wiederum selbst Hilfe von außerhalb des Haushalts erhalten (4,7 Prozent). Angesichts der Haushaltsgröße der Befragten – knapp 80 Prozent leben mit

mindestens einer weiteren Person zusammen – wird hier deutlich, wie stark Unterstützung von Personen innerhalb des Haushalts durch die Art der Erhebung – nur körperliche Pflege wird registriert – vermutlich untererfasst wird.

Wie viele Personen werden von den Befragten gepflegt und wie viele leisten ihnen Unterstützung?

Befragte geben insgesamt – d.h. sowohl aus ihrem eigenen Haushalt als auch aus anderen Haushalten – bis zu vier Personen an, für die sie Pflege leisten. Der Großteil (68 Prozent) unterstützt jedoch maximal eine Person, etwa 24 Prozent kümmern sich um zwei Personen. Selbst erhalten die Befragten ebenfalls von bis zu insgesamt vier Personen Unterstützung, wobei auch hier Hilfe überwiegend von nur einer Person (64 Prozent) und am zweithäufigsten von zwei Personen (22 Prozent) kommt. Immerhin 13 Prozent der Befragten erhalten von drei Personen aus ihrem sozialen Umfeld Unterstützung. Wie aber sieht das Verhältnis der von den Befragten gepflegten Personen zu jenen aus, die die Befragten unterstützen? Insgesamt am häufigsten kümmern sich Befragte um eine Person und erhalten wiederum auch von einer Person Unterstützung (47 Prozent) (nicht dargestellt). Mit der Anzahl der gepflegten Personen steigt auch proportional die Anzahl der Personen, die die Befragten unterstützen (s. Abbildung 2.15).

Abbildung 2.15: Anzahl der Unterstützungspersonen der Befragten nach Anzahl der von den Befragten gepflegten Personen (N=551)



Wer wird von den Befragten gepflegt und wer leistet ihnen Unterstützung?

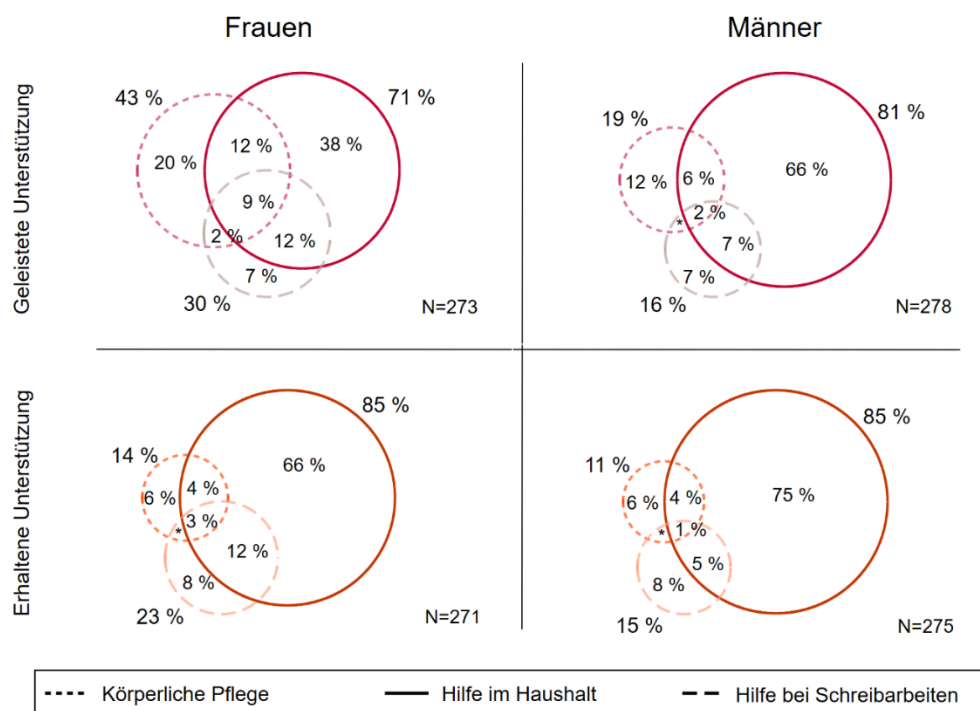
Im eigenen Haushalt versorgen Befragte überwiegend die eigenen Partner/innen (80 Prozent), außerhalb des eigenen Haushalts werden am häufigsten Freunde und/oder Nachbarn unterstützt (42 Prozent), gefolgt von den (Schwieger-)Kindern (31 Prozent) und den (Schwieger-)Eltern (24 Prozent).

Unterstützung erfährt der Großteil der Befragten von Personen im selben Haushalt wiederum von ihren Partner/innen (88 Prozent), von außerhalb des Haushalts helfen vor allem (Schwieger-)Kinder (44 Prozent) und Freunde bzw. Nachbarn (41 Prozent). Durch die Untererfassung sowohl der gepflegten als auch der Pflegepersonen innerhalb des Haushalts der Befragten sind allerdings vermutlich insbesondere die Partner/innen sowohl in der einen als auch der anderen Rolle nicht ausreichend repräsentiert. Gleichwohl gehören Freunde und Nachbarn insgesamt nicht nur zu den am häufigsten gepflegten Personen der Befragten, sondern stellen auch eine der wichtigsten Unterstützungsressourcen für diese dar. Vor allem bei den befragten Männern scheint das der Fall zu sein, während bei den befragten Frauen die (Schwieger-)Kinder als Unterstützungspersonen noch etwas häufiger, und als gepflegte Personen (Schwieger-)Kinder und (Schwieger-)Eltern ähnlich häufig wie Freunde oder Nachbarn genannt wurden (vgl. für alle Werte Tabelle 2.D2).

Welche Pflegeaufgaben werden von den Befragten geleistet und bei welchen Aufgaben werden sie unterstützt?

Die geleistete Unterstützung der Befragten in den unterschiedlichen Aufgabenbereichen ähnelt jenen der ausschließlich Pflegenden: sowohl Frauen als auch Männer helfen überwiegend bei Aufgaben in und um den Haushalt (z.B. putzen, einkaufen, Reparaturen), Frauen leisten jedoch häufiger (auch) körperliche Pflege sowie Unterstützung bei Schreibarbeiten als Männer (s. Abbildung 2.16).⁷³ Hinsichtlich der erhaltenen Unterstützung unterscheiden sich Frauen und Männer kaum, nur bei administrativen Tätigkeiten scheinen Frauen etwas mehr Hilfe zu erhalten (23 Prozent versus 14 Prozent der Männer) ($\chi^2(1)=6,7$; $p=0,010$). Überwiegend wird den Befragten jedoch geschlechtsunabhängig bei Aufgaben im Haushalt geholfen (85 Prozent), körperliche Pflege erhalten nur wenige (12 Prozent) (nicht dargestellt). Insgesamt übernehmen Frauen häufiger als Männer mehrere Aufgabenbereiche (35 Prozent versus 14 Prozent), erhalten dafür aber auch häufiger Unterstützung in mehreren Bereichen (20 Prozent versus 10 Prozent der Männer) (Abbildung 2.16).

Abbildung 2.16: Umfang und Bereich der geleisteten und erhaltenen Unterstützung nach Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung



Anm.: * = 0 %. Die Überschneidungsfläche in den Venn-Diagrammen entsteht hier nur durch die nicht mögliche maßstabsgetreue Abbildung der Proportionen bei drei Kreisen. Die Grafik dient daher nur näherungsweise als Veranschaulichung und stellt kein exaktes Bild der Proportionen dar.

⁷³ Die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Art der geleisteten Unterstützung sind für alle drei Aufgabenbereiche signifikant ([Körperliche Pflege: $\chi^2(1)=36,3$; $p<0,001$]; [Hilfe im Haushalt: $\chi^2(1)=7,9$; $p=0,005$]; [Administrative Hilfe: $\chi^2(1)=14,2$; $p<0,001$]).

Um ein differenziertes Verständnis von den geleisteten Pflegeaufgaben und der erhaltenen Unterstützung der Befragten zu bekommen, werden zunächst die unterschiedlichen Aufgabenarrangements (welche und wie viele Aufgabenbereiche werden übernommen bzw. in welchen und wie vielen Aufgabenbereichen wird Hilfe erhalten?) in ihren jeweiligen Kombinationen betrachtet. Über 42 Prozent der Befragten und damit mit Abstand am häufigsten helfen anderen Personen ausschließlich bei Aufgaben im Haushalt und werden selbst auch nur bei der Hausarbeit unterstützt (Tabelle 2.D3). Zu deutlich geringeren Anteilen leisten Befragte sowohl Hilfe im Haushalt als auch bei Schreibarbeiten (7,9 Prozent), körperliche Pflege (5,9 Prozent), oder körperliche Pflege und Hilfe im Haushalt (5,9 Prozent), und werden dabei jeweils durch nahestehende Personen bei eigenen Haushaltsaufgaben entlastet.

Erwartungsgemäß investieren die Befragten mehr Zeit in die von ihnen geleistete Pflege als sie selbst Unterstützung erhalten. Dabei zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Während über die Hälfte der Frauen täglich oder wöchentlich Pflege leistet, ist das nur bei etwa einem Drittel der Männer der Fall. Entsprechend ergeben sich bei Frauen durchschnittlich auch signifikant mehr insgesamt geleistete Pflgetage (Mittelwert=164, SD=198; Median=52) als bei den Männern (Mittelwert=98, SD=158; Median=12) ($t(522)=4,4$; $p<0,001$). Gleichzeitig erhalten Frauen zwar etwas häufiger Unterstützung von anderen Personen, überwiegend wird jedoch sowohl den weiblichen als auch den männlichen Befragten weniger als einmal pro Monat von anderen Personen geholfen (41 Prozent bzw. 48 Prozent).⁷⁴ Die Differenz im zeitlichen Umfang zwischen geleisteter und erhaltener Hilfe ist damit bei Frauen deutlich größer (Mediandifferenz: 34 Tage, bei Männern: 0 Tage) (für eine Übersicht aller Werte vgl. Tabelle 2.D4). Erklärbar ist das vermutlich über die Art der übernommenen Aufgaben: mehr Frauen als Männer leisten körperliche Pflege, die häufiger, regelmäßiger und weniger aufschiebbar erfolgen muss und kann, als Hilfe im Haushalt – die am häufigsten erhalten wird – oder bei Schreibarbeiten.

Erwerbsarbeit, Gesundheit und soziales Netzwerk von Pflegenden mit Unterstützung

Jemanden zu pflegen oder im Alltag zu unterstützen schränkt die zeitlichen Kapazitäten ein und kann gesundheitliche und soziale Konsequenzen haben. Entlastung durch weitere Personen, die Pflegenden Aufgaben im Haushalt, Erledigungen wie Einkäufe oder notwendige behördliche Schreibarbeit abnehmen, kann diese mit der Pflege einhergehenden Einschränkungen abmildern. Im Folgenden wird daher schlussendlich die Erwerbsarbeit, die Gesundheit sowie

⁷⁴ Es besteht kein geschlechtsspezifischer Unterschied zwischen der durchschnittlichen Anzahl an Tagen, an denen Unterstützung erhalten wurde ($t(540)=1,5$; $p=0,139$).

das soziale Netzwerk der pflegenden Befragten betrachtet, die eine solche Unterstützung erfahren.

Erwerbsarbeit

Insgesamt befindet sich die Hälfte der pflegenden Befragten mit Unterstützung im Ruhestand (50,1 Prozent) und etwa 37 Prozent sind abhängig oder selbstständig beschäftigt (Tabelle 2.D5). Ebenso wie bei den pflegenden Befragten ohne Unterstützung sind mehr Frauen als Männer noch erwerbstätig (42 Prozent versus 32 Prozent), und auch die durchschnittliche wöchentliche Erwerbsarbeitszeit der pflegenden Männer mit Unterstützung (Mittelwert=42 Stunden, SD=9,2; Median=40) unterscheidet sich kaum von jener der pflegenden Männer ohne Unterstützung (Mittelwert=43 Stunden, SD=9,9; Median=40) ($t(309)=0,4$; $p=0,690$). Bei den pflegenden Frauen hingegen ist die durchschnittliche Wochenarbeitszeit bei jenen mit Unterstützung signifikant höher (Mittelwert=33, SD=12,2; Median=39) als bei pflegenden Frauen, die keine Unterstützung erhalten (Mittelwert=30, SD=12,8; Median=30) ($t(409)=2,6$; $p=0,009$).⁷⁵ Da sich pflegende Befragte mit und ohne Unterstützungspersonen weder in der Art noch im Umfang der übernommenen Pflegeaufgaben auffällig voneinander unterscheiden, lässt sich möglicherweise daraus schließen, dass insbesondere Frauen von der Entlastung im Privatleben profitieren, um Erwerbs- und Pflgetätigkeit besser vereinbaren zu können.

Gesundheit und soziales Netzwerk

Die Existenz von Pflegepersonen könnte bei den hier betrachteten pflegenden Befragten darauf hindeuten, dass sie gesundheitlich stärker eingeschränkt sind als Pflegende, die keine Hilfspersonen angeben. Das scheint tatsächlich der Fall zu sein: Obwohl eine Mehrheit von 75 Prozent der pflegenden und unterstützten Männer und Frauen angibt, körperlich – d.h. bezogen auf Einschränkungen bei ADL und/oder IADL – beschwerdefrei zu sein, sind das weniger als die 90 Prozent beschwerdefreien pflegenden Befragten ohne Unterstützung.⁷⁶ Etwa 11 Prozent geben eine körperliche Einschränkung an und insgesamt 13 Prozent haben damit mindestens zwei und bis zu 15 körperliche Einschränkungen, wobei insbesondere die höheren Altersgruppen davon betroffen sind. Entsprechend beurteilen die Befragten

⁷⁵ Die dargestellten Erwerbsarbeitsstunden beziehen sich auf die insgesamt geleisteten Arbeitsstunden (im Haupt- und evtl. zusätzlich im Nebenerwerb) der Befragten. 10 Prozent der erwerbstätigen Befragten geben an, neben ihrer Haupterwerbstätigkeit noch einer Nebenerwerbstätigkeit nachzugehen. Eine der erwerbstätigen Befragten hat durchschnittlich 0 Erwerbsarbeitsstunden pro Woche angegeben, diese Beobachtung wurde ausgeschlossen. Insgesamt beziehen sich die dargestellten Werte bezüglich des Erwerbsumfangs damit auf 203 erwerbstätige Befragte.

⁷⁶ Der Mittelwertvergleich zeigt einen signifikanten Unterschied in der Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen zwischen Pflegenden ohne (Mittelwert=0,16, SD=0,83) und mit (Mittelwert=0,83, SD=2,24) Unterstützung ($t(619)=6,8$; $p<0,001$).

geschlechtsunabhängig ihren Gesundheitszustand zu gleichen Teilen als „gut“ (36 Prozent) bzw. „mittelmäßig“ (34 Prozent) (Tabelle 2.D6), und haben damit eine durchschnittlich etwas schlechtere Einschätzung ihrer gesundheitlichen Verfassung als Pflegende, die nicht von anderen Personen unterstützt werden, die allerdings auch weniger Einschränkungen bei den ADL und IADL angeben (s. Tabelle 2.2).

Um die mentale Gesundheit der Befragten einzuordnen, werden erneut die Depressions- sowie die Einsamkeitsskala herangezogen. Dabei zeigt sich zum einen, dass Befragte auf der 12-stufigen Depressionsskala zwar eher niedrige Werte, gleichzeitig aber selten überhaupt keine Symptome angeben (Mittelwert=2,7, SD=2,2; Median=2) (Abbildung 2.D1). Zum anderen ist wiederum erkennbar, dass Frauen etwas mehr zu depressiven Symptomen neigen als Männer ([Mittelwert=3,2, SD=2,1, Median=3] versus [Mittelwert=2,3, SD=2,1, Median=2]) ($t(537)=4,8$; $p<0,001$). Insgesamt liegen die Werte der pflegenden und unterstützten Befragten damit zwischen jenen der pflegenden Befragten ohne Unterstützung (die kaum Depressionssymptome angeben (Mittelwert=2,0, SD=1,9; Median=2)) und jenen der pflegebedürftigen Befragten (die durchschnittlich etwas mehr Depressionssymptome angeben (Mittelwert=3,4, SD=2,2; Median=3)).⁷⁷ Das kann in den gesundheitlichen Einschränkungen begründet sein – je mehr gesundheitliche Probleme, desto höher ist auch die Neigung zu Depressionen –; möglich ist jedoch auch, dass das Gefühl der Einsamkeit depressive Symptome auslöst oder verstärkt.

Pflegende Befragte mit Unterstützung weisen zwar ebenso wie Pflegende ohne Unterstützung als auch Pflegebedürftige nur geringe Werte auf der Einsamkeitsskala auf (Mittelwert=0,9, SD=1,3, Median=0), fühlen sich jedoch etwas einsamer als pflegende Befragte ohne Unterstützung (Mittelwert=0,6, SD=0,9; Median=0) und etwas weniger einsam als pflegebedürftige Befragte (Mittelwert=1,3, SD=1,5; Median=1).⁷⁸ Obwohl ihre Netzwerkgröße vergleichbar ist mit jener der pflegenden Befragten ohne Unterstützungspersonen, sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede geringer: sowohl Frauen als auch Männer geben mehrheitlich zwischen zwei und drei enge Kontaktpersonen an (s. Abbildung 2.D2). Das spiegelt sich auch in den Werten auf der Einsamkeitsskala wider, auf der sich nun das geschlechtsspezifische Muster zeigt, dass Frauen sich etwas einsamer fühlen als Männer ([Mittelwert=1,0, SD=1,4, Median=1] versus [Mittelwert=0,8, SD=1,3, Median=0])

⁷⁷ Der Unterschied zu beiden Gruppen ist jeweils signifikant ([Pflegende ohne Unterstützung: $t(906)=6,4$; $p<0,001$]; [Pflegebedürftige: $t(1032)=4,7$; $p<0,001$]).

⁷⁸ Der Unterschied zu beiden Gruppen ist jeweils signifikant ([Pflegende ohne Unterstützung: $t(788)=5,3$; $p<0,001$]; [Pflegebedürftige: $t(982)=4,2$; $p<0,001$]).

($t(539)=2,2$; $p=0,026$) (s. auch Abbildung 2.D1). Möglicherweise spielt hier der höhere Erwerbsumfang der pflegenden Frauen mit Unterstützung eine Rolle, indem insgesamt die sozialen Kontakte aufgrund zeitlicher Restriktionen oberflächlicher bleiben oder empfunden werden.

Insgesamt geben pflegende Männer und Frauen mit Unterstützung jedoch ebenfalls eine relativ hohe Lebenszufriedenheit an (Median=8) (Tabelle 2.2 und Abbildung 2.D3), die – ebenso wie die Neigung zur Depression und zur Einsamkeit – keine altersspezifischen Auffälligkeiten aufweist (s. Abbildung 2.D3).

2.4 Zusammenfassung

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte die Pflegesituation in Deutschland hinsichtlich des Pflegebedarfs und der Pflegebereitstellung mit Daten des SHARE dargestellt werden. Aufgrund der besonderen Datenstruktur von SHARE konnten dabei nicht nur pflegebedürftige und pflegende Personen in ihren jeweiligen Pflegearrangements betrachtet werden, sondern darüber hinaus – und bisher einzigartig – die Gruppe an pflegenden Personen, die wiederum selbst Unterstützung erhält. Dabei wurde die Betrachtung der dritten Gruppe explizit auf ihre Rolle als Pflegeperson gelenkt und nicht auf ihren etwaigen Pflegebedarf.

Insgesamt kann festgestellt werden, dass pflegende Frauen intensiver (d.h. häufiger und umfangreicher) Pflege leisten als pflegende Männer. Sie kümmern sich außerdem häufiger um Familienmitglieder, während männliche Befragte eher ihren Freunden und Nachbarn Hilfe leisten. Pflegebedürftige hingegen bekommen zwar gleichermaßen häufig Unterstützung, allerdings werden auch hier Frauen umfassender – d.h. in mehr Bereichen – versorgt als Männer. Während Haushaltsaufgaben unabhängig von der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen übernommen werden, wird körperliche Pflege vorrangig innerhalb der Familie geleistet. Pflegende, die selbst Unterstützung erhalten, sind sowohl körperlich als auch mental etwas schlechter aufgestellt als Pflegende, die keine Unterstützung erhalten. Gleichzeitig leisten unterstützte pflegende Frauen durchschnittlich mehr Erwerbsarbeit als pflegende Frauen ohne Unterstützung. Möglich sind demnach zwei Argumentationsstränge: Pflegende erhalten dann und deshalb Unterstützung, weil sie selbst gesundheitlich eingeschränkt sind, und diese Unterstützung hilft ihnen gleichermaßen, ihren Erwerbsumfang aufrechtzuerhalten. Alternativ erhalten sie die Unterstützung, um ihren Erwerbsumfang aufrechtzuerhalten, und die Doppelbelastung aus Erwerbsarbeit und Pflegetätigkeit führt zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

Auffällig ist die große Anzahl haushaltsübergreifender Pflegearrangements, die zwar aufgrund

der spezifischen Datenerhebung im Vergleich zu haushaltsinternen Pflegebeziehungen potenziell etwas überrepräsentiert ist, unabhängig davon jedoch auf die Vielzahl derartiger Pflegearrangements verweist. Insbesondere die herausragende Rolle von Freunden und Nachbarn, die als eigene Gruppe nicht-verwandter gepflegter bzw. pflegender Personen herausgearbeitet werden konnte, ist dabei bemerkenswert.

2.4.1 Limitationen

Trotz der außergewöhnlich umfassenden Datenstruktur konnten nicht alle relevanten Aspekte zur Darstellung privater Pflegearrangements vollständig differenziert werden.

Die größte Einschränkung stellt dabei vermutlich die unterschiedliche Erhebung etwaiger (geleisteter bzw. erhaltener) Hilfe innerhalb und außerhalb des Haushalts der Befragten dar. Dadurch, dass innerhalb der Befragtenhaushalte nur regelmäßig erfolgte körperliche Pflege als Unterstützungsleistung erfasst wird, können zum einen Aspekte der haushaltsinternen Pflege nur eingeschränkt abgebildet werden. Zum anderen können haushaltsinterne und haushaltsübergreifende Pflegebeziehungen nicht adäquat verglichen werden, da Unterstützung innerhalb des Haushalts der Befragten insgesamt untererfasst wird.

2.4.2 Ausblick

Freunde und Nachbarn haben sich bei der Betrachtung der pflegenden und pflegebedürftigen Befragten des SHARE als die häufigste Pflegegruppe nach Partner/-innen und Kindern erwiesen. Zwar darf nicht übersehen werden, dass durch die Untererfassung von Pflegenden und Gepflegten im Haushalt der Befragten insbesondere die Partner/-innen in den Darstellungen unterrepräsentiert sind. Da in der vorliegenden Studie jedoch bewusst darauf verzichtet wurde, eine Hauptpflegeperson zu eruieren und die Darstellungen auf diese Person zu reduzieren, konnten Nebenpflegepersonen gut abgebildet werden. Damit gelingt nicht nur ein getreueres Abbild der Realität; es verweist auch darauf, dass Freunde und Nachbarn offenbar eine entscheidende Pflegeressource darstellen, worauf auch die Ergebnisse anderer Untersuchungen hindeuten (Ehrlich & Kelle 2019; Nowossadeck et al. 2016). Dies ist insbesondere im Hinblick auf familiäre Entwicklungen interessant: die zunehmende Singularisierung im Alter durch Scheidung und Verwitwung, und die gleichzeitig konstant niedrige Geburtenrate, die in wenigen Kindern als Pflegeressource mündet, führen dazu, dass immer mehr ältere und pflegebedürftige Menschen auf nicht-verwandtschaftliche Pflegeressourcen zurückgreifen werden müssen. Um diese Personengruppe begreifen und untersuchen zu können, ist es also zwingend erforderlich, die bisherige Datenlage entsprechend zu erweitern.

2.5 Anhang

2.5.1 Anhang A. Fragebogen-Items und Kategorisierung der Befragten

Tabelle 2.A1: Übersicht über die Fragemodule zur Identifizierung und Kategorisierung der Befragten nach Pflegerollenstatus

Pflege geleistet	innerhalb des HH	Lebt in diesem Haushalt jemand, dem Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig (d.h. <u>täglich</u> oder <u>fast täglich</u>) bei der persönlichen Pflege geholfen haben, z.B. beim Waschen, Aufstehen oder Anziehen?	[fehlt, zeitlicher Umfang ist in Ausgangsfrage impliziert]
	außerhalb des HH	Haben Sie (...) in den letzten 12 Monaten einem Familienmitglied, das außerhalb Ihres Haushalts lebt, einem Freund oder einem Nachbarn bei den [folgenden] Tätigkeiten geholfen? 1) z.B. Anziehen, Baden oder Duschen, Essen, ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen, Benutzen der Toilette 2) z.B. mit Reparaturen am Haus, Gartenarbeit, Transport, Einkaufen, Hausarbeit oder Hilfe bei Schreibearbeit wie das Ausfüllen von Formularen oder das Erledigen von finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten	Wie oft haben Sie [in den letzten 12 Monaten] dieser Person insgesamt bei der persönlichen Pflege oder bei praktischer Arbeit im Haushalt geholfen? 1) Täglich oder fast täglich; 2) Etwa wöchentlich; 3) Etwa monatlich; 4) Weniger häufig
Pflege erhalten	innerhalb des HH	Lebt in diesem Haushalt jemand, der Ihnen in den letzten 12 Monaten regelmäßig (d.h. <u>täglich</u> oder <u>fast täglich</u>) bei der persönlichen Pflege geholfen hat, z.B. beim Waschen, Aufstehen oder Anziehen?	[fehlt, zeitlicher Umfang ist in Ausgangsfrage impliziert]
	außerhalb des HH	Wenn Sie an die letzten 12 Monate denken, hat Sie ein Familienmitglied von außerhalb Ihres Haushalts, ein Freund oder Nachbar mit einer der [folgenden] Hilfsleistungen unterstützt? 1) z.B. Anziehen, Baden oder Duschen, Essen, ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen, Benutzen der Toilette 2) z.B. mit Reparaturen am Haus, Gartenarbeit, Transport, Einkaufen, Hausarbeit oder Hilfe bei Schreibearbeit wie das Ausfüllen von Formularen oder das Erledigen von finanziellen oder rechtlichen Angelegenheiten	Wie oft haben Sie [in den letzten 12 Monaten] von dieser Person insgesamt Hilfe erhalten? 1) Täglich oder fast täglich; 2) Etwa wöchentlich; 3) Etwa monatlich; 4) Weniger häufig
Gesundheitliche Einschränkungen	ADL		1) Sich anziehen, einschließlich Socken und Schuhe; 2) Durch einen Raum gehen; 3) Baden oder Duschen; 4) Essen, zum Beispiel beim Zurechtschneiden der Speisen; 5) Ins Bett legen oder aus dem Bett aufstehen; 6) Benutzen der Toilette, einschließlich Hinsitzen und Aufstehen
	IADL	[Haben Sie] (...) wegen körperlicher oder seelischer Probleme oder wegen Problemen mit dem Gedächtnis [, die länger als drei Monate andauern], Schwierigkeiten mit [folgenden] (...) Aktivitäten?	1) Benutzen einer Karte, um sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden; 2) Zubereiten einer warmen Mahlzeit; 3) Einkaufen von Lebensmitteln; 4) Telefonieren; 5) Medikamente einnehmen; 6) Arbeiten im Haus oder im Garten; 7) Mit Geld umgehen, zum Beispiel Rechnungen bezahlen oder Ausgaben kontrollieren; 8) Alleine das Haus verlassen und öffentliche Verkehrsmittel nutzen; 9) Ihre Wäsche waschen

Tabelle 2.A2: Fragebogen-Items

Pflegepersonen/gepflegte Personen
<p>1) (Ehe-)Partner/in 2) (Schwieger-)Eltern: Mutter; Vater; Schwiegermutter; Schwiegervater; Stiefmutter; Stiefvater 3) (Schwieger-)Kinder: Kind; Stiefkind/Kind des derzeitigen Partners; Schwiegersohn; Schwiegertochter 4) Freunde; Nachbarn 5) Bruder; Schwester; Enkel/in; Großvater/-mutter; Tante; Onkel; Nichte; Nefte; Andere/r Verwandte/r; (Ex-)Kollege/(Ex-)Kollegin; Ex-(Ehe-)Partner/-in; Pfarrer/in; Priester oder andere/r Geistliche/r; Therapeut/in oder Berater/in; Häusliche Pflegefachkraft/Haushaltshilfe; Keines davon</p>
Bildung
<p>1) niedrig: keine/Grundbildung; Sekundarbildung I (Unterstufe/Mittelstufe); Sekundarbildung II (Oberstufe) 2) hoch: Postsekundäre Bildung; Tertiäre Bildung (erste Stufe); Tertiäre Bildung (Forschungsqualifikation)</p>
Depressionsskala
<p>1) Waren Sie im letzten Monat traurig oder niedergeschlagen? 2) Was sind Ihre Hoffnungen für die Zukunft? 3) Haben Sie sich im letzten Monat jemals gewünscht, lieber tot zu sein? 4) Neigen Sie dazu, sich selbst Vorwürfe zu machen oder sich an irgendetwas schuldig zu fühlen? 5) Hatten Sie in letzter Zeit Schlafstörungen? 6) Im letzten Monat, wie stand es da mit Ihrem Interesse an Ihrem Umfeld? 7) Waren Sie in letzter Zeit reizbar? 8) Wie war Ihr Appetit im letzten Monat? 9) Haben Sie im letzten Monat zu wenig Energie gehabt, um die Dinge zu tun, die Sie tun wollten? 10) Wie steht es mit Ihrer Konzentration? Können Sie sich beispielsweise auf eine Fernsehsendung, einen Film oder eine Radiosendung konzentrieren? Können Sie sich beim Lesen konzentrieren? 11) Was haben Sie in der letzten Zeit gerne gemacht? 12) Haben Sie im letzten Monat mal geweint?</p>
Einsamkeitsskala
<p>1) Wie häufig vermissen Sie Gesellschaft? 2) Wie häufig haben Sie das Gefühl, am Rande zu stehen? 3) Wie häufig fühlen Sie sich isoliert von anderen?</p>
Häufig (3 Punkte); Manchmal (2 Punkte); selten oder nie (1 Punkt)
Mobilität
<p>[Haben Sie] (...) [länger als drei Monate andauernde] Schwierigkeiten bei einer der [folgenden] (...) alltäglichen Verrichtungen (...)?</p> <p>1) 100 Meter gehen; 2) Ungefähr zwei Stunden lang sitzen; 3) Nach längerem Sitzen aus einem Stuhl oder Sessel aufstehen; 4) Mehrere Treppenabsätze hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen; 5) Einen Treppenabsatz hinauf gehen, ohne dabei eine Pause zu machen; 6) Bücken, Hinknien, in die Hocke gehen; 7) Sich nach etwas strecken oder die Arme über Schulterhöhe anheben; 8) Größere Gegenstände wie einen Sessel ziehen oder schieben; 9) Gegenstände mit einem Gewicht von mehr als 5 Kilo (z.B. schwere Einkaufstasche) anheben oder tragen; 10) Mit den Fingern eine kleine Münze vom Tisch aufnehmen</p>
Chronische Erkrankungen
<p>Hat Ihnen ein Arzt je gesagt, Sie litten [bzw.] leiden Sie derzeit unter einer der [folgenden] (...) Krankheiten?</p> <p>1) Herzinfarkt, einschließlich Myokardinfarkt, Koronarthrombose oder andere Herzkrankheiten einschließlich Herzinsuffizienz; 2) Bluthochdruck; 3) Hohe Cholesterinwerte; 4) Schlaganfall einschließlich Durchblutungsstörungen im Gehirn; 5) Diabetes oder hohe Blutzuckerwerte; 6) Chronische Erkrankungen der Lunge wie chronische Bronchitis oder Lungenemphysem; 10) Krebs oder bösartige Tumore, einschließlich Leukämie und Lymphdrüsenkrebs, ausschließlich kleinerer Hautkrebsarten; 11) Magengeschwür, Zwölffingerdarmgeschwür; 12) Parkinson'sche Krankheit; 13) Grauer Star; 14) Oberschenkelhalsbruch oder Hüftfraktur; 15) Andere Brüche oder Frakturen; 16) Alzheimer, Demenz, Senilität oder andere schwere Gedächtnisstörungen; 17) Andere seelische oder emotionale Störungen, wie Angststörungen, Nervenleiden oder psychische Probleme; 18) Rheumatische Gelenkentzündung, Arthritis; 19) Arthrose oder andere Formen von Rheuma; 20) Chronische Nierenkrankheit; 21) Andere Krankheiten, die nicht genannt wurden</p>

2.5.2 Anhang B. Pflegende Befragte

Tabelle 2.B1: Anzahl der unterstützten Personen inner- und außerhalb des Haushalts der pflegenden Befragten

Anzahl gepflegter Personen ...	außerhalb des HH				Insg.
	innerhalb des HH	0	1	2	
0	– (–)	61,5 % (757)	19,8 % (243)	8,3 % (102)	89,6 % (1102)
1	7,1 % (87)	2,1 % (26)	0,6 % (7)	0,5 % (6)	10,2 % (126)
2	0,1 % (1)	0,1 % (1)	– (–)	– (–)	0,2 % (2)
Insg.	7,2 % (88)	63,7 % (784)	20,3 % (250)	8,8 % (108)	100 % (1230)

Anm.: Fallzahlen in Klammern.

Tabelle 2.B2: Empfänger/innen von Unterstützung inner- und außerhalb des Haushalts und nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent)

	Innerhalb des HH (N=128)	Außerhalb des HH (N=1142)	Gesamt (N=1230)	40-54 J. (N=210)	55-69 J. (N=733)	70-84 J. (N=276)	85 J. und älter (N=11)
(Ehe-)Partner/in	70,3	4,1	11,1	5,2	8,1	22,1	54,6
(Schwieger-)Eltern	13,3	40,0	38,4	64,3	43,1	7,6	–
(Schwieger-)Kinder	9,4 ^b	23,1	22,3	16,7	23,1	24,6	18,2
Freunde, Nachbarn	0,0	34,2	31,9	23,8	31,5	39,1	27,3
Andere ^a	7,0	18,7	17,9	14,8	18,0	20,3	9,1

Anm.: Mehrfachnennungen möglich. Mehrfachnennungen innerhalb einer Personenkategorie wurden nur einmal erfasst.

^a „Andere“ umfassen weiter entfernt verwandte und nicht-verwandte Personen, für eine Übersicht s. Tabelle 2.A1.

^b Innerhalb des Haushalts wurden nur eigene Kinder und keine Schwiegerkinder genannt.

Tabelle 2.B3: Geleistete Unterstützungsaufgaben nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent)

	Gesamt	40-54 J. (N=210)	55-69 J. (N=733)	70-84 J. (N=276)	85 J. und älter (N=11)
Körperpflege	11	5	8	20	36
Hilfe im HH	46	42	45	51	36
Hilfe bei Schreibarbeiten	9	11	9	9	–
Körperpflege & Hilfe im HH	8	7	9	5	–
Körperpflege & Hilfe bei Schreibarbeiten	1	2	1	–	9
Hilfe im HH & Hilfe bei Schreibarbeiten	14	16	15	11	9
Körperpflege & Hilfe im HH & Hilfe bei Schreibarbeiten	11	16	13	3	9

Anm.: Spaltenprozente. Differenzen zu 100 ergeben sich aus Rundungsfehlern.

Tabelle 2.B4: Zeitlicher Umfang der geleisteten Unterstützung nach Alter der pflegenden Befragten (in Prozent)

	Gesamt (N=1230)	40-54 J. (N=210)	55-69 J. (N=733)	70-84 J. (N=276)	85 J. und älter (N=11)
Täglich oder fast täglich	24,6	21,1	23,3	29,7	54,6
Etwa wöchentlich	28,6	31,0	28,9	25,7	–
Etwa monatlich	19,4	19,1	22,5	12,3	36,4
Weniger häufig	27,3	29,1	25,2	32,3	9,1

Tabelle 2.B5: Erwerbsstatus der pflegenden Befragten nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

	Gesamt (N=1227)	40-54 J. (N=209)	55-69 J. (N=732)	70-84 J. (N=275)	85 J. und älter (N=11)	Frauen (N=631)	Männer (N=596)
In Rente	44,2	1,4	36,1	96,0	100	33,3	55,7
Erwerbstätig	42,7	80,1	48,0	1,5	–	47,4	37,8
Arbeitslos	2,7	3,4	3,6	–	–	2,7	2,7
Dauerhaft erwerbsunfähig	2,4	3,8	2,9	–	–	2,1	2,7
Hausfrau/-mann	6,3	6,7	7,7	2,6	–	12,1	0,2
Anderes	1,8	3,8	1,9	–	–	2,5	1,0

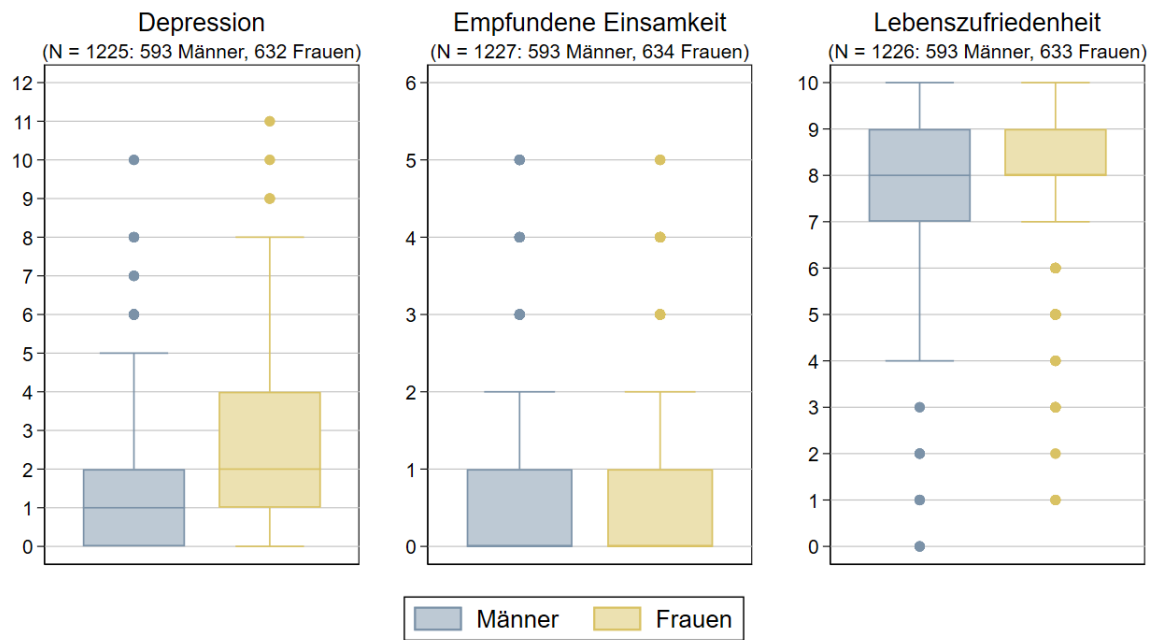
Anm.: Unter „Anderes“ fallen diejenigen Personen, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können. Das ist z.B. der Fall, wenn jemand Hinterbliebenenrente erhält, ohne selbst zuvor erwerbstätig gewesen zu sein.

Tabelle 2. B6: Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Geschlecht der pflegenden Befragten (in Prozent).

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
Gesamt (N=1230)	6,6	18,9	45,4	25,0	4,2
Frauen (N=634)	6,8	18,1	46,4	25,6	3,2
Männer (N=596)	6,4	19,6	44,3	24,3	5,4

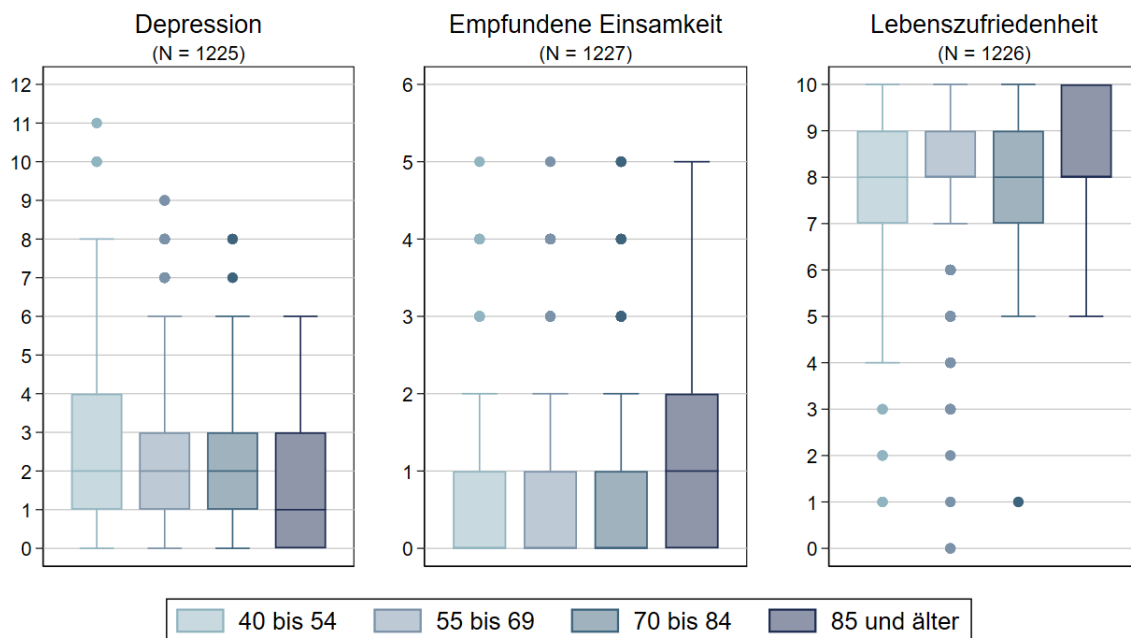
Anm.: Zeilenprozente.

Abbildung 2.B1: Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten nach Geschlecht



Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

Abbildung 2.B2: Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten nach Alter.



Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

2.5.3 Anhang C. Pflegebedürftige Befragte

Abbildung 2.C1: Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen (ADL und IADL) nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (N=544)

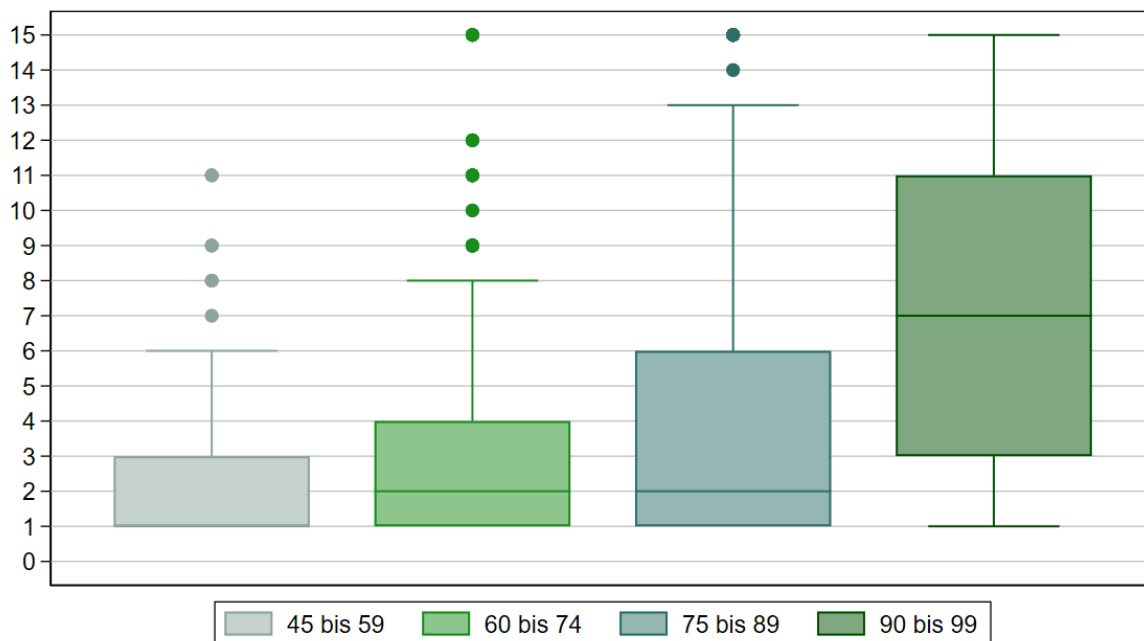


Tabelle 2.C1: Anzahl der Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts der pflegebedürftigen Befragten

Anzahl Pflegepersonen ...	außerhalb des HH				Insg.
	0	1	2	3	
innerhalb des HH					
0	– (–)	37,2 % (118)	21,8 % (69)	12,9 % (41)	71,9 % (228)
1	15,8 % (50)	6,6 % (21)	2,5 % (8)	1,3 % (4)	26,2 % (83)
2	1,6 % (5)	– (–)	– (–)	0,3 % (1)	1,9 % (6)
Insg.	17,4 % (55)	43,9 % (139)	24,3 % (77)	14,5 % (46)	100 % (317)

Anm.: Fallzahlen in Klammern.

Tabelle 2.C2: Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts und nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent)

	Innerhalb des HH (N=89)	Außerhalb des HH (N=262)	Gesamt (N=317)	45-59 J. (N=32)	60-74 J. (N=109)	75-89 J. (N=151)	90-99 J. (N=25)
(Ehe-)Partner/in	83,2	15,3	36,0	43,8	49,5	29,8	4,0
(Schwieger-)Eltern	1,1 ^b	1,2	1,0	9,4	–	–	–
(Schwieger-)Kinder	14,6	54,6	48,3	25,0	37,6	56,3	76,0
Freunde, Nachbarn	–	27,1	22,4	15,6	26,6	19,9	28,0
Andere ^a	5,6	30,5	26,5	34,4	22,9	25,8	36,0

Anm.: Mehrfachnennungen möglich. Mehrfachnennungen innerhalb einer Personenkategorie wurden nur einmal erfasst.

^a „Andere“ umfassen weiter entfernt verwandte und nicht-verwandte Personen, für eine Übersicht s. Tabelle 2.A1.

^b Innerhalb des Haushalts wurde nur einmal die eigene Mutter genannt.

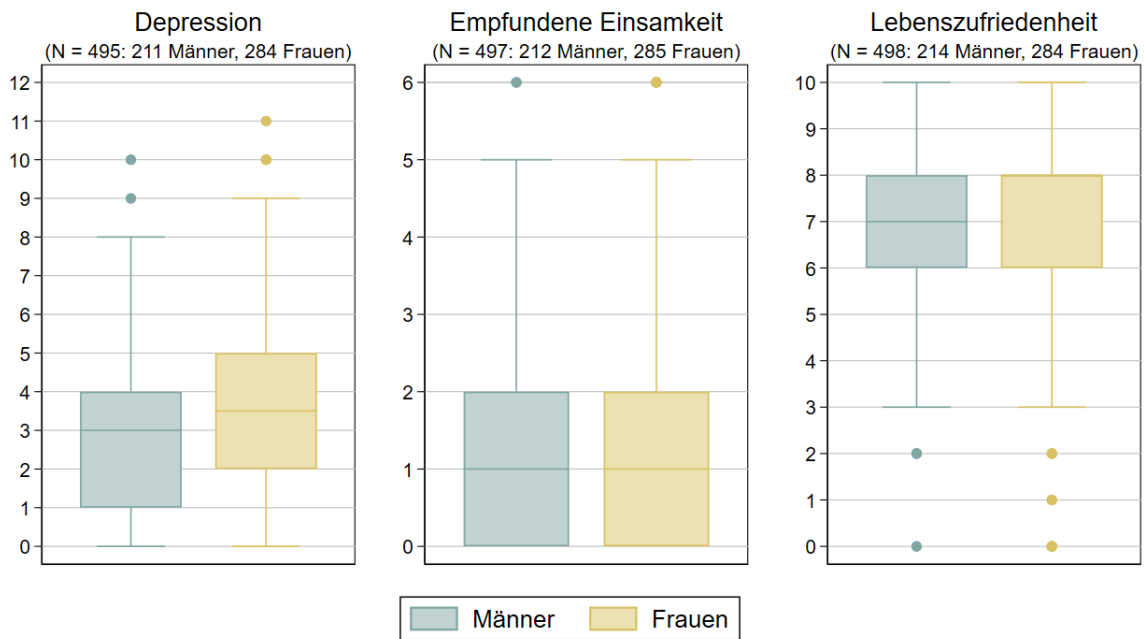
Tabelle 2.C3: Erhaltene Unterstützung nach Alter der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent)

	Gesamt	45-59 J. (N=31)	60-74 J. (N=108)	75-89 J. (N=151)	90-99 J. (N=25)
Körperpflege	21	26	24	19	16
Hilfe im HH	31	35	31	32	20
Hilfe bei Schreiarbeiten	4	10	4	4	4
Körperpflege & Hilfe im HH	15	23	24	8	8
Körperpflege & Hilfe bei Schreiarbeiten	2	–	–	3	4
Hilfe im HH & Hilfe bei Schreiarbeiten	11	6	7	14	12
Körperpflege & Hilfe im HH & Hilfe bei Schreiarbeiten	16	–	9	20	36

Tabelle 2.C4: Zeitlicher Umfang der erhaltenen Unterstützung nach Alter der pflegebedürftigen Befragten. Häufigkeit (in Prozent) und Pflegetage (Durchschnittswerte).

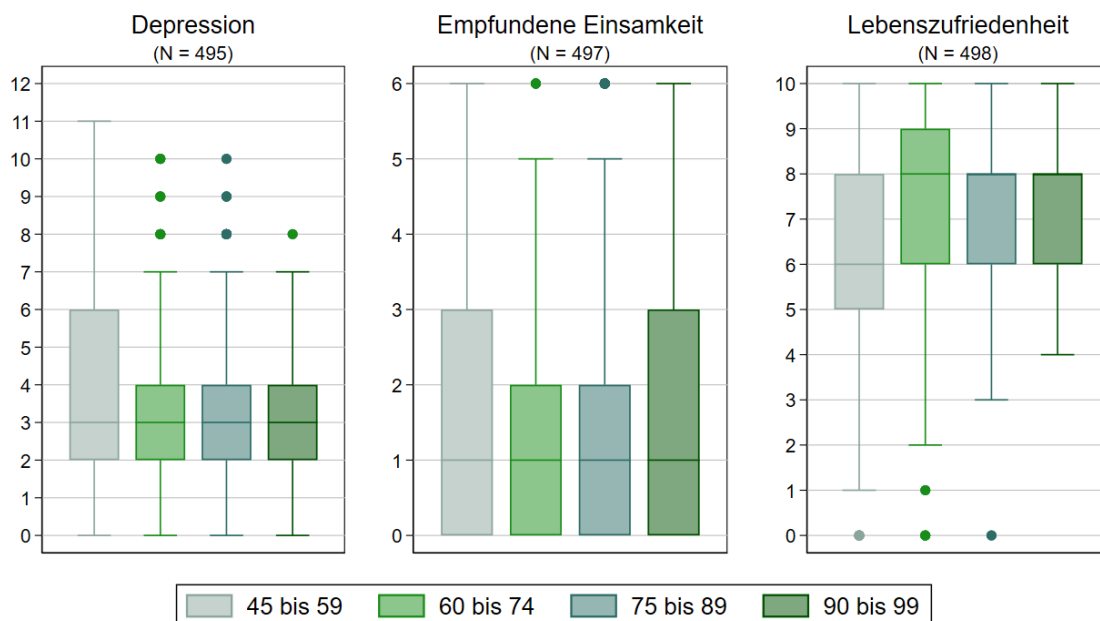
	Gesamt (N=316)	45-59 J. (N=31)	60-74 J. (N=109)	75-89 J. (N=151)	90-99 J. (N=25)
Täglich oder fast täglich	55,7	48,4	56,0	55,0	68,0
etwa wöchentlich	22,2	19,4	18,4	23,8	32,0
etwa monatlich	9,2	22,6	8,3	8,6	–
weniger häufig	13,0	9,7	17,4	12,6	–
Mittelwert	273	209	270	279	346
SD	239	202	238	242	260
Median	365	104	365	365	377

Abbildung 2.C2: Mentale Gesundheit der pflegebedürftigen Befragten nach Geschlecht.



Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

Abbildung 2.C3: Mentale Gesundheit der pflegebedürftigen Befragten nach Alter.



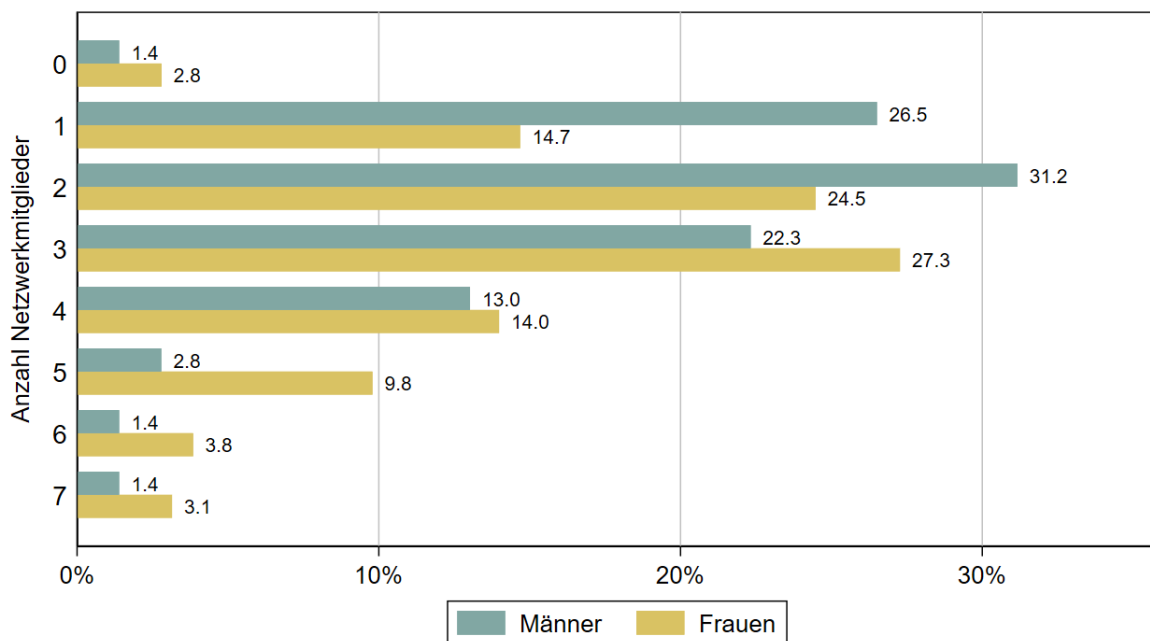
Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

Tabelle 2.C5: Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Alter und Geschlecht der pflegebedürftigen Befragten (in Prozent)

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
Gesamt (N=543)	0,6	1,8	15,8	48,6	33,2
Frauen (N=312)	0,3	1,6	16,7	49,4	32,1
Männer (N=231)	0,9	2,2	14,7	47,6	34,6
45-59 J. (N=66)	1,5	7,6	10,6	42,4	37,9
60-74 J. (N=203)	1,0	1,5	21,2	43,8	32,5
75-89 J. (N=239)	0	0,8	13,4	51,9	33,9
90-99 J. (N=35)	–	–	11,4	65,7	22,9

Anm.: Zeilenprozent.

Abbildung 2.C4: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegebedürftigen Befragten nach Netzwerkgröße



Anm.: N_{Frauen}=286, N_{Männer}=215.

2.5.4 Anhang D. Pflegende Befragte mit Unterstützung

Tabelle 2.D1: Kombination der haushaltsinternen und haushaltsexternen geleisteten und erhaltenen Unterstützung von pflegenden Befragten mit Unterstützung

Unterstützung geleistet ...	Unterstützung erhalten von ...			Insg.
	Innerhalb des HH	Außerhalb des HH	Inner- und außerhalb des HH	
Innerhalb des HH	2,7 % (15)	9,1 % (50)	1,1 % (6)	12,9 % (71)
Außerhalb des HH	0,4 % (2)	80,2 % (442)	0,7 % (4)	81,3 % (448)
Inner- und außerhalb des HH	0,7 % (4)	4,7 % (26)	0,4 % (2)	5,8 % (32)
Insg.	3,8 % (21)	94,0 % (518)	2,2 % (12)	100 % (551)

Anm.: Fallzahlen in Klammern.

Tabelle 2.D2: Gepflegte Personen und Pflegepersonen inner- und außerhalb des Haushalts und nach Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung (in Prozent)

Gepflegte Personen	Gepflegt wird ...		Gesamt (N=551)	Männer N=278	Frauen N=273
	innerhalb des HH (N=103)	außerhalb des HH (N=480)			
(Ehe-)Partner/in	79,6	4,6	18,9	15,8	22,0
(Schwieger-)Eltern	5,8	23,8	21,8	16,6	27,1
(Schwieger-)Kinder	7,8	30,8	28,0	29,5	26,4
Freunde, Nachbarn	–	41,7	36,8	43,5	30,0
Andere ^a	9,7	16,9	16,0	13,7	18,3
Pflegepersonen	Unterstützt wird von ...		Gesamt (N=551)	Männer N=278	Frauen N=273
	innerhalb des HH (N=33)	außerhalb des HH (N=530)			
(Ehe-)Partner/in	87,9	8,1	13,1	14,4	11,7
(Schwieger-)Eltern	–	7,4	5,8	4,3	7,3
(Schwieger-)Kinder	6,1 ^b	44,0	42,7	37,8	47,6
Freunde, Nachbarn	–	40,9	39,4	46,0	32,6
Andere ^a	9,1	24,0	23,4	20,5	26,4

Anm.: Mehrfachnennungen möglich. Mehrfachnennungen innerhalb einer Personenkategorie werden nur einmal erfasst.

^a „Andere“ umfassen weiter entfernt verwandte und nicht-verwandte Personen, für eine Übersicht s. Tabelle 2.A1.

^b Unterstützung im eigenen Haushalt wird nur von den eigenen Kindern (nicht: Schwiegerkindern) erhalten.

Tabelle 2.D3: Kombination der geleisteten und erhaltenen Unterstützung von pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Aufgabenbereichen (in Prozent)

Geleistete Unterstützung	Erhaltene Unterstützung							Total
	KP	HH	HS	KP & HH	KP & HS	HH & HS	KP & HH & HS	
Körperliche Pflege	3,1	5,9	2,2	1,8	0,2	1,7	1,1	15,9
Hilfe im HH	1,1	42,5	3,5	0,9	–	3,7	0,4	52,0
Hilfe bei Schreibarbeiten	0,2	4,4	1,3	0,6	–	0,7	0,2	7,3
Körperliche Pflege & Hilfe im HH	1,3	5,9	0,2	0,7	–	1,1	–	9,2
Körperlicher Pflege & Hilfe bei Schreibarbeiten	0,4	0,4	0,2	–	–	–	–	0,9
Hilfe im HH & Hilfe bei Schreibarbeiten	–	7,9	0,6	–	–	0,9	–	9,3
Körperliche Pflege & Hilfe im HH & Hilfe bei Schreibarbeiten	–	3,9	0,2	–	–	0,7	0,6	5,3
Total	6,0	70,7	8,1	4,0	0,2	8,8	2,2	100

Anm.: N=546. KP „Körperliche Pflege“, HH „Hilfe im Haushalt“, HS „Hilfe bei Schreibarbeiten“.

Tabelle 2.D4: Zeitlicher Umfang der geleisteten und erhaltenen Unterstützung nach Alter der pflegenden Befragten mit Unterstützung.

	Pflege geleistet			Unterstützung erhalten		
	Gesamt	Frauen	Männer	Gesamt	Frauen	Männer
Täglich oder fast täglich	28,4	35,7	21,2	15,0	16,2	13,8
etwa wöchentlich	18,9	24,3	13,7	18,9	24,4	13,5
etwa monatlich	22,0	16,5	27,3	21,4	18,5	24,4
weniger häufig	30,7	23,5	37,8	44,7	41,0	48,4
Mittelwert	130,7	164,3	97,7	84,1	94,0	74,3
SD	179,8	197,5	157,5	156,3	164,5	147,3
Median	24	52	12	12	18	12
N	550	272	278	546	271	275

Anm.: Häufigkeitsfrequenz (in Prozent) und Pflgetage (Durchschnittswerte).

Tabelle 2.D5: Erwerbsstatus der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

	Gesamt (N=547)	30-49 J. (N=10)	50-64 J. (N=275)	65-79 J. (N=211)	80-95 J. (N=51)	Frauen (N=272)	Männer (N=275)
In Rente	50,1	–	11,3	91,0	100,0	40,4	59,6
Erwerbstätig	37,3	80,0	68,4	3,8	–	42,3	32,4
Arbeitslos	3,7	10,0	6,2	1,0	–	4,4	2,9
Dauerhaft erwerbsunfähig	3,7	10,0	6,6	0,5	–	4,4	2,9
Hausfrau/-mann	3,8	–	6,2	1,9	–	7,0	0,7
Anderes	1,5	–	1,5	1,9	–	1,5	1,5

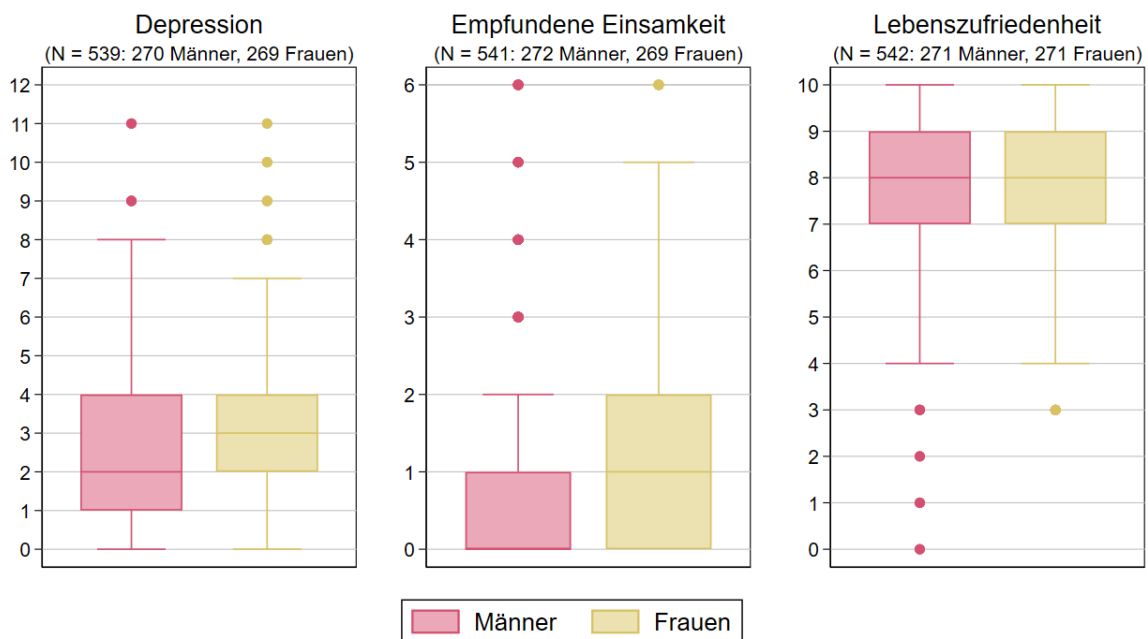
Anm.: Unter „Anderes“ fallen diejenigen Personen, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können. Das ist z.B. der Fall, wenn jemand Hinterbliebenenrente erhält, ohne selbst zuvor erwerbstätig gewesen zu sein.

Tabelle 2.D6: Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit nach Alter und Geschlecht der pflegenden Befragten mit Unterstützung (in Prozent)

	Ausgezeichnet	Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht
Gesamt (N=551)	4,2	14,5	35,9	34,3	11,1
Frauen (N=273)	5,1	12,5	34,4	36,6	11,4
Männer (N=278)	3,2	16,6	37,4	32,0	10,8
30-49 J. (N=10)	10,0	20,0	40,0	20,0	10,0
50-64 J. (N=276)	4,7	18,5	39,5	28,3	9,1
65-79 J. (N=213)	4,2	11,7	34,7	37,6	11,7
80-95 J. (N=52)	–	3,9	21,2	55,8	19,2

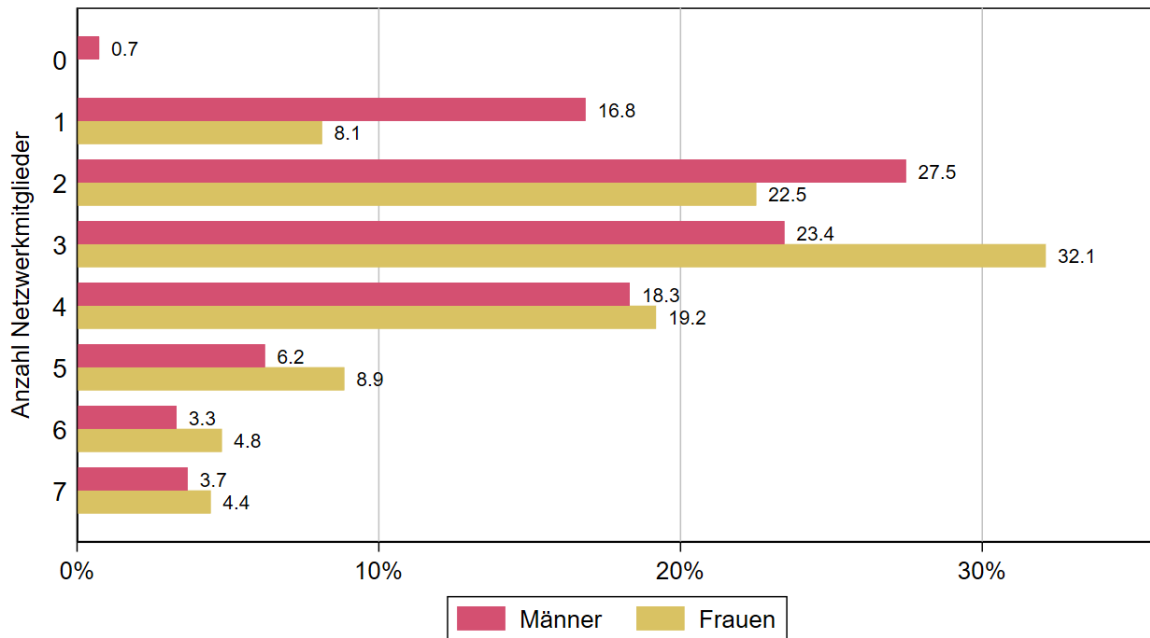
Anm.: Zeilenprozente.

Abbildung 2.D1: Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Geschlecht.



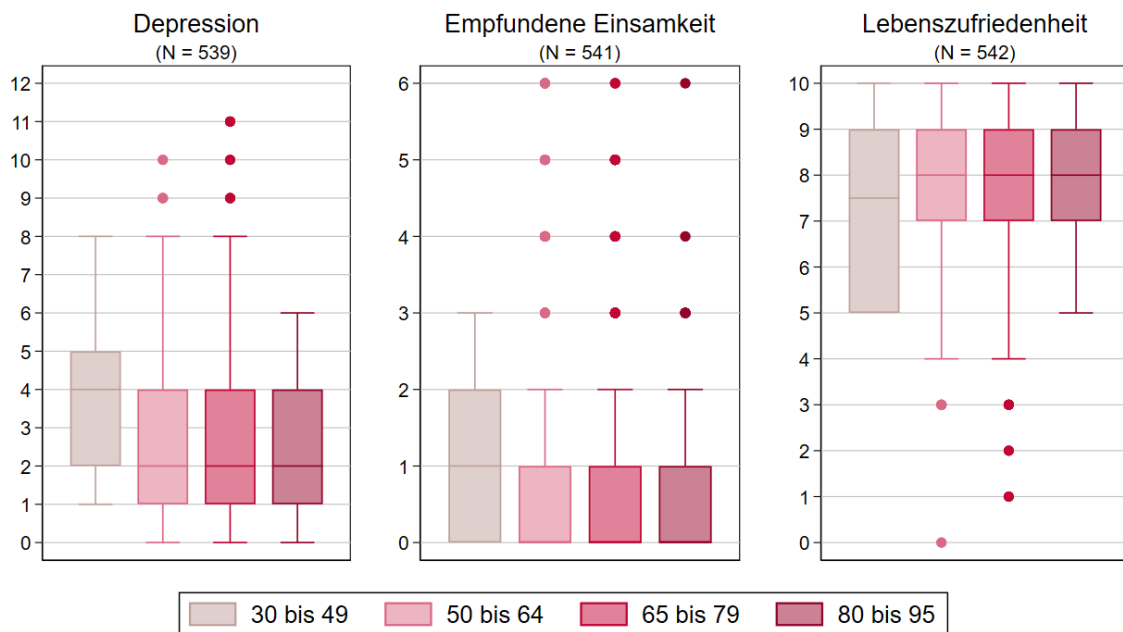
Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

Abbildung 2.D2: Verteilung der männlichen und weiblichen pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Netzwerkgröße



Anm.: N_{Frauen}=271, N_{Männer}=273.

Abbildung 2.D3: Mentale Gesundheit der pflegenden Befragten mit Unterstützung nach Alter



Anm.: Fragebogen-Items zu Depression und empfundener Einsamkeit s. Tabelle 2.A2.

3 Bridge or Barrier? The Impact of Network Capital on the Receipt of Long-Term Care Services in Germany

Abstract

Objectives: In Germany, roughly 8.3 million people are in need of care, but only one-third of them receive state care benefits. The study investigates whether the individual network of a care-seeking person, as well as its resources, interact with health status on the likelihood of accessing formal care services. **Methods:** German data from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) from 2015 were used in several Firth logistic regressions with interaction terms. **Results:** Health limitations are a significant predictor for the probability of receiving formal care benefits. As moderating factors, caregivers from the immediate family as well as caregivers with lower levels of education tend to contribute to an increase in this probability. **Discussion:** Findings are based on a limited data set and indicate the importance of further research in this area to examine the mechanisms of access to formal care more precisely.

Keywords

social networks, social inequality, care of the elderly, formal care, Firth logistic regression

This article is also published in the *Journal of Aging and Health*, 2023, 35(1-2):23-41. DOI: 10.1177/08982643221098779.

3.1 Introduction

In view of aging societies and the resulting normality of needing care at an older age, the necessity of care provision for those who require a considerable amount of assistance with daily tasks either permanently or over a prolonged period of time continues to increase. At the same time, both the rise in women's employment rates and changes in private living arrangements with declining family sizes and an increase in single households lead to a lack of private caregivers. Availability and access to public care services is thus becoming increasingly important in most OECD societies. In this context, the growing demand of long-term care can be met in different ways, and depends on societies' social, moral and ethical norms, government policy, and other country-specific circumstances such as economic conditions, the tax regime, and labor market structures (Colombo et al. 2011; Ngai & Pissarides 2009; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2020). Among European countries alone, the type and extent of social benefits vary considerably: From a mainly familial accountability, in particular in southern and southeastern European countries, to the concept of collective - often state - responsibility, as is the case especially in northern European and Scandinavian countries (Colombo et al. 2011; Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages 2020).

All of these models of care provision can produce, reproduce, and perpetuate social inequality – both for those who provide care (professionally or privately)⁷⁹ and for those who rely on care. Social inequality can be understood as a socially conditioned and structurally embedded inequality of individual opportunities to live and act in order to satisfy generally accepted life goals in a society (Hradil 1987; Huinink & Schröder 2008).⁸⁰ It is displayed through inequality characteristics such as education, income, and social connections. With regard to people in need of care, social inequality describes unequal access to care services based on these characteristics, which subsequently hinders a dignified life with social participation. In fact, the need for care itself can be regarded as a characteristic of inequality; factors such as income, occupation, and social origin entail certain living conditions and particular lifestyles that result in a (pre-)determined state of health.

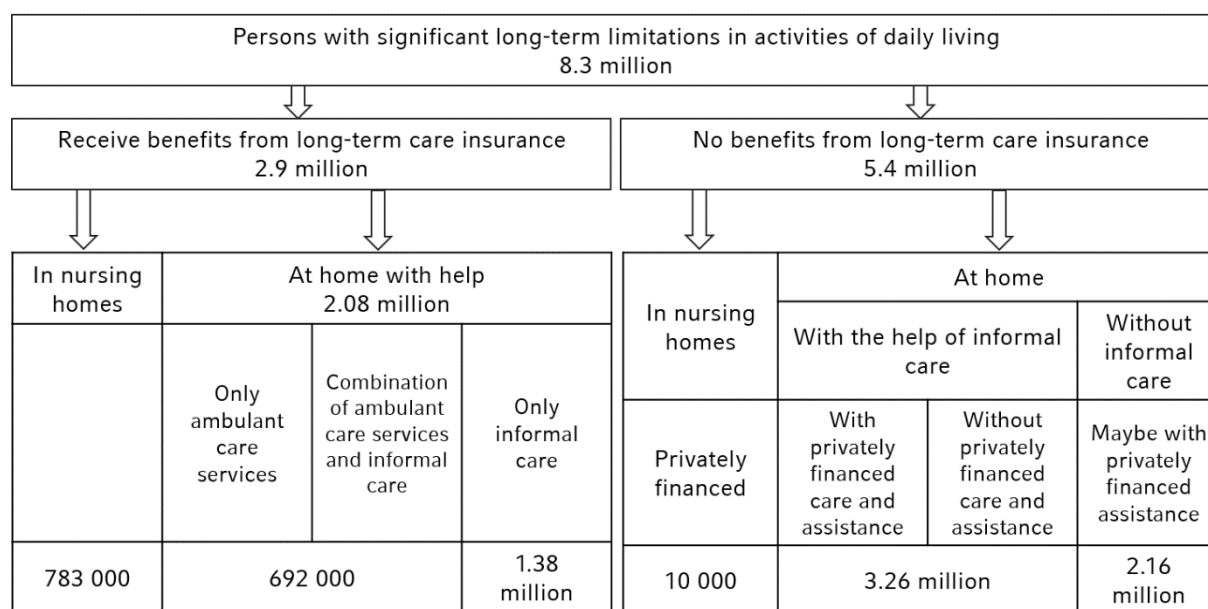
Whereas social inequality with regard to gender, education, income, and determinants of health and disease is a popular subject and highly discussed all over the world, less academic interest

⁷⁹ See, among others, Rummery and Fine (2012) for a critical review of care in social theory and its relevance for and inclusion in policy and practice, and Hochschild (2001) and Kittay et al. (2005) for a probing consideration of long-term care as a profession with cross-national mechanisms (“global care chains”).

⁸⁰ Social inequality is not a uniquely defined concept, and it involves a variety of parameters and correlations. The terminology used here follows the approach of Huinink and Schröder (2008), and Hradil (1987). For alternative definitions with partly diverging terminology and conceptualization see, among others, Hurst et al. (2016), Saunders (1990), Kreckel (1997), Rössel (2009).

has been shown toward social inequalities affecting the elderly in need of care. This is particularly true for the German context. Germany can be considered as an example for the majority of (particularly central) European countries in which state care services are available, but direct relatives also have an obligation to support their elderly family members (Haberkern & Szydlik 2008). Basic and primary care of relatives in need of care is chiefly to be provided by the family, yet the state care insurance system assumes joint responsibility. If the family can't ensure proper care, the social welfare system provides various care benefits to those officially recognized as in need of care. In Germany, these include financial, material, and service-related benefits, which are granted on application.⁸¹

Figure 3.1: Overview of the number of individuals in need of care in Germany and their care arrangements



Source: Statistisches Bundesamt (2017:5)

Source: Geyer & Schulz (2014: 295) (with data from EU SILC 2013; OECD 2013)

Note: Illustration according to Geyer and Schulz (2014: 295).

More than 8 million people in Germany are in need of care. However, official care statistics only represent individuals who have been officially recognized as in need of care, showing that 2.9 million people receive benefits in accordance with the German Social Security Code (SGB XI) (Statistisches Bundesamt 2017). The majority of them (2.08 million) were cared for at home with over half of those (1.38 million) by relatives alone (see Figure 1, left, for a breakdown of cases). In contrast, the number of individuals in need of care who are not officially recognized

⁸¹ All benefits listed here are defined as *formal care*, while assistance provided by unskilled family members, neighbors, friends, and/or acquaintances is referred to as *informal care*. Individuals who provide care for someone in need of care are called caregivers.

as such was estimated at 5.4 million in 2011 (see Figure 1, right). These individuals did not receive any benefits from long-term care insurance; rather, roughly 3.26 million of them received assistance exclusively through informal care, and 2.16 million received neither government-sponsored care nor informal assistance in 2006 according to the OECD (Geyer & Schulz 2014).

Given these numbers, one might ask how those in need of care who receive long-term care insurance benefits differ from those who do not receive benefits. This study investigates this question not only with regard to the characteristics of those in need of care, but with special regard to their network capital.

3.2 State of Research

The majority of existing research dealing with the relationship between the need for care, care arrangements, and care services originates from the field of gerontology. The initial focus has been on which factors influence the use of (formal) care services (Tennstedt et al. 1990; Chappell & Blandford 1991; Kempen & Suurmeijer 1991; Logan & Spitze 1994; Crets 1996; Borrayo et al. 2002; Betini et al. 2017; Steinbeisser et al. 2018). These studies consistently conclude that “need factors” – meaning the actual need for care – are the most important predictors for the use of care services. However, demographic and socioeconomic characteristics (e.g., age, education, income) also have a positive effect not only on the actual use of formal services (Geerlings et al. 2005; Paraponaris et al. 2012), but also on the knowledge of them (Ward et al. 1984). Women are more likely to use formal care services than men (Alkema et al. 2006; Steinbeisser et al. 2018).

The extent to which an individual’s network impacts the use of formal care services has also been investigated in previous research. Results show that a lack of informal care and weak family networks increase the likelihood of accessing formal care services (Tennstedt et al. 1990; Chappell & Blandford 1991; Kempen & Suurmeijer 1991; Logan & Spitze 1994; Crets 1996; Chou et al. 2015; Lee & Penning 2019). Furthermore, children decrease the likelihood of using formal services, while friends as caregivers increase this likelihood (Logan & Spitze 1994; Weaver & Roberto 2017). The same is true for knowledge of care services to be applied for (Ward et al. 1984). However, studies on the influence of the educational attributes of network capital on potential care-seeking individuals are scarce. Pot et al. (2001) investigated the influence of the characteristics of caregivers on the institutionalization of persons with dementia, finding that these persons are more likely to be institutionalized if the caregiver is more highly educated.

Most research to date has examined either the degree of care dependency or the network composition as factors affecting the utilization of formal care services. Studies that considered both aspects did not include a possible interaction between care dependency, network (capital), and care arrangement. Moreover, thus far hardly any study has addressed the possibility that caregiver characteristics – specifically, their knowledge capital - might have an impact on access to formal care services. In addition, most research in this area stems from the United States and Scandinavia; for Germany, access to care has barely been examined. The goal of this paper is therefore to uncover to what extent the factors of need for care, network capital, and education of network capital influence the receipt of state care benefits in Germany.

3.3 Theoretical Background and Hypotheses

In mature industrial nations such as Germany, where social structures are shaped by the rule of law and the welfare state, access to formal care services are based on a concept of equality. Each individual is inherently assumed to have a basic human need for care over the course of their lifetime, and it is understood that this requirement varies with demographic and socio-economic circumstances (Hanratty et al. 2007). Grant of formal care services should therefore be independent from socio-economic factors (such as income, wealth, or education) and social factors (such as having a family or being part of a network), but only related to the individual's degree of need. Therefore, the first hypothesis examined in this research paper is:

Hypothesis 1: With increasing health impairments, the probability of receiving state care services increases as well.

3.3.1 Interaction of Health Status and Caregiver Network Position

An important possible aid in the access to formal care is the individual's network. Granovetter (1973) states in his theory of the "strength of weak ties" that contacts in an individual's outer network are a valuable source of information not provided from the inner network. Interpersonal ties are characterized by the amount of shared time, emotional intensity, and reciprocal services (Granovetter 1973), resulting in ties belonging to the inner network to be stronger than those belonging to the outer network. It can therefore be assumed that close networks operate in more similar ways and contain more contacts with shared knowledge and experience in comparison to members of the wider network, whose perspectives are usually more diverse. These diverse perspectives refer to political, moral, and emotional attitudes, and likely include the view on whether care should be provided by family or (at least supported by) the state. Close family members such as partners or children are therefore likely to have knowledge comparable to that

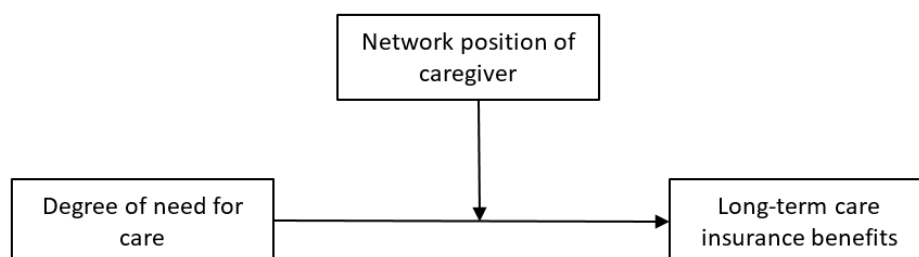
of the individual in need of care. Contacts from the wider network such as friends or neighbors operate in their own close contexts, which contain and negotiate different content.

Coleman's theory of social capital (1988) describes a person's social capital as a resource of action based on reciprocity norms, revealing social capital to be a relationship characteristic rather than an individual. The more intense a social tie (i.e., the more reciprocal actions have already taken place, or the more consequential these actions taken were), the stronger the reciprocal norm functions. It can be assumed that more frequent and intense exchanges occur with a partner and especially one's own children than with friends, acquaintances, or neighbors. More distant network members will therefore be less willing to take on unpaid, intensive care tasks for a person in need of care, while immediate relatives are less likely to expect compensation for their care work.

As a consequence, and according to both Granovetter and Coleman's theories, the caregiver's network position as the social capital of a person in need of care acts as an accelerator or decelerator of access to state care services (see Figure 3.2). The wider network should then be able to build a bridge to formal care services more quickly than the close network due to different knowledge resources and lower sense of commitment:

Hypothesis 2: Depending on the degree of need for care, the probability of receiving long-term care insurance benefits is lower for individuals with a caregiver in their close family circle than for those with a caregiver outside of the family circle.

Figure 3.2: Visualization of the assumed interaction effect of the caregiver's network position on the relationship between the need for care and receipt of care services.



3.3.2 Interaction of Health Status and Caregiver's Educational Attainment

Not only differences in the type of content, but also in the amount and depth of knowledge between the individual in need of care and their caregiver can have important impact on the correlation between health status and formal care receive. This knowledge of the caregiver, based on his/her formal education and socializing structures, is known by the sociological term

“cultural capital”.

According to Bourdieu (1983), cultural capital is one of three forms of capital a person can hold. In addition to economic capital, which can be directly converted into currency or property, as well as social capital (see above), Bourdieu introduces cultural capital as a term for the intertwined nature of an individual’s educational success and educational opportunities (Bourdieu 1983). Cultural capital can exist in three forms: 1) *internalized*, as a permanent disposition of the organism towards the environment, 2) *objectified*, as cultural goods (e.g., books, encyclopedias, paintings, instruments), and 3) *institutionalized*, in the form of educational degrees, qualifications, or certificates (Bourdieu 1983).

Education implies the internalization of educational effort, which can also take place unconsciously and is passed on, for example, through social inheritance. Both the time spent actively learning and the adoption of family cultural capital during adolescence can be described as the “duration of educational acquisition”, which in turn can be transformed into educational attainment (Bourdieu 1983). Accordingly, high incorporated cultural capital often manifests itself in high educational qualifications as its institutionalized form. The educational attainment of a caregiver can thus be used as a proxy for their cultural capital.

It can be assumed that well-educated individuals are less willing to provide care for someone in their network than those with lower educational attainment, given their respective career options (Blaumeiser et al. 2001).

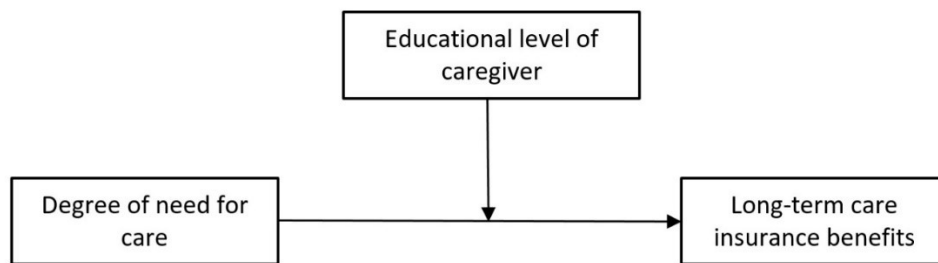
In addition, the access to formal care services in Germany is strongly related to the knowledge of and skills with administrative processes (Behrens 2008; Bauer & Büscher 2008). Not only is it necessary to know of the possibility of applying for a service, but also to know how to access and submit the application. In addition to the application itself, a detailed documentation of daily physical or cognitive limitations may need to be provided. The individual in need of care is then assessed by an expert from the health insurance fund to determine the degree of need for care. In case of rejection, an appeal can be filed, which is a similarly highly formalized process and bound by relatively short deadlines. If the application is persistently rejected, the applicant (or his or her caregiver) may still take legal action before the social court. As the entire procedure is easier to manage with a basic knowledge of the administrative processes and an understanding of the requirements and documents to be provided, the assumption is plausible that those with higher education are more likely to submit an application and be successful. This is particularly true for the knowledge of the caregiver, who acts as an intermediary between the individual in need of care and the state (Figure 3.3).

The caregiver’s educational attainment therefore also functions as a resource that the person in

need of care can benefit from. As the caregiver's education is inextricably linked to the caregiver him-/herself, their cultural capital is transformed into the social capital of the person in need of care. In order to keep the mechanisms distinct, henceforth the only terms used will be the caregiver's network position and the caregiver's level of education, both of which represent the social capital of the person in need of care.⁸²

Hypothesis 3: Depending on the degree of need for care, the probability of receiving financial benefits from long-term care insurance is greater for those with a highly educated caregiver than for those whose caregiver has lower educational attainment.

Figure 3.3: Visualization of the assumed interaction effect of the caregiver's educational level on the relationship between the need for care and receipt of care services



3.4 Data and Method

3.4.1 Data

Data from the Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe (SHARE) are used for the following analyses.⁸³ SHARE is a multidisciplinary, cross-national panel database of micro data on health, socio-economic status, and social and family networks of individuals aged 50 and

⁸² Please note that a caregiver's education and network position could also be conceptualized as interacting determinants. Cultural capital of the caregiver would then not only be transformed into social capital of the person in need of care, but would shape it in some way. One might then assume, for example, that a highly educated daughter would influence the relationship between a person in need of care's health limitations and the receipt of state care services in a different way than a highly educated neighbor. To keep the argument simple in light of the analytical limitations imposed by the data used in this study (see "Data and Method" section), this perspective is not elaborated.

⁸³ This paper uses data from SHARE waves 1, 2, 4, 5, and 6 (Börsch-Supan 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2019e). See Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details. The SHARE data collection has been funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org)

older (SHARE-ERIC 2020). The panel began in 2004 (wave 1) with eleven European countries and has since been conducted biennially. Currently, all 26 continental EU member states as well as Switzerland and Israel are part of the SHARE project (Bergmann et al. 2019). The SHARE target population consists of all individuals aged 50 years and over at the time of sampling with their main residence in one of the respective SHARE countries. Detailed information on the target population, sampling design, and data collection concept can be found in Appendix A.

For regular SHARE interviews, two types of questionnaires can be distinguished: The baseline questionnaire for respondents who participate in a SHARE interview for the first time, and the longitudinal questionnaire for respondents who previously participated. The regular question modules relate to the areas of health and related limitations, employment and income (finances), network and support, and activities and (life) expectations. Basic demographic information (e.g., marital status, country of birth, education) as well as some information regarding the parents and (ex-)spouses are also posed in each wave. A “coverscreen” module at the beginning of each interview collects basic demographic information about each individual currently living in the household. This makes it possible to provide a partner identifier as well as a couple identifier for each wave (even if the partner has never participated in the survey).

The present study is based on German data from wave 6 (2015 survey), which is the only dataset that contains all the data required for this study. Data from previous waves were additionally used to acquire baseline data.⁸⁴ The initial sample in wave 6 for Germany consists of 4,412 individuals. Observations with missing values for dependent and/or independent variables are excluded from this analysis. Missing value analysis reveals that non-response is a problem only in the case of household income and assets. Both were collected from only one household participant and were imputed to the partner in the data preparation process when possible. Missing values due to non-response are consequently doubled. A total of 241 (household income) and 847 (assets) observations have missing values, and were thereby excluded from the analysis sample. Further limitations in the data and resulting sample restrictions are presented in the sections on variables and analysis below. An overview of missing values and the reduction of case numbers can be found in Appendix E.

⁸⁴ For wave-specific methodological details, see Börsch-Supan and Jürges (2005) (wave 1); Börsch-Supan et al. (2008) (wave 2); Malter and Börsch-Supan (2013) (wave 4); Malter and Börsch-Supan (2015) (wave 5); Malter and Börsch-Supan (2017) (wave 6).

3.4.2 Variables

All variables except partner's education level are based on data provided by the main respondent. Details on the operationalization of all variables used in these analyses are given in Table 3.1. Three analysis samples are defined here (see section "Analysis"). Differences in included variables and their use are indicated in this overview.

Table 3.1: Coding information for all included variables

Variable name	Operationalization
Dependent variable	
Care benefits	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy variable: 'Receives care insurance benefits' (yes/no) • 'Have you received income from [long-term care insurance] in the [last] year?' (people living in their own household) • 'It is important to understand how people cope with nursing home expenses. (...) [Do you receive payments from a public long-term care insurance] in order to cover your expenses?' (people living in nursing homes)
Explanatory variable	
Number of health limitations	<ul style="list-style-type: none"> • Sum index of ADL and IADL indices • ADL index: Number of limitations with activities of daily living (dressing, walking, grooming, eating, transferring bed, toileting); Index range: 0-6 • IADL index: Number of limitations with instrumental activities of daily living (orientation in strange places, cooking, grocery shopping, making telephone calls, taking medications, doing house/garden work, managing money, leaving the house and accessing transportation services, doing laundry); Index range: 0-9 • Index range: 0-15
Moderating factors	
Network position of caregiver ^a	<ul style="list-style-type: none"> • Three categories: <ol style="list-style-type: none"> (1) Immediate family ('partner/spouse', '(step)child') (2) Extended family ('daughter/son in law', '(step)parents, parents in law, siblings', 'grandchild', 'grandparents, aunt/uncle, niece/nephew, other relative') (3) Not family ('friend', '(ex)colleague, neighbour', 'therapist, housekeeper, nurse') • 'none of these' specification excluded
Education of caregiver ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy variable: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = 'low education' ('no/primary education', 'lower secondary education', 'upper secondary education') • 1 = 'high education' ('post-secondary non-tertiary education', 'short-cycle tertiary education', 'tertiary education (university)') • Dichotomized to address analysis difficulties (see section 'analysis') • More details: Appendix Table 3.B1 (overview of the categorization of educational variables)

(continued)

Table 3.1: Continued

Variable name	Operationalization
Mediating factors	
Care intensity:	
Frequency of help provided	<ul style="list-style-type: none"> • Five categories: <ol style="list-style-type: none"> (0) No help/never^c (1) Less than once a month (2) About every month (3) About every week (4) About daily
Number of areas with help provided	<ul style="list-style-type: none"> • Sum of affirmed help with personal care, practical household help, and help with paperwork • Four categories: <ol style="list-style-type: none"> (0) No help/no mentioned area (1) Help in one area (2) Help in two areas (3) Help in three areas
Confounding factors	
Age of respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Range: 50-95 years (samples 1 and 2), 53-92 years (sample 3) • Respondents under 50 years excluded
Gender of respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy variable: 0 = male, 1 = female
Education of respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy variable: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = 'low education' ('no/primary education', 'lower secondary education', 'upper secondary education') • 1 = 'high education' ('post-secondary non-tertiary education', 'short-cycle tertiary education', 'tertiary education (university)') • Dichotomized to address analysis difficulties as well as to create consistency with respect to the respondent education variable • Details: Appendix Table 3.B1 (overview of the categorization of educational variables)
Household income of respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Average total income received by all household members per month • Range: € 400-800,000 (samples 1 and 2), € 700-800,000 (sample 3) • Respondents with less than € 400 household income per month excluded • In analysis in 1,000
Assets of respondent	<ul style="list-style-type: none"> • Sum of assets from bank, bonds, stocks, funds, retirement pensions (respondent and partner), building loans, life insurance, cars, companies, property, real estate, subtracting debt and mortgages to be paid off. • Range: € -3,999,450-30,035,000 (sample 1), € -3,999,450-4,700,000 (sample 2), € -3,999,450-4,440,000 (sample 3) • In analysis in 100,000

^a Only in model for analysis of Hypothesis 2.

^b Only in model for analysis of Hypothesis 3.

^c Only part of the variable in the first sample due to sample definition: Samples 2 and 3 include only respondents with caregiver, “no help” is not a valid response.

Dependent variable

The dependent variable in all analyses is *care benefits*, which provides information on whether the respondent receives financial payments from state-funded long-term care insurance. This

question is included as one of several income sources of the respondents in the prior year. Respondents living in a nursing home are asked with which income sources they cover their nursing home expenses, including the valid response “public long-term care service”.⁸⁵

Independent variable

The main independent variable in all analyses is the number of health limitations. It is a sum index of the ADL (“Activities of Daily Living”) index and the IADL (“Instrumental Activities of Daily Living”) index, which are both included in the SHARE data. Both indices are adequate and often-used measures to reflect individual constraints. They are also collected as proxies for the health status evaluated throughout the care application procedure (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2016).

The ADL index (Katz et al. 1963) describes the number of limitations to activities in daily life, illustrating difficulties with everyday self-care activities such as dressing, walking, grooming, eating, getting in and out of bed, and using the toilet – all fundamental activities for maintaining independence. The IADL index (Lawton & Brody 1969) describes the number of limitations with instrumental activities in daily life, such as housekeeping, food preparation, the ability to handle finances, and shopping. The modified versions of the ADL and the IADL indices used in the SHARE questionnaire include six and nine activities, respectively (see Table 3.1) (Steel et al. 2003). Respondents are asked if they have any difficulties with each one of these activities that they expect to last longer than three months. The indices sum up all affirmative answers, resulting in a score ranging from 0 to 6 (ADL) and from 0 to 9 (IADL). The higher the respective index, the more difficulties with the respective activities and the lower the mobility and the autonomy of the respondent (Mehrbrodt et al. 2019).

Both index variables are combined into one index variable *sum of health limitations* by adding the respective values, with a range from 0 (no limitations at all) to 15 (many limitations).⁸⁶

Moderating factor 1: Network position of the caregiver

Possible caregivers were reported via the questions if anyone living inside or outside the household regularly helped the respondent with personal care, household tasks, or paperwork. If the answer was “yes”, respondents were asked to report who that was (resulting in 28

⁸⁵ Unfortunately, data on the amount of benefits received is not collected in both cases. A more precise analysis (e.g., with knowledge of the granted care level/degree of care, or a metric care benefit variable) is therefore not possible.

⁸⁶ It is noticeable that some respondents who do not indicate any restrictions nevertheless have caregivers. It can therefore be assumed that they also need support with certain activities, but that these are not included in the usual query factors. As the listed activities correspond to the assessment factors in the care application procedure, no correction was made in the data to this regard.

categories created by SHARE). In total, up to seven caregivers could be named from inside and outside the household, respectively. A maximum of two caregivers from within the household and three caregivers from outside the household were named in the data.

To test the presumed impact of a caregiver's network position on the association between health limitations of the respondent and receiving formal care services, the sample was restricted to individuals with only one caregiver. SHARE caregiver categories were first grouped into ten categories of the variable *caregiver* in terms of equal network proximity to the respondent, and finally (due to analytical challenges, see section "Analysis" below) categorized more broadly into the three categories: "immediate family", "extended family", and "not family" (Table 3.1 includes the ten preliminary as well as the three final categories).

Moderating factor 2: Education of the caregiver

In SHARE, except for the respondent's education, education level was only collected for respondents' partners and children. The partner's educational information is furthermore only available if the partner lives in the same household as the respondent and has completed his or her own questionnaire (and is thus in turn a respondent). When first entering the SHARE panel and completing the baseline questionnaire, respondents were asked for their highest obtained school degree and any vocational and/or higher education degrees. Respondents could indicate several vocational or higher education degrees, from which the highest was selected and coded accordingly. If the partner did not want or could not participate, the respondent was asked about the number of years their partner spent in education. The number of years the respondent's partner spent in education are collected as his or her sum of years in full-time education and vocational training, which are then converted into the corresponding category (see Table 3.B1). Both questions (i.e., respondent's own education and partner's years in education) are only posed in the baseline questionnaire when the respondent enters the panel. This data was therefore imputed to subsequent waves of participation. If the partner lives outside of the household, no partner education data are available. The new variable *education of respondent* was generated as a combination of school education and further education, and follows the construction of the International Standard Classification of Education (ISCED) (Stuck et al. 2019).⁸⁷ Resulting categories are listed in Table 3.1.

In contrast to the partner's educational level, children's education is asked only up to a certain age in each survey wave. Full educational information is recorded in the first interview. In

⁸⁷ SHARE uses UNESCO's International Standard Classification of Education (ISCED), which allows for a standardized reporting of education statistics according to an international set of definitions and concepts (Stuck et al. 2019).

subsequent waves, only changes in children's schooling (up to age 22) or further education (up to age 32) are reported. For children's education, the ISCED variables already coded by SHARE are used. If no education information is provided due to no change, children's education information is imputed over the waves. Given changes in the collection of the education variables by SHARE as well as the coding of the ISCED⁸⁸ between waves 4 and 5, both types of coding had to be merged into the new variable "child education". For an overview of the original education categories, the associated ISCED indices, and the coding of the new education variables, see Table 3.B1.

In a final step, the education of the caregiver was summarized, whereas the caregiver was either the partner or one of the children. The education information was entered into the new variable *education of caregiver*, which was then dichotomized in a last step to address the mentioned analysis difficulties. The final variable consists of the two categories: "low education" and "high education" (details in Table 3.1).

Mediating factors

An individual's need for care affects both the frequency and the extent of the required care tasks. Whereas lesser limitations might require support only once a week with minor tasks (e.g., shopping), more severe limitations might require help with more extensive tasks daily (e.g., washing and dressing). The extent of care and the frequency of care in turn affect the likelihood of receiving formal care benefits. The higher both are, the more the applicant is classified as being dependent and thus to be granted formal care benefits. Additionally, as caregiving responsibilities increase, the caregiver is also likely to support the application for formal caregiving services. This is initially independent of the caregiver's network position, since care intensity simply reflects the variation of care effort with care dependency and its impact on the probability of formal care service use. Thus, care intensity (i.e., the *frequency of care provided* and the *number of care tasks provided* by the caregiver) represents a mediating role in the analysis model. The corresponding variables act as mediating factors between the need for care and the receipt of care benefits.⁸⁹

⁸⁸ ISCED-97 was approved by UNESCO in 1997. It was revised and adopted as ISCED-2011 in 2011. For further information, see UNESCO Institute of Statistics (2021).

⁸⁹ It is, however, possible to argue that these variables are not mediating but in fact colliding factors. The intensity of care provided would then depend not only on the degree of need for care, but also on whether state care benefits are received. Care allowances, for example, could increase the motivation to provide (more) informal care. As this financial compensation is rather low and thus hardly justifies the care effort, the argumentation of care intensity as a mediating factor can be upheld. The consequences for the analyses remain the same: To obtain the total effect of the correlations of interest, mediating variables are not included in the analysis (they are nevertheless part of the study in order to observe their influence, see Table 3.3). Colliding variables bias the estimates and therefore are not recommended to be included in the analysis.

Confounding factors

Control variables in all analyses are respondent *gender, age, education level,* and financial status (*household income and assets*). All of these variables are possible confounding factors that are likely to influence both the degree of need for care and the receipt of care services.

Gender and age are so-called “predisposing factors” according to the Andersen-Newman model (Andersen & Newman 1973): These factors are understood as a genetically determined susceptibility to the development of a poor health status (e.g., older age goes hand in hand with more severe physical complaints, and men are more inclined toward frailty in old age than women). At the same time, both characteristics could have an effect on the receipt of care benefits if and when men and women or younger and older applicants are treated differently when applying for care. For example, since women outlive their husbands (Laenderdaten.info 2019), they are more likely to have to request benefits. And based on gender theories (Garfinkel 1967; West & Zimmerman 1987), applying for care services is likely perceived by men as undermining their masculine role which probably reduces their willingness to apply for formal care. With age, however, the likelihood of illness and restricted mobility and mental capacity increases overall, which makes an age-dependent treatment of care applications independent of the actual degree of impairment plausible. Combined with the assumption that the health state of older applicants deteriorate faster than that of younger applicants, may result in precautionary approval of an application for care benefits.

Education level and financial status are also (according to previous studies using the Andersen-Newman model) predisposing, or enabling, factors. As enabling factors, they provide access to care services (Andersen & Newman 1973). As predisposing factors, they make the use of care services more likely (Andersen & Newman 1973). On the one hand, health status varies with socioeconomic status (a.o., Schöllgen et al. 2010; Brunello et al. 2016). Individuals with a low socio-economic status have a higher risk of falling ill due to less knowledge of healthy lifestyles as well as the financial means to live by them. They are also less likely to attend preventative check-ups or receive necessary treatments, and are more likely to work in conditions that trigger (chronic) diseases (Behrens 2008). These aspects contribute to a higher likelihood of being in need of care earlier or to a greater extent than those with a higher socio-economic status. On the other side, low income levels could increase receptiveness to applying for state-funded care benefits, whereas higher income provides more differentiated options. While those with higher economic status do not necessarily rely on financial state support but might be able to afford private care services instead, those with low income and/or assets lack this possibility. Less

socio-economic resources thus increase the probability to apply for long-term care in case of need (Unger et al. 2015). Higher educational level, again, enables applicants to better understand the application processes, whereas a lack of formal education may leave individuals in need of care behind (see section “Theoretical background”).

3.4.3 Analysis

According to the postulated three hypotheses, this analysis of SHARE data includes three steps. The first is to examine the basic relationship between the need for care and the receipt of care benefits, taking into account both confounding and mediating factors. To analyze whether a caregiver makes a difference in the application or receipt of care, the base analysis sample is restricted to individuals with none or at most one caregiver. The base sample contains a total of 2,604 observations.

In a second step, a possible moderating impact of the caregiver’s network position is investigated. To test Hypothesis 2 (i.e., the probability of receiving formal long-term care correlates positively with the social network distance between the person in need of care and their caregiver, both depending on the degree of the respondent’s need for care), the base sample is restricted to respondents with one caregiver only. The number of cases in this second sample is thus drastically reduced to 417 observations.

Finally, the third step examines whether the education of a caregiver from the inner network moderates the relationship between care needs and financial care benefits. In order to test Hypothesis 3 (the probability of receiving long-term care benefits correlates positively with the caregiver’s level of education, depending on the respondent’s degree of need for care) the sample is further restricted as SHARE only collects data on the education of the respondent’s partner and children. For this analysis, only respondents who indicated their partner or one of their children as caregiver are available, resulting in a third analysis sample of 203 observations.

The dependent variable in all analyses is the receipt of financial care insurance benefits. As it is a dichotomous variable, logistic regressions are used. With logistic regression, however, a problem called “separation” (Albert & Anderson 1984) can occur, caused due to small sample sizes, rare events, or unbalanced or highly predictive risk factors. Separation is when one or more explanatory always or never occurs with the event of the dependent variable, meaning that they perfectly predict the outcome of interest. As a result, estimates of traditional maximum likelihood logistic regressions do not converge, manifesting in infinite coefficients and standard errors (Karabon 2020; Zorn 2005). While the problem of separation is not unknown, it is often unreported and instead attempted to be solved by modifying the model or replacing,

transforming, or excluding the affected variables (Zorn 2005; Heinze 2006). However, none of these practices is appropriate in terms of a neat analytical approach (Heinze 2006; Heinze & Schemper 2002). An adequate alternative is the Firth logistic regression method (Firth 1993), superior to other methods in terms of handling, significance, and efficiency (Heinze 2006; Wang 2014; Karabon 2020). The basic idea of the Firth procedure is to introduce a bias term into the standard likelihood function that converges towards 0 as the sample size increases to infinity. The bias term therefore counteracts the small sample bias. The result is a penalized likelihood whose estimates will typically be smaller in absolute value than standard maximum likelihood estimates, as are their standard errors (Heinze & Schemper 2002). Since the separation problem occurs with the moderating variables in the present analysis, Firth logistic regressions are used.

Another challenge of non-linear regressions is the interpretation of interaction terms. Ai and Norton (2003), as well as Mize (2019) point out that although many studies use interaction terms in logistic regressions, an adequate interpretation is often missed. The estimated coefficients of a logistic regression as a single value cannot represent the effect on the predicted probabilities, as these are not constant. Since effects can differ drastically depending on which data range the predicted probability is in (Mize 2019), a suspected interaction effect cannot be detected in logistic regression models “simply by looking at the sign, magnitude, or statistical significance of the coefficient” (Ai & Norton 2003, S. 129). In addition, the factors entered in logistic regression models interact by the estimation method alone, even if an interaction term is not explicitly included in the model. Thus, even without interaction, the factors depend on each other, so that the prediction of one variable depends on the level of the other variable. However, to avoid type I errors, including interaction terms are nonetheless necessary for correct estimates of interactions (Mize 2019). Consequently, for the analysis of Hypothesis 2 and Hypothesis 3, the proposed moderating variables were included in the models as interaction terms. Results are interpreted with Average Marginal Effects (AMEs)⁹⁰ and predicted probabilities. The former estimate the extent to which a factor has the same effect on the probability of the outcome for the different groups; the latter show how outcomes differ under specific conditions (Long & Mustillo 2021).

⁹⁰ Marginal effects are estimates of the change in the outcome variable for a change in one independent variable, holding all other variables constant. Average Marginal Effects (AMEs) are estimated by calculating a marginal effect for every observation in the sample and then averaging these effects (i.e., the mean of the marginal effect computed at the observed values for all observations in the estimation sample).

3.5 Results

3.5.1 Descriptive Results

Table 3.2 presents the descriptive statistics of all three analysis samples. Case numbers differ due to the sample restrictions presented in the previous section.

Table 3.2: Descriptive results

	Sample Hypothesis 1		Sample Hypothesis 2		Sample Hypothesis 3	
	n/Mean	%/sd	n/Mean	%/sd	n/Mean	%/sd
Receipt of care benefits	24	0.92 %	11	2.64 %	10	4.93 %
Number of health limitations	0.381	1.355	1.218	2.429	1.867	2.986
Network position of caregiver ^a						
No caregiver	2187	83.99 %	-	-	-	-
Immediate family	203	7.80 %	203	48.68 %	203	100 ^b %
Extended family	65	2.50 %	65	15.59 %	-	-
Not family	149	5.72 %	149	35.73 %	-	-
Education of caregiver ^c						
Low education	-	-	-	-	121	59.61 %
High education	-	-	-	-	82	40.39 %
Number of areas with help provided						
No help/no mentioned area	2188	84.02 %	1	0.24 %	1	0.49 %
One area	378	14.52 %	378	90.65 %	176	86.70 %
Two areas	28	1.08 %	28	6.71 %	20	9.85 %
Three areas	10	0.38 %	10	2.40 %	6	2.96 %
Frequency of help provided						
No help/never ^d	2187	83.99 %	-	-	-	-
Less than once a month	177	6.80 %	177	42.45 %	49	24.14 %
About every month	81	3.11 %	81	19.42 %	36	17.73 %
About every week	62	2.38 %	62	14.87 %	34	16.75 %
About daily	97	3.73 %	97	23.26 %	84	41.38 %
Age of respondent	66.42	9.19 %	68.10	10.03 %	70.01	9.67 %
Gender of respondent						
Male	1290	49.54 %	213	51.08 %	96	47.29 %
Female	1314	50.46 %	204	48.92 %	107	52.71 %
Education of respondent						
Low education	1657	63.63 %	275	65.94 %	144	70.94 %
High education	947	36.37 %	142	34.05 %	59	29.06 %
Total household income per month of respondent (in 1,000)	5.055	23.971	8.176	55.824	11.589	79.129
Total assets of respondent (in 100,000)	4.276	10.687	3.627	5.808	3.399	6.458
<i>N</i>	2,604		417		203	

Notes: Absolute and relative frequencies for dummy variables, means and standard deviations for continuous variables.

^a Depending on the research hypothesis, individuals with and without a caregiver (sample 1), only individuals with a caregiver (sample 2), or only individuals with a caregiver from the immediate family (sample 3) are included in the respective sample. Gaps in the table are due to this.

^b 100 percent due to sample definition (only partners and children).

^c Education is only available for partners and children as caregivers, and is only part of the third analysis.

^d Samples 2 and 3 contain only individuals with a caregiver, “no help” is not a valid response.

The proportion of those receiving state care benefits is low in all three samples, ranging from just under 1 percent (total sample) to just under 5 percent (most restrictive sample). This seems surprisingly low given that the second and third samples only include respondents who report having a caregiver. The proportion of those suffering from at least one limitation in executing ADL or IADL⁹¹ increases from sample 1 (with or without a caregiver, 14 percent), via sample 2 (with a caregiver, 34.7 percent), to sample 3 (with partner or child as caregiver) (not shown in table 3.2). The fact that less than half of the respondents with a caregiver state that they have limitations could indicate that minor impairments are not perceived as such or are not freely disclosed. Another indication that minor health restrictions do not justify the use of state care benefits or that these are not (yet) approved is the mentioned proportion of under five percent of respondents receiving financial state care benefits even in the most restrictive sample.

On average, respondents in the total sample have 0.381 health restrictions, implying that a large share of participants did not indicate any restrictions at all. The percentage of those who stated that they do not have a caregiver and correspondingly do not receive support in any of the areas queried at any time is correspondingly high (84 percent). In contrast, the average number of health restrictions in the two reduced samples that only include respondents with a caregiver rises to 1.2 and 1.9, respectively. In both samples, help is provided for the most part in one task area (90.7 percent and 86.7 percent, respectively) and mainly by the immediate family (sample 2: 48.7 percent). While the majority of help provided to respondents with a caregiver (sample 2) is performed less than once a month (42.4 percent), this largest ratio shifts to daily assistance when only respondents with a partner or child as a caregiver are considered (sample 3) (41.4 percent). It seems that immediate family members thus provide more intensive care than more distant family members or friends, neighbors or acquaintances. Caregivers' educational level is more or less equally distributed, with a slight tendency toward lower education (just under 60 percent).

3.5.2 Multivariate Results

Hypothesis 1

To test the first hypothesis, the sole effect of *number of health limitations* on the probability of receiving state-funded long-term care benefits was estimated. Subsequently, confounding factors (i.e., gender, age, education, income, and assets), then additionally mediating factors (i.e., number of caregiving tasks performed and frequency of caregiving) were included. A highly significant positive effect of 0.3 percent points for the number of health limitations is

⁹¹ Binary summary of variable *number of health limitations* into "no limitations" and "at least one limitation".

found, which is maintained even with the inclusion of the confounding and mediating variables. Table 3.3 shows an overview of the marginal effects in all three models. In subsequent analyses and interpretations, only the models with confounding factors (without mediating factors) are considered.

Table 3.3: AMEs of Firth logistic regression estimates of the association between health limitations and the receipt of care benefits; nested models (without and with confounding and mediating factors, respectively)

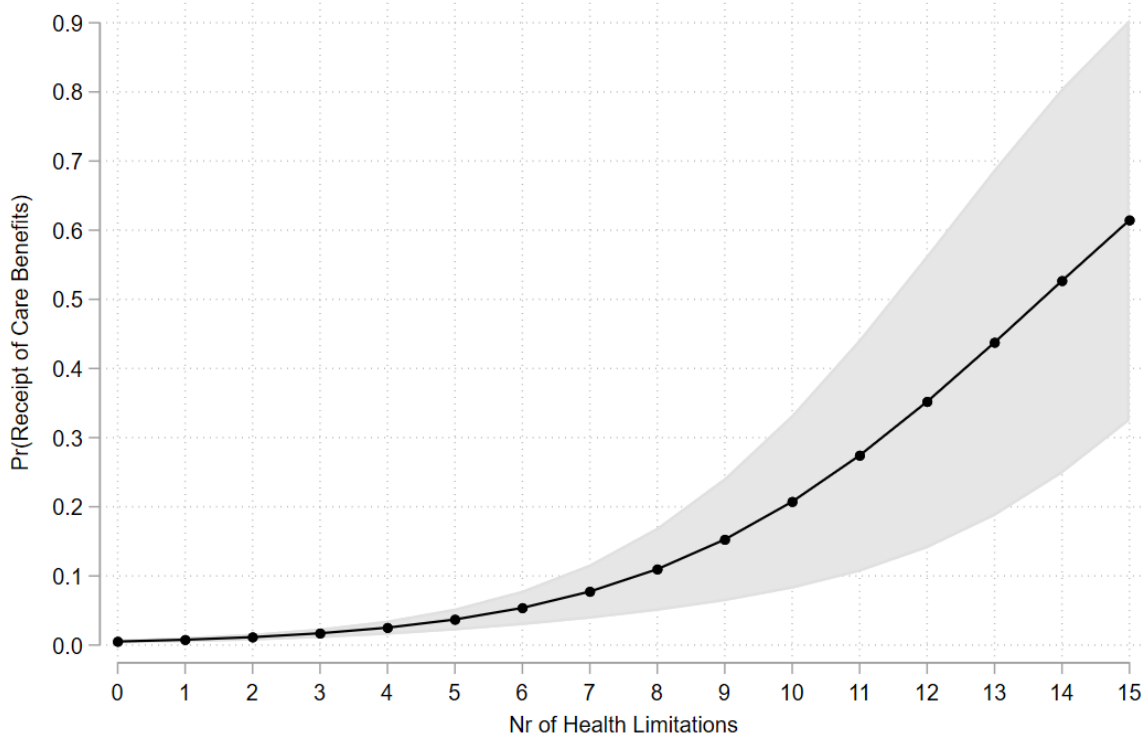
	Model 1a	Model 1b	Model 1c
Number of health limitations	0.00365*** (5.34)	0.00361*** (5.51)	0.00327*** (4.73)
Female respondent (1=yes)		0.00290 (0.76)	0.00433 (1.04)
Age of respondent		0.000547* (2.53)	0.000599* (2.58)
Education of respondent (1=high)		-0.00724 (-1.96)	-0.00715 (-1.72)
Income of respondent (in 1,000 Euro)		0.0000514* (2.51)	0.0000453* (1.98)
Assets of respondent (in 100,000 Euro)		0.0000913 (1.68)	0.0000955 (1.63)
Number of areas with help provided (Reference: None)			
One task			-0.0147 (-0.78)
Two tasks			-0.0207 (-1.20)
Three tasks			-0.0201 (-1.15)
Frequency of help provided (Reference: no help at all)			
Less than once a month			0.00693 (0.26)
About every month			0.0236 (0.43)
About every week			0.0726 (0.66)
About daily			0.0616 (0.70)
AIC	210.749	181.278	194.921
BIC	222.478	234.062	300.487
McFadden's pseudo R ²	0.207	0.236	0.211
N	2,604	2,604	2,604

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

The predicted probabilities of receiving care benefits range from 1.1 percent for an individual with only two health limitations to just over 60 percent for persons with extensive health limitations (15 limitations) (see Figure 3.4). The likelihood ratio test is highly significant,

indicating that the factors included in the model are suitable predictors of the dependent variable.⁹² Hypothesis 1 can thus be clearly confirmed.

Figure 3.4: Predicted probability of the receipt of care benefits based on the number of health limitations. Model with confounding variables only (N=2,604)



Hypothesis 2

Next, the moderating influence of the caregiver’s network position is estimated by including a corresponding interaction term. Results are illustrated in Figure 3.5. For interpretation, Average Marginal Effects (AMEs) and predicted probabilities are used (see explanation above).

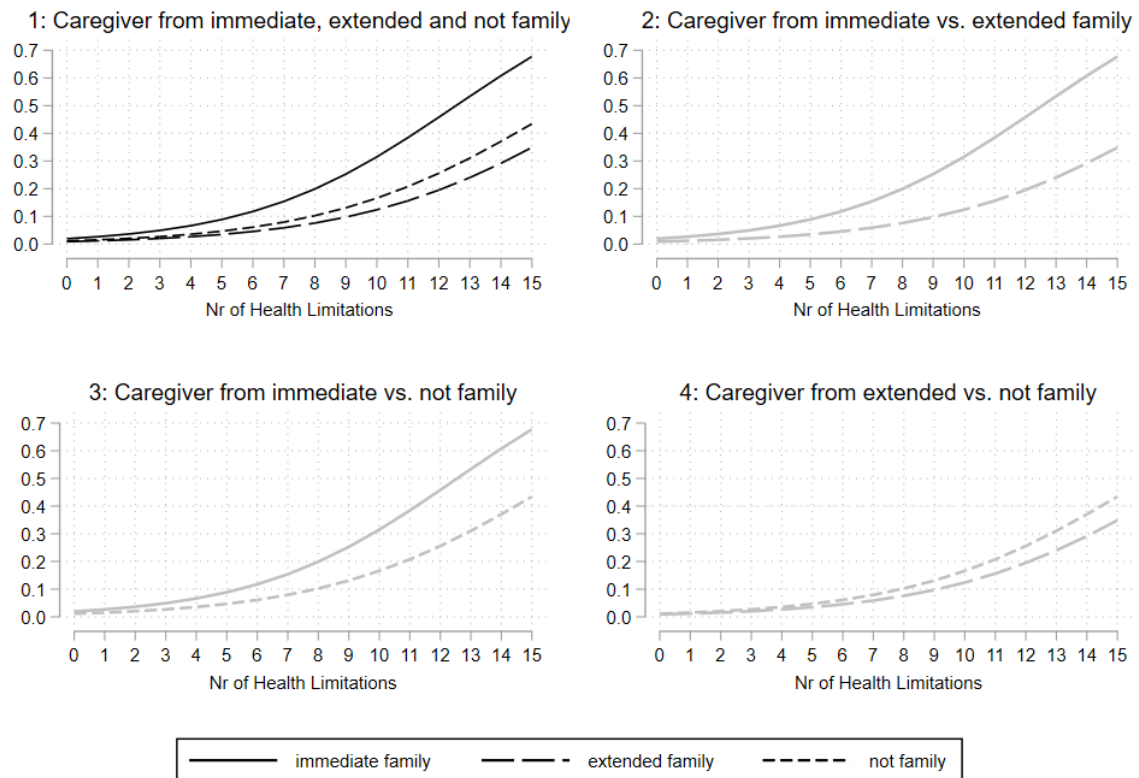
Starting with the health limitation side of the interaction effect, AMEs show that, on average, each additional health limitation significantly increases the predicted probability of receiving care benefits by 1.7 percentage points ($p < 0.001$) if the caregiver is a partner or child and by

⁹² Due to the boundary condition specified in the Firth regression method, the resulting penalized profile likelihoods are often asymmetrical. Wald tests are therefore likely to be inaccurate, as they assume normal distributions. Heinze and Schemper (2002) recommend the use of likelihood ratio tests, suggesting a different approach to the convention: Instead of removing the variable of interest from the model and refitting the reduced model, the coefficient of interest is constrained to zero and left in the model to allow for its contribution to the penalty. The test statistic is then calculated as twice the difference in penalized log likelihood values of the unconstrained and constrained models, in direct analogy to conventional likelihood ratio tests (Heinze und Schemper 2002). All *firthlogit* model estimates with corresponding likelihood ratio test results can be seen in Table 3.C1.

0.5 percentage points if the caregiver is part of the extended family or no family member (not significant). There are no significant differences in the AMEs of health limitations on the receipt of care between groups. The predicted probabilities are shown in plot 1 of Figure 3.5.

Adequate analysis of interaction requires to test both sides of the interaction. Thus, it should not only be considered to what extent the effect of health limitations on the probability of receiving care differs between respondents with an immediate, extended, or non-family caregiver, but also whether there are significant differences between the aforementioned groups at different levels of need for care (Mize 2019, S. 107). The group differences in predicted probabilities are shown in plots 2 to 4 of Figure 3.5. Gray lines indicate non-significant and black lines significant results, demonstrating that none of the differences between types of caregivers is significant (see Table 3.C2 for an overview of predicted probabilities, AMEs and differences). However, Figure 3.5 shows that the increase is steeper for caregivers originating from the immediate family (from 4.9 percent with three limitations to 45.8 percent with twelve limitations) than for the other types of caregivers, whose increases are very similar (from about 2 percent to a maximum of 25 percent on the same values of health limitations).

Figure 3.5: Predicted probability of the receipt of care benefits by network position of the caregiver and the number of health limitations (N=417)



Note for Plots 2, 3 and 4: Group differences are significant ($p < 0.05$) when lines are black

Notes: Overall (plot 1) and group comparisons (plots 2, 3, and 4). All models with confounding variables only.

Hypothesis 2 can therefore not be confirmed. Although differences in the influence of health restrictions in the interaction with the caregiver's network position are evident, these differences are not significant. Moreover, the results contradict the hypothesized assumption that with greater network distance, the bridge to formal care services is built more quickly. One argument for this would be that immediate family members provide more intensive care, which also leads to a greater likelihood of seeking out support through state-funded benefits. However, the inclusion of the mediating factors for care volume and care frequency to control for this circumstance weaken the effects, while neither direction nor relationship are fundamentally altered (see Figure 3.D1.1 and Table 3.D1.3). It seems more plausible that the effort required to apply for care and the associated formalities is more likely to be made by immediate family members than by more distant network members, which is still in line with the reciprocity hypothesis.

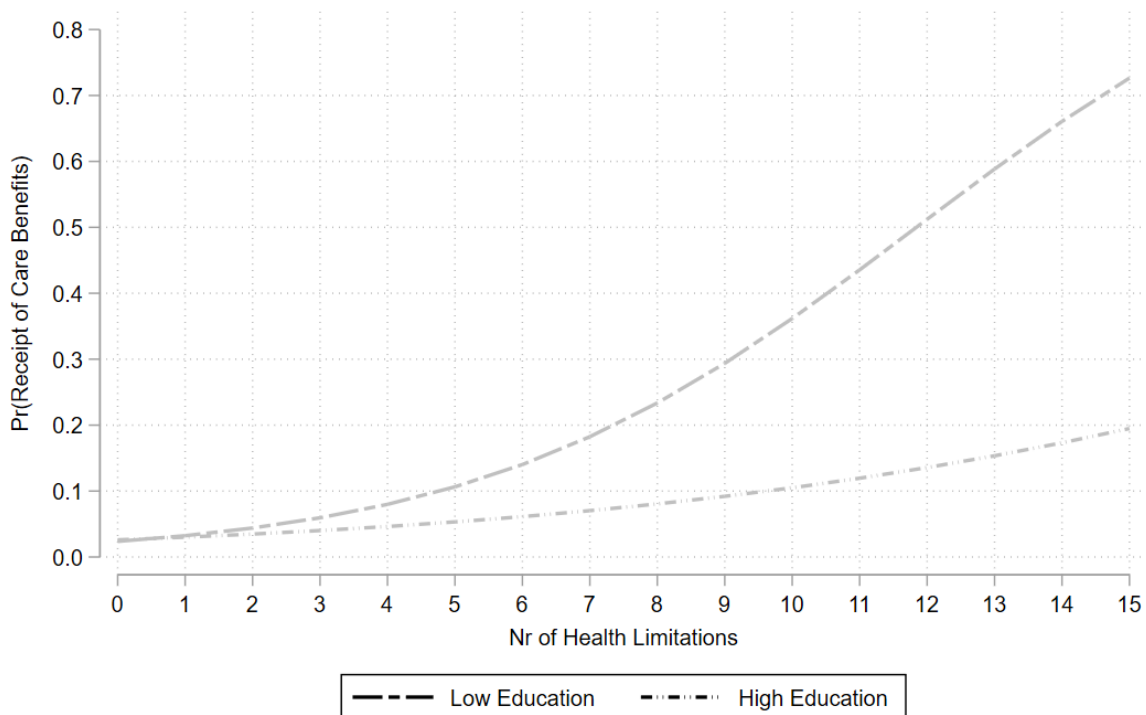
Hypothesis 3

Finally, the moderating influence of the caregiver's educational capital on the probability of receiving state care benefits is tested. Predicted probabilities can be seen in Figure 3.6.

AMEs reveal an increase of probability of receiving care by 2.2 percentage point per additional limitation in the group of lower educated caregivers ($p < 0.001$) and of 0.5 percentage point in the group of higher educated caregivers (not significant). The gap between both groups is only significant at the 10 percent level ($p = 0.067$).

No significant gap in terms of the caregiver's educational capital on the likelihood of receiving care is found for any group differences at the different levels of need for care (Figure 3.6). Although the lines spread out considerably as the need for care becomes higher (while both start at about 5 percent at three health limitations, the probability increases only slightly to 13.5 percent at twelve health limitations and a highly educated caregiver, but to a notably 51 percent at the same health level and a lower educated caregiver), the gray shading indicates the lack of significance in the group differences (see Table 3.C3 for all predicted probabilities).

Figure 3.6: Predicted probability of the receipt of care benefits by educational level of the caregiver and the number of health limitations (N=203)



Note: Group difference is significant ($p < 0.05$) when lines are black

Notes: Interaction effect between caregiver's education and number of health limitations. Model with confounding variables only.

In sum, Hypothesis 3 cannot be confirmed either. Depending on the caregiver's educational level, differences in the development of the probability of receiving care benefits depending on health status are visible, but not significant. In addition, these results do not show the hypothesized effects: While it was assumed that highly educated informal caregivers facilitate

access to state care services, this analysis demonstrates the opposite effect. Two possible reasons might account for this: First, not only is the assumption plausible that higher education corresponds with a demanding job and thus a time budget too restricted to handle the application process, but also that this discrepancy increases with increasing care requirements. Second, higher education usually corresponds with higher income and thus with the capability to finance private care – an option less available to caregivers with lower education who consequently rely on state-based care.

3.5.3 Model fit and Robustness Checks

All models were tested for model fit using the information criteria AIC and BIC, as well as McFadden's pseudo R^2 . According to the values (see Table 3.3), the inclusion of the confounding but not the mediating variables in the analyses seems plausible. See Appendix D for a brief discussion of the values.

To ascertain whether the results of the main analyses are largely stable with the data used, various robustness checks were conducted. First, the models corresponding to hypotheses 2 and 3 were each calculated both ways, with mediating and confounding factors and without. Second, the original samples were extended through samples in which educational status of children were only estimated in cases where the educational data was obviously not up to date (in the main analyses, only educational data that could be validly assumed to be correct was included). Third, all models were calculated with the dependent variable restricted to the IADL and the ADL index, respectively, as opposed to a sum index of ADL and IADL. Neither the effects nor the significance levels of the robustness analyses differed substantially from the main analyses. Results and discussion of the robustness analyses can be seen in Appendix D.

3.6 Discussion

The purpose of this study was to examine the association of health limitations with the likelihood of receiving state-funded long-term care benefits, taking into account possible interactions with the caregiver's network position and educational capital. Consistent with previous studies, a significant positive effect of need for care on the probability of receiving long-term care benefits was found, which remained stable even after controlling for both confounding and mediating factors. However, the hypotheses that this effect is strengthened by, first, increasing network distance and, second, higher education of the caregiver, could not be confirmed. On the contrary, the analysis suggests that immediate family members and caregivers with lower educational levels are more likely to form a bridge to formal care services.

The potential explanation for the first result – that immediate family members push for

state support more quickly as they provide more frequent and more intensive care – could not be confirmed in the analysis. Rather, it appears that family members are more willing to take on the extra effort of applying for government care than individuals from the wider network. This again points to Coleman's reciprocity hypothesis and to the fact that care circulates particularly within the family. Family members give and receive care in a cycle of general reciprocity, which need not be explicitly stated. The nature of kinship as an emotional relationship tends to produce a subjective feeling of obligation to perform care within the family (Comas-d'Argemir & Soronellas 2019). That such norms of reciprocity exist in caregiving relationships have been shown by a number of studies (e.g., Blieszner & Hamon 1992; Lee et al. 2003; Silverstein et al. 2008). This also points to the complexity of caregiving as the intertwining of love, work, and relationships, which is discussed especially in the area of gender studies (Rummery & Fine 2012).

For the second result – that caregivers with lower educational levels are more likely to form a bridge to formal care services –, studies have shown that caregivers with lower socioeconomic backgrounds perceive family caregiving as less negotiable than caregivers with higher socioeconomic backgrounds (Winqvist 1999; Conlon et al. 2014). High levels of education may thus also lower the willingness to spend more time than necessary on family caregiving and related application processes. Muresan (2017) shows that children with higher levels of education are more likely to provide financial and emotional support to their parents than personal care. Whether higher job demands actually have a negative effect on highly educated caregivers' willingness to provide care is debatable. However, empirical evidence shows that a child's high income negatively affects their actual care engagement and instead increases the likelihood of financial transfers (Couch et al. 1999; Shuey & Hardy 2003; Szinovácz & Davey 2008).

Overall, the present study assumes that the application procedure for long-term care benefits can represent a barrier for the receipt of state-funded care. This may be caused by personal characteristics of the applicants and/or their caregivers, but also by official regulations intended as a means to control and shorten access to benefits (Reibling & Wendt 2008; Peeters 2020). Care is thus primarily revealed in the dimension of equity issues: Do those in need of care have equal access to necessary care services? Or are there (structural) barriers that make access difficult or even impossible for some, while others do not face these barriers (and/or do not experience them as a barrier) due to their socio-economic and social disposition?

The lack of utilization of state care services has consequences not only for those in need of care, but also for their caregivers. Providing care requires (sometimes far-reaching) adjustments in a

caregiver's private and professional life. Often, employment must be reduced or even completely terminated, which not only affects a caregiver's current income situation, but ultimately also translates into lower pension returns (Reiter 2018). As care work is still predominantly carried out by women, gender thus acts as a determinant of social inequality. Caretaking therefore reproduces and reinforces existing social inequality structures. Studies also point to further consequences of caregiving for caregivers, including lower life satisfaction (Geyer & Schulz 2014), physical and mental health burdens (Pinquart & Sörensen 2003; Zwar et al. 2020; Stratmann et al. 2021), lower life expectancy (Zwar et al. 2021), and higher levels of social isolation (Hajek et al. 2021).

Furthermore, the physical and emotional exhaustion that caregiving responsibilities entail can also affect the caregiving relationship itself. The unmediated confrontation with age, illness, suffering, and death, the mismatch between physical closeness and emotional distance, and the indispensable intimacy of (physical) care are often experienced by caregivers as stressful and demoralizing (Osterbrink & Andratsch 2015). The care relationship thus becomes charged with tension and conflict. In the worst case, helplessness and excessive demands lead to verbal, psychological, emotional, and/or physical violence, or even to the withdrawal of the caregiver from the care relationship. As a result, the individual in need of care suffers (passive or active) neglect (Braun 2012). External structures – e.g., high barriers to the access of state supportive care services – can have a reinforcing effect on this. If caregivers feel left alone with the burden of care, aggression can intensify. To avoid this, it is essential that sufficient and accessible government support services exist to provide relief for caregivers and, in turn, the caregiving relationship to protect those in need of care. Linking informal and formal care services is of central importance here. Care work is often still exclusively located as a "work of love" (Bock & Duden 1977; Graham 1983) in the private sphere, and continues to be negotiated in most societies as "female" work without productive economic benefits. Debates in gender studies point to the problematic character of this perspective and the reproductive nature of care work (Tronto 1993). Care thus becomes socially relevant work that transcends private and public spheres (Daly & Lewis 1998), making it impossible to clearly separate them from one another. Accordingly, the state is seen as an important co-player in shaping the provision of care and addressing related gender issues. For a detailed discussion of this topic see, among others, Hochschild (1995), Geissler and Pfau-Effinger (2005), Held (2006), Engster (2007), Kremer (2007), Tronto (2013), Levitsky (2014).

For the entirety of the interpretation of the results presented in the previous paragraphs it is relevant to know that there is no data set specifically designed or existing for the research

question presented here. The SHARE data used for the analysis are suitable for the study thanks to its particular data structure, but it is not perfectly adapted to the research question. For example, the dependent variable only depicts the receipt of financial long-term care insurance benefits. However, possible long-term care insurance benefits also cover, among other things, outpatient care services, care benefits in kind, coverage of the costs of care aids, day and night care, as well as support services for informal caregivers. None of these options are covered by the variable surveyed here. It can therefore be assumed that the proportion of those who have been classified as in need of care via the care application procedure is higher than has been recorded here. Another limitation is the vagueness of the dependent variable in its statement logic. Not receiving (financial) long-term care benefits can imply either not having applied for care benefits or having applied but not been granted them. Thus, it was impossible to control for this aspect.

In addition, the survey of health restrictions presents another difficulty. While part of the respondents might be unwilling to disclose their inadequacies publicly, other parts might be unable to participate at all due to their particularly high need for care. Apart from this, using an unweighted sum score to represent health limitations, as was done for the ADL and IADL variables as well as for the total variable derived from them, ignores the specific consequences single limitations might have on the individual need for care and could thus be criticized. For example, individuals who cannot dress themselves or go to the toilet independently may have a different need for help than those who lack orientation in unfamiliar places, even though their number of limitations is the same.

In light of these limitations the present study should be considered to be a preliminary and orienting study, designed to provide scientific evidence for the need to further explore the discussed problem with a more adequate and purpose-built data set. In this regard, a larger sample size, more differentiated variables (see above), further possible influencing factors (e.g., the professional sector of respondent and caregiver as a relevant source of knowledge for the application process), as well as a more comprehensive survey (e.g., including educational capital of the wider network) could be ways to examine the mechanisms of access to care more precisely. In addition, this preliminary study only takes into account care recipients with one caregiver only. In order to limit the complexity, data sets with more than one caregiver were excluded from the analysis. However, a person in need of care is often supported by several caregivers. For example, children, friends, or neighbors may help the partner of the person in need of care who provides the primary care, or several children may share care in different areas or take turns providing care. The extent to which both the size and composition of such a care

network influences the use of public care services is of great importance. Future studies should take more complex caregiver networks into account in order to better understand the mechanisms involved behind the link between care needs and the receipt of formal care services.

3.7 Appendix

3.7.1 Appendix A. Detailed Information of SHARE Data

In the study, data from the Survey of Health, Ageing and Retirement of Europe (SHARE) are used. SHARE is a multidisciplinary, cross-national panel database of micro data on health, socio-economic status, and social and family networks of individuals aged 50 and older (SHARE-ERIC 2020). The panel began in 2004 (wave 1) with eleven European countries and has since been conducted biennially. The most current wave is wave 8 (data collected in 2019/20) (SHARE-ERIC 2019). Currently, all 26 continental EU member states as well as Switzerland and Israel are part of the SHARE project (Bergmann et al. 2019).

The SHARE target population consists of all individuals aged 50 years and over at the time of sampling with their main residence in one of the respective SHARE countries (for the following paragraph, cf. Bergmann et al. 2019; Stuck et al. 2019). Individuals who are incarcerated, hospitalized, out of the country during the entire survey period, unable to speak the country's language, could not be located due to errors in the sampling frame, or have moved to an unknown address are excluded (Bergmann et al. 2019). Individuals living in nursing homes or other institutions for elderly are generally part of the target population, but may not be equally well represented in all countries due to sampling frame coverage (Bergmann et al. 2019).

In wave 1, all age-eligible individuals per sampled household were selected for an interview (for the following paragraph, cf. Bergmann et al. 2019; Stuck et al. 2019). Since wave 2, only one age-eligible individual per household was selected. Current partners living in the same household are interviewed regardless of their age. Age-eligible respondents who participated at least once are traced and re-interviewed if they relocate. Younger partners, new partners, and partners who never participated in SHARE are not traced in case of relocation. If age-eligible respondents pass away, end-of-life interviews are conducted.

The central identifier is each participant's unique and non-changing person identifier for all waves ('mergeid'), which is generated when they enter the SHARE panel, irrespective of whether they completed an interview (see below remarks concerning questionnaire modules). A second relevant identifier is the household identifier, assigned at the first panel entry. This identifier is updated with each interview to capture household splits (Stuck et al. 2019).

The SHARE survey design follows probability-based sampling. In all countries, refreshment samples are drawn regularly to represent subsequent age cohorts and to compensate for panel attrition. For detailed information about sampling design and refreshment sampling, cf. Bergmann et al. (2019).

SHARE data collection is based on computer-assisted personal interviewing (CAPI) (Stuck et al. 2019). If physical and/or cognitive limitations make it impossible for a respondent to complete the interview her-/himself, a so-called proxy respondent is allowed to assist the respondent. However, some modules in the questionnaire are defined as non-proxy sections as they cannot be answered by other persons (Stuck et al. 2019). For more details on SHARE data collection see the methodology of Börsch-Supan & Jürges (2005).

Not all questions of the regular questionnaire are answered by all respondents of a household. Instead, selected household members serve as family, financial, or household respondents to answer specific questions regarding these areas on behalf of the couple or the whole household. The information from these specific questions are therefore only available for the financial, family, or household respondents, respectively. Data is stored for all respondents in generated variables prepared by SHARE (Stuck et al. 2019).

By surveying the network of respondents and, in particular, the characteristics of the respondent's children, SHARE provides a comprehensive data set useful for the analysis of parent-child relationships.

3.7.2 Appendix B. Detailed Coding Information of Education

Table 3.B1: Detailed coding information for all education variables

	Highest school degree	ISCED-97	ISCED-2011	Highest further degree	Years in school partner	Education of respondent / partner / child ^a	Education of respondent / partner / child (binary) ^b
1	No degree * / Never attended school †	0	0		0-4	0	0
2	Primary school not finished †		0			0	0
3	Primary school finished †		1			0	0
4	Lower secondary school ('Volks-/Hauptschulabschluss'); Polytechnic secondary school with completion of 8th or 9th grade ('Polytechnische Oberschule')	2	2		5-10	1	0
5	Intermediate secondary school ('Realschulabschluss'); Polytechnic secondary school with completion of 10th grade ('Polytechnische Oberschule')	2	2			1	0
6	University of Applied Science entrance qualification ('Fachabitur')	3	3 if hfd=1 / 4 if hfd>1		11-13 / 14-15	2 if hfd=1 / 3 if hfd>1	0 if hfd=1 / 1 if hfd>1
7	University entrance qualification ('Abitur')	3	3 if hfd=1 / 4 if hfd>1			2 if hfd=1 / 3 if hfd>1	0 if hfd=1 / 1 if hfd>1

(continued)

Highest school degree	ISCED-97	ISCED-2011	Highest further degree	Years in school partner	Education of respondent / partner / child	Education of respondent / partner / child (binary)
			1 No vocational qualification / no studies			
		2 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	2 Certificate of completion of basic vocational training year, vocational school †	5-10 / 14-15	1 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
		3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	3 Vocational-in-company training period with final certificate, but no apprenticeship †	11-13 / 14-15	2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
		3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	4 Certificate of completion for medical assistants, nurses/caregivers †		2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
		3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	5 Career examination for the intermediate service ('Laufbahnprüfung für den mittleren Dienst') †		2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
	3	3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	6 Qualification in the Dual System ('Lehre') * / Completed industrial or agricultural apprenticeship ('Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre') †		2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
	3	3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	7 Qualification in the Dual System ('Lehre') * / Completed commercial training ('Abgeschlossene kaufmännische Lehre') †		2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6
	3	3 if hsd<6 / 4 if hsd>=6	8 Qualification of a vocational full-time school ('Berufsfachschule')		2 if hsd<6 / 3 if hsd>=6	0 if hsd<6 / 1 if hsd>=6

(continued)

Highest school degree	ISCED-97	ISCED-2011	Highest further degree	Years in school partner	Education of respondent / partner / child	Education of respondent / partner / child (binary)
	5	5	9 Trade and technical schools ('Fachschule') * / Technical school of the GDR ('Fachschule der DDR') †	16	4	1
		5	10 Master Craftsmen's qualification ('Meister'); Qualification of specialised academies ('Abschluss einer Fachakademie') †		4	1
		5	11 Diploma (University of Cooperative Education ('Berufsakademie')) †		4	1
		5	12 Intermediate examination, intermediate diploma ('Zwischenprüfung, Vordiplom') (University, University of Applied Science)) †	16	4	1
	5	6	13 University of Applied Sciences degree * / Bachelor degree (University of Applied Science, University of Cooperative Education ('Berufsakademie')) †	17-21	5	1
	5	7	14 University of Applied Sciences degree * / Master degree (University of Applied Science) †		5	1
	5	6	15 University of Applied Sciences degree * / Diploma (University of Applied Science) †		5	1

(continued)

Highest school degree	ISCED-97	ISCED-2011	Highest further degree	Years in school partner	Education of respondent / partner / child	Education of respondent / partner / child (binary)
	5	6	16 University degree * / Bachelor degree (University; College of Art, Music and Education) †		5	1
	5	7	17 University degree * / Master degree, Postgraduate studies (University; College of Art, Music and Education) †		5	1
	5	7	18 University degree * / Diploma, Master's degree, State examination ('Diplom, Master, Staatsexamen') (University; College of Art, Music and Education) †		5	1
	5	8	19 University degree * / Doctoral degree, Habilitation †		5	1

Note: Table preparation using UNESCO ISCED mappings (<http://uis.unesco.org/en/isced-mappings>). German terms have been added for better comprehensibility and can be looked up in the UNESCO tables.

Data in columns 1-5 are given by SHARE. Columns 6 and 7 show the recoding for the current analysis.

hfd = highest further degree, hsd = highest school degree.

* Waves 1-4 (years 2004-2011/12)

† Waves 5-7 (years 2013-2017)

Terms without marks apply to all waves.

^a Categories are: 0=no/primary education; 1="lower secondary education"; 2="upper secondary education"; 3="post-secondary non-tertiary education"; 4="short-cycle tertiary education"; 5="tertiary education (university)"

^b Categories are: 0="low education"; 1="high education"

3.7.3 Appendix C. Main Analysis Results

C1. Overall

Table 3.C1: Firth logistic regression estimates of all three hypothesis models and associated Likelihood Ratio test results.

	Model 1	Model 2	Model 3
Number of health limitations	0.408*** (7.83)	0.326*** (3.95)	0.322*** (3.50)
Network position of caregiver (Reference: Immediate family)			
Extended family		-0.649 (-0.39)	
Not family		0.324 (-0.30)	
Interaction: Number of health limitations and network position of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver from immediate family)			
One (more) health limitation, caregiver from extended family		0.0496 (-0.14)	
One (more) health limitation, caregiver not from family		-0.0396 (-0.12)	
Education of caregiver (1=high)			0.103 (0.09)
Interaction: Number of health limitations and education of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver has low education)			-0.168 (-0.74)
Female respondent (1=yes)	0.331 (0.75)	-0.242 (-0.37)	-0.516 (-0.72)
Age of respondent	0.0617** (2.76)	-0.00366 (-0.10)	0.0198 (0.47)
Education of respondent (1=high)	-0.991 (-1.62)	-1.053 (-1.12)	-0.578 (-0.56)
Income of respondent (in 1,000 euro)	0.00581** (2.66)	0.00418 (1.76)	0.00341 (1.37)
Assets of respondent (in 100,000 euro)	0.0103 (1.72)	-0.0334 (-0.66)	-0.0345 (-0.78)
Constant	-9.567*** (-5.74)	-3.853 (-1.50)	-4.735 (-1.52)
Likelihood Ratio Test	chi ² (1)=46.95; p=0.0000	chi ² (1)=16.82; p=0.0000	chi ² (1)=14.41; p=0.0001
N	2,604	417	203

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Model 1: Test of Hypothesis 1; Model 2: Test of Hypothesis 2; Model 3: Test of Hypothesis 3.

C2. Hypothesis 2
Table 3.C2: Main results for Hypothesis 2 (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)

Number of health limitations	Network position of caregiver			Differences in probabilities between caregiver's network position		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
0	0.0195 (1.91)	0.00904 (0.66)	0.0117 (1.17)	-0.010	-0.008	0.003
1	0.0267* (2.17)	0.0119 (0.78)	0.0155 (1.40)	-0.015	-0.011	0.004
2	0.0364* (2.48)	0.0156 (0.90)	0.0205 (1.40)	-0.021	-0.016	0.005
3	0.0493** (2.83)	0.0204 (0.99)	0.0271 (1.19)	-0.029	-0.022	0.007
4	0.0665** (3.17)	0.0267 (0.99)	0.0356 (0.96)	-0.040	-0.031	0.009
5	0.0889*** (3.42)	0.0349 (0.90)	0.0468 (0.78)	-0.054	-0.042	0.012
6	0.118*** (3.51)	0.0454 (0.79)	0.0611 (0.66)	-0.072	-0.057	0.016
7	0.154*** (3.46)	0.0589 (0.68)	0.0794 (0.57)	-0.095	-0.075	0.021
8	0.199*** (3.33)	0.0760 (0.60)	0.103 (0.51)	-0.123	-0.096	0.027
9	0.253** (3.19)	0.0974 (0.53)	0.131 (0.46)	-0.155	-0.122	0.034
10	0.315** (3.10)	0.124 (0.48)	0.166 (0.43)	-0.191	-0.149	0.042
11	0.384** (3.07)	0.156 (0.45)	0.208 (0.41)	-0.228	-0.177	0.051
12	0.458** (3.12)	0.195 (0.42)	0.256 (0.40)	-0.263	-0.202	0.061
13	0.534** (3.26)	0.240 (0.41)	0.311 (0.40)	-0.294	-0.223	0.070
14	0.608*** (3.50)	0.292 (0.40)	0.371 (0.41)	-0.316	-0.237	0.079
15	0.677*** (3.86)	0.349 (0.41)	0.434 (0.42)	-0.329	-0.243	0.086
AMEs	0.017***	0.005	0.005			
Second Diff.				-0.012	-0.012	0.000

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Predicted probabilities of the receipt of care benefits by network position of caregiver and number of health limitations (columns 2-4), differences in probabilities of caregiver's network position across levels of health limitations (columns 5-7), and average marginal effects of caregiver's network position as well as differences in effects of health limitations for caregiver's network position (second differences) (N = 417).

C3. Hypothesis 3**Table 3.C3:** Main results for Hypothesis 3 (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)

Number of health limitations	Education of caregiver		Difference in probabilities between caregiver's education
	Low	High	
0	0.0237 (1.54)	0.0260 (1.31)	0.002
1	0.0323 (1.76)	0.0301 (1.52)	-0.002
2	0.0439* (2.02)	0.0348 (1.66)	-0.009
3	0.0594* (2.32)	0.0401 (1.66)	-0.019
4	0.0798** (2.66)	0.0463 (1.51)	-0.034
5	0.106** (2.98)	0.0533 (1.32)	-0.053
6	0.140** (3.21)	0.0612 (1.14)	-0.079
7	0.182** (3.28)	0.0703 (0.99)	-0.112
8	0.234** (3.23)	0.0805 (0.87)	-0.153
9	0.294** (3.14)	0.0920 (0.77)	-0.202
10	0.362** (3.07)	0.105 (0.70)	-0.257
11	0.435** (3.07)	0.119 (0.64)	-0.316
12	0.512** (3.15)	0.136 (0.59)	-0.377
13	0.588*** (3.32)	0.153 (0.55)	-0.435
14	0.661*** (3.62)	0.173 (0.52)	-0.487
15	0.726*** (4.06)	0.195 (0.50)	-0.532
AMEs	0.022***	0.005	
Second Diff.			-0.017

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Predicted probabilities of the receipt of care benefits by educational level of the caregiver and the number of health limitations (columns 2-3), differences in the probabilities of the caregiver's educational level across levels of health limitations (column 4), and average marginal effects of caregiver's educational level as well as difference in effects of health limitations for caregiver's educational level (second difference) (N = 203).

3.7.4 Appendix D. Results and Discussion of Model fit and Robustness Checks

Model fit

All models were tested for model fit using the information criteria AIC and BIC, as well as McFadden's pseudo R^2 . The step-by-step construction of the basic model for Hypothesis 1 shows that, overall, the second model (with confounding factors) seems to be the best fit to the data. While the BIC increases slightly compared to the first model, the AIC and McFadden's pseudo R^2 develop in the required direction (decreases and increases, respectively), whereas in the third model both AIC and BIC increase again or further, respectively, and McFadden's pseudo R^2 even decreases compared to the second model (see Table 3.3 in the paper for all measures of fit values). According to these values it seems plausible to continue to control for respondent characteristics as influencing factors and to exclude the assumed mediating variables, which seem to unnecessarily overload the model. This is also a useful strategy to uncover the total effects of the correlations of interest.

Robustness Checks

To ascertain whether the results of the main analyses are largely stable with the data used, various robustness checks were conducted. Though neither the effects nor the significance levels of the robustness analyses differed substantially from the main analyses, there are some interesting findings pointed out in the following. Three steps were taken in the robustness analysis.

First, the models corresponding to hypotheses 2 and 3 were each calculated both ways, with mediating and confounding factors and without (see Appendix Table 3.D1.1). Neither the effects nor the significance levels deviated substantially from the main analyses. Two things are nevertheless noteworthy: While controlling for mediating factors (i.e., care intensity), the effects become smaller; in particular, the predicted probabilities of receiving care benefits among individuals with a non-family caregiver decrease to almost zero. The gap between respondents with a caregiver from their immediate family and respondents with a non-family caregiver is significant – with the former having a significantly higher probability to receive care benefits – when comparing individuals with between 5 and 12 health limitations, as well as for those with 15 health limitations (all contrasts $p < 0.1$). In addition, by omitting all confounding and mediating factors in the estimation for Hypothesis 3, a significant difference at the 5 percent level was found in the average effects of health limitations on the probability of receiving care between care recipients whose caregiver has a low educational level and those with a highly educated caregiver. See Appendix Table 3.D1.2, Appendix Table 3.D1.3 and

Appendix Figure 3.D1.1, respectively, for results of robustness checks for Hypothesis 2. See Appendix Table 3.D1.4 and Appendix Figure 3.D1.2, respectively, for results of robustness checks for Hypothesis 3.

Second, the original samples were extended through samples in which educational status of children were only estimated in cases where the educational data was obviously not up to date (in the main analyses, only educational data that could be validly assumed to be correct was included). The analysis shows only marginal changes in effect size and significance level (not significance per se) for hypotheses 2 and 3. There is, however, a visible variation in the estimates for Hypothesis 2 with the second robustness sample, which is reflected in a larger AME of 1 percentage point (vs. 0.5 in the base sample) for individuals with a caregiver from their extended family, leading to increasing probabilities that exceed those for individuals with a caregiver from their immediate family (contrary to the results of the base sample analysis) (see Appendix Figure 3.D2.1 for predicted probabilities, Appendix Table 3.D2.1 and Appendix Table 3.D2.2 for a comparison of estimated AMEs, and Appendix Table 3.D2.3 for Firth logistic regression estimates of all hypotheses models with extended robustness samples.). Nevertheless, this effect also remains insignificant ($p = 0.055$).

Third, all models were calculated with the dependent variable restricted to the IADL index, as opposed to a sum index of ADL and IADL. One could assume that especially a restriction to ADL may lead to (stronger) significant effects of the moderating variables: Since difficulties with ADL imply that the respondent is more severely in need of care, a moderating effect of caregiver network distance should also be more apparent, as more distant contacts should be less willing to provide personal care than close family members. However, results are not substantially different from those of the original analysis, with only a slight increase in effects and no change in significance when using IADL limitations as the dependent variable, and an expected increase in the probability of formal long-term services for respondents with a caregiver not from the family when using ADL limitations as the regressand (see Appendix Figure 3.D3.1 and Appendix Figure 3.D3.2 for predicted probabilities, Appendix Table 3.D3.1 and Appendix Table 3.D3.2 for a comparison of estimated AMEs, and Appendix Table 3.D3.3 and Appendix Table 3.D3.4 for Firth logistic regression estimates).

D1. Alternative Model Specifications
Table 3.D1.1: Robustness test of Hypotheses 2 and 3. Firth logistic regression estimates of models with and without mediating and confounding variables, respectively.

	Hypothesis 2		Hypothesis 3	
	without mediating & confounding variables	with mediating & confounding variables	without mediating & confounding variables	with mediating & confounding variables
Number of health limitations	0.350*** (4.28)	0.239* (2.46)	0.359*** (3.83)	0.241* (2.33)
Network position of caregiver (Reference: Immediate family)				
Extended family	-0.684 (-0.42)	-0.0762 (-0.05)		
Not family	-0.408 (-0.39)	0.663 (0.54)		
Interaction: Number of health limitations and network position of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver from immediate family)				
One health limitation, caregiver from wider family	-0.0106 (-0.03)	0.0111 (0.03)		
One health limitation, caregiver not from family	-0.0373 (-0.12)	-0.225 (-0.61)		
Education of caregiver (1=high)			-0.0690 (-0.06)	0.340 (0.27)
Interaction: Number of health limitations and education of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver has low education)			-0.181 (-0.79)	-0.172 (-0.74)
Female respondent (1=yes)		-0.374 (-0.56)		-0.559 (-0.80)
Age of respondent		-0.00503 (-0.15)		0.0107 (0.26)
Education of respondent (1=high)		-1.137 (-1.18)		-0.623 (-0.62)
Income of respondent (in 1,000 euro)		0.00302 (1.16)		0.00216 (0.83)
Assets of respondent (in 100,000 euro)		0.00743 (0.10)		-0.00874 (-0.13)
Number of areas with help provided (Reference: None)				
One task		-0.386 (-0.22)		-0.350 (-0.20)
Two tasks		-1.197 (-0.53)		-0.730 (-0.32)
Three tasks		-1.000 (-0.41)		-0.328 (-0.14)

(continued)

Table 3.D1.1: Continued

	Hypothesis 2		Hypothesis 3	
	without mediating & confounding variables	with mediating & confounding variables	without mediating & confounding variables	with mediating & confounding variables
Frequency of help provided (Reference: Less than once a month)				
About every month		1.061 (0.54)		0.708 (0.35)
About every week		3.081 (1.88)		1.734 (1.03)
About daily		2.781 (1.57)		1.564 (0.93)
Constant	-4.206*** (-7.17)	-4.776 (-1.51)	-3.987*** (-5.75)	-4.559 (-1.35)
<i>N</i>	417	417	203	203

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Table 3.D1.2: Robustness test of Hypothesis 2 without mediating and confounding variables (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)

Number of health limitations	Network position of caregiver			Differences in probabilities between caregiver's network position		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
0	0.0147 (1.73)	0.00746 (0.66)	0.00981 (1.17)	-0.007	-0.005	0.002
1	0.0207 (1.95)	0.0104 (0.77)	0.0134 (1.37)	-0.010	-0.007	0.003
2	0.0291* (2.22)	0.0146 (0.89)	0.0182 (1.41)	-0.015	-0.011	0.004
3	0.0409* (2.52)	0.0204 (0.98)	0.0247 (1.25)	-0.020	-0.016	0.004
4	0.0570** (2.84)	0.0284 (1.00)	0.0335 (1.04)	-0.029	-0.024	0.005
5	0.0791** (3.11)	0.0395 (0.93)	0.0453 (0.86)	-0.040	-0.034	0.006
6	0.109** (3.27)	0.0546 (0.82)	0.0609 (0.73)	-0.054	-0.048	0.006
7	0.147*** (3.30)	0.0750 (0.72)	0.0814 (0.63)	-0.073	-0.066	0.006
8	0.197** (3.23)	0.102 (0.64)	0.108 (0.56)	-0.095	-0.089	0.006
9	0.258** (3.14)	0.138 (0.57)	0.142 (0.51)	-0.121	-0.116	0.004
10	0.331** (3.09)	0.183 (0.53)	0.185 (0.48)	-0.148	-0.146	0.001

(continued)

Table 3.D1.2: Continued

Number of health limitations	Network position of caregiver			Differences in probabilities between caregiver's network position		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
11	0.413** (3.13)	0.240 (0.51)	0.237 (0.46)	-0.173	-0.176	-0.003
12	0.499** (3.28)	0.307 (0.50)	0.298 (0.46)	-0.192	-0.201	-0.009
13	0.586*** (3.56)	0.383 (0.51)	0.367 (0.46)	-0.202	-0.219	-0.017
14	0.668** (4.01)	0.466 (0.54)	0.442 (0.49)	-0.201	-0.225	-0.024
15	0.740** (4.67)	0.551 (0.59)	0.520 (0.52)	-0.189	-0.220	-0.031
AMEs	0.016**	0.005	0.005			
Second Diff.				-0.011	-0.012	-0.001

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Mediating (number of provided care tasks, care frequency) and confounding (gender, age, education, income, and assets of respondent) variables not included. Predicted probabilities of the receipt of care benefits by network position of caregiver and number of health limitations (columns 2-4), differences in probabilities of caregiver's network position across levels of health limitations (columns 5-7), and average marginal effects of caregiver's network position as well as differences in effects of health limitations for caregiver's network position (second differences) (N = 417).

Table 3.D1.3: Robustness test of Hypothesis 2 with mediating and confounding variables (predicted probabilities, differences in probabilities, and average marginal effects)

Number of health limitations	Network position of caregiver			Differences in probabilities between caregiver's network position		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
0	0.0280* (1.98)	0.0127 (0.68)	0.0189 (1.30)	-0.015	-0.009	0.006
1	0.0351* (2.31)	0.0161 (0.82)	0.0192 (1.59)	-0.019	-0.016	0.003
2	0.0437** (2.67)	0.0204 (0.96)	0.0194 (1.54)	-0.023	-0.024	-0.001
3	0.0541** (3.03)	0.0257 (1.03)	0.0197 (1.22)	-0.028	-0.034	-0.006
4	0.0668** (3.27)	0.0323 (0.97)	0.0199 (0.94)	-0.034	-0.047	-0.012
5	0.0820*** (3.29)	0.0404 (0.85)	0.0202 (0.74)	-0.042	-0.062	-0.020
6	0.100** (3.12)	0.0503 (0.73)	0.0205 (0.61)	-0.050	-0.080	-0.030
7	0.121** (2.87)	0.0621 (0.63)	0.0207 (0.51)	-0.059	-0.100	-0.041
8	0.145** (2.61)	0.0762 (0.56)	0.0210 (0.44)	-0.069	-0.124	-0.055
9	0.173* (2.40)	0.0926 (0.51)	0.0213 (0.39)	-0.080	-0.152	-0.071
10	0.204* (2.23)	0.112 (0.47)	0.0215 (0.34)	-0.092	-0.182	-0.090

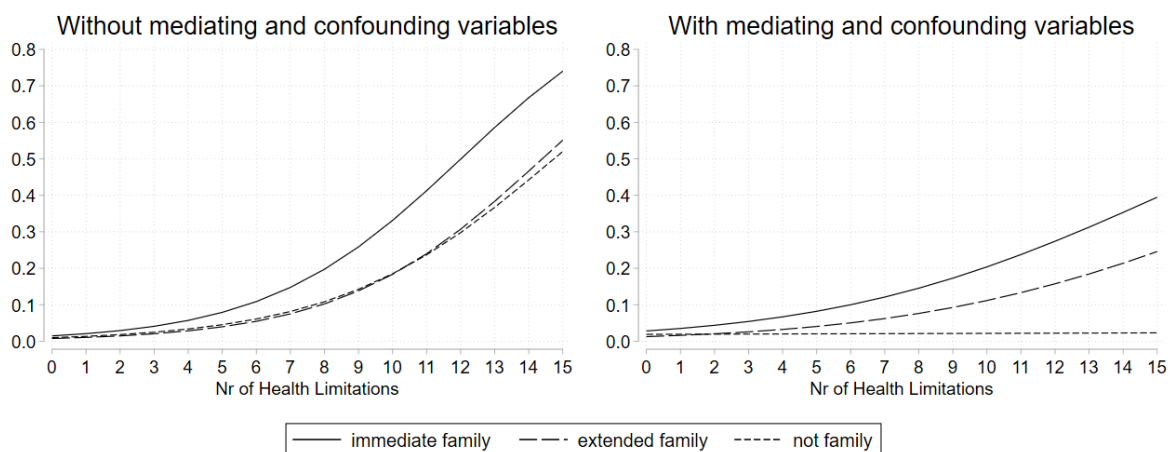
(continued)

Table 3.D1.3: Continued

Number of health limitations	Network position of caregiver			Differences in probabilities between caregiver's network position		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
11	0.238* (2.10)	0.133 (0.44)	0.0218 (0.31)	-0.104	-0.216	-0.111
12	0.274* (2.01)	0.157 (0.42)	0.0221 (0.28)	-0.117	-0.252	-0.135
13	0.313 (1.95)	0.184 (0.40)	0.0224 (0.26)	-0.128	-0.290	-0.162
14	0.353 (1.91)	0.214 (0.39)	0.0227 (0.24)	-0.139	-0.330	-0.191
15	0.395 (1.89)	0.246 (0.38)	0.0230 (0.22)	-0.149	-0.372	-0.223
AMEs	0.013*	0.005	0.000			
Second Diff.				-0.008	-0.013	-0.005

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Mediating (number of provided care tasks, care frequency) and confounding (gender, age, education, income, and assets of respondent) variables included. Predicted probabilities of the receipt of care benefits by network position of caregiver and number of health limitations (columns 2-4), differences in probabilities of caregiver's network position across levels of health limitations (columns 5-7), and average marginal effects of caregiver's network position as well as differences in effects of health limitations for caregiver's network position (second differences) (N = 417).

Figure 3.D1.1: Robustness test of Hypothesis 2, predicted probabilities with and without mediating and confounding variables

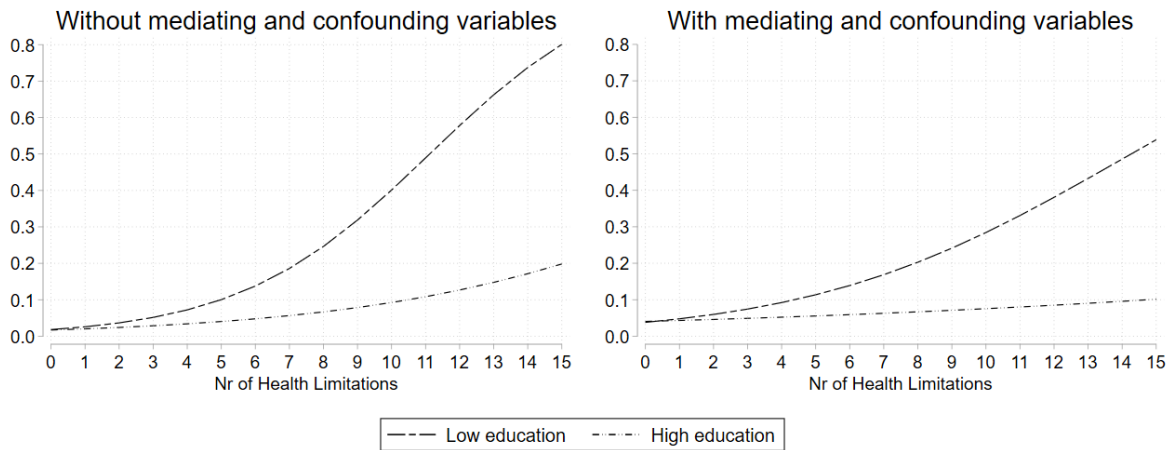
Notes: Predicted probabilities of the receipt of care benefits by network position of the caregiver and the number of health limitations, without mediating and confounding variables (left), and with mediating and confounding variables (right) in the model (N=417).

Table 3.D1.4: Robustness test of Hypothesis 3, results of models with and without mediating and confounding factors

Number of health limitations	with mediating and confounding variables			without mediating and confounding variables		
	Education of caregiver		Differences in probabilities between caregiver's education	Education of caregiver		Differences in probabilities between caregiver's education
	Low	High		Low	High	
0	0.0381 (1.65)	0.0405 (1.40)	0.002	0.0182 (1.47)	0.0170 (1.10)	-0.001
1	0.0478 (1.92)	0.0432 (1.66)	-0.005	0.0259 (1.66)	0.0203 (1.26)	-0.006
2	0.0597* (2.24)	0.0460 (1.84)	-0.014	0.0366 (1.90)	0.0241 (1.39)	-0.013
3	0.0744** (2.59)	0.0490 (1.79)	-0.025	0.0516* (2.19)	0.0286 (1.43)	-0.023
4	0.0922** (2.89)	0.0522 (1.57)	-0.040	0.0722* (2.51)	0.0340 (1.36)	-0.038
5	0.114** (3.05)	0.0556 (1.32)	-0.058	0.100** (2.83)	0.0403 (1.22)	-0.060
6	0.139** (3.00)	0.0592 (1.10)	-0.080	0.138** (3.07)	0.0478 (1.07)	-0.090
7	0.169** (2.80)	0.0629 (0.94)	-0.106	0.186** (3.20)	0.0565 (0.93)	-0.129
8	0.203* (2.57)	0.0669 (0.81)	-0.136	0.246** (3.22)	0.0667 (0.82)	-0.180
9	0.241* (2.36)	0.0711 (0.71)	-0.170	0.319** (3.21)	0.0787 (0.73)	-0.240
10	0.284* (2.19)	0.0755 (0.64)	-0.209	0.401** (3.23)	0.0925 (0.66)	-0.308
11	0.331* (2.07)	0.0802 (0.57)	-0.251	0.489*** (3.35)	0.108 (0.60)	-0.381
12	0.381* (2.00)	0.0851 (0.52)	-0.296	0.578*** (3.60)	0.127 (0.56)	-0.457
13	0.433* (1.96)	0.0903 (0.48)	-0.342	0.662*** (4.01)	0.148 (0.52)	-0.515
14	0.486* (1.96)	0.0957 (0.45)	-0.390	0.737*** (4.64)	0.172 (0.49)	-0.566
15	0.539* (1.99)	0.101 (0.42)	-0.437	0.801*** (5.55)	0.198 (0.47)	-0.603
AMEs	0.019*	0.003		0.023***	0.004	
Second Diff.			-0.016			-0.018*

Notes: Left side with mediating (number of provided care tasks, care frequency) and confounding (gender, age, education, income, and assets of respondent) variables. Right side without mediating and confounding variables. Predicted probabilities of the receipt of care benefits by educational level of the caregiver and the number of health limitations (columns 2-3 and 5-6, respectively), differences in the probabilities of the caregiver's educational level across levels of health limitations (columns 4 and 7, respectively), and average marginal effects of caregiver's educational level as well as differences in effects of health limitations for caregiver's educational level (second differences) (N=203)
z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

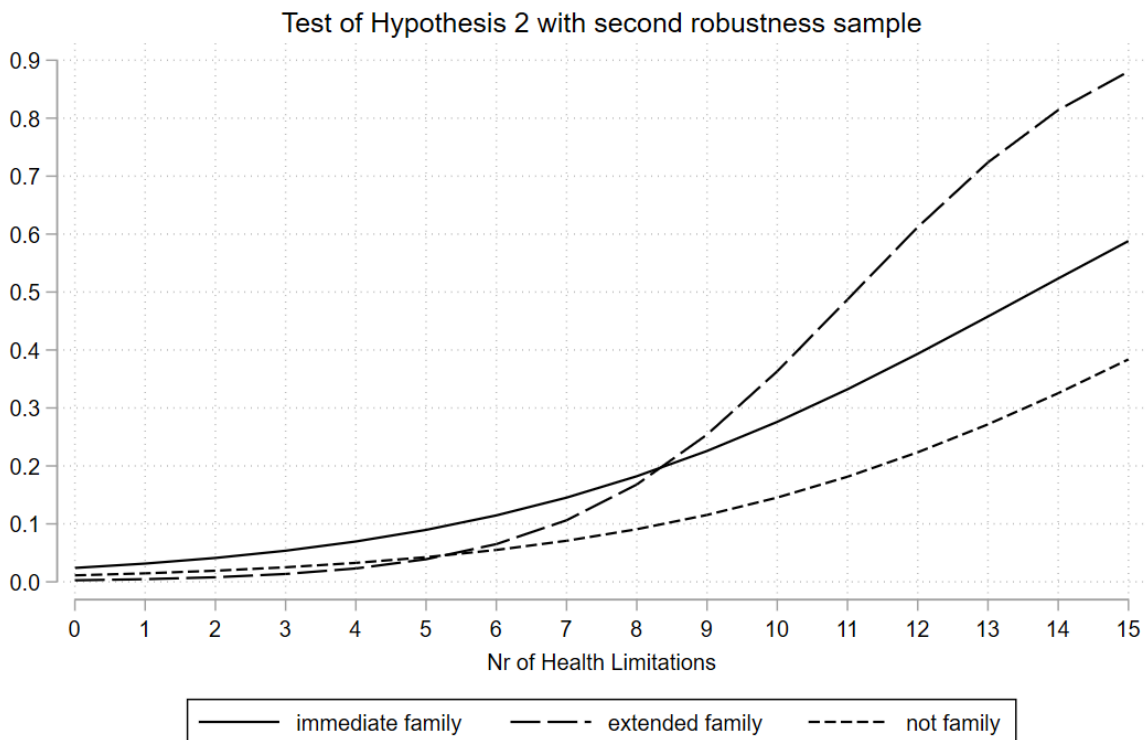
Figure 3.D1.2: Robustness test of Hypothesis 3, predicted probabilities with and without mediating and confounding variables



Notes: Predicted probabilities of the receipt of care benefits by educational level of the caregiver and the number of health limitations, without mediating and confounding variables (left), and with mediating and confounding variables (right) in the model (N=203).

D2. Alternative Sample Specifications

Figure 3.D2.1: Robustness test of Hypothesis 2, predicted probabilities, extended sample size



Notes: Predicted probabilities of the receipt of care benefits by network position of the caregiver and the number of health limitations. Extended sample size (N=445).

Table 3.D2.1: Robustness test of Hypothesis 2, different sample definitions

	AMEs			Second Differences		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
Analysis sample (<i>N</i> = 417)	0.017***	0.005	0.005	-0.012	-0.012	0.000
Robustness sample 1 (<i>N</i> = 422)	0.017***	0.005	0.005	-0.012	-0.012	0.000
Robustness sample 2 (<i>N</i> = 445)	0.015***	0.010	0.004	-0.005	-0.011	-0.006

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Average marginal effects of caregiver's network position and differences in effects of health limitations for caregiver's network position (second differences), depending on sample definition.

Table 3.D2.2: Robustness test of Hypothesis 3, different sample definitions

	AMEs		Second Differences
	Low Education	High Education	
Analysis sample (<i>N</i> = 203)	0.022***	0.005	-0.017
Robustness sample 1 (<i>N</i> = 205)	0.021***	0.005	-0.016
Robustness sample 2 (<i>N</i> = 220)	0.019***	0.003	-0.016

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Average marginal effects of caregiver's educational level and differences in effects of health limitations for caregiver's educational level (second differences), depending on sample definition.

Table 3.D2.3: Robustness test of all three hypotheses with two extended robustness samples, Firth logistic regression estimates.

	Hypothesis 1		Hypothesis 2		Hypothesis 3	
	Robust sample 1	Robust sample 2	Robust sample 1	Robust sample 2	Robust sample 1	Robust sample 2
Number of health limitations	0.408** (7.83)	0.398** (8.01)	0.327*** (3.95)	0.284** (3.75)	0.323*** (3.50)	0.314*** (3.49)
Network position of caregiver (Reference: Immediate family)						
Extended family			-0.699 (-0.42)	-2.055 (-0.81)		
Not family			-0.307 (-0.28)	-0.580 (-0.55)		
Interaction: Number of health limitations and network position of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver from immediate family)						
One health limitation, caregiver from extended family			0.0408 (-0.12)	0.260 (0.80)		
One health limitation, caregiver not from family			-0.0415 (-0.12)	-0.0092 (-0.03)		
Education of caregiver (1=high)					0.118 (0.10)	0.801 (0.79)
Interaction: Number of health limitations and education of caregiver (Reference: No health limitations, caregiver has low education)					-0.170 (-0.75)	-0.251 (-1.07)
Female respondent (1=yes)	0.329 (0.75)	0.344 (0.82)	-0.259 (-0.40)	-0.341 (-0.55)	-0.535 (-0.75)	-0.656 (-0.95)
Age of respondent	0.0622** (2.78)	0.0574** (2.71)	0.0045 (0.13)	0.0113 (0.34)	0.0207 (0.48)	0.0218 (0.53)
Education of respondent (1=high)	-0.990 (-1.62)	-1.078 (-1.80)	-1.048 (-1.11)	-1.041 (-1.14)	-0.576 (-0.56)	-0.823 (-0.83)
Income of respondent (in 1,000 euro)	0.00582** (2.67)	0.00566* (2.56)	0.00420 (1.77)	0.00395 (1.69)	0.00342 (1.37)	0.00294 (1.23)
Assets of respondent (in 100,000 euro)	0.0103 (1.72)	0.00978 (1.59)	-0.0333 (-0.66)	-0.0349 (-0.76)	-0.0346 (-0.78)	-0.0371 (-0.86)
Constant	-9.607*** (-5.77)	-9.154*** (-5.85)	-3.921 (-1.53)	-4.113 (-1.69)	-4.808 (-1.54)	-4.883 (-1.63)
<i>N</i>	2625	2734	422	445	205	220
Difference to <i>N</i> of analysis samples ^a	+21	+130	+5	+28	+2	+17

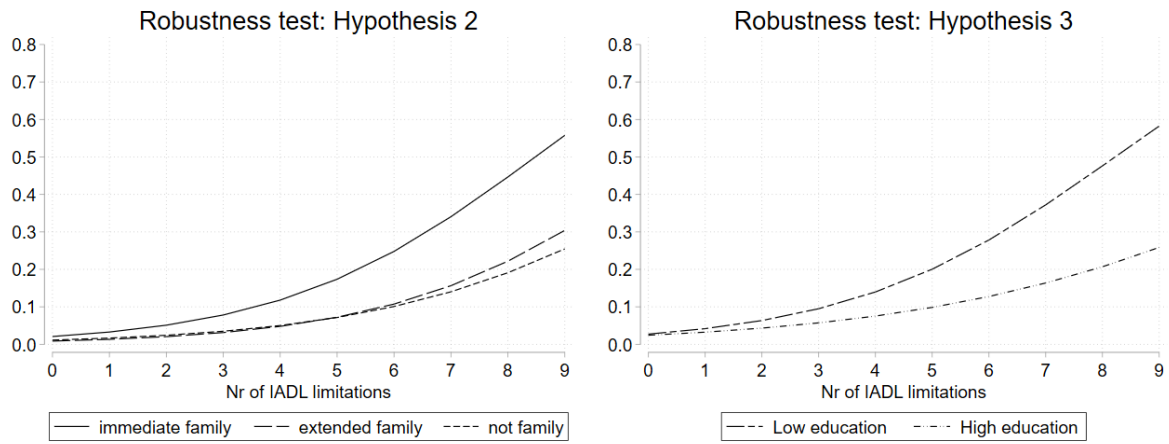
z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

^a Analysis samples were used in the main analyses.

Estimates of firthlogit models from the main analyses can be seen in Appendix Table 3.C1.

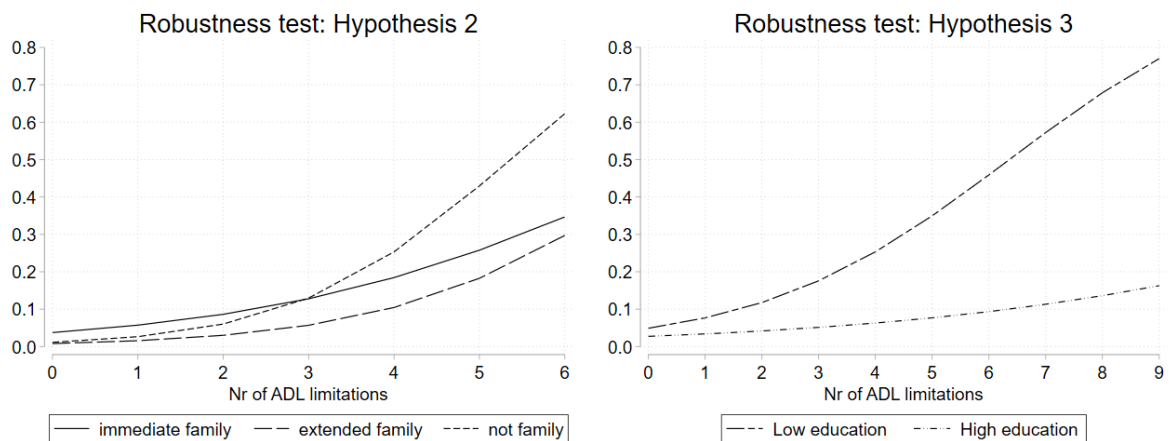
D3. Alternative Regressand Specification

Figure 3.D3.1: Robustness tests of hypotheses 2 and 3, dependent variable is ‘limitations in IADL’



Notes: Predicted probabilities for Hypothesis 2 (left; N=417) and Hypothesis 3 (right; N=203) with dependent variable is ‘Limitations with Instrumental Activities of Daily Living (IADL)’.

Figure 3.D3.2: Robustness tests of hypotheses 2 and 3, dependent variable is ‘limitations in ADL’



Notes: Predicted probabilities for Hypothesis 2 (left; N=417) and Hypothesis 3 (right; N=203) with dependent variable is ‘Limitations with Activities of Daily Living (ADL)’.

Table 3.D3.1: Robustness test of Hypothesis 2, AMEs for different dependent variables

Dependent variable	AMEs			Second Differences		
	Immediate family	Extended family	Not family	Immediate vs. extended family	Immediate vs. not family	Extended vs. not family
Number of health limitations ^a	0.017***	0.005	0.005	-0.012	-0.012	0.000
Number of IADL limitations ^b	0.024***	0.008	0.007	-0.016	-0.017	-0.001
Number of ADL limitations ^c	0.028*	0.012	0.018	-0.016	-0.010	0.006

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

^a Sum of ADL and IADL limitations.

Notes: Average marginal effects of caregiver's network position and differences in effects of health limitations for caregiver's network position (second differences) for different dependent variables (N=417).

Table 3.D3.2: Robustness test of Hypothesis 3, AMEs for different dependent variables

Dependent variable	AMEs		Second Differences
	Low Education	High Education	
Number of health limitations ^a	0.022***	0.005	-0.017
Number of IADL limitations	0.030***	0.011	-0.019
Number of ADL limitations	0.041*	0.007	-0.034

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

^a Sum of ADL and IADL limitations.

Notes: Average marginal effects of caregiver's educational level and differences in effects of health limitations for caregiver's educational level (second differences) for different dependent variables (N=203).

Table 3.D3.3: Robustness test of all three hypotheses with different dependent variable (IADL limitations), Firth logistic regression estimates

	Model 1	Model 2	Model 3
Number of IADL limitations	0.586*** (7.89)	0.469*** (4.14)	0.444*** (3.64)
Network position of caregiver (Reference: Immediate family)			
Extended family		-0.795 (-0.47)	
Not family		-0.479 (-0.46)	
Interaction: Number of IADL limitations and network position of caregiver (Reference: No IADL limitations, caregiver from immediate family)			
One (more) IADL limitation, caregiver from extended family		-0.0295 (-0.06)	
One (more) IADL limitation, caregiver not from family		-0.0882 (-0.27)	
Education of caregiver (1=high)			-0.212 (-0.18)
Interaction: Number of IADL limitations and education of caregiver (Reference: No IADL limitations, caregiver has low education)			-0.136 (-0.36)
Female respondent (1=yes)	0.311 (0.70)	-0.379 (-0.58)	-0.553 (-0.77)
Age of respondent	0.0571* (2.55)	-0.0000550 (-0.00)	0.0184 (0.43)
Education of respondent (1=high)	-0.950 (-1.56)	-0.782 (-0.85)	-0.249 (-0.25)
Income of respondent (in 1,000 euro)	0.00573** (2.64)	0.00373 (1.61)	0.00323 (1.30)
Assets of respondent (in 100,000 euro)	0.0104 (1.75)	-0.0257 (-0.41)	-0.0292 (-0.61)
Constant	-9.212*** (-5.56)	-3.502 (-1.36)	-4.520 (-1.45)
<i>N</i>	2,604	417	203

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Model 1: Test of Hypothesis 1; Model 2: Test of Hypothesis 2; Model 3: Test of Hypothesis 3. (Estimates of firthlogit models from the main analyses can be seen in Appendix Table 3.C1.)

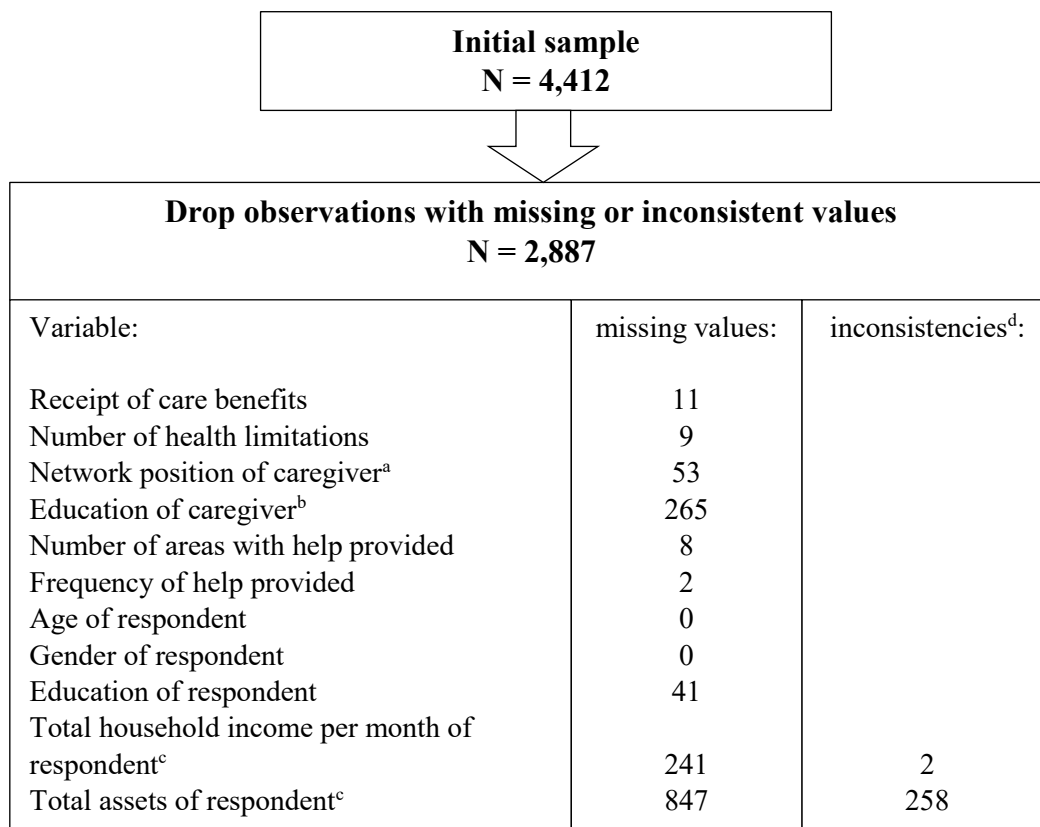
Table 3.D3.4: Robustness test of all three hypotheses with different dependent variable (ADL limitations), Firth logistic regression estimates.

	Model 1	Model 2	Model 3
Number of ADL limitations	0.744*** (5.81)	0.453** (2.61)	0.486* (2.41)
Network position of caregiver (Reference: Immediate family)			
Extended family		-1.442 (-0.89)	
Not family		-1.062 (-1.08)	
Interaction: Number of ADL limitations and network position of caregiver (Reference: No ADL limitations, caregiver from immediate family)			
One (more) ADL limitation, caregiver from extended family		0.216 (0.34)	
One (more) ADL limitation, caregiver not from family		0.413 (0.50)	
Education of caregiver (1=high)			-0.597 (-0.58)
Interaction: Number of ADL limitations and education of caregiver (Reference: No ADL limitations, caregiver has low education)			-0.260 (-0.64)
Female respondent (1=yes)	0.329 (0.77)	-0.385 (-0.62)	-0.619 (-0.91)
Age of respondent	0.0745*** (3.36)	0.0073 (0.23)	0.0284 (0.72)
Education of respondent (1=high)	-1.065 (-1.80)	-1.145 (-1.28)	-0.731 (-0.76)
Income of respondent (in 1,000 euro)	0.00559** (2.56)	0.00339 (1.47)	0.00353 (1.44)
Assets of respondent (in 100,000 euro)	0.00852 (1.35)	-0.036 (-0.85)	-0.0328 (-0.80)
Constant	-10.143*** (-6.10)	-3.308 (-1.41)	-4.528 (-1.59)
<i>N</i>	2,604	417	203

z statistics in parentheses; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$ (two-tailed tests)

Notes: Model 1: Test of Hypothesis 1; Model 2: Test of Hypothesis 2; Model 3: Test of Hypothesis 3. (Estimates of firthlogit models from the main analyses can be seen in Appendix Table 3.C1.)

3.7.5 Appendix E. Overview of missing values and reduction of case numbers



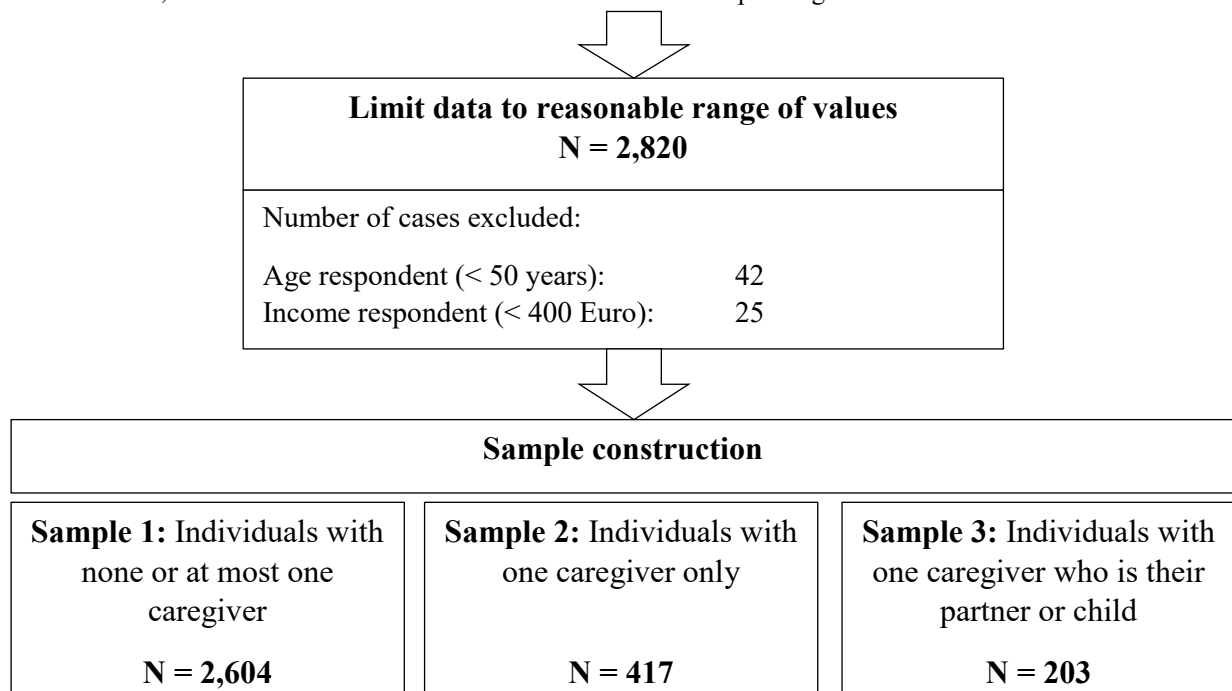
Notes: Missing values and inconsistencies partly overlap. The sum of the cases listed in the table is therefore higher than the number of observations actually excluded.

^a Includes three cases with missing values on all network variables.

^b Children's education is missing if the respondent could not or would not indicate it, and if a child's educational status was not followed up to the current wave despite its young age and possible associated changes in educational attainment.

^c Household income and assets were collected from only one household participant and were imputed to the partner in the data preparation when possible. Missing values due to non-response are consequently doubled.

^d In some cases, financial information is available from both household members. If these differ, the cases were excluded as inconsistent on the corresponding values.



4 Warum pflegst *du*? - Der Einfluss des familialen Kontexts auf die Übernahme elterlicher Pflege und die Rolle des Geschlechts

Zusammenfassung

Der Pflegebedarf älterer Menschen steigt weltweit und Kinder stellen neben den Partnern von pflegebedürftigen Personen die größte Ressource für geleistete Pflege dar. Obwohl die individuellen Determinanten zur elterlichen Pflegeübernahme daher schon in einer Vielzahl von Studien untersucht wurden, ist insbesondere der Geschwisterkontext dabei häufig vernachlässigt worden. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Pflegeentscheidungen nicht singulär und allein anhand der eigenen Opportunitätsstrukturen getroffen werden, sondern auf Aushandlungen innerhalb der Geschwistergruppe beruhen. Die Möglichkeiten und Restriktionen der Brüder und Schwestern, die als weitere (potenzielle) Pflegepersonen für die Eltern zur Verfügung stehen, beeinflussen das Pflege-Engagement eines Kindes demnach ebenfalls. Auf Grundlage der deutschen Daten des Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE) wird in der vorliegenden Untersuchung in einer Mehrebenenanalyse mit Interaktionen auf Individualebene sowie Cross-Level-Interaktionen geprüft, inwiefern das Geschlecht eines Kindes, seiner Geschwister und des zu pflegenden Elternteils im Zusammenspiel mit individuellen und familialen Merkmalen Einfluss nimmt auf die Pflegezeit eines Kindes. Es zeigt sich, dass Merkmale der Geschwister einen vermittelnden Charakter zwischen den Merkmalen des Elternteils und der Pflegezeit eines Kindes haben und sich das individuelle Pflege-Engagement verstärkt, je mehr Pflegezeit die Geschwister gemeinsam leisten. Ökonomische Kostenfaktoren der Brüder scheinen stärker ins Gewicht zu fallen als die der Schwestern. Kinder mit mehr Handlungsspielraum (Bildungsstatus) und geringeren Kosten (räumliche Nähe) übernehmen mehr Pflegezeit. Weitere Forschung sollte die Ergebnisse aufgrund Limitationen in den Daten prüfen und weiter ausbauen.

Schlüsselwörter

Pflege der Eltern, familialer Kontext, informelle Pflege, Mehrebenenanalyse

4.1 Einleitung

Die immer höhere Lebenserwartung in allen industrialisierten Ländern weltweit führt mit den damit einhergehenden, zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen zu einem kontinuierlichen Anstieg des Pflegebedarfs. Obwohl in nahezu allen OECD-Staaten ein mehr oder weniger umfangreiches sozialstaatliches Pflegesystem etabliert ist, wird Pflegearbeit überwiegend informell bereitgestellt (Schulz 2012). Den Hauptanteil leistet dabei die Familie, allen voran Partner*in und Kinder der pflegebedürftigen Person (United Nations Economic Commission for Europe 2019). Angesichts steigender Scheidungsraten, aber auch der vorhersagbaren Annäherung der Lebenserwartung von Männern und Frauen – die es Paaren zum einen ermöglicht, miteinander zu altern, es zum anderen aber auch wahrscheinlicher macht, dass beide Partner zeitgleich kognitive und/oder physische Einschränkungen erfahren – wird die Bedeutung erwachsener Kinder für die Pflege der Eltern immer deutlicher (Davey & Szinovácz 2008: 133). Die Pflege eines Elternteils bringt allerdings unzweifelhaft einschneidende Veränderungen mit sich und beeinflusst nicht nur das Erwerbsleben eines Kindes, sondern auch die Freizeitgestaltung, die Ausgestaltung sozialer Beziehungen inklusive der eigenen Partner- und Elternschaft, und nicht zuletzt das Verhältnis zu den Eltern selbst. Ob und wie viel Pflege ein Kind für seine Eltern übernimmt, wurde daher schon in einer Vielzahl von Studien untersucht und die individuellen Determinanten dafür bzw. dagegen herausgearbeitet.

4.1.1 Forschungsstand: Individuelle Determinanten der Pflegeübernahme

Einer der prominentesten Prädiktoren dabei ist das Geschlecht: Töchter leisten wahrscheinlicher, mehr und intensiver elterliche Pflege als Söhne (Dwyer & Coward 1991; Bonsang 2007; Haberkern et al. 2015; Luppi & Nazio 2019; Kridahl & Duvander 2021). Daneben ist sich der Großteil der Studien einig, dass eine Erwerbstätigkeit und eine große räumliche Distanz zu den Eltern als zeitbeschränkende Faktoren die elterliche Pflege negativ beeinflussen (Sarkisian & Gerstel 2004; Haberkern & Szydlik 2008; Leopold et al. 2014; Grigoryeva 2017; Vergauwen & Mortelmans 2021), Faktoren der Eltern-Kind-Beziehung (emotionale Nähe, Kontakthäufigkeit) hingegen positiv auf die Pflegewahrscheinlichkeit wirken (Rossi & Rossi 1990; Pillemer & Suitor 2006; Stuifbergen et al. 2008). Deutlich uneinheitlicher sind die Befunde jedoch hinsichtlich eigener Familienverantwortlichkeiten (Partner, eigene Kinder) (Spitze & Logan 1991; Logan & Spitze 1996; Pillemer & Suitor 2006; Brandt et al. 2009; Leopold et al. 2014; Haberkern et al. 2015) und auch der Einfluss ökonomischer Ressourcen (Einkommen, Bildung) scheint nicht eindeutig zu sein (Henretta et al. 1997; Bonsang 2007; Silverstein et al. 2008; Szinovácz 2008; Jegermalm & Grassman

2012). Dies ist vermutlich nicht nur auf Unterschiede in den Analysemethoden, der Operationalisierung der abhängigen Variable und der länderspezifischen Datengrundlagen zurückzuführen, sondern auch auf die Selektivität in den aufgenommenen Variablen mit teilweise besonderem Fokus auf spezifische Merkmale ohne Berücksichtigung anderer potenzieller Einflüsse. Ein dabei relevanter Faktor ist der soziale und insbesondere der familiäre Kontext des Kindes.⁹³

4.1.2 Forschungslücke: Warum der Kontext wichtig ist

Bisherige Studien haben den Fokus überwiegend auf die Hauptpflegeperson gelegt und dabei den geschwisterlichen Kontext außer Acht gelassen. Ein solcher Ansatz wird allerdings nicht der empirischen Tatsache gerecht, dass Pflege häufig nicht nur von einer, sondern von mehreren Personen bereitgestellt wird. Entsprechend irreführend können die Analysen und Ergebnisse solcher Studien sein: Sowohl qualitative (Matthews & Rosner 1988) als auch quantitative (Checkovich & Stern 2002; Suito & Pillemer 2007; Wong et al. 1999) Untersuchungen zeigen, dass der nicht berücksichtigte Kontext zu unbeobachteter Heterogenität führt und dass Pflegeentscheidungen erwachsener Kinder voneinander abhängig sind (Davey & Szinovác 2008: 137). Für die Analyse von Pflegemustern bedeutet das, dass Geschwister in die Untersuchungsmodelle mit einbezogen werden müssen, um das Zusammenspiel der unterschiedlichen Ressourcen und Restriktionen zu verstehen, und die tatsächlichen familiären Zusammenhänge so gut wie möglich abzubilden (Silverstein & Giarrusso 2010: 1051). Dies ist bisher jedoch nur unzureichend der Fall: Die meisten Studien beschränken sich darauf, die Anzahl der Geschwister in die Analyse mit aufzunehmen und finden dabei übereinstimmend heraus, dass mit der Größe der Geschwistergruppe Pflegeumfang und -wahrscheinlichkeit eines einzelnen Kindes sinkt (Spitze & Logan 1991; Wolf et al. 1997; Gerstel & Gallagher 2001; Sarkisian & Gerstel 2004; Bonsang 2007; Brandt et al. 2009; Grundy & Read 2012; Arnault & Fontaine 2018; Vergauwen & Mortelmans 2021). Während einige Studien dabei die Geschlechterkomposition der Geschwister berücksichtigen, sind detailliertere Analysen hinsichtlich weiterer Merkmale marginal und beschränken sich häufig auf einzelne Faktoren.⁹⁴ Obwohl Attribute des Elternteils deutlich häufiger einbezogen werden, sind Studien, die sowohl

⁹³ Es gibt zahlreiche Definitionsvorschläge für den Begriff „Kontext“ (für einen Überblick s. u.a. Friedrichs & Nonnenmacher 2014). In der vorliegenden Studie steht die Familie als sozialer Kontext im Fokus; der gesellschaftliche Rahmen mit den darin vorherrschenden Normen und Werten wird allerdings ebenfalls als wirkmächtiger Kontext miteinbezogen.

⁹⁴ Dabei zeigen sich die erwarteten Zusammenhänge: Ist ein Kind in einer Geschwistergruppe als einziges nicht erwerbstätig (Briggs 1998; Suito & Pillemer 2007; Vergauwen & Mortelmans 2021), wohnt am nächsten bei den Eltern (Leopold et al. 2014; Vergauwen & Mortelmans 2021) und hat die geringsten eigenen familiären Verpflichtungen (Partner, Kinder) (Tolkacheva et al. 2010; Leopold et al. 2014), wird es wahrscheinlicher zur (primären) Pflegeperson der Eltern.

Geschwister- als auch Elternmerkmale als familiale Kontextfaktoren in die Analyse der individuellen Pflegezeit eines Kindes berücksichtigen, kaum vorhanden (Grigoryeva 2017).

Im Fokus der vorliegenden Untersuchung steht daher die Frage, inwiefern neben dem Geschlecht eines Kindes auch das seiner Geschwister und das des zu pflegenden Elternteils im Zusammenspiel mit individuellen und familialen Merkmalen die geleistete individuelle elterliche Pflegezeit eines Kindes beeinflusst.

4.2 Theoretischer Hintergrund

Für die Erklärung geschlechtsspezifischer Mechanismen bei der Übernahme elterlicher Pflege können ökonomische, psychologische und geschlechtertheoretische Ansätze herangezogen werden, wobei keine scharfe Trennung der jeweiligen Grundzüge anzunehmen ist, sondern vielmehr ein wechselwirkendes Zusammenspiel vermutet werden kann. Die im Folgenden dargestellten Theorien sollten sowohl auf der Individual- als auch der Kontextebene Gültigkeit finden.

4.2.1 Geschlechternormen

Der Geschlechterrollenansatz als einstellungstheoretisches Konzept besagt, dass Frauen und Männer im Sozialisationsprozess geschlechtsspezifische Rollenbilder erlernen und verinnerlichen. Frauen und Männer bilden damit aufgrund der kulturell geteilten Überzeugungen zu unterschiedlichen Fähigkeiten von Frauen und Männern Präferenzen für unterschiedliche Tätigkeiten aus.⁹⁵ Da sich Individuen in der Regel einstellungskonform verhalten und Fürsorgearbeit gesellschaftlich weiterhin als klassisch weibliche Tätigkeit verhandelt wird, orientieren sich Frauen stärker hin zu fürsorge- und pflegebezogenen Berufen und Tätigkeiten, während Männer das eher nicht tun (Folbre 2012: 28). Der Doing-Gender-Ansatz führt diesen Gedanken fort, verweist aber auf die aktive Ausgestaltung der Geschlechterrolle. Die Zugehörigkeit zu einer Geschlechterkategorie wird im Alltagshandeln vor sich selbst und anderen sichtbar gemacht, indem die inkorporierten gesellschaftlichen Geschlechterrollenbilder fortwährend produziert und reproduziert werden. Sie drücken sich u.a. in bestimmten Verhaltensweisen, Kommunikationsformen, Berufen und Tätigkeiten aus, die weiblich bzw. männlich konnotiert sind und gesellschaftlich entsprechend anerkannt werden. Mit der traditionell Frauen zugewiesenen hauptsächlichen Verantwortung für die Fürsorge von

⁹⁵ Untersuchungen zeigen, dass trotz einer anhaltenden Verschiebung hin zu Chancengleichheit und Gleichberechtigung beider Geschlechter, sich der Glaube an die Idee, dass Frauen und Männer "von Natur aus" unterschiedliche Fähigkeiten und Interessen haben, gehalten hat ("gender essentialism") (Charles & Bradley 2009; Charles & Grusky 2004). Darunter fällt auch der stereotype Glaube, dass Frauen „besser“ in Bereichen der Fürsorgearbeit sind.

hilfs- und pflegebedürftigen Personen als wesentlicher Bestandteil der weiblichen Geschlechtsidentität (Folbre 2012, xi), entspricht es weder den gesellschaftlichen Erwartungen noch dem eigenen Selbstverständnis, als Frau keine fürsorgliche Rolle und die damit einhergehenden Aufgaben zu übernehmen. Frauen engagieren sich demnach mehr in der Pflege und haben weniger "legitime Ausreden", wenn sie keine Pflege leisten (Finch 1989). Männer hingegen sorgen für Irritation, wenn sie für eine etwaige Pflegeübernahme ihre Erwerbstätigkeit einschränken und damit die ihnen zugeschriebene Rolle des Familienernährers nicht erfüllen (Folbre 2012: 23). Obwohl auch Söhne eine moralische Verantwortung ihren Eltern gegenüber verspüren (Harris & Bichler 1997; Comas-d'Argemir & Soronellas 2019), können sie auch nur geringfügige Anstrengungen in der Pflege leicht(er) rechtfertigen und als zusätzlich geleistete Arbeitslast umdeuten (Harris & Bichler 1997; Comas-d'Argemir & Soronellas 2019). Gesellschaftliche Normen spiegeln sich demnach in den Aufgaben und der Aufgabenteilung zwischen den Geschlechtern wider. Frauen wird normativ die Familienarbeit zugewiesen und ihre Leistung darin an ihre Geschlechtsidentität gebunden. Sie zeigen somit durch das Ausüben der Pflegeaufgaben nach außen ihre Geschlechtsidentität, während bei Männern die Übernahme von Fürsorgearbeit ihre Geschlechtsidentität untergräbt und sie diese daher eher vermeiden (Brines 1994; Greenstein 2000). Dies führt dazu, dass überwiegend Töchter die Pflege ihrer Eltern übernehmen (Haber Kern et al. 2015).

4.2.2 Kostenabwägungen

Zur Erklärung, ob und welches Kind in einer Familie die Pflege der Eltern übernimmt, können jedoch nicht nur kulturell geschlechtsspezifische Sozialisationsnormen herangezogen werden. Durch die Übernahme von Pflegeaufgaben entstehen Opportunitätskosten und zeitliche Einschränkungen, die teilweise erhebliche Auswirkungen auf das Leben der potenziellen Pflegeperson haben können. In der Abwägung der Möglichkeiten und Restriktionen, die mit der Pflegeübernahme einhergehen, ist der Rational-Choice-Ansatz als theoretische Grundlage zur Erklärung für oder wider die elterliche Pflege enthalten (Szinovác & Davey 2008: 573). Er unterstellt als Grundlage verschiedener Handlungstheorien, dass Individuen rational und dabei nutzenmaximierend (bzw. kostenminimierend) agieren. Dem Rational-Choice-Gedanken folgend kann man in Bezug auf die Übernahme elterlicher Pflege die Annahme treffen, dass erwachsene Kinder dann Pflege leisten, wenn die Anreize dafür (z.B. Erfüllung einer moralischen Pflicht, emotionale Zufriedenheit, Aussicht auf Erbe) die damit verbundenen Nachteile (z.B. Zeitkosten, Fahrtkosten, Opportunitätskosten) überwiegen (Silverstein et al. 2008: 74).

Zeitkosten

Individuen haben unterschiedliche soziale Rollen inne, deren jeweilige Anforderungen miteinander konkurrieren und die Verfügbarkeit für zusätzliche Verpflichtungen einschränken. Gemäß des Zeitbudgetansatzes beinhaltet die Unterstützung und Pflege der Eltern einen Zeitaufwand, der durch anderweitige Verpflichtungen und individuelle Lebenssituationen begrenzt wird. Dazu gehören u.a. die Erwerbstätigkeit, die Wohndistanz zu den Eltern, eigene Kinder, sowie die eigene Partnerschaft. All diese Faktoren können damit die zeitlichen Ressourcen für elterliche Pflege als zusätzlichen Aufwand schmälern.

Opportunitätskosten und ökonomische Ressourcen

Zeitliche Restriktionen durch die Pflege der Eltern erhöhen das partnerschaftsinterne Konfliktpotenzial. Es entstehen emotionale Kosten, die in – realen, aber auch bei der Abwägung antizipierten – ökonomischen Kosten resultieren können, wenn die Partnerschaft dadurch in die Brüche geht und das Haushaltseinkommen durch den Wegfall des zweiten Einkommens und/oder zu leistende Unterhaltszahlungen verringert wird (Bröckel & Andreß 2015). Zu den ökonomischen Kosten einer Pfl egetätigkeit gehören auch Opportunitätskosten – also der entgangene finanzielle und/oder berufliche Nutzen aufgrund der für die Pflege aufgewendete Zeit.

Eine hohe Bildung geht nicht nur mit einem wahrscheinlich höheren Einkommen, sondern auch mit einer statushöheren Berufsposition und bedeutenden Karrieremöglichkeiten einher (Card 1999; Heckman et al. 2007; Ng et al. 2005). Die Einschränkung oder Aufgabe dieser Möglichkeiten für die Pflege der Eltern ist damit mit hohen Opportunitätskosten verbunden, die bei niedriger(er) Bildung deutlich geringer ausfallen. Die Bildung eines Kindes kann damit in zweifacher Hinsicht als Ressource betrachtet werden, um sich der Pflegeverantwortung zu entziehen: Zum einen in ihrem Zusammenhang mit ökonomischen Faktoren (Erwerbsstatus, Einkommen, Berufsposition), die die Pflegeübernahme qua Zeitrestriktion verunmöglichen, dafür aber auch ersatzweise finanzielle Unterstützung (Bonsang 2007; Muresan 2017) bzw. die Inanspruchnahme privat bezahlter professioneller Pflegedienste⁹⁶ gestatten (Shuey & Hardy 2003: 418); zum anderen durch den einfacheren Zugriff auf staatliche Pflegeleistungen, weil nicht nur das Wissen darum vorhanden ist, sondern sich auch der Umgang mit dem damit zusammenhängenden Antragsprozedere unkomplizierter darstellt.

Bildung beeinflusst Individuen darüber hinaus in ihren Einstellungen zu Normen und Werten,

⁹⁶ Formelle Pflegedienstleistungen, die nicht vom staatlichen System (d.h. als Krankenkassen- oder Sozialhilfeleistungen bzw. Leistungen der Pflegeversicherung) bereitgestellt werden, müssen privat bezahlt werden – entweder von den Pflegebedürftigen selbst oder von ihren Angehörigen.

und damit auch in ihrem Verpflichtungsgefühl gegenüber ihren Familienangehörigen. Die Schul- und Ausbildungszeit konzentriert sich nicht nur auf die Akkumulation von Wissen, sondern fällt auch in einen Zeitraum im Lebensverlauf, der prägend für das individuelle Wachstum und die gesellschaftliche Sozialisation eines Individuums ist. Insbesondere in der Zeit der Kindheit, Jugend und Adoleszenz werden grundsätzliche Einstellungen und Handlungsnormen verinnerlicht, die häufig lebenslang stabil bleiben (Alwin et al. 1992; Axinn & Yabiku 2001). Die Erfahrung eines außerfamilialen Umfelds mit anderen einflussreichen Netzwerken und die damit verbundene Konfrontation mit diversen Perspektiven führt dann mit steigender Ausbildungsdauer zu einer stärker hinterfragenden und individualistischeren Einstellung, die sich weg von einer konformen und historisch familienorientierten hin zu einer Haltung verschiebt, die die persönliche Entwicklung und Unabhängigkeit in den Vordergrund stellt (Goldscheider & Waite 1986; Waite et al. 1986; Goldscheider & Waite 1991; Thornton 2005). Mit höherer Bildung nimmt damit das Verantwortungsgefühl gegenüber den Eltern ab (Compernelle 2015).

4.2.3 Reziprozitäts- und Verpflichtungsnormen

Einen Einfluss darauf, ob und wie viel elterliche Pflege ein Kind übernimmt, kann auch seine Position in der Geschwisterreihe haben. Da das älteste Kind in einer Geschwistergruppe häufig schon in der Kindheit und Adoleszenz (mehr) Hausarbeitsaufgaben übernimmt und sich um seine jüngeren Geschwister kümmert, scheint es prädestiniert dafür, auch die Fürsorgerolle für die Eltern zu übernehmen (Li 2020: 393-394). Mütter bezeichnen zudem das älteste Kind häufig als das verantwortungsvollste und zuverlässigste ihrer Kinder, an das sie sich auch vorwiegend bei Problemen und für Ratschläge wenden (Suitor & Pillemer 2007). Erstgeborene besitzen damit offenbar Persönlichkeitsmerkmale, die sie von ihren jüngeren Geschwistern unterscheiden und sie für die Pflege der Eltern hervorheben (Schulze & Preisendörfer 2013: 344). Das älteste Kind wird demnach unabhängig vom Geschlecht mit größerer Wahrscheinlichkeit Hauptpflegeperson als seine jüngeren Geschwister (Matthews & Rosner 1988; Leopold et al. 2014) und übernimmt demzufolge auch mehr Pflegezeit.

Verpflichtungsgefühle den Eltern gegenüber stehen im Einklang mit gesellschaftlich geltenden Reziprozitätsnormen. Das Prinzip der Reziprozität besagt, dass soziales Handeln auf Gegenseitigkeit beruht und nutzenbringende Handlungen oder Güter eines Individuums für ein anderes Individuum von jenem entweder unmittelbar oder mittelbar ausgeglichen werden. Eltern gehen dabei in der Beziehung zu ihren Kindern in Vorleistung, indem sie ihnen Fürsorge, Schutz und materielle Unterstützung bieten. Entsprechend wird von den Kindern erwartet, dass sie im Bedarfsfall ihren Eltern helfen und – meist im späteren Erwachsenenalter – die Pflege

für sie übernehmen.⁹⁷ Kinder, die von ihren Eltern mehr Ressourcen erhalten haben, sollten nach diesem Prinzip auch wahrscheinlicher dazu bereit sein, ihren Eltern etwas zurückzugeben. In Bezug auf die Pflege bedeutet das, dass Kinder, die mehr elterliche Unterstützung erfahren haben, später auch mehr Pflege für ihre Eltern leisten sollten. Da die Pflege Tätigkeit überwiegend mit erwerbsspezifischen Opportunitätskosten einhergeht – dazu zählen direkte (entgangenes Einkommen) und indirekte (verpasste Karriereschritte) Verluste sowie Nachteile bei der sozialen Sicherung (Rente, Ansparen von Vermögen) –, können finanzielle Transfers der Eltern an das Kind die Pflegebereitschaft erhöhen (Dallinger 1997: 40-41).

4.2.4 Zusammenspiel Geschlecht und individuelle Merkmale

Obwohl sowohl die zeitlichen und ökonomischen Kosten als auch Reziprozitätsnormen theoretisch grundsätzlich geschlechtsneutral sind, wirken sie im Hinblick auf elterliche Pflege durchaus geschlechtsspezifisch. Zwar beschneidet die Ausübung eines Berufs geschlechtsunabhängig die zeitlichen Pflegekapazitäten; empirisch zeigt sich allerdings auch, dass Frauen eher bereit sind, ihre Erwerbstätigkeit zu unterbrechen oder zu reduzieren, um Pflege zu leisten (Campbell & Martin-Matthews 2003; Sarkisian & Gerstel 2004) und sie größere Schwierigkeiten als Männer haben, Pflegeaufgaben und Berufstätigkeit zu vereinbaren (Kalmijn & Saraceno 2008). Das könnte darauf hindeuten, dass Erwerbstätigkeit für Männer eine „legitime Entschuldigung“ für die Nicht-Verfügbarkeit in der Pflege der Eltern darstellt (Stoller 1983) und sie in einem höheren Maß Unterstützung (durch ihre Ehepartner (Horowitz 1985) oder das (weibliche) Netzwerk) erhalten als Frauen. Während die Erwerbstätigkeit bei Töchtern einem Begründungszwang unterliegt, gilt sie bei Söhnen als eine Selbstverständlichkeit, die strukturell verankert ist und keiner Rechtfertigung bedarf (Dallinger 1997: 277-278). Das geschlechtsspezifische Einkommensgefälle („Gender Pay Gap“) macht es für Männer zudem kostenintensiver, ihre Erwerbstätigkeit für Pflegeaufgaben zu reduzieren oder ganz aufzugeben (Himmelweit & Land 2011). Solche geschlechtsspezifischen Unterschiede zeigen sich auch in den weiteren Faktoren, die theoretisch geschlechtsneutral wirken sollten. So geben beispielsweise mehr Männer als Frauen bei gleicher geographischer Entfernung zu ihrer Mutter an, dass die räumliche Distanz die Pflege erschwert (Brody et al. 1989), und mehr Töchter als Söhne pflegen ihre Eltern auch mit steigender Wohndistanz (Sarkisian & Gerstel 2004; Haberkern et al. 2015). Beides verweist auf das unterschiedliche

⁹⁷ Reziprozität gilt in den Sozialwissenschaften als grundlegendes Prinzip sozialer Beziehungen. Reziprozitätsnormen, die generationenübergreifend sind, werden dabei als generalisierte Reziprozität bezeichnet. Sie verlangen keinen unmittelbaren Austausch von Gütern oder Handlungen („tit for tat“), sondern erstrecken sich über einen längeren Zeitraum und sind nicht auf spezifische Gaben bezogen. Für einen detaillierten Ein- und Überblick s. u.a. Stegbauer (2011).

Verständnis von Verantwortlichkeit: Töchter übernehmen trotz der Entfernung die Pflege der Eltern, während Söhne dazu neigen, die Entfernung als Entschuldigung für nicht geleistete Pflege vorzuschieben. Eine Partnerschaft (Sarkisian & Gerstel 2004) und die Anzahl eigener Kinder (Henz 2006) reduziert hingegen die Pflegebeteiligung von Töchtern, während sich bei Männern ein hoher Bildungsabschluss negativ auf ihre mit den Eltern verbrachte Zeit auswirkt (Couch et al. 1999).

4.3 Hypothesen

Um aus den angeführten Theorien zu prüfende Hypothesen abzuleiten, werden diese in den weiteren Ausführungen durch theoretische Modelle ergänzt, die die Individual- mit der Kontextebene verbinden. Als systematischer Ansatz zur Verknüpfung der unterschiedlichen Aspekte und Ebenen geschlechtsspezifischer Muster in der Pflege kann das Intergenerationale Solidaritätsmodell herangezogen werden (Szydlik 2012). Das Modell besagt, dass Solidarität zwischen Familiengenerationen beeinflusst wird von 1) Opportunitäts- und Bedarfsstrukturen der Kinder und Eltern auf der Individualebene, 2) den Familienstrukturen auf der Familienebene, und 3) den kulturell-kontextuellen Strukturen auf der Gesellschaftsebene (Haber Kern et al. 2015: 302-303). Kinder ziehen demnach bei der Entscheidung zur Pflege eines Elternteils nicht alleine die eigenen Möglichkeiten und Restriktionen heran, sondern inkludieren die Opportunitätsstrukturen⁹⁸ der Geschwister sowie die Bedarfsstrukturen der Eltern ebenfalls in ihre Überlegungen. All diese Faktoren sind gleichzeitig verschränkt mit gesellschaftlichen Normen und Werten, die u.a. geschlechtsbezogene Annahmen und Erwartungen enthalten.

4.3.1 Geschlecht und Merkmale des Kindes

Gemäß der gesellschaftlich vorherrschenden Geschlechterrollennormen sowie der damit zusammenhängenden strukturellen Rahmenbedingungen⁹⁹ wenden sich Frauen stärker Fürsorgetätigkeiten zu und messen diesen mehr Gewicht bei, während Männer sich stärker auf ökonomische Aspekte konzentrieren: Männer sind im Durchschnitt häufiger und zu einem größeren Umfang auf dem Erwerbsarbeitsmarkt vertreten und werden dort durchschnittlich besser entlohnt (Statista 2022c, 2022b; Statistisches Bundesamt 2022d), Frauen übernehmen

⁹⁸ Opportunitätsstrukturen sind die objektiv gegebenen Rahmenbedingungen, die das soziale Handeln von Akteuren beeinflussen, indem sie restringierend oder ermöglichend im Zugang auf gesellschaftliche Ressourcen und auf die Verwirklichung individueller Lebensziele wirken.

⁹⁹ Strukturell verankerte Geschlechterrollennormen zeigen sich beispielsweise weiterhin in der geringeren Entlohnung von „Frauenberufen“ (u.a. Erzieher*innen, Pflegekräfte, medizinische und pharmazeutische Assistent*innen) sowie der Ausgestaltung des Steuersystems („Ehegattensplitting“) und sozialstaatlicher Familienleistungen (Elterngeld).

im Gegensatz dazu zu einem größeren Anteil die Fürsorge für gemeinsame Kinder (Statistisches Bundesamt 2022e; Kühhirt 2012; Dechant & Blossfeld 2015). Insgesamt sind damit sowohl Männer als auch Frauen zeitlich restringiert und das in einem ähnlichen Umfang. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Frauen stärker von Familienverpflichtungen bei der Ausübung der elterlichen Pflege beeinflusst werden, für Männer hingegen eher ökonomische Faktoren (u.a. Erwerbstätigkeit, finanzielle Transfers) eine lenkende Funktion diesbezüglich darstellen. Die Opportunitätsstrukturen eines Kindes wirken sich demnach geschlechtsspezifisch unterschiedlich aus:

Hypothese 1a: Familienverantwortlichkeiten des Kindes beeinflussen die elterliche Pflegezeit von Töchtern stärker als die von Söhnen.

Hypothese 1b: Ökonomische Faktoren des Kindes beeinflussen die elterliche Pflegezeit von Söhnen stärker als die von Töchtern.

4.3.2 Geschlecht und Merkmale der Geschwister

Nicht nur die Anzahl der Geschwister beeinflusst wie eingangs erwähnt die Übernahme elterlicher Pflege durch ein einzelnes Kind, sondern auch die Geschlechterkomposition innerhalb der Geschwistergruppe. Sowohl männliche als auch weibliche Kinder werden seltener zur (Haupt-)Pflegeperson und leisten weniger Pflege, wenn sie eine, mehrere oder ausschließlich Schwestern haben (Horowitz 1985; Wolf et al. 1997; Gerstel & Gallagher 2001; Franks et al. 2003; Tolkacheva et al. 2010). In Geschwistergruppen hingegen, die (auch) Brüder beinhalten, wird die Pflegearbeit häufiger ungleichmäßig unter den Geschwistern aufgeteilt (Matthews & Rosner 1988) und Kinder mit einem Bruder leisten mehr Pflegestunden als Kinder mit einer Schwester (Spitze & Logan 1991).

Zur Erklärung, inwiefern die geschlechtsspezifische Kinderzahl auf die Pflege der Eltern wirkt, kann das Substitutionsmodell herangezogen werden (vgl. für den folgenden Absatz Logan & Spitze 1996: 57-58). Es nimmt an, dass Pflegepersonen mit unterschiedlichen Eigenschaften und Fähigkeiten ausgestattet sind, die sie entsprechend variabel einsetzen, so dass sie angesichts der vielfältigen Pflegeaufgaben nicht unabhängig voneinander agieren. Gibt es mehrere Pflegepersonen, werden diese sich demnach absprechen und in unterschiedlichen Bereichen bzw. zu unterschiedlichen Zeiten Unterstützung leisten – und füreinander einspringen. Anschließend an die vorangegangenen Ausführungen kann jedoch davon ausgegangen werden, dass sowohl die Bereitschaft als auch die Fähigkeit von Familienmitgliedern, Pflege zu leisten, über das Geschlecht variiert (Folbre 2012: 3; Sarkisian & Gerstel 2008): Während Männer ihre Geschlechtsidentität bestätigen, wenn sie Pflegeaufgaben an andere übertragen, ist das für

Frauen deutlich schwieriger, weil sie dadurch ihre Geschlechtsidentität zumindest in Frage stellen (Litwak 1985). Töchter empfinden deutliche Schuldgefühle, wenn sie kaum oder keine Pflegeaufgaben für ihre Eltern übernehmen (Brody et al. 1989; Ingersoll-Dayton et al. 2003). Die starke weibliche Rollenaneignung zeigt sich teilweise auch in der Überzeugung der Töchter, sie alleine seien in der Lage, die bestmögliche Pflege bereitzustellen: Sowohl Matthews (1995) als auch Briggs (1998) stellen in ihren qualitativen Studien fest, dass Pflegebeiträge der Brüder von den interviewten Töchtern abgewertet wurden oder deren Pflegepotenzial schlichtweg übersehen wurde.

Zwar sollte auch unabhängig von der Geschlechterzusammensetzung ein Kind mit größerer Anzahl von Geschwistern eine kleinere Wahrscheinlichkeit haben, die Pflege eines Elternteils zu übernehmen. Geht man jedoch davon aus, dass Töchter eher als Söhne dazu neigen, Pflege bereitzustellen, würde man laut Substitutionsmodell schlussfolgern, dass Töchter häufiger für ihre Geschwister einspringen:

Hypothese 2a: Mit steigender Anzahl an Töchtern in einer Geschwistergruppe sinkt die elterliche Pflegezeit eines Kindes.

Bisherige Studien weisen darüber hinaus darauf hin, dass die Anzahl der Brüder und Schwestern in einer Geschwistergruppe unterschiedlich auf die Pflegezeit von Söhnen und Töchtern wirkt. Während Töchter eher erwarten, dass sie sich die Pflege mit ihren Schwestern teilen, erwarten Söhne, dass ihre Schwestern die Hauptverantwortung für die Pflege der Eltern tragen (Matthews 1995, 2002). Männer nehmen sich eher in einer unterstützenden Rolle wahr (Matthews 2001) und werden nur und erst dann selbst Pflegende, wenn keine weibliche Pflegeperson zur Verfügung steht (Horowitz 1985; Campbell & Martin-Matthews 2003). Entsprechend reduziert sich die Pflegebeteiligung von Söhnen, wenn Schwestern vorhanden sind (Wolf et al. 1996; Wolf et al. 1997; Friedman & Seltzer 2010; Grigoryeva 2017; Roquebert et al. 2018) und das umso stärker, je intensiver der Pflegebedarf wird (Gerstel & Gallagher 2001; Grigoryeva 2017). Bei Töchtern hingegen wirken Schwestern nur bei intensiver (wöchentlicher) Pflege entlastend (Gerstel & Gallagher 2001) und der positive Effekt einer vorhandenen Schwester (statt eines Bruders) wirkt weniger stark auf ihre Pflegezeit als bei Söhnen (Spitze & Logan 1991). Der Einfluss vorhandener Schwestern sollte demnach geschlechtsspezifisch variieren:

Hypothese 2b: Die Anzahl an Töchtern in einer Geschwistergruppe reduziert die elterliche Pflegezeit von Söhnen stärker als die von Töchtern.

In die Überlegungen erwachsener Kinder für oder wider die Pflege ihrer Eltern werden nicht nur die eigenen Kosten und Möglichkeiten, sondern auch die der Geschwister mit deren jeweils eigenen Verpflichtungen und Gelegenheiten in Betracht gezogen (Silverstein et al. 2008). Die damit einhergehende Haltung und Entscheidung der Geschwister wird dann entweder antizipiert oder in Verhandlungen explizit gemacht. Einen theoretischen Rahmen dafür bietet der verhandlungstheoretische Ansatz, der ebenfalls auf dem Rational-Choice-Prinzip basiert, zusätzlich allerdings den Kontext in die Entscheidungen eines Individuums mit einbezieht. Der Logik der Rational-Choice-Theorie folgend sollten Geschwister dann die Pflegekosten effizient untereinander aufteilen und das Kind bzw. die Kinder überwiegend die elterliche Pflege übernehmen, für die das die geringsten Kosten bedeutet.

Anschließend an die geschlechtsspezifische Argumentation auf Individualebene kann man im Geschwisternetzwerk wiederum davon ausgehen, dass bei Aushandlungen in der Geschwistergruppe unterschiedlichen Merkmalen der Brüder und Schwestern mehr oder weniger Relevanz beigemessen wird:

Hypothese 2c: Erwerbsumfang und Bildung der Brüder, und Familienverantwortlichkeiten der Schwestern korrelieren positiv mit der elterlichen Pflegezeit eines Kindes.

4.3.3 Geschlecht und Merkmale des Elternteils

Sowohl in die individuelle Pflegeentscheidung als auch in die Verhandlungen unter den Geschwistern einer Familie hinsichtlich der Pflege ihrer Eltern kann mit hineinspielen, ob das zu pflegende Elternteil Mutter oder Vater der Geschwistergruppe ist. Studien aus dem Paar- wie auch dem Geschwisterkontext zeigen, dass Mütter mehr Pflege erhalten als Väter (Arber & Ginn 1991; Dwyer & Coward 1991; Haberkern & Szydlik 2008; Henz 2009; Luppi & Nazio 2019; Vergauwen & Mortelmans 2021). Das lässt sich zum einen darauf zurückführen, dass Frauen eine höhere Lebenserwartung als Männer haben (Statista 2021) und sie gleichzeitig in einem Großteil der Paarbeziehungen jünger sind als ihre Partner (Bundeszentrale für politische Bildung 2018). Väter werden dann vorwiegend von ihren Partnerinnen gepflegt (Arber & Ginn 1991), welche wiederum nach dem Tod ihres Partners auf die Pflege ihrer Kinder angewiesen sind (Shuey & Hardy 2003: 419). Zum anderen könnten sich Kinder Müttern mehr verpflichtet fühlen, weil diese den Hauptanteil der Fürsorgearbeit für sie in Kindheit und Adoleszenz übernommen haben (Logan & Spitze 1996; Bianchi & Milkie 2010). Die dadurch entstandene

engere Bindung zwischen Müttern sowohl zu ihren Töchtern als auch ihren Söhnen¹⁰⁰ (Rossi & Rossi 1990; Fingerman et al. 2020) setzt sich im Erwachsenenalter fort (Fingerman 2001; Swartz 2009; Umberson et al. 2010) und bringt Mütter dann in einen Pflegevorteil gegenüber den Vätern. Ebenfalls möglich ist, dass Mütter nicht nur qua geschlechtsspezifischer Unterschiede im Gesundheitszustand einen höheren Pflegebedarf haben denn Väter (Gamper et al. 2020), sondern sie die erforderliche Unterstützung auch stärker einfordern (können) (Abel 1991; Logan & Spitze 1996), weil dieser Anspruch nicht oder weniger mit ihrem Rollenbild konfligiert als es beim (vermeintlich) „starken Geschlecht“ der Fall ist (Garfinkel 1967; West & Zimmerman 1987). Kalmijn (2007) zeigt, dass Väter nicht nur während einer noch vorhandenen Ehe weniger Pflege von ihren Kindern erhalten, sondern dieser geschlechtsspezifische Elterneffekt auch nach einer Scheidung, dem Tod der Partnerin oder des Partners, und einer Wiederheirat bestehen bleibt. Das Geschlecht des Elternteils beeinflusst demnach die Pflegezeit eines Kindes:

Hypothese 3a: Mütter erhalten von einem Kind mehr Pflegezeit als Väter.

Frauen und Männer scheinen darüber hinaus gleichgeschlechtliche Präferenzen zu haben, wenn es um das Empfangen und Geben von Pfllegetätigkeiten geht (Pillemer & Suito 2006; Lee et al. 1993; Leopold et al. 2014), die bis hin zu einem gegengeschlechtlichen Tabu führen können: Verschiedene Studien zeigen, dass Mütter explizit nicht von ihren Söhnen gepflegt werden möchten (Szinovác 2003; Lee et al. 2003; Davey & Szinovác 2008; Szinovác 2008) und Söhne deutliche Hemmungen äußern, körperliche Pflege für ihre Mütter bereitzustellen (Harris & Bichler 1997). Insbesondere körperliche Pflegeaufgaben dringen stark in die Intimsphäre aller Beteiligten ein und es ist anzunehmen, dass sich sowohl Pflegende als auch Gepflegte dabei mit einer ihnen nahestehenden Person wohler fühlen. Das Verhältnis zwischen Müttern und Töchtern wird häufig als besonders innig hervorgehoben (Boyd 1989; Rossi & Rossi 1990; Walker & Allen 1991; Lynott & Roberts 1997), während Väter involvierter in die Erziehung ihrer männlichen Nachkommen sind (Lundberg 2005), mehr Zeit mit ihren Söhnen verbringen (Raley & Bianchi 2006; Mammen 2011; Lam et al. 2012) und diese auch eher finanziell unterstützen (Anderson et al. 2001). Das Teilen des gleichen Geschlechts mit den damit verbundenen gleichen Erfahrungen im Lebensverlauf trägt überdies dazu bei, dass Mutter-

¹⁰⁰ Erwachsene im mittleren Alter haben ein engeres Verhältnis zu ihrer Mutter als zu ihrem Vater, was sich in häufigerem persönlichen und telefonischen Kontakt, mehr positiven (Liebe, Verständnis) und negativen (Kritik, Forderungen) Beziehungsmerkmalen, vermehrter emotionaler Unterstützung, dem intensiveren Austausch von Ratschlägen und gegenseitigem Zuhören, sowie praktischer und finanzieller Hilfe für die Mütter ausdrückt (Fingerman et al. 2020: 1616)

Tochter- und Vater-Sohn-Beziehungen vertrauter sind als vergleichbare geschlechtsübergreifende Beziehungskonstellationen (Merrill 1993). Je nach Geschlecht des pflegebedürftigen Elternteils sollte daher auch die Pflegezeit von Söhnen und Töchtern variieren:

Hypothese 3b: Töchter leisten mehr Pflegezeit für Mütter und Söhne leisten mehr Pflegezeit für Väter.

Nicht nur die Opportunitätsstrukturen der Kinder, sondern auch die der Eltern können die Pflegezeit eines Kindes beeinflussen. Einer der stärksten Prädiktoren dabei ist der Gesundheitszustand des Elternteils (Haberker & Szydlik 2008; Vergauwen & Mortelmans 2021), wobei mit zunehmenden Gesundheitseinschränkungen Töchter wahrscheinlicher und mehr Pflege bereitstellen als Söhne (Gerstel & Gallagher 2001; Sarkisian & Gerstel 2004; Haberker et al. 2015; Grigoryeva 2017). Söhne und Töchter legen damit offenbar unterschiedliche Maßstäbe bei der Beurteilung ihres erforderlichen Pflege-Engagements an: Während Söhne mehr darauf bedacht sind, die Selbstständigkeit der Eltern zu bewahren, und Pflegeaufgaben eher nach Aufforderung und nicht eigeninitiativ erledigen, versuchen Töchter, den Bedarf der Eltern zu antizipieren und vorsorglich Unterstützung zur Verfügung zu stellen (Matthews & Heidorn 1998; Matthews 2002). Töchter verfolgen damit einen umfassenderen Ansatz bei der Pflege ihrer Eltern, indem sie deren Lebensqualität insgesamt verbessern möchten (Abel 1991: 74-76). Söhne hingegen übernehmen zwar ebenfalls Verantwortung, sind in Pflegeentscheidungen involviert und übernehmen auch häufig die Koordination der Pflegeaufgaben (Harris & Bichler 1997), lagern direkte Pflegetätigkeiten aber eher an Dritte aus anstatt sie selbst zu übernehmen (Thompson 2001).

Der Gesundheitszustand der Eltern sollte daher unterschiedlich auf die Pflegezeit ihrer Söhne und Töchter wirken:

Hypothese 3c: Töchter stellen mit zunehmenden gesundheitlichen Einschränkungen des Elternteils früher und mehr elterliche Pflegezeit bereit als Söhne.

4.4 Daten, Variable und Methode

4.4.1 Daten

Für die vorliegende Untersuchung werden die Daten des Surveys of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) genutzt.¹⁰¹ SHARE ist eine multidisziplinäre, länderübergreifende Panelbefragung, die seit 2004 zweijährlich Mikrodaten zur sozio-ökonomischen Situation, der Gesundheit, sowie den familiären und sozialen Netzwerken der Befragten erhebt (SHARE-ERIC 2020). Die Befragungspopulation besteht aus Personen, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung über 50 Jahre alt sind und ihren Hauptwohnsitz in einem der am SHARE-Projekt beteiligten Länder haben. Detailliertere Informationen zur Zielpopulation, dem Stichprobendesign und der Konzeption der Datenerhebung können in Anhang A nachgelesen werden.

Regulär im SHARE enthaltene Fragemodule beziehen sich auf die Gesundheit der Respondenten und mögliche damit verbundene Einschränkungen, die Erwerbstätigkeit und das Einkommen, das soziale Netzwerk und darin geleistete Unterstützung, sowie Aktivitäten und Erwartungen der befragten Personen. Darüber hinaus werden in jeder Befragungswelle grundlegende demographische Daten der Befragten erfasst, sowie Informationen zu ihren Eltern und (Ex-)Partnern. Ein besonderes Merkmal von SHARE stellt die ausführliche Erhebung von Daten zu den Kindern der Teilnehmer*innen dar, die sich ebenfalls auf sozio-ökonomische, gesundheitliche und netzwerkbezogene Aspekte bezieht. Zusätzlich sind Variablen zu Eltern-Kind-Beziehungen (z.B. finanzielle Transfers und räumliche Distanz) sowie Informationen zur Enkelgeneration der Befragten (z.B. Elternschaft und Kinderzahl der Kinder der Befragten) vorhanden. Diese besondere Datenstruktur erlaubt die Untersuchung der hier interessierenden Fragestellung.

¹⁰¹ Mit der Datennutzung ist folgende Erklärung abzugeben: „This paper uses data from SHARE waves 1, 2, 4, 5, and 6 (Börsch-Supan 2019a, 2019b, 2019c, 2019d, 2019e). See Börsch-Supan et al. (2013) for methodological details. The SHARE data collection has been funded by the European Commission through FP5 (QLK6-CT-2001-00360), FP6 (SHARE-I3: RII-CT-2006-062193, COMPARE: CIT5-CT-2005-028857, SHARELIFE: CIT4-CT-2006-028812), FP7 (SHARE-PREP: GA N°211909, SHARE-LEAP: GA N°227822, SHARE M4: GA N°261982, DASISH: GA N°283646) and Horizon 2020 (SHARE-DEV3: GA N°676536, SHARE-COHESION: GA N°870628, SERISS: GA N°654221, SSHOC: GA N°823782) and by DG Employment, Social Affairs & Inclusion. Additional funding from the German Ministry of Education and Research, the Max Planck Society for the Advancement of Science, the U.S. National Institute on Aging (U01_AG09740-13S2, P01_AG005842, P01_AG08291, P30_AG12815, R21_AG025169, Y1-AG-4553-01, IAG_BSR06-11, OGHA_04-064, HHSN271201300071C) and from various national funding sources is gratefully acknowledged (see www.share-project.org).”

Die vorliegende Studie basiert auf den deutschen SHARE-Daten der Welle 6 mit Erhebungsdaten aus dem Jahr 2015.¹⁰² Da einige Informationen im SHARE nur im Basisfragebogen abgefragt werden und dieser nur bei Eintritt in die Panelerhebung ausgefüllt wird (Details dazu siehe Anhang A), müssen einige Daten der Befragten sowie ihrer Kinder teilweise aus früheren Wellen übernommen werden.¹⁰³ Die Ausgangsstichprobe der Welle 6 für Deutschland besteht aus 4412 Personen. Da für die vorliegende Fragestellung die Kinder der befragten Personen als mögliche Pflegepersonen im Fokus des Interesses stehen, wird der ursprüngliche „Eltern“-Datensatz umgewandelt in einen „Kinder“-Datensatz. Alle Daten – sowohl die eigenen als auch Merkmale der Kinder – werden von den Befragten (und in der vorliegenden Untersuchung als Elternteile definierten Personen) bereitgestellt. Die Vollständigkeit der Daten einer Familie hängt damit davon ab, ob der/die Befragte alle Daten vollständig berichten kann. Beobachtungen mit fehlenden Werten werden clusterweise ausgeschlossen, d.h. bei fehlenden Werten beim Elternteil bzw. fehlenden Werten bei (mindestens) einem Kind, wird die gesamte Familie aus dem Datensatz entfernt. Nach diesen Umwandlungs- und Ausschlussverfahren bleiben zunächst 2922 Beobachtungen auf der Kinderebene übrig.¹⁰⁴ Weitere Datenbeschränkungen und daraus resultierende Stichprobeneinschränkungen werden in den folgenden Abschnitten zu den Variablen und zur Analyse dargestellt.

4.4.2 Variablen

Die in die Analyse aufgenommenen Variablen lassen sich unterscheiden in Variablen auf Individualebene (Merkmale eines Kindes), Variablen auf Kontextebene (Merkmale der Geschwister sowie Merkmale des Elternteils), und Kontrollvariablen. Eine Übersicht der Variablen und ihrer Operationalisierung ist in Tabelle 4.1 zu finden. Eine detailliertere Darstellung der Variablenaufbereitung kann in Anhang C nachgelesen werden.

¹⁰² Erst in dieser Welle wurden die Angaben zur geleisteten Pflege eines Kindes für eine*n Befragte*n mit der Identität des Kindes verknüpft (d.h. es wird zuordenbar, *welches* Kind die angegebene Unterstützung bereitgestellt hat); gleichzeitig ist Welle 6 eine der Wellen, in denen relevante Variablen zum Netzwerk der Befragten erhoben wurden.

¹⁰³ Für methodologische Details zu den einzelnen Wellen siehe Börsch-Supan und Jürges (2005) (Welle 1); Börsch-Supan et al. (2008) (Welle 2); Malter und Börsch-Supan (2013) (Welle 4); Malter und Börsch-Supan (2015) (Welle 5); Malter und Börsch-Supan (2017) (Welle 6).

¹⁰⁴ Eine detailliertere Darstellung der fehlenden Werte und der Umwandlung des Datensatzes von der Eltern- auf die Kinderebene kann in Anhang B nachgelesen werden.

Tabelle 4.1: Übersicht der Analysevariablen und ihrer Operationalisierung

Variable	Operationalisierung
Abhängige Variable	
Pflegezeit (des Kindes)	<ul style="list-style-type: none"> • In Tagen pro Jahr (metrisch): <ul style="list-style-type: none"> • „Wie oft haben Sie [in den letzten 12 Monaten] von [Kind x] insgesamt Hilfe erhalten?“ • Ursprünglich kategorial; Umkodierung in Pfl egetage (metrisch): „täglich oder fast täglich“ = 365, „etwa wöchentlich“ = 52, „etwa monatlich“ = 12, „weniger häufig“ = 6, „nie“ = 0.
Unabhängige Variablen	
Merkmale des Kindes (Individualebene)	
Geschlecht	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: 0 = männlich, 1 = weiblich
Erwerbsstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Drei Kategorien (ursprüngliche Kategorien in Klammern): <ol style="list-style-type: none"> (1) Vollzeit erwerbstätig (vollzeitbeschäftigt; selbstständig oder im Familienbetrieb beschäftigt; in schulischer oder beruflicher Ausbildung (inkl. Umschulung)) (2) Teilzeit erwerbstätig (teilzeitbeschäftigt) (3) Nicht erwerbstätig (arbeitslos; in Elternzeit; in Rente oder Frührente; dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung; Hausfrau oder Hausmann)
Wohndistanz zum Elternteil	<ul style="list-style-type: none"> • Drei Kategorien (ursprüngliche Kategorien in Klammern): <ol style="list-style-type: none"> (1) Mit Elternteil zusammenlebend (im gleichen Haushalt; im gleichen Gebäude [wie das Elternteil]) (2) In der Nähe lebend (weniger als 1 km entfernt; zwischen 1 und 5 km entfernt; zwischen 5 und 25 km entfernt) (3) Weit entfernt lebend (zwischen 25 und 100 km entfernt; zwischen 100 und 500 km entfernt; mehr als 500 km entfernt)
Partnerschaftsstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: Partner (0 = nein, 1 = ja) <ul style="list-style-type: none"> • ja: Verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend; in eingetragener Partnerschaft lebend; mit Partner zusammenlebend • nein: verheiratet, aber getrennt vom Ehegatten lebend; ledig; geschieden; verwitwet [und jeweils nicht mit etwaigem Partner zusammenlebend]
Eigene Kinder	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: 0 = nein, 1 = ja • Inkludiert leibliche Kinder, Pflege- und Stiefkinder sowie Kinder des Partners/der Partnerin
Bildung	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = niedrig (keine/Grundbildung; Sekundarbildung I (Unterstufe, Mittelstufe); Sekundarbildung II (Oberstufe)) • 1 = hoch (Postsekundäre Bildung; Tertiäre Bildung (erste Stufe); Tertiäre Bildung (Forschungsqualifikation)) • Details zur Kodierung: Appendix D
Alter	<ul style="list-style-type: none"> • metrisch: Geburtsjahr minus Befragungsjahr; zentriert
Erstgeboren	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: 0 = nein, 1 = ja
Finanzielle Transfers vom Kind zum Elternteil	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: 0 = nein, 1 = ja • ja: Elternteil hat vom Kind (finanzielle) Zuwendungen im Wert von mindestens 250 Euro erhalten
Finanzielle Transfers vom Elternteil zum Kind	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: 0 = nein, 1 = ja • ja: Kind hat vom Elternteil (finanzielle) Zuwendungen im Wert von mindestens 250 Euro erhalten

(fortgesetzt)

Tabelle 4.1: Fortsetzung

Variable	Operationalisierung
<i>Merkmale der Geschwister (Kontextebene):</i>	
Anzahl Brüder bzw. Schwestern	• 2 Variablen: Anzahl Brüder; Anzahl Schwestern
Pflegezeit Brüder bzw. Schwestern	• 2 Variablen: Gemeinsame Pflegezeit der Söhne (Tage pro Jahr); Gemeinsame Pflegezeit der Töchter (Tage pro Jahr)
Erstgeborene/r in Familie: weiblich	• Geschlechtsspezifisches Pendant zur Individualvariable „Erstgeborene ja/nein“ auf Kontextebene
<i>Beispielhaft für alle weiteren kategorialen Individualvariablen auf Geschwisterebene (es entstehen jeweils (2 x Anzahl Merkmalsausprägungen) Variablen):</i>	
Anzahl Vollzeit/Teilzeit/nicht erwerbstätiger Brüder bzw. Schwestern	• 6 Variablen: Anzahl Vollzeit erwerbstätiger Brüder; Anzahl Teilzeit erwerbstätiger Brüder; Anzahl nicht erwerbstätiger Brüder; Anzahl Vollzeit erwerbstätiger Schwestern; Anzahl Teilzeit erwerbstätiger Schwestern; Anzahl nicht erwerbstätiger Schwestern
[...]	
<i>Merkmale des Elternteils (Kontextebene):</i>	
Geschlecht	• Dummy-Variable: 0 = männlich, 1 = weiblich
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen	<ul style="list-style-type: none"> • Summen-Index aus ADL- und IADL-Index • ADL-Index: Anzahl der Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens (u.a. ankleiden, waschen, essen, Toilettengang); Wertebereich: 0-6 • IADL-Index: Anzahl der Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (u.a. Orientierung an fremden Orten, Nahrungszubereitung, Erledigung von Einkäufen, Haushaltsführung, Regelung von Finanzangelegenheiten); Wertebereich: 0-9 • Wertebereich: 0-15
Partnerschaftsstatus	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: Partner (0 = nein, 1 = ja) • ja: Verheiratet und mit Ehegatten zusammenlebend; in eingetragener Partnerschaft lebend; mit Partner zusammenlebend • nein: verheiratet, aber getrennt vom Ehegatten lebend; ledig; geschieden; verwitwet [und jeweils nicht mit etwaigem Partner zusammenlebend]
Monatliches Äquivalenzeinkommen	<ul style="list-style-type: none"> • Durchschnittliches monatliches Gesamteinkommen des Haushalts dividiert durch die gewichtete Anzahl der Haushaltsmitglieder • In der Analyse: in 1000 Euro, zentriert • Details: Appendix C
Bildung	<ul style="list-style-type: none"> • Dummy-Variable: <ul style="list-style-type: none"> • 0 = niedrig (keine/Grundbildung; Sekundarbildung I (Unterstufe, Mittelstufe); Sekundarbildung II (Oberstufe)) • 1 = hoch (Postsekundäre Bildung; Tertiäre Bildung (erste Stufe); Tertiäre Bildung (Forschungsqualifikation)) • Details zur Kodierung: Appendix D
Alter	• metrisch; zentriert

Anm.: Details siehe Anhang C und D.

Abhängige Variable

Die abhängige Variable in der vorliegenden Untersuchung stellt die aufgewendete Pflegezeit eines Kindes für ein Elternteil dar. Befragte konnten angeben, ob und wenn ja, wie häufig jedes einzelne Kind sie im vergangenen Jahr durchschnittlich bei der persönlichen Pflege, im

Haushalt oder bei Schreiarbeiten unterstützt hat. Die ursprünglich vier Antwortkategorien wurden zunächst um die Kategorie „nie“ ergänzt für Kinder, die dem Elternteil keine Hilfe leisteten. Die Variable wurde dann in die metrische Variable „Pflegetage pro Jahr“ umkodiert (s. Tabelle 4.1).

Unabhängige Variablen auf Individualebene

Die zentrale unabhängige Variable auf Individualebene ist das *Geschlecht* des Kindes (männlich vs. weiblich). Der Erwerbsstatus (Vollzeit erwerbstätig; Teilzeit erwerbstätig; nicht erwerbstätig), die Wohndistanz zum Elternteil (mit Elternteil zusammenlebend; in der Nähe lebend; weit entfernt lebend), der Partnerschaftsstatus (Partner ja/nein) und vorhandene Kinder (Elternschaft ja/nein) stellen die *zeitbeschränkenden Faktoren* von Kindern auf die übernommene elterliche Pflege dar.

Als *ökonomische Ressourcen* bzw. zur Abbildung der *Opportunitätskosten* eines Kindes werden dessen Bildung (hoch vs. niedrig) und sein Alter (zentriert) – um altersbedingte Unterschiede in den Ressourcen zu erfassen (Grigoryeva 2017: 127) – in die Analyse aufgenommen.

Ob ein Kind erstgeboren ist sowie geleistete finanzielle Transfers in den vergangenen zwölf Monaten sowohl vom Elternteil an das Kind als auch vom Kind an das Elternteil werden als Ausdruck von *Reziprozitätsnormen* als jeweils dichotome Variable einbezogen.

Unabhängige Variablen auf Kontextebene

Die Variablen der Kontextebene bestehen – im Sinne der klassischen Typologie (Lazarsfeld & Menzel 1980; Galtung 1969) – aus analytischen und globalen Merkmalen der Ursprungsfamilie des Kindes. Analytische Merkmale der Kontextebene sind Variablen, die sich aus Merkmalen der Individualebene ableiten lassen und diese zusammenfassend darstellen. Zu dieser Variablengruppe zählen die Geschwistermerkmale, die getrennt nach Geschlecht als Anzahl der Geschwister mit dem interessierenden Attribut erstellt werden (vgl. Grigoryeva 2017). Eine Ausnahme davon stellt die Variable „Erstgeboren (ja/nein)“ dar, die auf Kontextebene als „Erstgeboren: weiblich“ konzipiert wird und entsprechend angibt, ob das älteste Kind in einer Familie ein Sohn oder eine Tochter ist. Als einzige metrische Individualvariable wird das Alter eines Kindes auf Kontextebene ebenfalls dichotom operationalisiert, indem die Anzahl der Geschwister unter bzw. über dem Durchschnittsalter der Kinder im Datensatz von 41 Jahren bestimmt wird. Zusätzlich wird die insgesamt geleistete Pflegezeit von Söhnen bzw. Töchtern als Summe ihrer individuellen Pflegezeiten in einer jeweils eigenen Kontextvariable abgebildet.

Als globale Merkmale – und damit Eigenschaften, die nicht aus den Einheiten der unteren Ebene ableitbar sind – gehen als zentrale erklärende Variablen das Geschlecht des Elternteils (weiblich vs. männlich) sowie dessen Anzahl an gesundheitlichen Einschränkungen (metrisch) in die Analyse ein.

Kontrollvariablen

Neben dem Geschlecht und den gesundheitlichen Einschränkungen eines Elternteils, bilden noch weitere soziodemographische elterliche Merkmale die familialen Bedürfnisstrukturen ab. Hat das Elternteil eine*n Partner*in (Partnerschaft ja/nein), wird es vermutlich primär von dieser/diesem unterstützt und der intergenerationale Hilfebedarf ist geringer (Haber Kern et al. 2015; Vergauwen und Mortelmans 2021; Roquebert et al. 2018). Vorhandene finanzielle Ressourcen (im Modell als Monats-Äquivalenzeinkommen, zentriert)¹⁰⁵ können sowohl die Pflegemotivation der Kinder anregen,¹⁰⁶ als auch durch die Investition in privat bezahlte professionelle Pflegedienste für eine Entlastung der Nachkommen sorgen (Haber Kern & Szydlik 2008, 85; Sarkisian & Gerstel 2004). Eine höhere Bildung (hoch vs. niedrig) kann den Zugang zu staatlichen Pflegeleistungen erleichtern, so dass die eigenen Kinder seltener als Pflegepersonen zur Verfügung stehen müssen (Roquebert et al. 2018; Vergauwen & Mortelmans 2021). Schließlich wird auch das Alter des Elternteils (zentriert) in die Analyse mit aufgenommen, um Unterschiede im Pflegebedarf zu kontrollieren.

4.4.3 Methode

Die Aufteilung der Variablen auf Variablen der Individual- und der Kontextebene zeigt die hierarchische Struktur der Daten. Kinder gehören unterschiedlichen Familien bzw. Geschwistergruppen an, die jeweils eigene Merkmale besitzen. Da im vorliegenden Datensatz alle Kinder einer Familie abgebildet sind – d.h. die Daten räumlich strukturiert bzw. gruppiert sind –, sind die Beobachtungen voneinander abhängig. Ein einfaches Poolen der Daten ohne Berücksichtigung dieses Umstands führt zu mehreren Annahmeverletzungen der OLS-Regression: Erstens sind die Prädiktoren nicht unabhängig vom Fehlerterm (Exogenitätsannahme), wenn relevante Kontextmerkmale nicht ins Schätzmodell aufgenommen werden (Omitted-Variable-Bias) (Ziller 2018: 7). Zweitens korrelieren die

¹⁰⁵ Die Verwendung des logarithmierten Einkommens des Elternteils ändert die Ergebnisse nicht.

¹⁰⁶ Zwar dürfte sowohl der zeitliche Abstand zwischen Pflege und Erbe, als auch die Abwägung von der Höhe des Erbes in Relation zur Höhe des (entgangenen) Einkommens die Überlegungen zur Übernahme von elterlicher Pflege verkomplizieren; dennoch ist davon auszugehen, dass sie nicht irrelevant sind. Insgesamt können finanzielle Anreize einen sowohl praktischen als auch symbolischen Charakter haben und die Pflegebereitschaft damit erhöhen (Dallinger 1997: 40-41; Zelizer 2005; Folbre 2012), auch wenn nicht alle Studien einen derartigen Effekt finden (Dwyer & Coward 1991; Vergauwen & Mortelmans 2021)

Residuen durch die vorhandenen Gruppenzugehörigkeiten miteinander und sie sind – drittens – potenziell heteroskedastisch (Verletzung der Homoskedastizitätsannahme), da das Kontextresiduum – zumindest, wenn die Effekte der Einflussfaktoren zwischen den Kontexteinheiten variieren – von den Werten der unabhängigen Variablen abhängig ist (Windzio 2017; Hox 2010).¹⁰⁷ Auch eine scheinbare Berücksichtigung der Datenhierarchie durch Aggregation (also der Zusammenfassung von Individualdaten für eine Regression auf Gruppenebene), Disaggregation (Eigenschaften der Gruppenebene werden den einzelnen Analyseeinheiten der Individualebene zugeordnet) oder separate Regressionen für jede Kontexteinheit lösen die angeführten Probleme nur unzureichend, schränken das Datenpotenzial weiter ein und erschweren eine sinnvolle Interpretation (für Details s. u.a. Hox 2010, Braun et al. 2010, Wenzelburger et al. 2014, Pötschke 2006). Allen genannten Methoden ist außerdem gemein, dass mit ihnen die Analyse von Cross-Level-Effekten – also Wechselwirkungen zwischen der Individual- und der Kontext-Ebene – problematisch ist (Snijders & Bosker 2012). Ein Beispiel eines solchen Cross-Levels-Effekts wäre die in den aufgestellten Hypothesen geäußerte Vermutung, dass der Effekt des Geschlechts eines Kindes auf seine geleistete elterliche Pflegezeit mit der Anzahl der Brüder und/oder Schwestern in seinem Geschwisternetzwerk variiert, also die Pflegezeit von Töchtern beispielsweise mit der Anzahl ihrer Brüder steigt, während bei Söhnen ein gegenteiliger Effekt zu sehen ist.

Für die Untersuchung hierarchisch strukturierter Daten ist demnach eine Mehrebenenanalyse angemessen und anderen Methoden überlegen. In der Mehrebenenanalyse wird die Streuung der abhängigen Variable auf unterschiedliche Ebenen zerlegt in die Varianz zwischen den Kontexteinheiten (*between groups*) (hier: Familien) und die Varianz innerhalb der Kontexteinheiten (*within groups*) (hier: Kinder) (Hinz 2009: 654). In das Modell gehen damit explizit sowohl individuenspezifische als auch kontextspezifische Messfehler mit ein, die Abhängigkeit der Beobachtungen auf Individualebene wird implizit berücksichtigt. Die Schätzung erfolgt mittels Maximum Likelihood.

4.5 Analyse und Ergebnisse

Nach der Aufbereitung der Daten sind noch 2879 Beobachtungen vorhanden. Hierin sind allerdings teilweise beide Elternteile enthalten, so dass partiell auch die zugehörigen Kinderdaten im Datensatz doppelt vorliegen. Um die Analyse zu vereinfachen, wird zufällig

¹⁰⁷ Der Verletzung der Annahme unkorrelierter Fehler kann durch die Schätzung (cluster-)robuster Standardfehler begegnet werden.

jeweils ein Elternteil ausgewählt und aus dem Datensatz entfernt.¹⁰⁸ Es verbleiben 2703 Beobachtungen im Datensatz.

Es wird keine Einschränkung hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Elternteils vorgenommen. Zwar könnte man die Analyse begrenzen auf Elternteile, die qua ihrer gesundheitlichen Befindens tatsächlich auch der Unterstützung bedürfen; allerdings geben die Befragten teilweise auch dann Unterstützungsleistungen (von Kindern und anderen Pflegepersonen) an, wenn sie keine gesundheitlichen Einschränkungen im Fragebogen expliziert haben. Das ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass diese Befragten ebenfalls Hilfe in einigen Bereichen benötigen, diese Bereiche oder Aufgaben aber entweder nicht in den abgefragten Aspekten beinhaltet sind oder nicht als solche wahrgenommen werden. Da die Fragestellung in der vorliegenden Untersuchung an der grundsätzlichen „Hilfsbereitschaft“ eines Kindes innerhalb seiner Geschwistergruppe interessiert ist, werden alle Eltern unabhängig ihres berichteten Unterstützungsbedarfs in der Analyse behalten.

Aus der Analyse ausgeschlossen werden schließlich Familien mit Einzelkindern. Insgesamt stehen damit 2342 Kinder aus 949 Familien zur Verfügung, wobei die Familien aus mindestens zwei und maximal sieben Kindern (Median=2; Mittelwert=2,5, SD=0,74) bestehen. Es gibt 601 gemischtgeschlechtliche Geschwistergruppen sowie 185 reine Brüder- und 163 reine Schwesterngruppen. Die deskriptive Statistik aller Variablen mit ihren jeweiligen Anteilen (dichotome Variablen) bzw. Mittelwerten und Standardabweichungen (metrische Variablen) sowie Wertebereichen ist in Tabelle 4.2 abgebildet.

Für die multivariate Analyse wird ein Mehrebenenmodell sukzessive aufgebaut, indem zunächst die Merkmale des Kindes integriert und die vermuteten Zusammenhänge auf Individualebene geprüft werden, um anschließend die Merkmale des Geschwisternetzwerks sowie des Elternteils in das Modell aufzunehmen. Im Gesamtmodell erfolgt schließlich die Überprüfung der Cross-Level-Interaktionen. Alle Modelle werden aufgrund von Heteroskedastizität in den Daten mit robusten Standardfehlern gerechnet.

¹⁰⁸ Würden beide Elternteile im Datensatz verbleiben, ergäbe sich der Umstand multipler Mitgliedschaften. Kinder würden dann nicht – wie in der Mehrebenenanalyse grundsätzlich vorausgesetzt – nur einem Element der höheren Ebene, sondern mehreren Elementen zugeordnet werden können (nämlich beiden Elternteilen). Die Datenstruktur müsste dann mit Gewichten auf der zweiten Ebene angepasst werden (Beretvas 2011). Um die Analyse nicht zu komplex werden zu lassen, wird auf eine derartige Anpassung verzichtet.

Tabelle 4.2: Deskriptive Statistik der Individual- und Kontextvariablen (N=2342 Kinder aus 949 Familien)

Variable	%	M	SD	Wertebereich
Individualebene: Kind				
Pflegezeit (Tage pro Jahr)		3,517	28,005	0 bis 365
Geschlecht: weiblich	48,9			0 oder 1
Erwerbsstatus (Ref.: nicht erwerbstätig)				
Vollzeit erwerbstätig	73,8			0 oder 1
Teilzeit erwerbstätig	13,9			0 oder 1
Wohndistanz zum Elternteil (Ref.: in der Nähe lebend)				
Mit dem Elternteil zusammenlebend	16,3			0 oder 1
Weit entfernt lebend	45,5			0 oder 1
Partner: ja	74,7			0 oder 1
Eigene Kinder: ja	63,1			0 oder 1
Bildung: hoch (Ref.: niedrig)	38,9			0 oder 1
Alter		41,050	9,819	18 bis 73
Erstgeborene: ja	40,5			0 oder 1
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	2,6			0 oder 1
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	20,9			0 oder 1
Kontextebene: Geschwister				
Anzahl Söhne		1,371	0,941	0 bis 6
Anzahl Töchter		1,315	0,912	0 bis 4
Erstgeborene/r in Familie: weiblich (Ref.: männlich)	50,9			0 oder 1
Merkmale Söhne				
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)		3,573	24,452	0 bis 365
Anzahl Vollzeit erwerbstätig		1,252	0,913	0 bis 6
Anzahl Teilzeit erwerbstätig		0,021	0,144	0 bis 1
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend		0,242	0,479	0 bis 3
Anzahl weit entfernt lebend		0,493	0,719	0 bis 3
Anzahl mit Partner/in		0,982	0,910	0 bis 6
Anzahl mit eigenen Kindern		0,801	0,877	0 bis 5
Anzahl mit hoher Bildung		0,581	0,793	0 bis 4
Anzahl mind. 41 Jahre alt		0,734	0,899	0 bis 4
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet		0,024	0,198	0 bis 3
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten		0,256	0,579	0 bis 3
Merkmale Töchter				
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)		4,690	34,811	0 bis 417
Anzahl Vollzeit erwerbstätig		0,715	0,799	0 bis 3
Anzahl Teilzeit erwerbstätig		0,354	0,579	0 bis 4
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend		0,173	0,399	0 bis 2
Anzahl weit entfernt lebend		0,548	0,792	0 bis 4
Anzahl mit Partner/in		1,018	0,872	0 bis 4
Anzahl mit eigenen Kindern		0,923	0,883	0 bis 4
Anzahl mit hoher Bildung		0,448	0,702	0 bis 4
Anzahl mind. 41 Jahre alt		0,720	0,933	0 bis 4

(fortgesetzt)

Tabelle 4.2: Fortsetzung

Variable	%	M	SD	Wertebereich
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet		0,038	0,239	0 bis 2
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten		0,249	0,561	0 bis 3
Kontextebene: Elternteil				
Geschlecht: weiblich	53,5			0 oder 1
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen		0,457	1,567	0 bis 15
Partner: ja	89,7			0 oder 1
Bildung: hoch (Ref.: niedrig)	31,5			
Äquivalenzeinkommen (netto, pro Monat) ^a		2664,056	4215,379	399 bis 50 000
Alter		68,414	9,394	50 bis 95

^a In der Analyse in 1000 Euro.

4.5.1 Varianzdekomposition

Tabelle 4.3 zeigt die Varianzdekomposition der Mehrebenenanalyse zur Aufklärung der elterlichen Pflegezeit eines Kindes. Das im ersten Schritt gerechnete Nullmodell mit nur der abhängigen Variablen zeigt eine deutlich größere Residualvarianz der Individualebene im Vergleich zur Kontextebene. Unterschiede innerhalb einer Familie sind demnach größer als Unterschiede zwischen den Familien. Die mittlere Pflegezeit über alle Kinder und Familien hinweg liegt bei gut dreieinhalb Tagen pro Jahr (nicht abgebildet). Der Intraklassenkoeffizient (IKK) des Nullmodells beträgt 8,9 Prozent, d.h. knapp neun Prozent der Gesamtvariation der Pflegezeit eines Kindes lassen sich durch Merkmale in der Familie erklären und die Anwendung einer Mehrebenenanalyse ist einer einfachen linearen Regression vorzuziehen.¹⁰⁹ Mit der sukzessiven Aufnahme zunächst der Individual-, dann der Kontextvariablen verbessert sich die Modellgüte (geringere Werte von Devianz, AIC und BIC) und die Varianz auf beiden Ebenen nimmt ab.¹¹⁰ Mit Aufnahme der Kontextvariablen wird die Kontextvarianz nahezu vollständig aufgeklärt.

¹⁰⁹ Der Intraklassenkoeffizient (IKK) berechnet sich aus der Gruppenvarianz im Verhältnis zur Summe von Gruppenvarianz und Individualvarianz. Er drückt damit den Anteil der Gesamtvarianz der abhängigen Variablen aus, der sich durch die Gruppierung ergibt (Wenzelburger et al. 2014: 96), und dient zur Überprüfung, ob die Anwendung eines Mehrebenenmodells tatsächlich notwendig und angemessen ist. Ab welchem Wert des IKK dies der Fall ist, wird in der Forschung unterschiedlich betrachtet. Hox (2010) gibt Richtwerte zwischen 0,05 und 0,3 dafür an; Nezlek (2008: 857) spricht sich unabhängig von der Höhe des IKK für eine Mehrebenenanalyse aus, sobald die Datenstruktur eine solche nahelegt.

¹¹⁰ Die Modellgüte lässt sich anhand der Devianz, den Gütemaßen AIC und BIC, sowie der erklärten Varianz auf Mikro- und Makroebene überprüfen (vgl. Wenzelburger et al. 2014: 113-117). Je geringer Devianz, AIC und BIC, desto besser ist das Modell an die Daten angepasst.

Tabelle 4.3: Varianzdekomposition und Modellgüte der stufenweisen Mehrebenenanalyse bezüglich der Pflegezeit eines Kindes (N=2342 Kinder aus 949 Familien)

	Varianz		Devianz ^a	AIC	BIC
	Individual- ebene	Kontext- ebene			
Nullmodell	716,58	69,82	22246,77	22252,77	22270,05
Kindermerkmale	699,08	66,59	22184,80	22214,80	22301,18
Kinder- und Geschwistermerkmale	390,73	0	20623,37	20703,37	20933,72
Kinder- und Elternmerkmale	676,93	0	21910,44	21952,44	22073,38
Gesamtmodell	390,30	0	20620,85	20712,85	20977,75

^a Berechnung: $-2 * \log \text{likelihood}$.

4.5.2 Geschlecht und individuelle Merkmale des Kindes

Der Einfluss der individuellen Merkmale eines Kindes auf dessen Pflegezeit wird zunächst im reduzierten Modell mit ausschließlich den Individualvariablen getestet.¹¹¹ Modell 1 (Tabelle 4.4) zeigt, dass eine Tochter etwas mehr Pflegezeit als ein Sohn leistet. Der Effekt bleibt zwar stabil im Vergleich zum Analysemodell ohne weitere Individualvariablen (hier nicht abgebildet), ist jedoch nicht signifikant. Auch die zeitlichen Restriktionen qua Erwerbstätigkeit und eigenen Kindern zeigen zwar in die erwartete Richtung und reduzieren die aufgewendete Pflegezeit für das Elternteil, sind aber ebenfalls nicht signifikant. Deutliche Effekte sieht man allerdings bei der Wohndistanz: Kinder, die mehr 25 km entfernt von ihren Eltern wohnen, leisten (c. p.) etwa drei Tage pro Jahr weniger Pflegezeit als Kinder, die näher bei ihren Eltern leben ($p=0,000$). Wohnt ein Kind hingegen mit seinem Elternteil zusammen, liegt seine durchschnittliche Pflegezeit pro Jahr (c. p.) mehr als acht Tage über dem eines in der Nähe wohnenden Kindes ($p=0,006$). Entgegen der ausformulierten theoretischen Erwartung übernehmen Erstgeborene deutlich weniger Pflegezeit für ihre Eltern ($b=2,735$; $p=0,036$), was jedoch im Einklang mit den theoretisch ebenfalls angeführten Reziprozitätsnormen ist: Haben Erstgeborene ihre Eltern schon in frühen Jahren stärker unterstützt, sind sie ihnen weniger „schuldig“ und können sich später stärker aus der Pflegeverantwortung ziehen. Eine Partnerschaft, eine hohe Bildung sowie finanzielle Transfers zwischen Eltern und Kind wirken jeweils positiv auf die elterliche Pflegezeit, sind jedoch nicht signifikant. Der signifikante Alterseffekt enthält vermutlich den noch unbeobachteten Zusammenhang mit dem Alter und

¹¹¹ Die Annahme dieses sogenannten Random-Intercept-Modells ist, dass sich der Durchschnittswert der Pflegezeit in den Familien unterscheidet, die Effekte der Individualvariablen jedoch in Richtung und Stärke nicht zwischen den Familien variieren. Die übriggebliebene Varianz auf Individual- und Kontextebene bildet den Teil der Streuung zwischen Kindern bzw. Familien ab, der nicht durch die aufgenommenen Individualvariablen erklärt wird (vgl. Tabelle 4.3).

den damit einhergehenden gesundheitlichen Einschränkungen des Elternteils, und sollte mit Aufnahme der Kontextvariablen insignifikant werden.

Tabelle 4.4: Ergebnisse des stufenweisen Mehrebenenmodells zur Schätzung der elterlichen Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr) (N=2342 Kinder aus 949 Familien)

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	b	se	b	se	b	se
Merkmale des Kindes						
Geschlecht: weiblich	1,216	1,228	0,351	1,056	-1,018	1,523
Erwerbsstatus (Ref.: Nicht erwerbstätig)						
Teilzeit erwerbstätig	-0,562	3,016	2,016	2,824	2,189	2,946
Vollzeit erwerbstätig	-2,096	2,314	-1,060	2,061	-1,307	2,645
Wohndistanz zum Elternteil (Ref.: In der Nähe lebend)						
Mit Elternteil zusammenlebend	8,335**	3,040	6,344**	2,445	7,633**	2,464
Weit entfernt lebend	-3,326***	0,893	-2,962***	0,867	-3,280**	1,070
Partner: ja	0,367	1,209	-0,328	1,069	-1,136	0,982
Eigene Kinder: ja	-0,569	1,398	0,303	1,232	0,486	1,187
Bildung: hoch (Ref.: niedrig)	2,030	1,436	2,425	1,457	4,040*	1,864
Alter (zentriert)	0,264**	0,100	-0,067	0,141	-0,108	0,101
Erstgeboren: ja	-2,548*	1,218	-1,043	1,039	-1,213	1,114
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	2,724	6,403	2,134	5,670	8,145	10,81
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	1,604	1,594	1,572	1,533	3,684	2,546
Merkmale der Geschwister						
Anzahl Söhne					-1,442	1,041
Anzahl Töchter					0,148	1,202
Erstgeborene/r in Familie: weiblich					0,125	0,250
Merkmale der Söhne						
Gemeinsame Pflegezeit (Tage/Jahr)					0,435***	0,0345
Anzahl Vollzeit erwerbstätig					0,937	1,066
Anzahl Teilzeit erwerbstätig					-0,904	1,292
Anzahl mit Elternteil zus.lebend					-2,984**	0,969
Anzahl weit entfernt lebend					1,443**	0,454
Anzahl mit Partner/in					0,429	0,409
Anzahl mit eigenen Kindern					-0,151	0,473
Anzahl mit hoher Bildung					-1,331*	0,669
Anzahl mind. 41 Jahre alt					-0,066	0,335
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet					-4,022	4,499
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten					-1,838	1,028
Merkmale der Töchter						
Gemeinsame Pflegezeit (Tage/Jahr)					0,461***	0,0236
Anzahl Vollzeit erwerbstätig					0,083	1,141
Anzahl Teilzeit erwerbstätig					-0,431	1,074
Anzahl mit Elternteil zus.lebend					-3,699**	1,319
Anzahl weit entfernt lebend					0,866	0,495
Anzahl mit Partner/in					0,390	0,575
Anzahl mit eigenen Kindern					-1,075	0,708
Anzahl mit hoher Bildung					-1,148	0,697
Anzahl mind. 41 Jahre alt					-0,061	0,364
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet					-2,343	4,270
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten					-1,781	1,037

Tabelle 4.4: Fortsetzung

	Modell 1		Modell 2		Modell 3	
	b	se	b	se	b	se
Merkmale des Elternteils						
Geschlecht: weiblich			0,516	1,052	-0,271	0,221
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen			5,972***	1,472	0,172	0,179
Partner: ja			-4,588	2,914	-1,108	0,601
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)			-0,221	1,343	-0,326	0,286
Äquivalenzeinkommen in 1000 (netto, pro Monat)			-0,019	0,073	0,002	0,014
Alter			0,065	0,117	0,102	0,064
Konstante	4,460	2,318	4,256	3,477	4,210	2,710
<i>N</i>	2342		2342		2342	

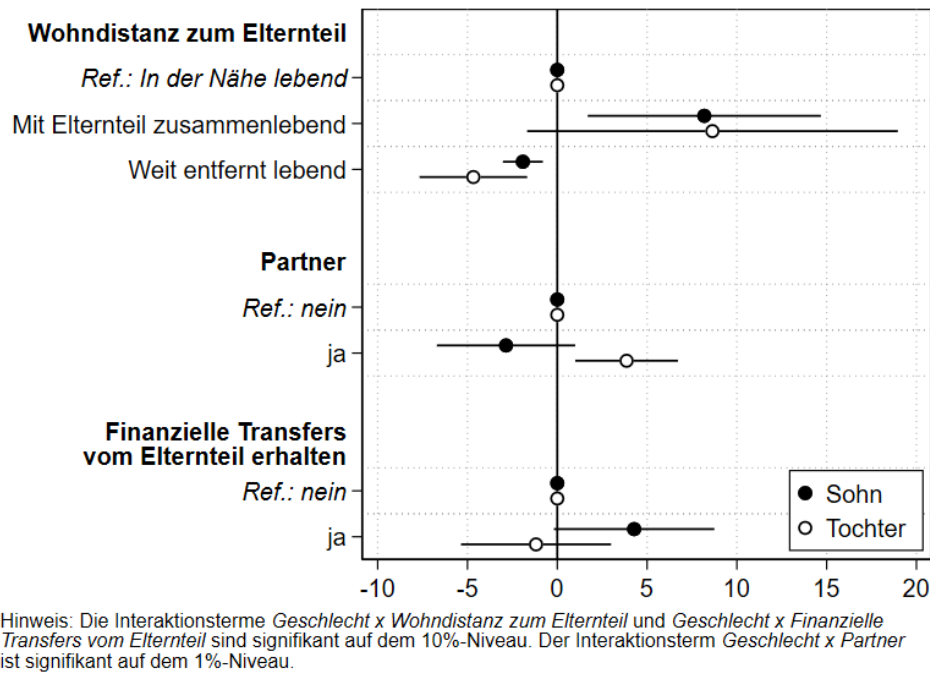
Robuste Standardfehler in Klammern; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Für die Überprüfung von Wechselwirkungen zwischen dem Geschlecht des Kindes und seinen weiteren Merkmalen wird jede Individualvariable einzeln über einen Interaktionsterm im Modell auf Signifikanz getestet. Als geschlechtsspezifisch signifikant erweisen sich das Vorhandensein eines Partners oder einer Partnerin, sowie tendenziell eine große Wohndistanz und finanzielle Transfers vom Elternteil zum Kind. Die entsprechenden geschlechtsspezifischen Marginal Effekte sind in Abbildung 4.1 abgetragen. Eine Partnerschaft erhöht die Pflegezeit von Töchtern um fast vier Tage, während sie die Pflegezeit von Söhnen um etwa drei Tage reduziert. Möglicherweise können sich Männer aus der Pflegeverantwortung ziehen, weil ihre Partnerin den anzufallenden Pflegebedarf mit übernimmt. Eine große Wohndistanz verringert die Unterstützung einer Tochter für das Elternteil stärker als von einem Sohn. Da Töchter durchschnittlich mehr Pflagetage im Jahr leisten als Söhne, nähert sich ihr Pflageumfang damit jenem der Söhne an. Finanzielle Anreize scheinen hingegen Söhne zur Pflgearbeit zu motivieren: Erhält ein Sohn finanzielle Zuwendungen von seinen Eltern, leistet er mehr als vier Tage zusätzlich Pflage im Jahr für sie.¹¹² Die Interaktionseffekte bleiben (tendenziell) signifikant, wenn sie gemeinsam in das Modell eingeführt werden (s. Anhang E, Tabelle 4.E1).¹¹³

¹¹² Es kann freilich auch die umgekehrte Kausalrichtung argumentiert werden, dass Eltern auf höhere Pflegezeiten von Söhnen wahrscheinlicher mit finanziellen „Entschädigungen“ reagieren. Beide Argumentationen verweisen auf die Bedeutsamkeit ökonomischer Aspekte, wenn Söhne in eine Pflegebeziehung involviert sind.

¹¹³ Eine Übersicht der Modelle mit den einzelnen Interaktionstermen, dem Modell mit allen (tendenziell) signifikanten Interaktionstermen sowie einem Gesamtmodell mit allen Interaktionstermen ist in Tabelle 4.E1 in Anhang E zu finden. Werden alle Interaktionsterme auf Individualebene in das Modell aufgenommen, bleibt nur die Wechselwirkung aus Partnerschaftsstatus und Geschlecht signifikant.

Abbildung 4.1: (Tendenziell) signifikante Interaktionseffekte individueller Merkmale und Geschlecht des Kindes



4.5.3 Geschlecht und Merkmale der Geschwister

Der Einfluss der Geschwistermerkmale ist im Gesamtmodell (Modell 3, Tabelle 4.4) zu sehen.¹¹⁴ Es zeigt, dass die Anzahl der Geschwister keinen signifikanten Effekt auf die Zeit hat, die ein Kind für die Unterstützung seiner Eltern aufbringt. Zwar korreliert die Pflegezeit eines Kindes signifikant negativ mit der Anzahl an Söhnen in einer Familie, wenn man nur die Anzahl der Geschwister im Modell berücksichtigt (nicht abgebildet); mit Aufnahme der weiteren Geschwistermerkmale bleibt der Effekt zwar sichtbar, wird jedoch insignifikant. Auch die Annahme einer Cross-Level-Wechselwirkung – die Anzahl der Brüder und die Anzahl der Schwestern beeinflusst die Pflegezeit von Söhnen bzw. Töchtern unterschiedlich – bestätigt sich nicht (s. Anhang E, Tabelle 4.E2, Modelle 1 und 2).

Betrachtet man die weiteren Geschwistermerkmale, erkennt man Folgendes: Sowohl die gemeinsame Pflegezeit der Söhne als auch der Töchter hat einen signifikant positiven Einfluss auf die Pflegezeit eines Kindes und erhöht diese um etwa 10,5 Stunden (Söhne) bzw. 11 Stunden (Töchter). Die Wohndistanz der Geschwister zu dem zu unterstützenden Elternteil hat

¹¹⁴ Das Modell mit nur den Geschwistermerkmalen als kontextuelle Einflussfaktoren weicht in den Regressionskoeffizienten kaum von den Ergebnissen im Gesamtmodell ab und ist daher nicht abgebildet. Die Interaktionsterme der Individualebene wurden im weiteren Modellaufbau wieder herausgenommen, um die Komplexität zu reduzieren. Die Schätzungen der Regressionskoeffizienten der Modelle mit Kontextfaktoren weichen inklusive der Individual-Interaktionsterme nur teilweise und geringfügig in den nicht mit den Interaktionen in Zusammenhang stehenden Variablen ab.

wiederum einen signifikanten Einfluss auf die Pflegezeit eines Kindes. Je mehr Töchter und je mehr Söhne mit dem Elternteil zusammen in einem Haus leben, desto weniger Pflegezeit leistet ein einzelnes Kind. Leben Brüder weit entfernt von den Eltern, steigt die Pflegebereitschaft eines Kindes, und zwar signifikant um knapp eineinhalb Tage pro Jahr mit jedem weiteren über 25 Kilometer entfernt lebenden Sohn in der Familie. Dieser Effekt ist bei den Schwestern schwächer und nur tendenziell signifikant ($p=0,080$). Außerdem negativ signifikant ist die Anzahl der Söhne in einer Familie, die eine hohe Bildung haben. Ökonomische Ressourcen der Brüder haben damit offenbar einen entlastenden Effekt auf die Pflegezeit eines Kindes. Das erscheint schlüssig, wenn eine hohe Bildung mit hohem Einkommen einhergeht und dieses möglicherweise eingesetzt wird, um private Pflegedienste zu engagieren. Gleichzeitig verstärkt sich der positive Effekt der Bildung des Kindes auf Individualebene mit Aufnahme der Kontextvariablen und wird signifikant. Insbesondere in Aushandlungsprozessen mit den Geschwistern scheinen daher Kinder mit hoher Bildung möglicherweise durch (die Selektion in) Berufe mit flexiblerer Zeiteinteilung bzw. höherer Statusposition ein umfangreicheres bzw. regelmäßigeres Aufgabenkontingent zu übernehmen. Tendenziell ist erkennbar, dass die Pflegezeit eines einzelnen Kindes umso geringer ist, je mehr Geschwister in der Familie finanzielle Zuwendungen vom Elternteil erhalten ($p=0,074$ (Brüder); $p=0,086$ (Schwestern)). Familienverpflichtungen (Partnerschaft, eigene Kinder) der Geschwister scheinen keinen Einfluss auf die Pflegezeit eines Kindes zu haben.

4.5.4 Geschlecht und Merkmale des Elternteils

Bei den Merkmalen des Elternteils zeigt sich wiederum kein Effekt des Geschlechts auf die Pflegezeit eines Kindes: Mütter erhalten nicht mehr Pflege als Väter von ihren Kindern. Auch zeigt die Analyse weder eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Geschlecht des Kindes und dem Geschlecht des Elternteils, noch zwischen dem Geschlecht des Kindes und dem Pflegebedarf des Elternteils (s. Anhang E, Tabelle 4.E2, Modelle 3 und 4). Ein gegengeschlechtliches Pfl egetabu sowie eine geschlechtsspezifische Reaktion auf den Hilfebedarf der Eltern können damit nicht bestätigt werden.

Hat das Elternteil eine/n Partner/in, wirkt sich das tendenziell negativ auf die Pflegezeit eines Kindes aus ($p=0,065$). Das ist einleuchtend, da der/die Partner/in meist die Hauptpflegeperson darstellt und Kinder damit einen geringeren zeitlichen Pflegeaufwand haben als bei einem alleinstehenden pflegebedürftigen Elternteil. Bemerkenswert ist allerdings, dass der Effekt der elterlichen Partnerschaft im Modell ohne Geschwistervariablen deutlich stärker ausfällt und auch die Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen des Elternteils noch einen starken positiven und signifikanten Effekt auf die Pflegezeit eines Kindes aufweisen ($b=5,972$;

$p=0,000$), der im Gesamtmodell nicht mehr vorzufinden ist (vgl. Tabelle 4.4, Modelle 2 und 3). Verantwortlich dafür ist vermutlich, dass beide Variablen über die geleistete Pflegezeit der Kinder in einer Familie vermittelt werden: Sowohl ein Partner als auch gesundheitliche Einschränkungen des Elternteils wirken auf die investierte Pflegezeit der Kinder in einer Familie, welche wiederum die individuelle Pflegezeit eines Kindes beeinflusst. Das sozio-ökonomische Kapital des Elternteils (Bildung, Einkommen) und sein Alter haben keinen signifikanten Einfluss auf die Pflegezeit eines Kindes. Wie erwartet verliert der Alterseffekt eines Kindes mit Aufnahme der Kontextvariablen seine Signifikanz.

4.6 Robustheitsanalysen

Um die Robustheit der Ergebnisse zu prüfen, werden zwei Modifizierungen hinsichtlich der Hauptanalyse vorgenommen: Erstens wird die lineare Mehrebenenanalyse mit drei alternativen Sample-Zuschnitten wiederholt. Zweitens werden alternative Operationalisierungen der unabhängigen Variablen, beispielsweise die Verwendung relativer Anteile statt absoluter Anzahlen bei den Geschwistervariablen, geprüft. Details und Ergebnisse zu den Robustheitsanalysen sind in Anhang F zu finden.

Insgesamt bleiben die berichteten Ergebnisse über alle Modelle hinweg robust und weichen nur marginal voneinander ab. Als stabil signifikant können die Effekte der Wohndistanz (sowohl auf Individual- als auch auf Kontextebene) und der Pflegezeit der Geschwister angeführt werden. Effekte der Bildung, einer Partnerschaft und finanziellen Eltern-Kind-Transfers, die in der Hauptanalyse mindestens tendenziell signifikant sind, variieren in den Robustheitsanalysen im Signifikanzniveau, bleiben jedoch immer einflussreich.

4.7 Zusammenfassung und Diskussion

Die zentrale Fragestellung der vorliegenden Untersuchung war, ob und – wenn ja – inwiefern der familiäre Kontext die geleistete Pflegezeit von Kindern für ihre Eltern beeinflusst. Dabei wurde davon ausgegangen, dass sowohl das Geschlecht der Kinder als auch das ihrer Geschwister und das des zu pflegenden Elternteils nicht nur als eigenständige Faktoren, sondern auch in Wechselwirkung mit individuellen sowie familialen Merkmalen agieren.

Insgesamt lassen die Ergebnisse der Untersuchung folgende Schlüsse hinsichtlich der aufgestellten Hypothesen zu: Die Annahme, dass Familienverantwortlichkeiten stärker die elterliche Pflegezeit von Töchtern, ökonomische Faktoren hingegen stärker die von Söhnen beeinflussen, kann nur eingeschränkt bestätigt werden (Hypothesen 1a und 1b). Zwar wirkt eine Partnerschaft signifikant positiv auf die elterliche Pflegezeit von Töchtern und finanzielle Transfers vom Elternteil tendenziell positiv auf die elterliche Pflegezeit von Söhnen, deutliche

Effekte zeigen sich jedoch geschlechtsunabhängig insbesondere in der Wohndistanz zum Elternteil und dem Bildungskapital eines Kindes.

Die Anzahl der Brüder und Schwestern hat keinen Einfluss auf die individuelle Pflegezeit eines Kindes. Die Hypothesen 2a und 2b können mit den vorliegenden Daten damit nicht bestätigt werden. Vielmehr scheint die gemeinsam geleistete Unterstützung der Söhne und Töchter bedeutsam für die übernommene Pflegezeit eines einzelnen Kindes zu sein. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Befunden von Tolkacheva et al. (2010) und Vergauwen und Mortelmans (2021), die als eine der wenigen Studien die Pflegebeteiligung in ihren Analysen berücksichtigen und ebenfalls Mehrebenenmodelle schätzen. Außerdem einflussreich ist wiederum die Wohndistanz, wobei die Effekte darauf schließen lassen, dass für Söhne in einer Geschwistergruppe eine große räumliche Entfernung zu den Eltern möglicherweise eine legitime Entschuldigung darstellt, um aus der Pflegeverantwortung genommen zu werden, derweil insbesondere mit dem Elternteil zusammenlebenden Töchtern eine größere Pflegelast zugeschoben wird. Der ebenfalls nur von Brüdern signifikante Effekt der Bildung auf die individuelle Pflegezeit eines Kindes lässt den vorsichtigen Schluss zu, dass Merkmale der Geschwister je nach Geschlecht unterschiedlich wirken und ökonomische Faktoren von Brüdern eine höhere Bedeutung bei der individuellen Abwägung eines Kindes für den elterlichen Pflegeumfang haben. Hypothese 2c kann damit eingeschränkt bestätigt werden.

Bei Betrachtung der elternspezifischen Kontextfaktoren kann schließlich keine der aufgestellten Hypothesen bestätigt werden. Söhne und Töchter kümmern sich in gleichem Maße um beide Elternteile und reagieren auch gleichermaßen auf deren Pflegebedarf (Hypothesen 3a und 3b). Grundsätzlich wirkt die Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen des Elternteils positiv auf die bereitgestellte Pflegezeit eines Kindes. In der geschlechtsspezifischen Betrachtung zeigt sich zwar, dass mit steigendem Pflegebedarf des Elternteils Töchter sich immer stärker engagieren, während der zeitliche Einsatz von Söhnen sich kontinuierlich reduziert; dieser Effekt ist jedoch vorläufig nur für die Analyse-Stichprobe anzunehmen (keine Signifikanz) und auch Hypothese 3c kann damit nicht mit Anspruch auf Allgemeingültigkeit bestätigt werden.

Insgesamt werden damit mit der vorliegenden Untersuchung die geschlechtsspezifischen theoretischen Ansätze nur sehr eingeschränkt unterstützt und zeigen sich insbesondere im Zusammenspiel mit den Möglichkeiten und Restriktionen in den Opportunitätsstrukturen der Kinder. Einen deutlichen Einfluss auf die Pflegezeit eines Kindes hat die Pflegebereitschaft der Geschwister – je mehr Brüder und Schwestern bei der Pflege der Eltern mithelfen, desto höher

ist auch das Pflegeengagement jedes einzelnen Kindes. Die Annahme solidarischer Strukturen kann damit nicht nur intergenerational, sondern auch intragenerational bestätigt werden: Geschwister unterstützen sich gegenseitig und schultern die elterliche Pflegelast gemeinsam.

4.7.1 Kritik

In der vorliegenden Untersuchung mussten trotz sorgfältiger Analyse einige Einschränkungen in Kauf genommen werden.

Ein davon offenkundig betroffener Faktor ist die abhängige Variable. Bei der kategorialen Erhebung der durchschnittlichen Pflegehäufigkeit eines Kindes gehen Informationen verloren, die möglicherweise zu vielsagenderen Ergebnissen führen könnten. Zwar sind aktivitätsbezogene Zeitmessungen grundsätzlich mit Schwierigkeiten verbunden (Ehling et al. 2001), eine nuanciertere Erfassung der Pflegezeit könnte jedoch zu verbesserten Schätzungen beitragen. Aufgrund geringer Fallzahlen konnte in der vorliegenden Analyse auch keine Differenzierung in der Art der geleisteten Pflege vorgenommen werden. Die Übernahme körperlicher Pflege scheint allerdings stärker von der geschlechtsspezifischen Zusammensetzung der Geschwister beeinflusst als andere Formen der Unterstützung (Luppi und Nazio 2019), eine entsprechend spezifizierte Untersuchung könnte hier weitere Einblicke geben.

Einige der in die Analyse eingeschlossenen Faktoren sind außerdem nicht eindeutig in ihrer Kausalrichtung. Insbesondere Erwerbsumfang und Wohndistanz, aber auch Partnerschaftsstatus und eigene Kinder können nicht nur die Bereitschaft und Möglichkeit einschränken, elterliche Pflege zu leisten, sondern auch umgekehrt davon beeinflusst werden, dass Pflege geleistet wird. Kinder ziehen dann beispielsweise in die Nähe ihrer Eltern oder nehmen diese in den eigenen Haushalt auf, um sie adäquat pflegen oder ihren eigenen Zeit- und Kostenaufwand dafür minimieren zu können. Solche Zusammenhänge können mit Querschnittsanalysen als Momentaufnahmen der aktuellen Pflegesituation zwar aufgedeckt werden; sie können jedoch kaum die Kausalstruktur herausarbeiten, die hinter diesen Mustern steht. Als Erweiterung der vorliegenden Analyse sollte künftige Forschung daher die gefundenen Zusammenhänge überprüfen und die ihnen zugrundeliegenden Mechanismen mit Längsschnittdaten herausarbeiten.

In Längsschnittstudien kumulieren sich allerdings die Schwierigkeiten, die schon bei Querschnittstudien aufgrund der komplexen Datenerhebung entstehen: Wird nur das pflegebedürftige Elternteil oder eines der pflegenden Kinder befragt, muss man sich auf deren (möglicherweise verzerrte) Angaben verlassen und der Umgang mit fehlenden Angaben ist sorgfältig zu bedenken. Versucht man hingegen, alle Geschwisterkinder einer Familie zu

interviewen (und das für Längsschnittanalysen mehrmals), steigt die Wahrscheinlichkeit, dass die Rücklaufquote drastisch sinkt, und im Datenaufbereitungsprozess ebenfalls Korrektur- (Imputation, Gewichtung) oder Ausschlussverfahren erforderlich werden.

Fehlende Daten bei einem Kind haben in der vorliegenden Analyse ebenfalls dazu geführt, dass die gesamte Familie aus dem Datensatz entfernt wurde. Wenn allerdings ein Elternteil Merkmale eines Kindes aus einem Grund nicht angeben kann, der auch mit der geleisteten Pflegezeit korreliert (beispielsweise fehlende emotionale Nähe und/oder Kontakthäufigkeit) besteht ein Endogenitätsproblem (vgl. Henretta et al. 1997: 117) und die Schätzungen sind möglicherweise – trotz oder gerade durch Einbezug der Kontextebene – durch unbeobachtete Heterogenität verzerrt.

Daran schließt auch der nächste Punkt an: Es ist anzunehmen, dass weitere relevante Faktoren sowohl auf Individual- als auch auf Kontextebene die Pflegezeit von Töchtern und Söhnen für ihre Eltern beeinflussen. Kindliche Verpflichtungsgefühle (Schütze 1989; Silverstein et al. 2008) und intergenerationale Reziprozität (Horowitz & Shindelman 1983; Steinmetz 1988) sind zwar wichtige Motivationsfaktoren für die Übernahme elterlicher Pflege, konnten in der vorliegenden Untersuchung jedoch mit den zur Verfügung stehenden Daten nur implizit angenommen und nicht explizit getestet werden. Ebenfalls nicht (direkt) gemessen werden konnte das Einkommen der Kinder, deren eigener Gesundheitszustand oder pflegebezogenen Kompetenzen (z.B. durch eine entsprechende Berufsausbildung) als vereinfachende oder erschwerende Faktoren für die Übernahme von Pflegeaufgaben. Auf kontextueller Ebene konnten theoretisch wichtige strukturelle Merkmale – beispielsweise die Kommunikationsdichte innerhalb der Familien – nicht mit einbezogen werden. Obwohl strukturelle Merkmale am bedeutendsten scheinen bei der Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Ebenen – indem sie direkt auf die wechselseitige Bezogenheit referieren, die Individuen und deren Kontext miteinander verbinden und sie zum Einflussfaktor des jeweils anderen macht –, werden sie in Mehrebenenanalysen häufig vernachlässigt (Hox 2010). Das mag zum einen daran liegen, dass Kommunikationsprozesse nicht im vordergründigen Interesse vieler Studien stehen; zum anderen ist die Datenerhebung dazu ebenfalls entsprechend

komplex.¹¹⁵ Für die vorliegende Analyse relevant könnte beispielsweise durchaus sein, inwiefern die Pflegeanteile unter den Kindern ausgehandelt werden und in welchem Maße elterliche (geschlechtsunabhängige) Präferenzen mit darein spielen. Auch kontextuelle Merkmale wie der Wohnort der Eltern – eine fehlende oder nur marginal vorhandene öffentliche Pflege-Infrastruktur z.B. in ländlichen Gebieten wirkt positiv auf die Pflegewahrscheinlichkeit eines Kindes (Vergauwen & Mortelmans 2021) – oder weitere Familien- bzw. Netzwerkmitglieder als alternative zur Verfügung stehende Pflegeressourcen konnten nicht berücksichtigt werden.

4.7.2 Ausblick

Trotz dieser Limitationen zeigt die vorliegende Studie, dass sowohl elterliche Merkmale als auch Attribute des Geschwisternetzwerks eine wichtige Rolle bei der Aufklärung familialer Pflegearrangements spielen. Die Übernahme elterlicher Pflege ist mit weitreichenden Konsequenzen verbunden, die sich sowohl auf der Ebene der Pflegebedürftigen als auch auf der Ebene der Pflegenden als Ungleichheitsstrukturen manifestieren können: Pflegebedürftige mit mehr Kindern erhalten mit höherer Wahrscheinlichkeit adäquate familiäre Unterstützung und Pflegenden mit Geschwistern haben geringere Folgekosten zu befürchten als Einzelkinder. Wird der Fokus bei der Analyse der elterlichen Pflege ausschließlich auf ein einzelnes Kind und dessen individuelle Eigenschaften als Prädiktoren für dessen Pflegewahrscheinlichkeit oder Pflegeumfang gelegt, ignoriert man die empirische Wirklichkeit von Pflegekontexten und übergeht die statistischen Möglichkeiten für ein tieferes Verständnis des individuellen Verhaltens sowie der kontextgebundenen Muster. Künftige Forschung sollte daher nicht nur das vorhandene Datenpotenzial ausnutzen; es ist auch unerlässlich, den bisherigen Datenbestand zu Pflegebedarf und Pflegeressourcen auszuweiten und zu vertiefen, um derartige Analysen zu ermöglichen.

¹¹⁵ Als Beispiel für den Einbezug eines relationalen Kontextmerkmals kann die Studie von Erbring & Young (1979) angeführt werden. Die Forscher gingen der Annahme nach, dass die Interaktionsstruktur in einer Klasse den Schulerfolg von Schülern beeinflusst. Die soziometrische Nähe eines Schülers zu einem anderen spezifischen Schüler sollte dessen Aspirationslevel erhöhen und damit bessere Leistungen hervorrufen. Die aggregierten individuellen Schulerfolge der Schüler bildeten dann den Schulerfolg auf Gruppenebene, der mediiert durch die soziometrische Struktur der Klasse zurückwirkt auf die individuellen Schulleistungen. Solche Analysen waren und sind allerdings selten; der statistische Fortschritt in der Mehrebenenanalyse schreitet deutlich schneller voran als die entsprechende Theoriebildung (Hox & Roberts 2011: 5).

4.8 Anhang

4.8.1 Anhang A. Ausführliche Informationen zu den SHARE-Daten

Dieser Anhang soll die in der Analyse der Studie verwendeten Daten noch einmal detaillierter darstellen, wobei insbesondere auf die im Haupttext nicht weiter erläuterten Aspekte zur Zielpopulation, dem Stichprobendesign und der Konzeption der Datenerhebung eingegangen werden soll.

In der Studie wurden die Daten des Surveys of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) verwendet. SHARE ist eine multidisziplinäre, länderübergreifende Panelumfrage mit Mikrodaten zur sozio-ökonomischen Situation, der Gesundheit sowie den sozialen und familiären Netzwerken von Personen im Alter von über 50 Jahren (SHARE-ERIC 2020). Das Panel startete 2004 (Welle 1) in elf europäischen Ländern und wird seitdem alle zwei Jahre durchgeführt. Die aktuellste Welle, für die zur Nutzung bereitgestellte Daten zur Verfügung stehen, ist Welle 8 (Datenerhebung 2019/20) (SHARE-ERIC 2019). Derzeit nehmen alle 26 kontinentalen EU-Mitgliedsstaaten sowie die Schweiz und Israel am SHARE-Projekt teil (Bergmann et al. 2019).

Die SHARE-Zielpopulation besteht aus allen Personen, die zum Zeitpunkt der Stichprobenziehung 50 Jahre oder älter sind und ihren Hauptwohnsitz in einem der jeweiligen SHARE-Länder haben. Personen, die während des Erhebungszeitraums inhaftiert oder in stationärer Behandlung im Krankenhaus sind, sich außer Landes befinden, die Landessprache nicht sprechen, aufgrund von Fehlern im Rahmen der Stichprobenauswahl/-erfassung nicht ermittelt werden konnten oder an eine unbekannte Adresse verzogen sind, werden ausgeschlossen (Bergmann et al. 2019: 13). Personen, die in Pflegeheimen oder anderen Einrichtungen für ältere Menschen leben, gehören in der Regel zur Zielpopulation, sind aber aufgrund der unterschiedlichen Erfassung im Stichprobenrahmen möglicherweise nicht in allen Ländern gut vertreten (Bergmann et al. 2019: 13).

In Welle 1 des Panels wurden alle altermäßig in Frage kommenden Personen pro Stichprobenhaushalt für ein Interview ausgewählt (für den folgenden Absatz vgl. Bergmann et al. 2019: 12-13; Stuck et al. 2019: 11). Ab Welle 2 wurde nur noch eine über fünfzigjährige Person pro Haushalt befragt. Aktuelle Partner, die im selben Haushalt leben, werden unabhängig von ihrem Alter befragt. Im Falle eines Umzugs werden Personen über 50 Jahren, die mindestens einmal an der Befragung teilgenommen haben, nachverfolgt und erneut befragt. Jüngere Partner, neue Partner und Partner, die nie an einer Befragung teilgenommen haben,

werden in diesem Fall hingegen nicht weiterverfolgt. Verstirbt eine Befragungsperson, werden sogenannte „End-of-Life“-Interviews mit zurückgebliebenen Angehörigen durchgeführt.

Das Stichprobendesign von SHARE entspricht einer wahrscheinlichkeitsbasierten Stichprobenziehung. In allen Ländern werden regelmäßig Auffrischungstichproben („refreshment samples“) gezogen, um die nachfolgenden Alterskohorten zu repräsentieren und den Schwund durch nicht mehr teilnehmende Befragungspersonen („panel attrition“) zu kompensieren. Detaillierte Informationen zum Stichprobendesign und den Auffrischungstichproben können bei Bergmann et al. (2019: 8-12) nachgelesen werden.

Die SHARE-Datenerhebung basiert auf computergestützten persönlichen Interviews („computer-assisted personal interviews“, CAPI) (Stuck et al. 2019: 11). Ist es einem/einer Befragten aufgrund körperlicher und/oder kognitiver Einschränkungen nicht möglich, die Befragung eigenständig zu beantworten, kann ein/e Stellvertreter/in („proxy respondent“) die/den Befragte/n dabei unterstützen. Diese Möglichkeit steht jedoch nicht für alle Module des Fragebogens zur Verfügung, da einige nur von den Befragten selbst beantwortet werden können (Stuck et al. 2019: 13). Weitere Ausführungen zur Datenerhebung im SHARE sind in den methodischen Erläuterungen von Börsch-Supan und Jürges (2005) zu finden.

In den regulären SHARE-Befragungen können zwei Arten von Fragebögen unterschieden werden: Der Basisfragebogen für Befragte, die zum ersten Mal an einer SHARE-Befragung teilnehmen, und der Längsschnittfragebogen für Befragte, die schon mindestens einmal an der Befragung teilgenommen haben. Im Längsschnittfragebogen wird teilweise auf in vorherigen Interviews angegebene Informationen zurückgegriffen, so dass diese verifiziert bzw. korrigiert werden können. Die regulären Fragemodule in SHARE beziehen sich auf die Bereiche Gesundheit und damit verbundene Einschränkungen, Erwerbstätigkeit und Einkommen, soziales Netzwerk und Unterstützung, sowie Aktivitäten und Erwartungen der Respondenten. Darüber hinaus werden in jeder Befragungswelle grundlegende demographische Daten (z.B. Familienstand, Geburtsland, Bildung) der Personen sowie Informationen zu deren Eltern und (Ex-)Ehepartnern abgefragt. In einem „Cover Screen“-Modul zu Beginn jedes Interviews werden außerdem demographische Informationen über jede derzeit im Haushalt lebende Person erfasst. Dies ermöglicht es, eine Partner-ID sowie eine Paar-ID für jede Welle bereitzustellen (selbst wenn der Partner/die Partnerin (noch) nie an einer Erhebung teilgenommen hat). Jede/r Teilnehmer/in erhält außerdem selbst beim Eintritt in das Befragungspanel eine eindeutige und unveränderliche Personen-ID sowie eine Haushalts-ID. Letztere wird – ebenso wie die Partner- als auch die Paar-ID – in jedem Interview aktualisiert, um mögliche Veränderungen zu erfassen.

Eine Besonderheit von SHARE ist die umfassende Datenerhebung zu den Kindern der Befragten. Diese beantworten zunächst, ob und wie viele Kinder sie haben, wobei sowohl leibliche, als auch Adoptiv-, Pflege- und Stiefkinder, sowie Kinder des aktuellen Partners mit erfasst werden. Für alle (leiblichen und nicht leiblichen) Kinder, die noch am Leben sind, werden anschließend die individuellen Merkmale der einzelnen Kinder abgefragt (z.B. Bildungsabschluss, Erwerbsstatus, Familienstand, eigene Kinder, Wohndistanz zum/zur Befragten). Diese aufgezeichneten Informationen werden bei jeder nächsten Befragung geprüft und bei Bedarf aktualisiert.

Nicht alle Fragen des regulären Fragebogens werden von allen Befragten eines Haushalts beantwortet. Für einige Module dienen ausgewählte Haushaltsmitglieder als Familien-, Finanz- und/oder Haushaltsperson, um spezifische Fragen in diesen Bereichen im Namen des Paares bzw. des gesamten Haushalts zu beantworten. Familien-, Finanz- und Haushaltsperson können über die Befragungswellen variieren. Die erhaltenen Informationen sind daher zunächst (d.h. in den Ursprungsdatensätzen) nur für die jeweilige Familien-, Finanz- bzw. Haushaltsperson verfügbar; in zusätzlich generierten Datensätzen und Variablen stellt SHARE darüber hinaus diese Informationen auch übertragen auf den jeweiligen Partner bzw. auf die jeweiligen Haushaltsmitglieder zur Verfügung (Stuck et al. 2019: 12-13).

Das Sample- und Befragungsdesign von SHARE erlaubt als Panelstudie Untersuchungen über die Jahre sowohl als Trend- als auch als Längsschnittanalysen, und kann durch seine umfassende Datenstruktur mit Informationen über mehrere Generationen hinweg der Erforschung von Familienbeziehungen dienen.

4.8.2 Anhang B. Erstellung eines Kinderdatensatzes und fehlende Werte

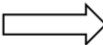
Alle Daten im SHARE werden von den Befragten selbst erhoben. Informationen zu Eltern, Kindern und Enkelkindern der Befragten sowie Informationen zu Ex- und – partiell – aktuellen Partner*innen werden damit von den Respondenten bereitgestellt. In der vorliegenden Untersuchung stellen die Befragten die potenziell pflege- bzw. hilfsbedürftigen Eltern dar, die von ihren Kindern gepflegt bzw. unterstützt werden. Dabei steht im Fokus des Interesses, welches der Kinder in einer Familie bzw. einer Geschwistergruppe wie viel Pflege(zeit) übernimmt. Die Analyse befindet sich demnach auf der Ebene der Kinder und nicht auf der Ebene der Eltern. Um diesem Umstand gerecht zu werden, muss der ursprüngliche „Eltern“-Datensatz in einen „Kinder“-Datensatz umgewandelt werden.

Diese Umwandlung erfolgt in drei grundsätzlichen Schritten: Zum einen müssen die Kinder der Befragten eindeutig identifizierbar gemacht werden, um diese – zum anderen – für die Aktualisierung ihrer Daten über die Befragungswellen nachverfolgen zu können. Dafür wird – drittens – der Datensatz im praktischen Sinne vom „wide“- ins „long“-Format gebracht, so dass als Beobachtungseinheiten nicht mehr die Elternteile (die ursprünglichen Befragten), sondern die Kinder für die Analyse vorliegen. Diese drei Schritte werden im Folgenden kurz expliziert:

1) *Umwandlung des Datensatzes vom wide- ins long-Format*: Der SHARE-Datensatz liegt ursprünglich im breiten Format vor, d.h. jede Zeile darin repräsentiert eine*n Befragten*n und alle seine bzw. ihre Daten sind in dieser Zeile gespeichert. Das gilt auch für die Informationen zu den Kindern der Befragten. Da für jedes Kind die gleichen Merkmale (Geschlecht, Geburtsjahr etc.) abgefragt werden und von den Befragten bis zu 20 Kinder genannt werden können, existieren im Datensatz für jedes Merkmal 20 Variablen mit der entsprechenden Nummerierung für ein Kind (z.B. *ch_gender_1* – *ch_gender_20* für das Geschlecht von Kind 1 bis Kind 20, usw.) (Stuck et al. 2019: 59). Die Kinder können als Unterbeobachtungen betrachtet werden, die nun auf die Ebene der Hauptbeobachtungen wechseln sollen. Bei der Umwandlung des Datensatzes vom breiten ins lange Format werden die Daten nun so sortiert, dass für jedes Kind eine eigene Zeile mit seinen jeweiligen Merkmalen entsteht. Die Informationen der Befragten sind damit nun bei mehreren Kindern über mehrere Zeilen „gestreckt“ und eine neue Variable mit der Nummerierung des jeweiligen Kindes ist entstanden. Eine beispielhafte Darstellung dieses Umwandlungsprozesses ist in Abbildung 4.B1 zu sehen. Sind beide Elternteile Befragte und nennen (teilweise) die gleichen Kinder, liegen diese Kinderbeobachtungen damit zunächst doppelt im Datensatz vor. Für die Analyse wird später jede Familie auf ein Elternteil beschränkt (s. Abschnitt „Analyse und Ergebnisse“ im Haupttext) und die doppelten Kinderbeobachtungen somit entfernt.

Abbildung 4.B1: Beispielhafte Darstellung der Umwandlung eines Datensatzes vom breiten Format („wide“; linke Seite) ins lange Format („long“; rechte Seite).

Befragten-ID	Kind 1: Geburtsjahr	Kind 1: Geschlecht	Kind 2: Geburtsjahr	Kind 2: Geschlecht
DE-123456-01	1984	männlich	1987	weiblich
DE-654321-02	1962	weiblich	1957	weiblich



Befragten-ID	Kind	Geburtsjahr	Geschlecht
DE-123456-01	1	1984	männlich
DE-123456-01	2	1987	weiblich
DE-654321-02	1	1962	weiblich
DE-654321-02	2	1957	weiblich

2) *Kinder-IDs erzeugen*: Neben einer Haushalts-ID – welche in jedem Interview aktualisiert wird, um mögliche Veränderungen durch Auszüge zu erfassen – erhält jede*r Teilnehmer*in

beim Eintritt in das Befragungspanel eine eindeutige und unveränderliche Personen-ID, die sich aus dem Ländercode, der Ziffernfolge der Haushalts-ID, sowie der persönlichen Kennung der befragten Person in einem Haushalt zusammensetzt (Beispiel: „DE-123456-01“ für die Person 01 aus dem Haushalt 123456 in Deutschland) (Stuck et al. 2019). Die Kinder der Teilnehmer*innen haben keine eigene Identifikationsnummer und können in der Nummerierung über die Befragungswellen variieren (Kind 1 in Welle 4 muss demnach nicht Kind 1 in Welle 6 entsprechen; hinzu kommt, dass auch die bereitgestellten Informationen zu den Kindern über die Befragungswellen nicht immer von der gleichen Befragungsperson im Haushalt stammen (s. Anhang A)). Um die Kinder in einer Familie eindeutig identifizieren zu können, wird jedem Kind bei der Datenaufbereitung eine eigene Identifikationsnummer zugeordnet, die es über die Ziffernfolge der elterlichen Haushalts-ID als zugehörig zu einer bestimmten Familie identifiziert und ergänzt wird durch sein Geburtsjahr und sein (vercodetes) Geschlecht (Beispiel: „123456-1984-01“ für ein im Jahr 1984 geborenes männliches Kind der Familie 123456). In diesem Prozess werden auch etwaige Duplikate – die beispielsweise durch eineiige Zwillinge oder gleichgeschlechtliche Patchwork-Kinder mit gleichem Geburtsjahr innerhalb einer Familie, aber auch durch Daten(erhebungs)fehler, dabei entstehen – durch ein zusätzliches Kürzel in der Kinder-ID vereindeutigt bzw. gelöscht. Insgesamt ausgeschlossen werden hier schon Familien, bei denen die Angaben zu den Kindern keine eindeutige Identifizierung der Kinder zulassen und/oder die Angaben derart inkonsistent sind (z.B. variierende Geburtsjahre und/oder Geschlechterangaben über die Befragungswellen), dass kein „wahrer“ Wert daraus geschlossen werden kann.

3) *Aktualisierung der Daten und Ausschluss von Fällen*: Die Daten der Kinder werden – ebenso wie veränderliche Daten der Befragten – in jeder Befragungswelle überprüft und bei Bedarf aktualisiert. Hat sich keine Neuerung in den veränderlichen Merkmalen eines Kindes seit der letzten Befragung ergeben, wird kein neuer Wert in den aktuellen Wellendatensatz eingetragen und das Datenfeld bleibt leer. Bei der Aufbereitung der Daten müssen daher zunächst die aktuell gültigen Angaben aus denjenigen Wellendatensätzen geholt werden, in denen zuletzt ein tatsächlicher Wert auf den unterschiedlichen Variablen erfasst wurde.

Nicht alle Datenfelder in Welle 6 sind vollständig oder können durch die Aktualisierung der Daten (s.o.) vervollständigt werden. Fehlen bei mindestens einem Kind innerhalb einer Familie oder beim Elternteil Werte, wird die gesamte Familie aus dem Datensatz entfernt. In den folgenden Schritten werden daher Familien gänzlich ausgeschlossen, wenn bei mindestens einem der Kinder Informationen zu deren Erwerbsstatus, Partnerschaftsstatus, Anzahl eigener Kinder, Wohndistanz zum Elternteil, Bildungsabschluss, finanziellen Transfers mit dem

Elternteil und/oder Pflegehäufigkeit fehlen. Die Fallzahl reduziert sich dadurch auf 3141 Kinder. Anschließend werden – ebenfalls clusterweise – die Datenzeilen gelöscht, bei denen Informationen zu den Merkmalen des Elternteils fehlen. Damit verbleiben vor der Operationalisierung der Variablen 2922 Fälle im Datensatz. Tabelle 4.B1 gibt einen Überblick über die jeweilige Anzahl der fehlenden Werte auf den einzelnen Variablen sowie der damit einhergehenden Anzahl an ausgeschlossenen Beobachtungen.

Tabelle 4.B1: Übersicht über die Anzahl der fehlenden Werte auf den einzelnen Variablen sowie die damit einhergehende Gesamtanzahl an ausgeschlossenen Beobachtungen

Variable		Anzahl fehlender Werte
Merkmale der Kinder:	Bildung	1973 ^a
	Erwerbsstatus	136 ^b
	Partnerschaftsstatus	1072
	Anzahl eigener Kinder	91
	Wohndistanz zum Elternteil	286
	Pflegehäufigkeit	2292
Merkmale des Elternteils:	Gesundheitliche Einschränkungen	8
	Alter	0
	Bildung	66
	Haushaltseinkommen	360
	Geschlecht	0
Ausschlüsse gesamt:		4085

Anm.: Fehlende Werte überschneiden sich teilweise, die Summe der aufgelisteten Fälle ist daher höher als die tatsächliche Anzahl ausgeschlossener Beobachtungen. In der Gesamtanzahl der Ausschlüsse sind auch Kinder mit vollständigen Daten enthalten, wenn bei mindestens einem Geschwisterkind oder beim Elternteil Daten fehlen.

Die fehlenden Werte auf den Elternmerkmalen sind je nach Kinderanzahl pro Elternteil mehrfach eingerechnet.

^a Die Bildung der Kinder wird im SHARE solange über die Befragungswellen aktualisiert, bis die Kinder 22 Jahre (Schulabschluss) bzw. 32 Jahre (Ausbildungsabschluss) alt sind. Lagen trotz jungen Alters eines Kindes keine Nacherhebungsdaten vor, wurde bei der Datenaufbereitung die letzte gültige Angabe im Abgleich mit dem aktuellen Alter des Kindes auf Plausibilität geprüft. Fehlende oder nicht valide vorliegende Bildungsangaben wurden ausgeschlossen.

^b Inkludiert sind 53 Fälle mit der Angabe „Sonstiges“.

4.8.3 Anhang C. Detaillierte Darstellung der Variablen-Operationalisierung

Hinweis: Alle Informationen werden von den Befragten bereitgestellt, die in der vorliegenden Untersuchung die Elternteile darstellen.

Abhängige Variable

Die abhängige Variable der Analyse ist die geleistete elterliche Pflegezeit eines Kindes. Im SHARE-Fragebogen wird dafür zunächst abgefragt, ob ein Kind die/den Befragte/n bei der persönlichen Pflege, im Haushalt oder bei Schreiarbeiten unterstützt hat. Ist das der Fall, schließt die Frage an, wie häufig das Kind die Unterstützung im vergangenen Jahr

durchschnittlich geleistet hat. Als Antwortkategorien standen „täglich oder fast täglich“, „etwa wöchentlich“, „etwa monatlich“ und „weniger häufig“ zur Verfügung. Diese vier Antwortkategorien wurden bei der Aufbereitung der Daten um die Kategorie „nie“ ergänzt für Kinder, die von dem/der Befragten bei der Eingangsfrage nicht genannt wurden und demnach keine Hilfe geleistet haben. Die vorliegende kategoriale Variable wurde dann umkodiert in eine metrische Variable, wobei die angegebene Pflegehäufigkeit übersetzt wurde in Tage pro Jahr (s. Tabelle 4.1 im Haupttext).

Unabhängige Variablen auf Individualebene

Die zentrale unabhängige Variable auf Individualebene ist das *Geschlecht des Kindes* mit den Ausprägungen „männlich“ (Referenzkategorie) und „weiblich“.

Der *Erwerbsstatus* eines Kindes wird im SHARE-Fragebogen erst für Kinder ab 16 Jahren in zehn Kategorien erhoben, die für die vorliegende Analyse zu drei Kategorien zusammengefasst wurden (ursprüngliche Kategorien in Klammern): 1) Vollzeit erwerbstätig (vollzeitbeschäftigt, selbstständig oder im Familienbetrieb beschäftigt, in schulischer oder beruflicher Ausbildung (inkl. Umschulung)); 2) Teilzeit erwerbstätig (teilzeitbeschäftigt); 3) nicht erwerbstätig (arbeitslos, in Elternzeit, in Rente oder Frührente, dauerhaft erwerbsunfähig wegen Krankheit oder Behinderung, Hausfrau oder Hausmann). Die fehlenden Werte für Kinder unter 16 Jahren wurden davor mit der Fragebogen-Kategorie „In schulischer oder beruflicher Ausbildung“ ersetzt. Ausgeschlossen wurden Familien, in denen bei mindestens einem Kind auf dieser Variable kein Wert vorlag, weil das Elternteil den Erwerbsstatus des Kindes nicht kannte oder ein „anderer“ angegeben wurde (s. auch Anhang B). In das Analysemodell wird der Erwerbsstatus als zwei Dummy-Variablen aufgenommen, die Referenzkategorie ist „nicht erwerbstätig“.

Die *Wohndistanz* eines Kindes zum Elternteil wird im SHARE-Fragebogen über acht Distanzkategorien abgefragt, die für die Analyse wiederum in drei Kategorien zusammengefasst wurden (ursprüngliche Kategorien in Klammern): 1) mit Elternteil zusammenlebend (im gleichen Haushalt, im gleichen Gebäude); 2) in der Nähe lebend (weniger als 1 km entfernt, zwischen 1 und 5 km entfernt, zwischen 5 und 25 km entfernt); 3) weit entfernt lebend (zwischen 25 und 100 km entfernt, zwischen 100 und 500 km entfernt, mehr als 500 km entfernt, mehr als 500 km entfernt in einem anderen Land)¹¹⁶. Die Wohndistanz geht

¹¹⁶ Die letzte Antwortkategorie gibt es nur in den Befragungswellen 1 und 2.

ebenfalls als zwei Dummy-Variablen in das Modell ein, wobei die Referenzkategorie „in der Nähe lebend“ ist.

Der *Partnerschaftsstatus* eines Kindes wird im SHARE-Fragebogen über die Frage erfasst, wie der Familienstand des Kindes sei. Ist das Kind „verheiratet und mit dem Ehegatten zusammenlebend“ oder „in eingetragener Partnerschaft lebend“, wird es bei der Datenaufbereitung als „in einer Partnerschaft“ kodiert. Ist es „verheiratet, getrennt vom Ehegatten lebend“, „ledig“, „geschieden“ oder „verwitwet“, folgt im Fragebogen qua Filterführung die Frage, ob das Kind mit einer Partnerin oder einem Partner zusammenlebt. Ist das der Fall, wird das Kind bei der Operationalisierung ebenfalls als in einer Partnerschaft gekennzeichnet, andernfalls nicht. Es entsteht die Dummyvariable „Partner ja/nein“, die Referenzkategorie sind alleinstehende Kinder.

Im SHARE-Fragebogen wird für jedes Kind einzeln erhoben, wie viele eigene Kinder (eingeschlossen sind leibliche Kinder, Pflege- und Stiefkinder sowie Kinder des Partners/der Partnerin) es hat. Aus den Angaben wird eine dichotome Variable „Eigene Kinder“ generiert mit der Ausprägung „nein“, wenn keine Kindeskinde vom Befragten angegeben wurden, und der Ausprägung „ja“, wenn für ein Befragtenkind mindestens ein eigenes Kind angeführt wurde.¹¹⁷

Der Bildungsstatus eines Kindes wird von den Befragten bei ihrer ersten Teilnahme vollständig erfasst (Schul- und Ausbildungsabschlüsse) und – im Gegensatz zu den anderen merkmalsbezogenen Kinder-Variablen – in den Folgewellen nur bis zu einem bestimmten Alter der Kinder aktualisiert (Schulbildung: bis 22 Jahre, Aus-/Weiterbildung: bis 32 Jahre). Abgefragt werden der höchste Schulabschluss des Kindes sowie alle etwaigen Berufs- und/oder Hochschulabschlüsse. SHARE stellt neben den ursprünglichen – teilweise umfangreichen und komplexen – Bildungsdaten einen aufbereiteten Datensatz mit der ISCED-Kodierung des jeweils höchsten Bildungsabschlusses bereit (Stuck et al. 2019), welcher für die vorliegende Analyse genutzt wird. Da sich die Erhebung der Bildungsvariablen sowie die ISCED-Kodierung¹¹⁸ zwischen den Befragungswellen 4 und 5 geändert hat, mussten die Daten bei der Aufbereitung entsprechend aneinander angepasst werden. Es entsteht zunächst eine Bildungsvariable mit fünf Kategorien, die im nächsten Schritt dichotomisiert wird („Bildung

¹¹⁷ Die Kodierung als metrische Variable ändert die Ergebnisse nicht (s. Abschnitt „Robustheitsanalysen“ im Haupttext sowie Anhang F).

¹¹⁸ ISCED-97 wurde 1997 von der UNESCO genehmigt, in den Folgejahren weiter überarbeitet und 2011 als ISCED-2011 verabschiedet. Für weitere Informationen s. UNESCO Institute of Statistics (2021)

niedrig/hoch“). Eine Übersicht über die ursprünglichen Bildungskategorien, die zugehörigen ISCED-Indizes und die Kodierung der neuen Bildungsvariablen ist in Anhang D zu finden.

Das *Alter eines Kindes* wurde aus der Angabe seines Geburtsjahres im SHARE-Fragebogen und dem Jahr der Befragung berechnet. Familien mit Kindern unter 18 Jahren wurden ausgeschlossen.¹¹⁹ Die Variable ist metrisch und geht zentriert in das Modell ein.¹²⁰

Anhand des Alters der Kinder wurde eine Geburtenrangfolge innerhalb der Familie erstellt. Dem ältesten Kind wurde dann der Status „erstgeboren: ja“ zugewiesen, alle weiteren Kinder erhielten den Status „erstgeboren: nein“. Die Variable „Erstgeboren“ geht entsprechend als Dummy-Variable in das Modell ein, Referenzkategorie sind jüngere Geschwister.

Finanzielle Transfers zwischen Eltern und Kind werden – in beide Richtungen – im SHARE-Fragebogen über jeweils zwei Fragen erhoben: 1) Hat der/die Befragte ein Kind bzw. ein Kind den/die Befragte/n in den letzten zwölf Monaten mit Geldgeschenken von mindestens 250 Euro finanziell unterstützt? 2) Hat der/die Befragte von einem Kind bzw. ein Kind von dem/der Befragten seit dem letzten Interview ein Geschenk im Wert von mehr als 5000 Euro erhalten? Ist mindestens eines von beidem der Fall, werden die neu entworfenen Variablen „Finanzielle Transfers vom Elternteil zum Kind“ und „Finanzielle Transfers vom Kind zum Elternteil“ mit „ja“ kodiert, andernfalls mit „nein“. Beide Variablen liegen demnach dichotom vor, die Referenzkategorie ist jeweils kein monetärer Austausch.

Unabhängige Variablen auf Kontextebene

Für die zusammengefassten *Geschwistermerkmale* auf Kontextebene werden die Individualvariablen getrennt nach Geschlecht als Anzahl der Geschwister innerhalb einer Familie mit dem interessierenden Attribut erstellt (Geschlecht, Erwerbsstatus, Wohndistanz, Partnerstatus, eigene Kinder, finanzielle Transfers). Die geschlechtliche Zusammensetzung der Geschwistergruppe wird damit über die *Anzahl der Söhne* sowie die *Anzahl der Töchter* innerhalb einer Familie repräsentiert. Durch die geschlechtliche Differenzierung entstehen $2 * \text{Anzahl Merkmalsausprägungen}$ Kontextvariablen pro Ursprungs(individual)variable, so dass beispielsweise der Erwerbsstatus der Geschwister (mit drei Merkmalsausprägungen) über

¹¹⁹ Durch diese Einschränkung werden sechs Familien mit insgesamt zehn Beobachtungen ausgeschlossen.

¹²⁰ Sowohl das Alter des Kindes auf Individualebene als auch das Alter des Elternteils auf Kontextebene werden als metrische Variablen über das *grand mean centering* zentriert, indem von allen Werten der jeweiligen Variable der Gesamtmittelwert („grand mean“) abgezogen wird. Beim ebenfalls möglichen, jedoch nur für sehr spezifische Hypothesen empfohlene, *group mean centering* wird hingegen der Gruppenmittelwert vom Messwert der Person i , die der jeweiligen Gruppe angehört, abgezogen. Diese Form der Zentrierung verändert jedoch nicht nur die Interpretation der Koeffizienten, sondern auch die Koeffizienten selbst, und sollte daher mit Bedacht eingesetzt werden (Hox 2010)

die sechs Kontextvariablen „Anzahl Vollzeit erwerbstätiger Brüder“, „Anzahl Teilzeit erwerbstätiger Brüder“, „Anzahl nicht erwerbstätiger Brüder“ sowie „Anzahl Vollzeit erwerbstätiger Schwestern“, „Anzahl Teilzeit erwerbstätiger Schwestern“ und „Anzahl nicht erwerbstätiger Schwestern“ abgebildet wird (s. für eine beispielhafte Übersicht auch Tabelle 4.1 im Haupttext). Die Variablen sind somit quasi-metrisch, gleichzeitig fungieren sie im Analysemodell in der Interpretation wie Dummy-Variablen, da jeweils eine Kategorie der Variablen innerhalb der geschlechtsspezifischen Variablen aufgrund perfekter Kollinearität nicht ins Modell aufgenommen wird. Die einzige metrische Individualvariable „Alter“ wird auf Kontextebene ebenfalls dichotom operationalisiert, indem die Anzahl der Geschwister unter bzw. über dem Durchschnittsalter von 41 Jahren bestimmt wird. Als Pendant zur Individualvariablen „Erstgeborene ja/nein“ wird auf Geschwisterebene die Variable „Erstgeborene/r in der Geschwistergruppe ist weiblich (ja/nein)“ ergänzt. Die insgesamt geleistete Pflegezeit von Söhnen bzw. Töchtern wird zusätzlich als Summe ihrer individuellen Pflegezeiten in eine eigene Kontextvariable überführt.

Das *Geschlecht des Elternteils* liegt als Geschlecht der Befragten dichotom vor (Referenzkategorie: männlich). Die *Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen* wird in einem Summen-Index abgebildet, der aus dem ADL-Index und dem IADL-Index – beide in den SHARE-Daten schon aufbereitet enthalten – entworfen wurde. Der ADL-Index (Katz et al. 1963) beschreibt die Anzahl der Einschränkungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens, die grundlegend für ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben einer Person sind. Dazu gehören u.a. die Fähigkeit, sich eigenständig anzukleiden, zu waschen, Nahrung zu sich zu nehmen und zur Toilette zu gehen. Der IADL-Index (Lawton und Brody 1969) beschreibt die Anzahl der Einschränkungen bei instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, wie z. B. bei der Haushaltsführung, der Nahrungszubereitung, der Erledigung von Einkäufen und der Regelung von finanziellen Angelegenheiten. Die modifizierten Versionen der ADL- und IADL-Indizes, die im SHARE-Fragebogen verwendet werden, umfassen sechs bzw. neun Aktivitäten (siehe Tabelle 4.1 im Haupttext) (Steel et al. 2003). Die Befragten können für jede einzelne Aktivität angeben, ob sie dabei Schwierigkeiten haben, die voraussichtlich auch noch länger als drei Monate andauern werden. Für die Indizes werden alle zustimmenden Antworten summiert, so dass sich für die Indizes Werte zwischen 0 und 6 (ADL) bzw. zwischen 0 bis 9 (IADL) ergeben. Je höher der jeweilige Index ist, desto größer sind die Schwierigkeiten bei den jeweiligen Aktivitäten und desto geringer sind die Mobilität und die Autonomie des Befragten (Mehrbrodt et al. 2019). Beide Indexvariablen werden bei der Datenaufbereitung zu einer Indexvariablen *Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen* zusammengefasst, indem die jeweiligen Werte

addiert werden, wobei das Spektrum von 0 (überhaupt keine Einschränkungen) bis 15 (viele Einschränkungen) reicht.¹²¹

Kontrollvariablen

Der *Partnerschaftsstatus des Elternteils* wird über mehrere bereitgestellte Variablen im SHARE-Datensatz entworfen. Zunächst wird dafür der angegebene Familienstand des Befragten herangezogen und die neue Variable „Partner ja/nein“ generiert. Befragte, die „verheiratet und mit dem Ehegatten zusammenlebend“ oder „in eingetragener Partnerschaft lebend“ sind, werden als verpartnert, "verheiratet[e], [aber] getrennt vom Ehegatten lebend[e]“, „ledig[e]“, „geschieden[e]“ oder „verwitwet[e]“ Befragte hingegen als nicht verpartnert kodiert. Weil hierbei allerdings kein Aufschluss darüber gegeben wird, ob ein/e Befragte/r möglicherweise verheiratet, aber nicht mit dem Ehegatten zusammenlebend ist, bzw. unverheiratet in einer Partnerschaft lebt, wird diese Information im nächsten Schritt ergänzt. Dafür wird zum einen die von SHARE bereitgestellte Meta-Variable, ob der/die Befragte alleine oder mit eine/r Partner/in zusammenlebt herangezogen.¹²² Zum anderen erfolgt im SHARE-Fragebogen bei Befragten aus Single-Haushalten die Frage, ob ein/e Partner/in außerhalb des Haushalts vorhanden ist. Ist das der Fall bzw. lebt der/die Befragte mit einem/einer Partner/in zusammen in einem Haushalt, wird der/die Befragte in der anfangs generierten Partner-Variable gegebenenfalls zu „verpartnert“ umkodiert. Im letzten Schritt schließlich wird über die SHARE-Variable „coupleid“ überprüft, ob die jeweilige Zuordnung des/der Befragten korrekt ist.¹²³

Die finanziellen Ressourcen eines Elternteils werden über das *monatliche Äquivalenzeinkommen* des Befragten abgebildet. Im SHARE-Fragebogen wird das gesamte Netto-Einkommen des Haushalts in einem durchschnittlichen Monat erhoben. Die Befragten können dabei den entsprechenden Betrag offen angeben. Möchten sie das nicht tun, bietet SHARE zur Vorbeugung von Non-Response drei Kategorien an Beträgen an, für die Befragte angeben können, ob ihr Einkommen mehr, weniger oder ungefähr diesen Beträgen entspricht (für eine ausführlichere Darstellung s. Stuck et al. 2019: 19). Aus diesen Angaben wird in der Datenaufbereitung ein durchschnittlicher Wert für jede/n Befragte/n errechnet.¹²⁴ Für das

¹²¹ Hinsichtlich des Gesundheitszustandes des Elternteils wird aus Gründen keine Einschränkung in den Daten vorgenommen, siehe Abschnitt „Analyse und Ergebnisse“ im Haupttext.

¹²² SHARE stellt u.a. im sogenannten „Coverscreen“-Modul sowie in einem eigenen „Technical Variables“-Modul Meta-Informationen zu den Befragten bereit. Dazu gehören z.B. Hintergrundinformationen zur Haushaltszusammensetzung (vgl. Stuck et al. 2019).

¹²³ Die Paar-ID wird entworfen aus der Personen-ID der Befragten und ihrer – ebenfalls im Haushalt lebenden – Partner (s. auch Anhang A).

¹²⁴ Das genaue Vorgehen und die zugehörigen Do-Files können bei der Autorin angefragt werden.

monatliche Gesamt-Haushaltseinkommen wird eine Untergrenze von 399 Euro festgelegt, Respondenten mit einer geringeren Angabe werden (clusterweise, s. Anhang B) aus dem Datensatz entfernt.¹²⁵ Anschließend wird aus dem Gesamt-Haushaltseinkommen mithilfe der Anzahl der Haushaltsmitglieder das *monatliche Äquivalenzeinkommen des Elternteils* berechnet.¹²⁶

Für die *Bildung des Elternteils* wurden die von den Befragten im SHARE-Fragebogen angegebenen Bildungsabschlüsse herangezogen. Ebenso wie bei der Bildung der Kinder konnten der höchste Schulabschluss sowie alle etwaigen Berufs- und Hochschulabschlüsse angegeben werden, wobei diese nur bei der ersten Teilnahme erhoben und in weiteren Befragungswellen nicht aktualisiert werden. Aus dem höchsten angegebenen Schul- und Ausbildungsabschluss wurde in der Datenaufbereitung eine neue Variable generiert, die sich an der Konstruktion der ISCED orientiert (Stuck et al. 2019) und zunächst fünf Kategorien enthält. Sie wurde dann zu einer dichotomen Bildungsvariable mit den Ausprägungen „hoch“ und „niedrig“ umgewandelt, die Referenzkategorie ist ein niedriger Bildungsstatus. Eine Übersicht über die ursprünglichen Bildungskategorien, die zugehörigen ISCED-Indizes und die Kodierung der neuen Bildungsvariablen ist in Anhang D zu finden.

Das Alter der Befragten wird von SHARE für das jeweilige Befragungsjahr schon aufbereitet bereitgestellt. Die Variable *Alter des Elternteils* wird beschränkt auf eine Untergrenze von 50 Jahren und geht zentriert in die Analyse ein (vgl. Fußnote 120).¹²⁷

4.8.4 Anhang D. Informationen zur Operationalisierung der Bildung

¹²⁵ Entscheidend für diese gewählte Untergrenze waren die in Deutschland existierenden Regelungen zum Existenzminimum. Der sogenannte „Regelbedarf“ ist dabei der als notwendig definierte Lebensunterhalt, den eine Person zur Gewährleistung des soziokulturellen Existenzminimums benötigt. Können Personen diesen Regelbedarf nicht aus eigenen Mitteln decken, haben sie Anspruch auf staatliche Unterstützungsleistungen. Der gewährte Regelsatz für eine alleinstehende Person betrug dabei im Jahr 2015 399 Euro (Bundesministerium der Justiz und Bundesamt für Justiz 2014). Durch diese Einschränkung werden elf Familien mit insgesamt 25 Beobachtungen ausgeschlossen.

¹²⁶ Es ist anzumerken, dass die Daten lediglich Informationen über die Anzahl der Haushaltsmitglieder, jedoch nicht über deren Alter bereithalten. Die Umrechnung erfolgt daher basierend auf der Annahme, dass alle Haushaltsmitglieder über 14 Jahre alt sind und demnach jedes weitere Haushaltsmitglied neben den Befragten mit einer Gewichtung von 0,5 in die Berechnung eingehen kann (Eurostat Statistics Explained 2021)

¹²⁷ Durch die Einschränkung werden drei Familien mit insgesamt acht Beobachtungen ausgeschlossen.

Tabelle 4.D1: Detaillierte Übersicht der Operationalisierung der Bildungsvariablen

Höchster Schulabschluss	ISCED-97	ISCED-2011	Höchster Ausbildungsabschluss	Bildung des Elternteils / Kindes ^a	Bildung des Elternteils / Kindes (binär) ^b
1 Kein Abschluss * / Nie eine Schule besucht †	0	0		0	0
2 Grundschule nicht beendet †		0		0	0
3 Grundschule beendet †		1		0	0
4 Volks-/Hauptschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 8. oder 9. Klasse	2	2		1	0
5 Mittlere Reife/Realschulabschluss bzw. Polytechnische Oberschule mit Abschluss 10. Klasse	2	2		1	0
6 Fachhochschulreife (Abschluss einer Fachoberschule etc.)	3	3 if hAa=1 / 4 if hAa>1		2 if hAa=1 / 3 if hAa>1	0 if hAa=1 / 1 if hAa>1
7 Abitur, Fachabitur bzw. erweiterte Oberschule mit Abschluss 12. Klasse (Hochschulreife)	3	3 if hAa=1 / 4 if hAa>1		2 if hAa=1 / 3 if hAa>1	0 if hAa=1 / 1 if hAa>1
			1 Kein Berufsabschluss / kein Studium		
		2 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	2 Abschlusszeugnis Berufsgrundbildungsjahr, Berufsfachschule †	1 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
		3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	3 Beruflich-betriebliche Anlernzeit mit Abschlusszeugnis, aber keine Lehre †	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6

(fortgesetzt)

Höchster Schulabschluss	ISCED-97	ISCED-2011	Höchster Ausbildungsabschluss	Bildung des Elternteils / Kindes	Bildung des Elternteils / Kindes (binär)
		3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	4 Abschlusszeugnis für medizinische Assistenten, Krankenschwestern/-pfleger †	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
		3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	5 Laufbahnprüfung für den mittleren Dienst †	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
	3	3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	6 Lehre * / Abgeschlossene gewerbliche oder landwirtschaftliche Lehre †	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
	3	3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	7 Lehre * / Abgeschlossene kaufmännische Lehre †	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
	3	3 if hSa<6 / 4 if hSa>=6	8 Berufsqualifizierender Abschluss einer Berufsfachschule/Kolleg	2 if hSa<6 / 3 if hSa>=6	0 if hSa<6 / 1 if hSa>=6
	5	5	9 Fachschule * / Fachschule der DDR †	4	1
		5	10 Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss; Abschluss einer Fachakademie †	4	1
		5	11 Diplom (Berufsakademie) †	4	1
		5	12 Zwischenprüfung, Vordiplom (Hochschule, Universität, Fachhochschule) †	4	1

(fortgesetzt)

Höchster Schulabschluss	ISCED-97	ISCED-2011	Höchster Ausbildungsabschluss	Bildungs des Elternteils / Kindes	Bildung des Elternteils / Kindes (binär)
	5	6	13 Fachhochschulabschluss * / Bachelor (Verwaltungs-/Fachhochschule, Berufsakademie) †	5	1
	5	7	14 Fachhochschulabschluss * / Master (Fachhochschule) †	5	1
	5	6	15 Fachhochschulabschluss * / Diplom (Fachhochschule) †	5	1
	5	6	16 Hochschulabschluss * / Bachelor (Universität, Kunst-, Musik- und pädagogische Hochschule) †	5	1
	5	7	17 Hochschulabschluss * / Master, Aufbaustudium (Universität, Kunst-, Musik- und pädagogische Hochschule) †	5	1
	5	7	18 Hochschulabschluss * / Diplom, Magister, Staatsexamen (Universität, Kunst-, Musik- und pädagogische Hochschule) †	5	1
	5	8	19 Hochschulabschluss * / Promotion, Habilitation †	5	1

Notes: Spalten 1-4 zeigen von SHARE bereitgestellte Daten. Die Spalten 5 und 6 zeigen die Rekodierung für die vorliegende Analyse.

hAa = höchster Ausbildungsabschluss, hSa = höchster Schulabschluss.

* Wellen 1-4 (Befragungsjahre 2004-2011/12)

† Wellen 5-7 (Befragungsjahre 2013-2017)

Abschlüsse ohne Kennzeichnungen gelten für alle Wellen

^a Kategorien: 0=keine/Grundbildung; 1="Sekundarbildung I (Unterstufe, Mittelstufe)"; 2="Sekundarbildung II (Oberstufe)"; 3="Postsekundäre Bildung"; 4="Tertiäre Bildung (erste Stufe)"; 5="Tertiäre Bildung (Forschungsqualifikation)"

^b Kategorien: 0="niedrige Bildung"; 1="hohe Bildung"

4.8.5 Anhang E. Ergebnisse der Hauptanalyse

E1. Interaktionseffekte auf Individualebene

Tabelle 4.E1: Übersicht der Random-Intercept-Modelle mit Interaktionstermen (N=2342 Kinder aus 949 Familien)

	Int. Erwerbs- status	Int. Partner- status	Int. Eltern- schaft	Int. Wohn- distanz	Int. Bildung	Int. Alter	Int. Erst- geboren	Int. Kind- Eltern- Transfers	Int. Eltern- Kind- Transfers	Mit tend. sign. Inter- aktionen	Alle Inter- aktionen
Geschlecht: weiblich	0,363 (5,146)	-3,583 (1,915)	-0,899 (1,628)	2,221 (1,472)	0,222 (1,706)	1,289 (1,246)	2,108 (1,867)	1,022 (1,267)	2,348 (1,391)	-2,291 (1,949)	-1,876 (4,927)
Erwerbsstatus (<i>Ref.: nicht erwerbstätig</i>)											
Teilzeit erwerbstätig	-2,298 (5,096)	-0,514 (3,017)	-0,691 (3,027)	-0,650 (3,014)	-0,493 (3,014)	-0,781 (2,952)	-0,593 (3,028)	-0,633 (2,994)	-0,551 (3,020)	-0,595 (3,020)	-1,615 (5,039)
Vollzeit erwerbstätig	-2,732 (4,461)	-1,357 (2,417)	-1,505 (2,493)	-2,079 (2,307)	-2,151 (2,332)	-2,041 (2,332)	-2,122 (2,313)	-2,143 (2,320)	-2,134 (2,308)	-1,353 (2,409)	-1,955 (4,448)
Wohndistanz zum Elternteil (<i>Ref.: In der Nähe lebend</i>)											
Mit Elternteil zu- sammenlebend	8,342** (3,046)	8,216** (3,021)	8,328** (3,037)	8,188* (3,312)	8,250** (3,056)	8,355** (3,042)	8,286** (3,023)	8,254** (3,055)	8,357** (3,042)	7,130* (3,218)	6,779* (3,293)
Weit entfernt lebend	-3,316*** (0,899)	-3,266*** (0,887)	-3,312*** (0,889)	-1,916*** (0,569)	-3,315*** (0,885)	-3,383*** (0,912)	-3,368*** (0,891)	-3,360*** (0,910)	-3,384*** (0,897)	-2,074*** (0,587)	-1,871** (0,681)
Partner: ja	0,402 (1,269)	-2,853 (1,966)	0,504 (1,167)	0,313 (1,138)	0,372 (1,210)	0,572 (1,207)	0,396 (1,221)	0,402 (1,207)	0,411 (1,205)	-3,081 (1,742)	-2,353 (1,647)
Eigene Kinder: ja	-0,539 (1,492)	-0,218 (1,399)	-2,165 (1,274)	-0,613 (1,400)	-0,509 (1,405)	-0,546 (1,389)	-0,576 (1,395)	-0,581 (1,401)	-0,665 (1,406)	-0,348 (1,400)	-0,282 (0,694)
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	2,039 (1,436)	2,062 (1,437)	2,086 (1,445)	1,972 (1,452)	0,876 (1,305)	2,192 (1,460)	2,028 (1,436)	2,077 (1,455)	2,014 (1,434)	1,945 (1,448)	0,717 (1,361)
Alter (zentriert)	0,262** (0,100)	0,271** (0,100)	0,263** (0,101)	0,266** (0,101)	0,267** (0,101)	0,149 (0,102)	0,262** (0,101)	0,264** (0,100)	0,259** (0,100)	0,270** (0,101)	0,179* (0,087)
Erstgeboren: ja	-2,549* (1,213)	-2,671* (1,223)	-2,579* (1,218)	-2,585* (1,199)	-2,553* (1,218)	-2,516* (1,217)	-1,451 (1,273)	-2,568* (1,214)	-2,527* (1,217)	-2,667* (1,208)	-1,044 (1,326)
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	2,725 (6,408)	2,901 (6,381)	2,693 (6,409)	2,727 (6,453)	2,777 (6,412)	2,719 (6,349)	2,759 (6,411)	-2,154 (1,283)	2,998 (6,402)	3,057 (6,427)	-2,249 (1,227)

Tabelle 4.E1: Fortsetzung

	Int. Erwerbs- status	Int. Partner- status	Int. Eltern- schaft	Int. Wohn- distanz	Int. Bildung	Int. Alter	Int. Erst- geboren	Int. Kind- Eltern- Transfers	Int. Eltern- Kind- Transfers	Mit tend. sign. Inter- aktionen	Alle Inter- aktionen
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	1,604 (1,601)	1,729 (1,602)	1,746 (1,621)	1,556 (1,611)	1,630 (1,591)	1,718 (1,605)	1,593 (1,595)	1,582 (1,600)	4,279 (2,280)	4,179 (2,271)	4,181 (2,305)
Interaktion: Geschlecht und Erwerbsstatus (<i>Ref.: männlich, nicht erwerbstätig</i>)											
Weiblich, Teilzeit erwerbstätig	2,033 (5,952)										0,934 (5,954)
Weiblich, Vollzeit erwerbstätig	0,928 (5,415)										0,543 (5,416)
Interaktion: Geschlecht und Partnerschaft (<i>Ref.: männlich, kein/e Partner/in</i>)		6,715** (2,508)								7,098** (2,686)	6,103* (2,531)
Interaktion: Geschlecht und eigene Kinder (<i>Ref.: männlich, keine eigenen Kinder</i>)			3,685 (2,750)								-0,093 (3,287)
Interaktion: Geschlecht und Wohndistanz (<i>Ref.: männlich, in der Nähe lebend</i>)											
Weiblich, mit Elternteil zusammenlebend				0,452 (6,084)						2,609 (6,309)	2,925 (6,494)
Weiblich, weit entfernt lebend				-2,756+ (1,434)						-2,375+ (1,422)	-3,027 (1,925)
Interaktion: Geschlecht und Bildung (<i>Ref.: männlich, niedrige Bildung</i>)					2,443 (2,647)						2,938 (3,031)
Interaktion: Geschlecht und Alter (zentriert) (<i>Ref.: männ- lich, Durchschnittsalter</i>)						0,223 (0,157)					0,179 (0,188)
Interaktion: Geschlecht und Erstgeborene/e (<i>Ref.: männlich, nicht erstgeboren</i>)							-2,217 (2,194)				-3,257 (2,401)

Tabelle 4.E1: Fortsetzung

	Int. Erwerbs- status	Int. Partner- status	Int. Eltern- schaft	Int. Wohn- distanz	Int. Bildung	Int. Alter	Int. Erst- geboren	Int. Kind- Eltern- Transfers	Int. Eltern- Kind- Transfers	Mit tend. sign. Inter- aktionen	Alle Inter- aktionen
Interaktion: Geschlecht und finanzielle Transfers an das Elternteil (<i>Ref.: männlich, keine finanziellen Transfers geleistet</i>)								8,140 (10,233)			8,975 (10,275)
Interaktion: Geschlecht und finanzielle Transfers vom Elternteil (<i>Ref.: männlich, keine finanziellen Transfers erhalten</i>)									-5,461 ⁺ (3,061)	-5,107 ⁺ (3,015)	-5,015 (3,177)
Konstante	5,016 (3,972)	5,886* (2,311)	4,698* (2,271)	4,085 (2,134)	4,973 (2,546)	4,147 (2,374)	4,065 (2,416)	4,602 (2,351)	3,979 (2,389)	5,439** (2,103)	5,424 (3,656)
<i>N</i>	2342	2342	2342	2342	2342	2342	2342	2342	2342	2342	2342

Robuste Standardfehler in Klammern; ⁺ $p < 0,1$; * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Anm.: Random-Intercept-Modelle mit den jeweiligen Interaktionstermen der einzelnen Individualvariablen (Spalten 1-9), dem Model mit allen (tendenziell) signifikanten Interaktionstermen (Spalte 10) sowie dem Gesamtmodell mit allen Interaktionstermen (Spalte 11). AV ist die elterliche Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr).

E2. Cross-Level-Interaktionen

Tabelle 4.E2: Übersicht der Mehrebenenmodelle mit Cross-Level-Effekten (N=2342 Kinder aus 949 Familien)

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Merkmale des Kindes				
Geschlecht: weiblich	-0,374 (1,948)	-1,111 (2,128)	0,428 (1,760)	-1,989* (0,931)
Erwerbsstatus (<i>Ref.: Nicht erwerbstätig</i>)				
Teilzeit erwerbstätig	2,166 (2,948)	2,190 (2,947)	2,267 (2,963)	2,151 (2,970)
Vollzeit erwerbstätig	-1,341 (2,644)	-1,307 (2,645)	-1,361 (2,636)	-1,538 (2,588)
Wohndistanz zum Elternteil (<i>Ref.: In der Nähe lebend</i>)				
Mit Elternteil zusammenlebend	7,617** (2,464)	7,634** (2,466)	7,492** (2,478)	7,799** (2,461)
Weit entfernt lebend	-3,301** (1,070)	-3,282** (1,070)	-3,358** (1,076)	-3,325** (1,072)
Partner: ja	-1,124 (0,981)	-1,134 (0,977)	-1,116 (0,976)	-1,125 (0,977)
Eigene Kinder: ja	0,491 (1,186)	0,487 (1,187)	0,502 (1,182)	0,528 (1,194)
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	4,028* (1,864)	4,042* (1,864)	4,082* (1,874)	3,990* (1,856)
Alter (zentriert)	-0,107 (0,101)	-0,108 (0,101)	-0,110 (0,102)	-0,105 (0,100)
Erstgeboren: ja	-1,218 (1,114)	-1,213 (1,114)	-1,210 (1,115)	-1,237 (1,112)
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	8,138 (10,808)	8,135 (10,841)	8,044 (10,737)	7,217 (10,478)
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	3,678 (2,548)	3,683 (2,544)	3,691 (2,543)	3,609 (2,544)
Merkmale der Geschwister				
Anzahl Söhne	-1,250 (1,087)	-1,438 (1,035)	-1,562 (1,043)	-1,701 (1,003)
Anzahl Töchter	0,169 (1,195)	0,118 (1,212)	0,172 (1,195)	0,193 (1,206)
Erstgeborene/r in Familie: weiblich	0,098 (0,256)	0,131 (0,263)	0,087 (0,255)	0,126 (0,253)
Merkmale der Brüder				
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0,435*** (0,034)	0,435*** (0,035)	0,434*** (0,035)	0,437*** (0,034)
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0,966 (1,067)	0,936 (1,067)	1,000 (1,063)	1,037 (1,058)
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	-0,961 (1,292)	-0,909 (1,295)	-0,695 (1,256)	-1,092 (1,371)
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-2,959** (0,967)	-2,986** (0,971)	-2,945** (0,972)	-3,103** (0,980)
Anzahl weit entfernt lebend	1,460** (0,453)	1,446** (0,456)	1,458** (0,455)	1,457** (0,457)
Anzahl mit Partner/in	0,411 (0,411)	0,426 (0,398)	0,451 (0,412)	0,432 (0,417)
Anzahl mit eigenen Kindern	-0,160 (0,471)	-0,150 (0,472)	-0,161 (0,471)	-0,157 (0,482)
Anzahl mit hoher Bildung	-1,318* (0,668)	-1,332* (0,668)	-1,340* (0,670)	-1,362* (0,688)

(fortgesetzt)

Tabelle 4.E2: Fortsetzung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Merkmale der Brüder				
Anzahl mind. 41 Jahre alt	-0,073 (0,335)	-0,064 (0,335)	-0,010 (0,348)	0,130 (0,476)
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-4,030 (4,498)	-4,023 (4,499)	-4,191 (4,515)	-3,729 (4,375)
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1,831 (1,030)	-1,841 (1,036)	-1,771 (1,016)	-1,792 (1,034)
Merkmale der Schwestern				
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0,460*** (0,024)	0,461*** (0,024)	0,461*** (0,023)	0,452*** (0,026)
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0,085 (1,141)	0,083 (1,141)	0,107 (1,135)	0,181 (1,140)
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	-0,432 (1,073)	-0,431 (1,074)	-0,445 (1,078)	-0,316 (1,082)
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-3,689** (1,320)	-3,698** (1,319)	-3,693** (1,310)	-3,903** (1,376)
Anzahl weit entfernt lebend	0,856 (0,492)	0,860 (0,495)	0,909 (0,499)	0,809 (0,484)
Anzahl mit Partner/in	0,358 (0,573)	0,388 (0,571)	0,344 (0,574)	0,376 (0,575)
Anzahl mit eigenen Kindern	-1,071 (0,708)	-1,076 (0,709)	-1,068 (0,710)	-1,155 (0,684)
Anzahl mit hoher Bildung	-1,149 (0,697)	-1,148 (0,697)	-1,188 (0,708)	-1,078 (0,688)
Anzahl mind. 41 Jahre alt	-0,068 (0,365)	-0,065 (0,371)	-0,076 (0,363)	-0,130 (0,390)
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-2,352 (4,269)	-2,339 (4,282)	-2,260 (4,229)	-1,921 (4,073)
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1,795 (1,034)	-1,777 (1,031)	-1,794 (1,041)	-1,734 (1,037)
Merkmale des Elternteils				
Geschlecht: weiblich	-0,268 (0,222)	-0,270 (0,221)	1,086 (0,821)	-0,293 (0,233)
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen	0,176 (0,181)	0,172 (0,179)	0,174 (0,178)	-0,793 (1,684)
Partner: ja	-1,095 (0,599)	-1,108 (0,602)	-1,170 (0,610)	-0,959 (0,669)
Bildung: hoch	-0,322 (0,285)	-0,326 (0,286)	-0,307 (0,285)	-0,372 (0,334)
Äquivalenzeinkommen in 1000 (netto, pro Monat)	-0,000 (0,014)	0,002 (0,014)	-0,001 (0,015)	0,002 (0,014)
Alter	0,103 (0,064)	0,102 (0,064)	0,101 (0,064)	0,094 (0,065)
Cross-Level-Interaktionen				
Geschlecht Kind (Ref.: Sohn) × Anzahl Söhne in der Geschwistergruppe	-0,483 (0,474)			
Geschlecht Kind (Ref.: Sohn) × Anzahl Töchter in der Geschwistergruppe		0,070 (0,572)		
Geschlecht Kind (Ref.: Sohn) und Geschlecht Elternteil (Ref.: Vater)			-2,756 (1,647)	

(fortgesetzt)

Tabelle 4.E2: Fortsetzung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Cross-Level-Interaktionen				
Geschlecht Kind (<i>Ref.: Sohn</i>) × Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen des Elternteils				1,865 (3,224)
Konstante	3,857 (2,746)	4,233 (2,748)	3,634 (2,777)	4,871 (2,571)
<i>N</i>	2342	2342	2342	2342

Robuste Standardfehler in Klammern; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Anm.: Abhängige Variable ist die elterliche Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr).

4.8.6 Anhang F. Ergebnisse und Diskussion der Robustheitsanalysen

1) Alternative Sample-Spezifikationen

Als alternative Sample-Spezifikationen zur Hauptanalyse wurden verwendet: 1) nur gemischtgeschlechtliche Geschwistergruppen, 2) nur Geschwistergruppen, deren Elternteil mindestens eine gesundheitliche Einschränkung angibt, und 3) nur Geschwistergruppen, in denen mindestens ein Kind Pflege leistet. Analog zur Hauptanalyse wurden wiederum lineare Mehrebenenmodelle gerechnet (Tabelle 4.F1).

Tabelle 4.F1: Robustheitsanalyse der Ergebnisse mit drei unterschiedlichen Sample-Spezifikationen, lineare Mehrebenenmodelle

	Sample 1		Sample 2		Sample 3	
	b	se	b	se	b	se
Merkmale des Kindes						
Geschlecht: weiblich	-0,393	1,649	3,284	8,176	-2,962	9,257
Erwerbsstatus (<i>Ref.: Nicht erwerbstätig</i>)						
Teilzeit erwerbstätig	0,740	2,642	-2,105	13,353	15,470	17,058
Vollzeit erwerbstätig	-0,157	2,720	-2,111	10,885	-3,014	14,926
Wohndistanz zum Elternteil (<i>Ref.: In der Nähe lebend</i>)						
Mit Elternteil zusammenlebend	5,586*	2,498	37,906**	12,637	47,811***	14,290
Weit entfernt lebend	-3,874***	1,137	-9,632	5,177	-14,969**	5,808
Partner: ja	-2,352	1,202	-2,967	5,244	-4,875	6,593
Eigene Kinder: ja	-0,064	1,563	2,587	6,644	5,043	7,884
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	2,432	1,588	18,771*	9,084	21,601*	11,013
Alter (zentriert)	-0,047	0,090	-0,638	0,631	-0,720	0,693
Erstgeborene: ja	-1,014	1,268	-8,095	6,451	-6,196	6,003
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	15,209	16,259	36,371	33,614	100,971	63,792
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	3,188	2,757	6,291	11,867	33,893*	14,772
Merkmale der Geschwister						
Anzahl Söhne	-2,120*	1,061	-2,215	5,359	2,828	4,703
Anzahl Töchter	-0,847	1,004	1,774	5,448	-0,799	6,958
Erstgeborene/r in Familie: weiblich	0,300	0,249	-1,253	1,610	0,750	2,207

(fortgesetzt)

Tabelle 4.F1: Fortsetzung

	Sample 1		Sample 2		Sample 3	
	b	se	b	se	b	se
<i>Merkmale der Söhne</i>						
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0,432***	0,035	0,424***	0,034	0,440***	0,030
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0,723	1,147	2,244	4,571	0,380	4,199
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	0,247	1,299	0,000	,	9,241	10,932
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-2,177*	0,955	-16,096**	5,400	-18,537**	5,909
Anzahl weit entfernt lebend	1,577***	0,461	2,560	2,431	3,431	2,510
Anzahl mit Partner/in	0,935*	0,402	2,764	2,533	1,015	2,207
Anzahl mit eigenen Kindern	0,033	0,567	-1,833	2,554	-1,427	3,630
Anzahl mit hoher Bildung	-0,463	0,498	-7,117*	3,466	-6,711	3,977
Anzahl mind. 41 Jahre alt	0,011	0,364	1,349	1,961	-0,787	2,422
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-8,731	7,474	0,000	,	-49,441	31,134
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1,813	1,106	-4,711	5,181	-16,102*	6,358
<i>Merkmale der Töchter</i>						
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0,472***	0,010	0,453***	0,019	0,454***	0,022
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0,402	1,068	-1,601	4,533	-0,094	5,665
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	0,300	0,952	1,633	5,305	-2,579	6,590
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-2,030*	1,025	-18,322**	6,172	-18,013**	6,776
Anzahl weit entfernt lebend	1,066	0,544	1,932	2,062	3,196	2,440
Anzahl mit Partner/in	0,835	0,587	1,683	2,351	3,585	2,993
Anzahl mit eigenen Kindern	-0,721	0,764	-5,821	3,036	-4,123	4,394
Anzahl mit hoher Bildung	-0,765	0,597	-5,582	3,625	-6,599	5,095
Anzahl mind. 41 Jahre alt	-0,750	0,422	2,083	2,084	2,247	3,354
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-3,490	5,398	-6,948	10,254	-51,100	31,407
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1,440	1,163	-2,109	4,103	-12,402*	5,402
<i>Merkmale des Elternteils</i>						
Geschlecht: weiblich	-0,169	0,255	1,218	1,396	-1,740	1,627
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen	0,262	0,217	0,525	0,325	0,401	0,589
Partner: ja	-1,183	0,713	-2,844	2,408	-6,076	3,468
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	-0,525	0,351	-1,670	1,619	-0,372	1,923
Äquivalenzeinkommen in 1000 (netto, pro Monat)	0,012	0,024	-0,048	0,209	-0,057	0,205
Alter	0,072	0,053	0,476	0,448	0,499	0,411
Konstante	5,273	3,115	5,999	12,727	6,817	15,406
<i>N (Individualebene)</i>	1570		384		354	
<i>N (Kontextebene)</i>	601		149		140	

Robuste Standardfehler in Klammern; * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Anm.: Abhängige Variable ist die elterliche Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr).

Sample 1: Nur gemischtgeschlechtliche Geschwistergruppen.

Sample 2: Nur Geschwistergruppen, deren Elternteil mindestens eine gesundheitliche Einschränkung angibt.

Sample 3: Nur Geschwistergruppen, in denen mindestens ein Kind Pflege leistet. (Hauptanalyse: Keine Einschränkung hinsichtlich der Geschlechterkomposition innerhalb der Geschwistergruppen, hinsichtlich der gesundheitlichen Einschränkungen des Elternteils sowie hinsichtlich des Pflegeengagements der Kinder in einer Familie.)

2) Alternative Operationalisierungen

Außerdem wurden fünf weitere lineare Mehrebenenmodelle mit alternativen Operationalisierungen der unabhängigen Variablen gerechnet. Tabelle 4.F2 zeigt die Ergebnisse. In Modell 1 wurden statt der Anzahl der Söhne und Töchter in einer Familie lediglich die binäre Form dieser Variablen aufgenommen, also *ob* Brüder bzw. Schwestern in

einer Geschwistergruppe vorhanden sind. Statt der dichotomen Variable, ob ein Kind selbst schon Elternteil ist (ja/nein), wird in Modell 2 die Anzahl der eigenen Kinder, in Modell 3 das Alter des jüngsten Kindes (kategorisiert) geprüft. In Modell 4 wird statt der gemeinsamen Pflegezeit der Geschwister die Anzahl der pflegenden Söhne bzw. Töchter als Variablen eingeführt. In Modell 5 schließlich werden alle Variablen auf Geschwisterebene, die die Anzahl der Söhne und Töchter mit dem jeweiligen Merkmal enthalten, durch die entsprechenden Variablen mit relativen Anteilen ersetzt.

Tabelle 4.F2: Robustheitsanalyse der Ergebnisse mit alternativen Operationalisierungen und Variablen, lineare Mehrebenenmodelle

	Modell 1	Modell 2	Modell 3 ^a	Modell 4	Modell 5
Merkmale des Kindes					
Geschlecht: weiblich	-0.888 (1.511)	-1.033 (1.517)	-1.100 (1.624)	-0.254 (1.492)	-1.102 (1.576)
Erwerbsstatus (<i>Ref.: Nicht erwerbstätig</i>)					
Teilzeit erwerbstätig	2.458 (2.701)	2.213 (2.924)	2.144 (3.076)	2.643 (3.172)	3.458 (3.170)
Vollzeit erwerbstätig	-0.848 (2.294)	-1.210 (2.651)	-1.378 (2.813)	-1.077 (2.687)	-0.650 (2.547)
Wohndistanz zum Elternteil (<i>Ref.: In der Nähe lebend</i>)					
Mit Elternteil zusammenlebend	7.811** (2.447)	7.671** (2.497)	7.877** (2.532)	8.255** (2.693)	8.672** (2.817)
Weit entfernt lebend	-3.200** (1.025)	-3.284** (1.054)	-3.074** (1.089)	-3.758** (1.055)	-4.100** (1.118)
Partner: ja	-1.035 (0.981)	-1.257 (1.121)	-1.217 (0.957)	-1.034 (1.190)	-0.208 (1.141)
Eigene Kinder: ja	0.642 (1.185)			0.156 (1.184)	-0.092 (1.414)
Anzahl eigener Kinder		0.443 (0.480)			
Alter jüngstes Kind (<i>Ref.: Keine Kinder</i>)					
0-6 Jahre			0.291 (1.293)		
7-12 Jahre			-0.196 (1.497)		
13-18 Jahre			2.538 (1.611)		
19-25 Jahre			0.628 (1.955)		
Mind. 26 Jahre			0.067 (3.426)		
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	4.085* (1.866)	4.056* (1.879)	4.136* (1.866)	4.480* (2.001)	3.919+ (2.062)
Alter (zentriert)	-0.103 (0.101)	-0.116 (0.104)	-0.114 (0.117)	-0.032 (0.186)	-0.049 (0.168)
Erstgeboren: ja	-1.208 (1.114)	-1.223 (1.116)	-1.155 (1.147)	-1.433 (1.209)	-1.022 (1.097)
Finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet: ja	8.187 (10.821)	8.067 (10.828)	8.257 (10.822)	9.731 (12.725)	4.154 (7.602)

(fortgesetzt)

Tabelle 4.F2: Fortsetzung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3 ^a	Modell 4	Modell 5
Finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten: ja	3.789 (2.563)	3.618 (2.564)	3.698 (2.512)	2.941 (2.931)	2.211 (2.648)
Merkmale der Geschwister					
Söhne vorhanden: ja	-0.237 (0.566)				
Töchter vorhanden: ja	0.619 (0.572)				
Anzahl Söhne		-1.384 (1.047)	-1.294 (1.176)	-1.733 (1.652)	
Anzahl Töchter		0.169 (1.164)	0.599 (1.240)	-0.404 (2.577)	
Anteil Töchter in Familie					1.354 (3.598)
Erstgeborene/r in Familie: weiblich	0.109 (0.248)	0.114 (0.249)	-0.050 (0.251)	0.455 (1.151)	-0.864 (1.196)
Merkmale der Söhne					
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0.433*** (0.034)	0.435*** (0.034)	0.437*** (0.035)		
Anzahl pflegt Elternteil				7.942*** (2.406)	
Anteil pflegt Elternteil					12.333** (4.467)
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0.002 (0.652)	0.890 (1.076)	0.745 (1.131)	1.422 (1.506)	
Anteil Vollzeit erwerbstätig					0.267 (2.211)
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	-1.858 (1.148)	-0.990 (1.281)	-1.083 (1.372)	1.608 (2.070)	
Anteil Teilzeit erwerbstätig					0.815 (3.138)
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-3.218*** (0.975)	-3.043** (1.008)	-2.908** (1.007)	-2.759* (1.357)	
Anteil mit Elternteil zusammenlebend					-4.238+ (2.512)
Anzahl weit entfernt lebend	1.267** (0.415)	1.446** (0.447)	1.356** (0.467)	1.477* (0.726)	
Anteil weit entfernt lebend					1.805 (1.240)
Anzahl mit Partner/in	0.378 (0.419)	0.440 (0.460)	0.712+ (0.400)	-1.080 (0.777)	
Anteil mit Partner/in					-2.375+ (1.279)
Anzahl mit eigenen Kindern	-0.330 (0.484)	-0.272 (0.369)	-0.237 (0.489)	0.741 (0.653)	
Anteil mit eigenen Kindern					0.236 (1.013)
Anzahl mit hoher Bildung	-1.324* (0.669)	-1.325* (0.673)	-1.380* (0.685)	-1.138 (0.907)	
Anteil mit hoher Bildung					-1.437 (1.708)
Anzahl mind. 41 Jahre alt	-0.238 (0.358)	-0.053 (0.347)	-0.098 (0.361)	-1.849+ (1.073)	
Anteil mind. 41 Jahre alt					-3.708* (1.837)
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-4.015 (4.503)	-3.945 (4.518)	-4.011 (4.516)	-4.904 (6.007)	
Anteil: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet					-4.084 (8.345)

(fortgesetzt)

Tabelle 4.F2: Fortsetzung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3 ^a	Modell 4	Modell 5
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1.932 ⁺ (1.036)	-1.801 ⁺ (1.038)	-1.862 ⁺ (1.033)	-0.239 (1.448)	
Anteil: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten					1.098 (1.926)
<i>Merkmale der Töchter</i>					
Gemeinsame Pflegezeit (Tage pro Jahr)	0.461 ^{***} (0.024)	0.461 ^{***} (0.024)	0.462 ^{***} (0.024)		
Anzahl pflegt Elternteil				14.065 ^{***} (3.921)	
Anteil pflegt Elternteil					20.352 ^{***} (5.350)
Anzahl Vollzeit erwerbstätig	0.055 (0.824)	0.088 (1.149)	-0.155 (1.197)	-1.774 (2.215)	
Anteil Vollzeit erwerbstätig					-2.199 (2.419)
Anzahl Teilzeit erwerbstätig	-0.370 (0.873)	-0.444 (1.071)	-0.647 (1.143)	-1.274 (2.030)	
Anteil Teilzeit erwerbstätig					-2.828 (2.517)
Anzahl mit Elternteil zusammenlebend	-3.697 ^{**} (1.260)	-3.709 ^{**} (1.325)	-3.809 ^{**} (1.324)	-0.874 (1.672)	
Anteil mit Elternteil zusammenlebend					-0.704 (2.093)
Anzahl weit entfernt lebend	0.922 [*] (0.416)	0.891 ⁺ (0.496)	0.763 (0.497)	1.173 (1.114)	
Anteil weit entfernt lebend					2.760 (1.770)
Anzahl mit Partner/in	0.388 (0.532)	0.428 (0.606)	0.513 (0.566)	1.949 [*] (0.886)	
Anteil mit Partner/in					2.314 [*] (1.137)
Anzahl mit eigenen Kindern	-1.090 ⁺ (0.627)	-1.177 [*] (0.579)	-1.224 ⁺ (0.724)	-2.052 (1.801)	
Anteil mit eigenen Kindern					-0.777 (2.165)
Anzahl mit hoher Bildung	-1.162 ⁺ (0.696)	-1.180 ⁺ (0.705)	-1.159 (0.723)	-1.957 ⁺ (1.019)	
Anteil mit hoher Bildung					-1.982 (1.653)
Anzahl mind. 41 Jahre alt	-0.048 (0.417)	-0.055 (0.367)	-0.092 (0.392)	0.375 (0.975)	
Anteil mind. 41 Jahre alt					1.389 (1.719)
Anzahl: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet	-2.417 (4.263)	-2.315 (4.269)	-2.292 (4.281)	-2.665 (3.137)	
Anteil: finanzielle Transfers an das Elternteil geleistet					0.732 (3.701)
Anzahl: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten	-1.769 ⁺ (1.043)	-1.771 ⁺ (1.035)	-1.860 ⁺ (1.038)	-2.128 (1.420)	
Anteil: finanzielle Transfers vom Elternteil erhalten					-3.133 (2.367)
<i>Merkmale des Elternteils</i>					
Geschlecht: weiblich	-0.303 (0.224)	-0.268 (0.224)	-0.210 (0.241)	0.273 (1.044)	0.123 (1.037)
Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen	0.169 (0.179)	0.181 (0.184)	0.133 (0.176)	5.094 ^{***} (1.350)	5.036 ^{***} (1.355)
Partner: ja	-1.086 ⁺ (0.594)	-1.108 ⁺ (0.602)	-1.150 ⁺ (0.589)	-3.422 (2.845)	-2.967 (2.633)

(fortgesetzt)

Tabelle 4.F2: Fortsetzung

	Modell 1	Modell 2	Modell 3 ^a	Modell 4	Modell 5
Bildung: hoch (<i>Ref.: niedrig</i>)	-0.280 (0.286)	-0.345 (0.287)	-0.222 (0.265)	-0.284 (1.369)	-0.261 (1.323)
Äquivalenzeinkommen in 1000 (netto, pro Monat)	0.005 (0.013)	0.003 (0.014)	0.005 (0.015)	-0.072 (0.069)	-0.079 (0.069)
Alter	0.106 (0.065)	0.106 (0.065)	0.106 (0.068)	0.102 (0.109)	0.097 (0.111)
Konstante	3.047 (1.975)	4.103 (2.704)	3.887 (2.861)	7.099 ⁺ (4.295)	4.260 (3.489)
<i>N (Individualebene)</i>	2342	2342	2289	2342	2342
<i>N (Kontextebene)</i>	949	949	932	949	949

Robuste Standardfehler im Klammern; ⁺ $p < 0.1$, * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Anm.: Abhängige Variable ist die elterliche Pflegezeit eines Kindes (Tage pro Jahr).

^a Reduzierte Fallzahl wegen fehlenden Werten in der Variable „Alter jüngstes Kind“.

Literatur

- Abel, Emily K. (1991): *Who Cares for the Elderly? Public Policy and the Experiences of Adult Daughters*. Philadelphia: Temple University Press.
- Ai, Chunrong / Edward C. Norton (2003): Interaction Terms in Logit and Probit Models. In: *Economics Letters* 80: 123–129.
- Albert, Adelin / J. A. Anderson (1984): On the Existence of Maximum Likelihood Estimates in Logistic Regression Models. In: *Biometrika* 71: 1–10.
- Alkema, Gretchen E. / Judy Y. Reyes / Kathleen H. Wilber (2006): Characteristics Associated With Home- and Community-Based Service Utilization for Medicare Managed Care Consumers. In: *The Gerontologist* 46: 173–182.
- Allianz (2022): Pflegereform: Was sich ab 2022 für Sie ändert. <https://www.allianz.de/gesundheit/pflegeversicherung/pflegereform/#aenderungen>. Zugegriffen: 28. August 2022.
- Alwin, Duane Francis / Ronald L. Cohen / Theodore M. Newcomb (1992): *Political Attitudes Over the Life Span. The Bennington Women After Fifty Years*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Andersen, Ronald / John F. Newman (1973): Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. In: *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 51: 95–124.
- Anderson, Kermyt G. / Hillard Kaplan / Jane B. Lancaster (2001): *Men's Financial Expenditures on Genetic Children and Stepchildren from Current and Former Relationships*. PSC Research Report 01-484: Institute for Social Research, University of Michigan.
- Aneshensel, Carol S. / Leonard I. Pearlin / Joseph T. Mullan / Steven H. Zarit / Carol J. Whitlatch (1995): *Profiles in Caregiving. The Unexpected Career*. San Diego, California: Academic Press Inc.
- Arber, Sara / Jay Ginn (1991): *Gender and Later Life. A Sociological Analysis of Resources and Constraints*. London: SAGE Publications.
- Archer, Carol K. / Michael MacLean (1994): Husbands and Sons as Caregivers of Chronically-Ill Elderly Women. In: *Journal of Gerontological Social Work* 21: 5–24.
- Arnault, Louis / Roméo Fontaine (2018): *Filial Caregiving for the Disabled Elderly. The Role of Contextual Interactions*. Working Paper hal-02081809.
- Artamonova, Alyona / Maria Brandén / Brian J. Gillespie / Clara H. Mulder (2021): Adult Children's Gender, Number and Proximity and Older Parents' Moves to Institutions: Evidence from Sweden. In: *Ageing and Society*: 1–31.
- Axinn, William G. / Scott T. Yabiku (2001): Social Change, the Social Organization of Families, and Fertility Limitation. In: *American Journal of Sociology* 106: 1219–1261.
- Backes, Gertrud / Ludwig Amrhein / Martina Wolfinger (2008): *Gender in der Pflege. Herausforderungen für die Politik*. Expertise im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung. Arbeitsbereich Frauen- und Geschlechterforschung. Bonn.
- Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (2008): Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit*

- und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 7-48. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.*
- Baum, Ariane (2022): Bridge or Barrier? The Impact of Network Capital on the Receipt of Long-Term Care Services in Germany. In: *Journal of Aging and Health*, DOI: 8982643221098779.
- Becker, Rolf (2009): Bildungssoziologie – Was sie ist, was sie will, was sie kann. In: Becker, Rolf (Hrsg.): *Lehrbuch der Bildungssoziologie*, 9-34. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Behrens, Johann (2008): Ökonomisches, soziales und kulturelles "Kapital" und die soziale Ungleichheit in der Pflege. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 180-212. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.*
- Berecki-Gisolf, Janneke / Jayne Lucke / Richard Hockey / Annette Dobson (2008): Transitions Into Informal Caregiving and Out of Paid Employment of Women in Their 50s. In: *Social Science & Medicine* 67: 122–127.
- Beretvas, Natasha (2011): Cross-Classified and Multiple-Membership Models. In: Hox, Joop J. / J. K. Roberts (Hrsg.): *Handbook of Advanced Multilevel Analysis*, 313-334. New York: Routledge.
- Bergmann, Michael / Thorsten Kneip / Giuseppe De Luca / Annette Scherpenzeel (2019): *Survey Participation in the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE), Wave 1-7. Based on Release 7.0.0. SHARE Working Paper Series 41-2019. München: SHARE-ERIC. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W1.700>.*
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2022): Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bgw-online.de/bgw-online-de/themen/bgw-im-ueberblick/aktionen-und-kampagnen/konzertierte-aktion-pflege>. Zugegriffen: 29. August 2022.
- Bestmann, Beate / Elisabeth Wüstholtz / Frank Verheyen (2014): *Pflegen: Belastung und sozialer Zusammenhalt. Eine Befragung zur Situation von pflegenden Angehörigen. WINEG Wissen 04. Hamburg: Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen (WINEG).*
- Betini, Raquel S. D. / John P. Hirdes / Donna S. Lero / Susan Cadell / Jeff Poss / George Heckman (2017): A Longitudinal Study Looking at and Beyond Care Recipient Health as a Predictor of Long Term Care Home Admission. In: *BMC Health Services Research* 17: 709.
- Bianchi, Suzanne M. / Melissa A. Milkie (2010): Work and Family Research in the First Decade of the 21st Century. In: *Journal of Marriage and Family* 72: 705–725.
- Blaumeiser, Heinz / Baldo Blinkert / Thomas Klie (2001): Zwischen Heim und daheim: die Munderkingen-Studie zum Wandel pflegekultureller Orientierungen. In: *SWS Rundschau* 41: 405–419.
- Blieszner, Rosemary / Raeann R. Hamon (1992): Filial Responsibility: Attitudes, Motivators, and Behaviors. In: Dwyer, Jeffrey W. / Raymond T. Coward (Hrsg.): *Gender, Families and Elder Care*, 105-119. Newbury Park: SAGE Publications.
- Blinkert, Baldo / Thomas Klie (2008): Die Versorgungssituation pflegebedürftiger Menschen vor dem Hintergrund von Bedarf und Chancen. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter*

- Pflegeforschung*. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 239-255. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bock, Gisela / Barbara Duden (1977): Arbeit aus Liebe – Liebe als Arbeit. Zur Entstehung der Hausarbeit im Kapitalismus. In: Gruppe Berliner Dozentinnen (Hrsg.): *Frauen und Wissenschaft. Beiträge zur Berliner Sommeruniversität für Frauen, Juli 1976*, 118-199. Berlin: Courage-Verlag.
- Bonsang, Eric (2007): How Do Middle-Aged Children Allocate Time and Money Transfers to Their Older Parents in Europe? In: *Empirica* 34: 171–188.
- Borraro, Evelinn A. / Jennifer R. Salmon / Larry Polivka / Buron D. Dunlop (2002): Utilization Across the Continuum of Long-Term Care Services. In: *The Gerontologist* 42: 603–612.
- Börsch-Supan, Axel (2019a): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 1. Release Version: 7.0.0*. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W1.700>.
- Börsch-Supan, Axel (2019b): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 2. Release version: 7.0.0*. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W2.700>.
- Börsch-Supan, Axel (2019c): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 4. Release version: 7.0.0*. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W4.700>.
- Börsch-Supan, Axel (2019d): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 5. Release version: 7.0.0*. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W5.700>.
- Börsch-Supan, Axel (2019e): *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) Wave 6. Release version: 7.0.0*. Data set. <https://doi.org/10.6103/SHARE.W6.700>.
- Börsch-Supan, Axel / Martina Brandt / Christian Hunkler / Thorsten Kneip / Julie Korbmacher / Frederic Malter / Barbara Schaan / Stephanie Stuck / Sabrina Zuber (2013): Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). In: *International Journal of Epidemiology* 42: 992–1001.
- Börsch-Supan, Axel / Agar Brugiavini / Hendrik Jürges / Arie Kapteyn / Johan Mackenbach / Johannes Siegrist / Guglielmo Weber (Hrsg.) (2008): *First Results From the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (2004-2007). Starting the Longitudinal Dimension*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Börsch-Supan, Axel / Hendrik Jürges (Hrsg.) (2005): *The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe – Methodology*. Mannheim: Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA).
- Bourdieu, Pierre (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, Reinhard (Hrsg.): *Soziale Ungleichheiten*. Soziale Welt, Sonderband 2, 183-198. Göttingen: Otto Schwartz & Co.
- Boyd, Carol J. (1989): Mothers and Daughters: A Discussion of Theory and Research. In: *Journal of Marriage and Family* 51: 291–301.
- Brandt, Martina / Klaus Haberkern / Marc Szydlik (2009): Intergenerational Help and Care in Europe. In: *European Sociological Review* 25: 585–601.
- Braun, Claudia (2012): Grenzerfahrungen. Gewalt und Aggression in häuslichen Pflegebeziehungen. In: Färber, Hans-Peter (Hrsg.): *Herausforderndes Verhalten in Pädagogik, Therapie und Pflege*. Schriftenreihe der Stiftung KBF, 229-244. Mössingen: Stiftung KBF.
- Braun, Daniela / Nicole Seher / Markus Tausenpfund / Ansgar Wolsing (2010): *Einstellungen gegenüber Immigranten und die Zustimmung zur Europäischen Integration. Eine*

- Mehrebenenanalyse*. Arbeitspapiere – Working Papers 136. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- Briggs, Rick (1998): *Caregiving Daughters. Accepting the Role of Caregiver for Elderly Parents*. New York & London: Garland Publishing.
- Brines, Julie (1994): Economic Dependency, Gender, and the Division of Labor at Home. In: *American Journal of Sociology* 100: 652–688.
- Bröckel, Miriam / Hans-Jürgen Andreß (2015): The Economic Consequences of Divorce in Germany: What Has Changed Since the Turn of the Millennium? In: *Comparative Population Studies* 40: 277–312.
- Brody, Elaine M. / Christine J. Hoffman / Morton H. Kleban / Claire B. Schoonover (1989): Caregiving Daughters and Their Local Siblings: Perceptions, Strains, and Interactions. In: *The Gerontologist* 29: 529–538.
- Brody, Elaine M. / Claire B. Schoonover (1986): Patterns of Parent-Care When Adult Daughters Work and When They Do Not. In: *The Gerontologist* 26: 372–381.
- Brückner, Margit (2010): Entwicklungen der Care-Debatte – Wurzeln und Begrifflichkeiten. In: Apitzsch, Ursula / Marianne Schmidbauer (Hrsg.): *Care und Migration. Die Ent-Sorgung menschlicher Produktionsarbeit entlang von Geschlechter- und Armutsgrenzen*, 43-58. Opladen: Budrich.
- Brüderl, Josef (2019): *Vorlesung Sozialstrukturanalyse*. [Vorlesungsfolien]. München.
- Brunello, Giorgio / Margherita Fort / Nicole Schneeweis / Rudolf Winter-Ebmer (2016): The Causal Effect of Education on Health: What is the Role of Health Behaviors? In: *Health Economics* 25: 314–336.
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BIB) (2022): Lebensformen und Haushalte. <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Lebensformen/Lebensformen.html>. Zugegriffen: 22. August 2022.
- Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Generationenbeziehungen – Herausforderungen und Potenziale. Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats für Familienfragen beim Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundesministerium der Justiz, und Bundesamt für Justiz (2014): *Bekanntmachung über die Höhe der Regelbedarfe nach § 20 Absatz 5 des Zweiten Buches Sozialgesetzbuch für die Zeit ab 1. Januar 2015 vom 15. Oktober 2014 (BGBl. I S. 1620)*.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019): Prävention in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennungsvorsorge/praevention-in-der-pflege.html>. Zugegriffen: 28. August 2022.
- Bundesministerium für Gesundheit (2021): Konzertierte Aktion Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html>. Zugegriffen: 29. August 2022.
- Bundesministerium für Gesundheit (2022a): Beschäftigte in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html>. Zugegriffen: 12. August 2022.
- Bundesministerium für Gesundheit (2022b): Pflege zu Hause: Finanzielle Unterstützung und Leistungen für die ambulante Pflege.

- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/pflege-zu-hause.html>. Zugegriffen: 12. August 2022.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2018): *Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland*. Zeitbilder. Bonn.
- Business and Professional Women (BPW) Germany (2022): Equal Pay Day. <https://www.equalpayday.de/>. Zugegriffen: 17. August 2022.
- Campbell, Lori D. (2010): Sons Who Care: Examining the Experience and Meaning of Filial Caregiving for Married and Never-Married Sons. In: *Canadian Journal on Aging / La revue canadienne du vieillissement* 29: 73–84.
- Campbell, Lori D. / Anne Martin-Matthews (2003): The Gendered Nature of Men's Filial Care. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 58B: 350–358.
- Caputo, Jennifer / Eliza K. Pavalko / Melissa A. Hardy (2016): The Long-Term Effects of Caregiving on Women's Health and Mortality. In: *Journal of Marriage and the Family* 78: 1382–1398.
- Card, David (1999): The Causal Effect of Education on Earnings. In: Ashenfelter, Orley / David Card (Hrsg.): *Handbook of Labor Economics*, 1. Aufl., 1801-1863. North Holland, Amsterdam: Elsevier.
- Chappell, Neena / Audrey Blandford (1991): Informal and Formal Care. Exploring the Complementarity. In: *Ageing and Society* 11: 299–317.
- Charles, Maria / Karen Bradley (2009): Indulging Our Gendered Selves? Sex Segregation by Field of Study in 44 Countries. In: *American Journal of Sociology* 114: 924–976.
- Charles, Maria / David B. Grusky (2004): *Occupational Ghettos. The Worldwide Segregation of Women and Men*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Checkovich, Tennille J. / Steven Stern (2002): Shared Caregiving Responsibilities of Adult Siblings with Elderly Parents. In: *The Journal of Human Resources* 37: 441–478.
- Chou, Yueh-Ching / Teppo Kröger / Cheng-Yun Pu (2015): Models of Long-Term Care Use Among Older People With Disabilities in Taiwan: Institutional Care, Community Care, Live-in Migrant Care and Family Care. In: *Journal of Ageing* 12: 95–104.
- Clarivate (2022): Journal Citation Reports. <https://jcr.clarivate.com/jcr-jp/journal-profile?journal=J%20AGING%20HEALTH&year=2021&fromPage=%2Fjcr%2Fsearch-results>. Zugegriffen: 3. September 2022.
- Cohen, Carole A. / Angela Colantonio / Lee Vernich (2002): Positive Aspects of Caregiving: Rounding Out the Caregiver Experience. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 17: 184–188.
- Coleman, James S. (1988): Social Capital in the Creation of Human Capital. In: *American Journal of Sociology* 94: 95–120.
- Colombo, Francesca / Ana Llana-Nozal / Jérôme Mercier / Frits Tjadens (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Health Policy Studies. <https://doi.org/10.1787/9789264097759-en>.
- Comas-d'Argemir, Dolors / Montserrat Soronellas (2019): Men as Carers in Long-Term Caring: Doing Gender and Doing Kinship. In: *Journal of Family Issues* 40: 315–339.
- Compernelle, Ellen (2015): Changing Attitudes Toward Care of Aging Parents: The Influence of Education, International Travel, and Gender. In: *International Journal of Sociology* 45: 64–83.

- Conlon, Catherine / Virpi Timonen / Gemma Carney / Thomas Scharf (2014): Women (Re)Negotiating Care across Family Generations. Intersections of Gender and Socioeconomic Status. In: *Gender & Society* 28: 729–751.
- Couch, Kenneth A. / Mary C. Daly / Douglas A. Wolf (1999): Time? Money? Both? The Allocation of Resources to Older Parents. In: *Demography* 36: 219–232.
- Crets, Stefan (1996): Determinants of the Use of Ambulant Social Care by the Elderly. In: *Social Science & Medicine* 43: 1709–1720.
- Dallinger, Ursula (1997): *Ökonomie der Moral*. Dissertation, Studien zur Sozialwissenschaft, Band 185.
- Daly, Mary C. / Jane Lewis (1998): Introduction: Conceptualizing Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. In: Lewis, Jane (Hrsg.): *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, 86-103. Aldershot: Ashgate.
- Daly, Mary C. / Katherine Rake (2003): *Gender and the Welfare State. Care, Work and Welfare in Europe and the USA*. Cambridge: Polity Press.
- Davey, Adam / Maximiliane E. Szinovácz / Katherine W. Bauer (2017): Dynamic Care Networks. The Changing Face of Family Caregiving. In: Joseph, Gillian (Hrsg.): *Diverse Perspectives on Aging in a Changing World*. Routledge Studies in Health and Social Welfare, Bd. 14, 86-103. London, New York: Routledge.
- Davey, Adam / Maximiliane E. Szinovácz (2008): Division of Care Among Adult Children. In: Szinovácz, Maximiliane E. / Adam Davey (Hrsg.): *Caregiving Contexts. Cultural, Familial, and Societal Implications*, 133-154. New York: Springer.
- Dechant, Anna / Hans-Peter Blossfeld (2015): Changes in the Division of Labor Within Highly Educated German Couples When the First Child is Born. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 27: 373–396.
- Demografieportal (2022a): Altersspezifische Pflegequoten. <https://www.demografieportal.de/DE/Fakten/pflegequote-alter.html>. Zugegriffen: 12. August 2022.
- Demografieportal (2022b): Anzahl der Pflegebedürftigen. <https://www.demografieportal.de/DE/Fakten/pflegebeduerftige.html>. Zugegriffen: 23. August 2022.
- Dixon, Anna / Julian Le Grand / John Henderson / Richard Murray / Emmi Poteliakhoff (2007): Is the British National Health Service Equitable? The Evidence on Socioeconomic Differences in Utilization. In: *Journal of Health Services Research & Policy* 12: 104–109.
- Dreißig, Verena (2008): Zur Rolle von Ungleichheits- und Machtverhältnissen in der Interaktion zwischen Pflegenden/Ärzten und verschiedenen Patientengruppen im Krankenhaus. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 363-374. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Dudel, Christian (2015): Vorausberechnung des Pflegepotentials von erwachsenen Kindern für ihre pflegebedürftigen Eltern. In: *Sozialer Fortschritt* 64: 14–26.
- Dwyer, Jeffrey W. / Raymond T. Coward (1991): A Multivariate Comparison of the Involvement of Adult Sons Versus Daughters in the Care of Impaired Parents. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 46: 259–269.
- Dwyer, Jeffrey W. / Karen Seccombe (1991): Elder Care as Family Labor. The Influence of Gender and Family Position. In: *Journal of Family Issues* 12: 229–247.

- Eggert, Simon / Lisa Storch / Daniela Sulmann (2018): *Perspektive informell Pflegender auf ihre Pflegesituation*. Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Ehling, Manfred / Erlend Holz / Irene Kahle (2001): Erhebungsdesign der Zeitbudgeterhebung 2001/2002. In: *Wirtschaft und Statistik*, 427-436.
- Ehrlich, Ulrike / Nadiya Kelle (2019): Pflegende Angehörige in Deutschland: Wer pflegt, wo, für wen und wie? In: *Zeitschrift für Sozialreform* 65: 175–203.
- Ehrlich, Ulrike / Katja Möhring / Sonja Drobnič (2020): What Comes after Caring? The Impact of Family Care on Women's Employment. In: *Journal of Family Issues* 41: 1387–1419.
- Ekwall, Anna K. / Ingalill R. Hallberg (2007): The Association Between Caregiving Satisfaction, Difficulties and Coping Among Older Family Caregivers. In: *Journal of Clinical Nursing* 16: 832–844.
- Emunds, Bernhard (2016): *Damit es Oma gutgeht. Pflege-Ausbeutung in den eigenen vier Wänden*. Frankfurt am Main: Westend Verlag.
- Engster, Daniel (2007): *The Heart of Justice: Care Ethics and Political Theory*. Oxford: Oxford University Press.
- Engstler, Heribert / Sonja Menning / Elke Hoffmann / Clemens Tesch-Römer (2004): Die Zeitverwendung älterer Menschen. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): *Alltag in Deutschland - Analysen zur Zeitverwendung. Band 43 der Schriftenreihe Forum der Bundesstatistik*, 216-246. Stuttgart: Metzler Poeschel.
- Erbring, Lutz / Alice A. Young (1979): Individuals and Social Structure. Contextual Effects as Endogenous Feedback. In: *Sociological Methods and Research* 7: 396–430.
- Eurostat Statistics Explained (2021): Glossar: Verfügbares Äquivalenzeinkommen. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Equivalent_disposable_income/de. Zugegriffen: 30. April 2022.
- Finch, Janet (1989): *Family obligations and social change*. Cambridge: Polity Press.
- Fingerman, Karen L. (2001): *Aging Mothers and Their Adult Daughters. A Study in Mixed Emotions*. New York: Springer Publishing Company.
- Fingerman, Karen L. / Meng Huo / Kira S. Birditt (2020): Mothers, Fathers, Daughters, and Sons: Gender Differences in Adults' Intergenerational Ties. In: *Journal of Family Issues* 41: 1597–1625.
- Firth, David (1993): Bias Reduction of Maximum Likelihood Estimates. In: *Biometrika* 80: 27–38.
- Folbre, Nancy (2012): *For Love and Money. Care Provision in the United States*. New York: Russell Sage Foundation.
- Franks, Melissa M. / Linda S. Pierce / Jeffrey W. Dwyer (2003): Expected Parent-Care Involvement of Adult Children. In: *Journal of Applied Gerontology* 22: 104–117.
- Friedman, Esther M. / Judith A. Seltzer (2010): *Providing for Older Parents: Is It a Family Affair?* Working Paper PWP-CCPR-2010-012: California Center for Population Research and Department of Sociology, University of California – Los Angeles.
- Friedrichs, Jürgen / Alexandra Nonnenmacher (Hrsg.) (2014): *Soziale Kontexte und Soziale Mechanismen*. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Sonderheft 54: Springer VS.
- Galtung, Johan (1969): *Theory and Methods of Social Research*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Gamper, Markus / Julia Seidel / Annett Kupfer / Sylvia Keim-Klärner / Andreas Klärner (2020): Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten – Soziale Netzwerke im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsverhalten. In: Klärner, Andreas / Markus Gamper / Sylvia Keim-Klärner / Irene Moor / Holger von der Lippe / Nico Vonneilich (Hrsg.): *Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Eine neue Perspektive für die Forschung*, 273-307. Wiesbaden: Springer VS Open.
- Gans, Daphna / Ariela Lowenstein / Ruth Katz / Julie Zissimopoulos (2013): Is There a Trade-Off Between Caring for Children and Caring for Parents? In: *Journal of Comparative Family Studies* 44: 455–471.
- Garfinkel, Harold (1967): *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Geerlings, Sandra W. / Anne M. Pot / Jos W. R. Twisk / Dorly J. H. Deeg (2005): Predicting Transitions in the Use of Informal and Professional Care by Older Adults. In: *Ageing and Society* 25: 111–130.
- Geissler, Birgit / Birgit Pfau-Effinger (Hrsg.) (2005): *Care and Social Integration in European Societies*. Bristol: The Policy Press.
- Gerstel, Naomi / Sally K. Gallagher (2001): Men's Caregiving. Gender and the Contingent Character of Care. In: *Gender & Society* 15: 197–217.
- Geyer, Johannes (2015): Einkommen und Vermögen der Pflegehaushalte in Deutschland. *DIW Wochenbericht Nr. 14*: 323–329.
- Geyer, Johannes (2016a): *Herausforderungen der demografischen Entwicklung für die Pflege*. Vortragsreihe des Deutschen Zentrums für Altersfragen (DZA).
- Geyer, Johannes (2016b): Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*, 24-43. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Geyer, Johannes / Erika Schulz (2014): Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland. *DIW-Wochenbericht* 81: 294–301.
- Goffman, Erving (1959): *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Goldscheider, Frances K. / Linda J. Waite (1986): Sex Differences in the Entry Into Marriage. In: *American Journal of Sociology* 92: 91–109.
- Goldscheider, Frances K. / Linda J. Waite (1991): *New Families, No Families? The Transformation of the American Home*. Berkeley: University of California Press.
- Graham, Hilary (1983): Caring: A Labour of Love. In: Finch, Janet / Dulcie Groves (Hrsg.): *A Labour of Love. Women, Work and Caring*, 13-49. London: Routledge.
- Graham, Hilary / Michael P. Kelly (2004): *Health Inequalities: Concepts, Frameworks and Policy*. London: Health Development Agency.
- Granovetter, Mark S. (1973): The Strength of Weak Ties. In: *American Journal of Sociology* 78: 1360–1380.
- Greenstein, Theodore N. (2000): Economic Dependence, Gender, and the Division of Labor in the Home: A Replication and Extension. In: *Journal of Marriage and the Family* 62: 322–335.
- Grigoryeva, Angelina (2017): Own Gender, Sibling's Gender, Parent's Gender: The Division of Elderly Parent Care among Adult Children. In: *American Sociological Review* 82: 116–146.

- Grundy, Emily / Sanna Read (2012): Social Contacts and Receipt of Help Among Older People in England: Are There Benefits of Having More Children? In: *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences* 67: 742–754.
- Güntert, Bernhard J. / Günter Thiele (2008): Gibt es eine Unterfinanzierung in der Pflege? In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 154-179. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haberkern, Klaus (2009): *Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Haberkern, Klaus / Tina Schmid / Marc Szydlik (2015): Gender Differences in Intergenerational Care in European Welfare States. In: *Ageing and Society* 35: 298–320.
- Haberkern, Klaus / Marc Szydlik (2008): Pflege der Eltern – Ein europäischer Vergleich. In: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 60: 78–101.
- Hajek, André / Hans-Helmut König (2016): Informal Caregiving and Subjective Well-Being: Evidence of a Population-Based Longitudinal Study of Older Adults in Germany. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 17: 300–305.
- Hajek, André / Benedikt Kretzler / Hans-Helmut König (2021): Informal Caregiving, Loneliness and Social Isolation: A Systematic Review. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18: 12101.
- Hämel, Kerstin / Doris Schaeffer (2013): Who cares? Fachkräftemangel in der Pflege. In: *Zeitschrift für Sozialreform* 59: 413–432.
- Hanratty, Barbara / Tuohong Zhang / Margaret Whitehead (2007): How Close Have Universal Health Systems Come to Achieving Equity in Use of Curative Services? A Systematic Review. In: *International Journal of Health Services : Planning, Administration, Evaluation* 37: 89–109.
- Harris, Phyllis Braudy / Joyce Bichler (1997): *Men Giving Care. Reflections of Husbands and Sons*. New York: Garland.
- Heckman, James J. / Lance J. Lochner / Petra E. Todd (2007): Earnings Functions, Rates of Return and Treatment Effects: The Mincer Equation and Beyond. In: Hanushek, Eric A. / Finis Welch (Hrsg.): *Handbook of the Economics of Education*. Handbooks in economics, Bd. 1, 1. Aufl., 307-458. Amsterdam: Elsevier North-Holland.
- Heger, Dörte (2017): The Mental Health of Children Providing Care to their Elderly Parent. In: *Health Economics* 26: 1617–1629.
- Heinze, Georg (2006): A Comparative Investigation of Methods for Logistic Regression With Separated or Nearly Separated Data. In: *Statistics in Medicine* 25: 4216–4226.
- Heinze, Georg / Michael Schemper (2002): A Solution to the Problem of Separation in Logistic Regression. In: *Statistics in Medicine* 21: 2409–2419.
- Held, Virginia (2006): *The Ethics of Care: Personal, Political, and Global*. Oxford: Oxford University Press.
- Henretta, John C. / Martha S. Hill / Wei. Li / Beth J. Soldo / Douglas A. Wolf (1997): Selection of Children to Provide Care: The Effect of Earlier Parental Transfers. In: *Journal of Gerontology* 52: 110–119.
- Henz, Ursula (2006): Informal Caregiving at Working Age: Effects of Job Characteristics and Family Configuration. In: *Journal of Marriage and Family* 68: 411–429.

- Henz, Ursula (2009): Couples' Provision of Informal Care for Parents and Parents-in-Law: Far From Sharing Equally? In: *Ageing and Society* 29: 369–395.
- Heusinger, Josefine (2008): Der Zusammenhang von Milieuzugehörigkeit, Selbstbestimmungschancen und Pflegeorganisation in häuslichen Pflegearrangements älterer Menschen. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 301-314. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hielscher, Volker / Sabine Kirchen-Peters / Lukas Nock (2017): *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten. Pflegebedürftige und ihre Angehörigen geben Auskunft*. Study 363 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Himes, Christine L. / Anne K. Jordan / Janice I. Farkas (1996): Factors Influencing Parental Caregiving by Adult Women. Variations by Care Intensity and Duration. In: *Research on Aging* 18: 349–370.
- Himmelweit, Susan / Hilary Land (2011): Reducing Gender Inequalities to Create a Sustainable Care System. In: *Kurswechsel* 4: 49–63.
- Hinz, Thomas (2009): Mehrebenenanalyse. In: Kühl, Stefan / Petra Strodtholz / Andreas Taffertshofer (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*, 648-667. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hochschild, Arlie R. (1995): The Culture of Politics: Traditional, Postmodern, Cold-modern and Warm-modern Ideals of Care. In: *Social Politics* 2: 331–346.
- Hochschild, Arlie R. (2001): The Nanny Chain. In: *The American Prospect* 11: 1–4.
- Hochschild, Arlie R. (2006): *Keine Zeit. Wenn die Firma zum Zuhause wird und zu Hause nur Arbeit wartet*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Horowitz, Amy (1985): Sons and Daughters as Caregivers to Older Parents: Differences in Role Performance and Consequences. In: *The Gerontologist* 25: 612–617.
- Horowitz, Amy / Lois W. Shindelman (1983): Reciprocity and Affection. Past Influences on Current Caregiving. In: *Journal of Gerontological Social Work* 5: 5–20.
- Hox, Joop J. (2010): *Multilevel Analysis. Techniques and Applications*. 2. Aufl. New York: Routledge.
- Hox, Joop J. / J. K. Roberts (2011): Multilevel Analysis. Where We Were and Where We Are. In: Hox, Joop J. / J. K. Roberts (Hrsg.): *Handbook of Advanced Multilevel Analysis*, 3-11. New York: Routledge.
- Hradil, Stefan (1987): *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske + Budrich.
- Hughes, Mary E. / Linda J. Waite / Louise C. Hawkey / John T. Cacioppo (2004): A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. In: *Research on Aging* 26: 655–672.
- Huinink, Johannes / Torsten Schröder (2008): *Sozialstruktur Deutschlands*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Hurst, Charles E. / Heather M. Fitz Gibbon / Anne M. Nurse (2016): *Social Inequality. Forms, Causes, and Consequences*. New York: Routledge.
- Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft (2019): Pflegekosten - Wer kann das noch zahlen? <https://www.iwd.de/artikel/wer-kann-das-noch-zahlen-452374/>. Zugegriffen: 17. August 2022.

- Ingersoll-Dayton / Berit, Margaret B. Neal / Jung-hwa Ha / Leslie B. Hammer (2003): Redressing Inequity in Parent Care among Siblings. In: *Journal of Marriage and Family* 65: 201–212.
- Jabsen, Annika / Hans-Peter Blossfeld (2008): Die Auswirkungen häuslicher Pflege auf die Arbeitsteilung in der Familie. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 20: 293–321.
- Jegermalm, Magnus / Eva J. Grassman (2012): Helpful Citizens and Caring Families: Patterns of Informal Help and Caregiving in Sweden in a 17-Year Perspective. In: *International Journal of Social Welfare* 21: 422–432.
- Jette, Alan M. / Sharon L. Tennstedt / Laurence G. Branch (1992): Stability of Informal Long-Term Care. In: *Journal of Aging and Health* 4: 193–211.
- Johnson, Richard W. / Anthony T. Lo Sasso (2006): The Impact of Elder Care on Women's Labor Supply. In: *Inquiry* 43: 195–210.
- Kalmijn, Matthijs (2007): Gender Differences in The Effects of Divorce, Widowhood and Remarriage on Intergenerational Support. Does Marriage Protect Fathers? In: *Social Forces* 85: 1079–1103.
- Kalmijn, Matthijs / Chiara Saraceno (2008): A Comparative Perspective on Intergenerational Support. In: *European Societies* 10: 479–508.
- Karabon, Patrick (2020): *Rare Events or Non-Convergence with a Binary Outcome? The Power of Firth Regression in PROC LOGISTIC*. SAS Global Forum 2020 Paper 4654.
- Karrasch, Ralph-Michael / Monika Reichert (2011): Auswirkungen der Pflege eines Partners auf Partnerschaft und Sexualität. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 23: 102–116.
- Kaschowitz, Judith (2015): *Der Einfluss der Pflegeverantwortung von Frauen auf das Arbeitsangebot ihrer Partner. Eine Untersuchung mit dem SOEP*. Duisburger Beiträge zur soziologischen Forschung 2015-01. <https://doi.org/10.6104/DBsF-2015-01>.
- Katz, Sidney / Amasa B. Ford / Roland W. Moskowitz / Beverly A. Jackson / Marjorie W. Jaffe (1963): Studies of Illness in the Aged. The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. In: *Jama* 185: 914–919.
- Keck, Wolfgang (2016): Was kommt nach der Pflege? In: *Sozialer Fortschritt* 5: 112–119.
- Keck, Wolfgang / Agnes Blome (2008): Is There a Generational Cleavage in Europe? Agespecific Perceptions of Elderly Care and of the Pension System. In: Alber, Jens / Tony Fahey / Chiara Saraceno (Hrsg.): *Handbook of Quality of Life in the Enlarged European Union*, 73-99. London: Routledge.
- Kempen, Gertrudis I. J. M. / Th. P. B. M. Suurmeijer (1991): Professional Home Care for the Elderly: An Application of the Andersen-Newman Model in the Netherlands. In: *Social Science & Medicine* 33: 1081–1089.
- Kittay, Eva / Bruce Jennings / Angela Wasunna (2005): Dependency, Difference and the Global Ethic of Longterm Care. In: *The Journal of Political Philosophy* 13: 443–469.
- Klaus, Daniela / Clemens Tesch-Römer (2017): Pflege und Unterstützung bei gesundheitlichen Einschränkungen: Welchen Beitrag leisten Personen in der zweiten Lebenshälfte für andere? In: Mahne Katharina / Julia K. Wolff / Julia Simonson / Clemens Tesch-Römer (Hrsg.): *Altern im Wandel*, 185-200. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- klische*esc (2022): Equal Care Day. <https://equalcareday.de/>. Zugegriffen: 17. August 2022.
- Knopf, Lea / Karla Wazinski / Anna Wanka / Moritz Heß (2022): Hochschulen als Teil von Caring Societies – Herausforderungen und Unterstützung von Studierenden mit

- Pflegeaufgaben. In: Knobloch, Ulrike / Hildegard Theobald / Corinna Dengler / Ann-Christin Kleinert / Christopher Gnadt / Heidi Lehner (Hrsg.): *Caring Societies – Sorgende Gesellschaften. Neue Abhängigkeiten oder mehr Gerechtigkeit?*, 85-96. Weinheim: Beltz Juventa.
- Kochskämper, Susanna (2019): *Pflegeheimkosten und Eigenanteile. Wird Pflege immer teurer?* IW-Report 41/19. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.
- Kramer, Betty J. / Edward H. Thompson (Hrsg.) (2001): *Men as Caregivers. Theory, Research, and Service Implications*. Springer Series, Focus on Men. New York: Springer Publishing Company.
- Kreckel, Reinhard (1997): *Politische Soziologie der sozialen Ungleichheit*. Frankfurt am Main: Campus.
- Kremer, Monique (2007): *How Welfare States Care: Culture, Gender and Parenting in Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Kridahl, Linda / Ann-Zofie Duvander (2021): Are Mothers and Daughters Most Important? How Gender, Childhood Family Dissolution and Parents' Current Living Arrangements Affect the Personal Care of Parents. In: *Social Sciences* 10: 1–20.
- Krüger, Nelli (2019): *Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft an Haushaltserhebungen der amtlichen Statistik*. https://www.destatis.de/DE/Methoden/WISTA-Wirtschaft-und-Statistik/2019/04/massnahmen-steigerung-teilnahmebereitschaft-042019.pdf?__blob=publicationFile. Zugegriffen: 3. September 2022.
- Kühhirt, Michael (2012): Childbirth and the Long-Term Division of Labour within Couples: How do Substitution, Bargaining Power, and Norms affect Parents' Time Allocation in West Germany? In: *European Sociological Review* 28: 565–582.
- Laenderdaten.info (2019): Vergleich der durchschnittlichen Lebenserwartung. Lebenserwartung für Männer und Frauen. <https://www.laenderdaten.info/lebenserwartung.php>. Zugegriffen: 1. Juni 2022.
- Lam, Chun B. / Susan M. McHale / Ann C. Crouter (2012): Parent-Child Shared Time From Middle Childhood to Late Adolescence: Developmental Course and Adjustment Correlates. In: *Child Development* 83: 2089–2103.
- Lampert, Thomas / Jens Hoebel / Lars E. Kroll (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 4: 3–15.
- Lampert, Thomas / Jens Hoebel / Benjamin Kuntz / Stephan Müters / Lars E. Kroll (2017): *Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.
- Lawton, M. P. / Elaine M. Brody (1969): Assessment of Older People. Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. In: *The Gerontologist* 9: 179–186.
- Lazarsfeld, Paul F. / Herbert Menzel (1980): On the Relation Between Individual and Collective Properties. In: Etzioni, Amitai (Hrsg.): *A Sociological Reader on Complex Organizations*, 3. Aufl., 508-521. New York: Holt Rinehart and Winston.
- Lee, Eunju / Glenna D. Spitze / John R. Logan (2003): Social Support to Parents-in-Law. The Interplay of Gender and Kin Hierarchies. In: *Journal of Marriage and Family* 65: 396–403.

- Lee, Gary R. / Jeffrey W. Dwyer / Raymond T. Coward (1993): Gender Differences in Parent Care. Demographic Factors and Same-Gender Preferences. In: *Journal of Gerontology* 48: 9–16.
- Lee, Yeonjung / Margaret Penning (2019): The Determinants of Informal, Formal, and Mixed In-Home Care in the Canadian Context. In: *Journal of Aging and Health* 31: 1692–1714.
- Leopold, Thomas / Marcel Raab / Henriette Engelhardt (2014): The Transition to Parent Care: Costs, Commitments, and Caregiver Selection Among Children. In: *Journal of Marriage and Family* 76: 300–318.
- Levitsky, Sandra R. (2014): *Caring for Our Own. Why There is No Political Demand for New American Social Welfare Rights*. New York: Oxford University Press.
- Li, Shi (2020): The Relevance of Gender in the Care of Elders: Assumptions and Realities. In: *Indian Journal of Gender Studies* 27: 387–409.
- Lindenberg, Siegwart (1989): Social Production Functions, Deficits, and Social Revolutions. In: *Rationality and Society* 1: 51–77.
- Litwak, Eugene (1985): *Helping the Elderly. The Complementary Roles of Informal Networks and Formal Systems*. New York: Guilford Press.
- Litwin, Howard / Kimberly J. Stoeckel (2016): Social Network, Activity Participation, and Cognition: A Complex Relationship. In: *Research on Aging* 38: 76–97.
- Logan, John R. / Glenna Spitze (1994): Informal Support and the Use of Formal Service by Older Americans. In: *Journal of Gerontology* 49: 25–34.
- Logan, John R. / Glenna D. Spitze (1996): *Family Ties. Enduring Relations Between Parents and Their Grown Children*. Philadelphia: Temple University Press.
- Long, J. S. / Sarah A. Mustillo (2021): Using Predictions and Marginal Effects to Compare Groups in Regression Models for Binary Outcomes. In: *Sociological Methods & Research* 50: 1284–1320.
- Lundberg, Shelly (2005): Sons, Daughters, and Parental Behavior. In: *Oxford Review of Economic Policy* 21: 340–356.
- Lungen, Markus / Bjoern Stollenwerk / Philipp Messner / Karl W. Lauterbach / Andreas Gerber (2008): Waiting Times for Elective Treatments According to Insurance Status: A Randomized Empirical Study in Germany. In: *International Journal for Equity in Health* 7: 1–7.
- Luppi, Matteo / Tiziana Nazio (2019): Does Gender Top Family Ties? Within-Couple and between-Sibling Sharing of Elderly Care. In: *European Sociological Review* 35: 772–789.
- Luy, Marc / Christian Wegner-Siegmundt / Angela Wiedemann / Jeroen Spijker (2015): Life Expectancy by Education, Income and Occupation in Germany. Estimations Using the Longitudinal Survival Method. In: *Comparative Population Studies* 40: 399–436.
- Lynott, Patricia P. / Robert E. L. Roberts (1997): The Developmental Stake Hypothesis and Changing Perceptions of Intergenerational Relations, 1971–1985. In: *The Gerontologist* 37: 394–405.
- Malter, Frederic / Axel Börsch-Supan (Hrsg.) (2013): *SHARE Wave 4: Innovations & Methodology*. München: Munich Center for the Economics of Ageing (MEA), Max Planck Institut for Social Law and Social Policy.

- Malter, Frederic / Axel Börsch-Supan (Hrsg.) (2015): *SHARE Wave 5: Innovations & Methodology*. München: Munich Center for the Economics of Ageing (MEA), Max Planck Institut for Social Law and Social Policy.
- Malter, Frederic / Axel Börsch-Supan (Hrsg.) (2017): *SHARE Wave 6: Panel innovations and collecting Dried Blood Spots*. München: Munich Center for the Economics of Ageing (MEA), Max Planck Institut for Social Law and Social Policy.
- Mammen, Kristin (2011): Fathers' Time Investments in Children: Do Sons Get More? In: *Journal of Population Economics* 24: 839–871.
- Marks, Nadine F. / James D. Lambert / Heejeong Choi (2002): Transitions to Caregiving, Gender, and Psychological Well-Being: A Prospective U.S. National Study. In: *Journal of Marriage and Family* 64: 657–667.
- Matthews, Judith T. / Jacqueline Dunbar-Jacob / Susan Sereika / Richard Schulz / B. J. McDowell (2004): Preventive Health Practices: Comparison of Family Caregivers 50 and Older. In: *Journal of Gerontological Nursing* 30: 46–54.
- Matthews, Sarah H. (1995): Gender and the Division of Filial Responsibility Between Lone Sisters and Their Brothers. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 50B: 312–320.
- Matthews, Sarah H. (2001): Brothers and Parent Care: An Explanation for Sons' Underrepresentation. In: Kramer, Betty J. / Edward H. Thompson (Hrsg.): *Men as caregivers. Theory, research, and service implications*. Springer Series, Focus on Men, 234-249. New York: Springer Publishing Company.
- Matthews, Sarah H. (2002): *Sisters and Brothers/Daughters and Sons: Meeting the Needs of Old Parents*. Bloomington: Unlimited Publishing.
- Matthews, Sarah H. / Jenifer Heidorn (1998): Meeting Filial Responsibilities in Brothers-Only Sibling Groups. In: *Journal of Gerontology: Social Sciences* 53B: 278–286.
- Matthews, Sarah H. / Tena T. Rosner (1988): Shared Filial Responsibility: The Family as the Primary Caregiver. In: *Journal of Marriage and Family* 50: 185–195.
- Matthews, Sarah H. / Janet E. Werkner / Paula J. Delaney (1989): Relative Contributions of Help by Employed and Nonemployed Sisters to Their Elderly Parents. In: *Journal of Gerontology* 44: 36–44.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2016): Richtlinien zum Verfahren der Feststellung von Pflegebedürftigkeit sowie zur pflegefachlichen Konkretisierung der Inhalte des Begutachtungsinstrumentes nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches (Begutachtungs-Richtlinien – BRi) vom 15.04.2016. https://www.md-bayern.de/fileadmin/MDK-Bayern/Informationsmaterial/Begutachtungsrictlinie_Pflegegrade.pdf. Zugegriffen: 1. Juni 2022.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2019): Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit. Das neue Begutachtungsinstrument der Sozialen Pflegeversicherung. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Begutachtungsgrundlagen/19-05-20_NBI_Pflegebeduerftigkeit_Fach-Info.pdf. Zugegriffen: 21. August 2022.
- Mehrbrodt, Tabea / Stefan Gruber / Melanie Wagner (2019): *SHARE - Scales and Multi-Item Indicators*. SHARE manual.
- Meng, Annika (2013): Informal Home Care and Labor-Force Participation of Household Members. In: *Empirical Economics* 44: 959–979.

- Menning, Sonja / Elke Hoffmann (2009): Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In: Böhm, Karin / Clemens Tesch-Römer / Thomas Ziese (Hrsg.): *Gesundheit und Krankheit im Alter. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, 62-78. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Merrill, Deborah M. (1993): Daughters-in-Law as Caregivers to the Elderly: Defining the In-Law Relationship. In: *Research on Aging* 15: 70–91.
- Mielck, Andreas (2005): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Huber.
- Mindermann, Nele / Ralf Schattschneider / Susanne Busch (2021): Studieren mit Pflegeverantwortung? In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 16: 225–233.
- Mize, Trenton (2019): Best Practices for Estimating, Interpreting, and Presenting Nonlinear Interaction Effects. In: *Sociological Science* 6: 81–117.
- Möller, Anna / A. Osterfeld / Andreas Büscher (2013): Soziale Ungleichheit in der ambulanten Pflege. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 312–316.
- Müller, Michéle / Anke Häber / Jörg Klewer (2016): Angebote für eine familiengerechte Hochschule aus Sicht der Studierenden. In: *Heilberufe Science* 7: 74–82.
- Muresan, Cornelia (2017): Parental Breakup and Long-Term Consequences on Support Behaviour to Aging Parents in Europe. In: *Revista de Asistenta Sociala* 1: 93–105.
- Nezlek, John B. (2008): An Introduction to Multilevel Modeling for Social and Personality Psychology. In: *Social and Personality Psychology Compass* 2: 842–860.
- Ng, Thomas W. H. / Lillian T. Eby / Kelly L. Sorensen / Daniel C. Feldman (2005): Predictors of Objective and Subjective Career Success. A Meta-Analysis. In: *Personnel Psychology* 58: 367–408.
- Ngai, L. Rachel / Christopher A. Pissarides (2009): *Welfare Policy and the Distribution of Hours of Work*. CEP Discussion Paper No. 962.
- Nowossadeck, Sonja / Heribert Engstler / Daniela Klaus (2016): *Pflege und Unterstützung durch Angehörige*. Report Altersdaten 01/2016. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Okken, Petra-Karin / Jacob Spallek / Oliver Razum (2008): Pflege türkischer Migranten. In: Bauer, Ullrich / Andreas Büscher (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung*. Gesundheit und Gesellschaft, 1. Aufl., 396-422. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Osterbrink, Jürgen / Franziska Andratsch (2015): *Gewalt in der Pflege. Wie es dazu kommt, wie man sie erkennt, was wir dagegen tun können*. München: C.H. Beck.
- Ostner, Ilona (2011): Care – eine Schlüsselkategorie sozialwissenschaftlicher Forschung? In: Evers, Adalbert / Rolf G. Heinze / Thomas Olk (Hrsg.): *Handbuch Soziale Dienste. Sozialpolitik und Sozialstaat*, 461–481. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Paraponaris, Alain / Bérengère Davin / Pierre Verger (2012): Formal and Informal Care For Disabled Elderly Living in the Community: An Appraisal of French Care Composition and Costs. In: *The European Journal of Health Economics* 13: 327–336.
- Peeters, Rik (2020): The Political Economy of Administrative Burdens: A Theoretical Framework for Analyzing the Organizational Origins of Administrative Burdens. In: *Administration & Society* 52: 566–592.

- Pillemer, Karl / J. J. Suitor (2006): Making Choices: A Within-Family Study of Caregiver Selection. In: *The Gerontologist* 46: 439–448.
- Pinquart, Martin (2016): Belastungs- und Entlastungsfaktoren pflegender Angehöriger – die Bedeutung der Erwerbstätigkeit. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*, 60-72. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Pinquart, Martin / Silvia Sörensen (2003): Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. In: *Psychology and Aging* 18: 250–267.
- Pinquart, Martin / Silvia Sörensen (2007): Correlates of Physical Health of Informal Caregivers: A Meta-Analysis. In: *Journal of Gerontology* 62B: 126–137.
- Pohl-Boskamp (2010): Kann Prävention das Gesundheitssystem retten? <https://www.eppendorferdialog.de/veranstaltungen/ist-praevention-die-rettung.html>. Zugegriffen: 28. August 2022.
- Pot, Anne M. / Dorly J. H. Deeg / Cees P. M. Knipscheer (2001): Institutionalization of Demented Elderly: The Role of Caregiver Characteristics. In: *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16: 273–280.
- Pötschke, Manuela (2006): Mehrebenenanalyse. In: Behnke, Joachim / Thomas Gschwend / Schindler, Delia / Schnapp, Kai-Uwe (Hrsg.): *Methoden der Politikwissenschaft. Neuere qualitative und quantitative Analyseverfahren*, 167-179. Baden-Baden: Nomos.
- Prince, Martin / Friedel Reischies / Aartjan Beekman / Rebecca Fuhrer / Caspar Jonker / Sirkka-Liisa Kivela / B. A. Lawlor / A. Lobo / H. Magnusson / M. Fichter / H. van Oyen / M. Roelands / I. Skoog / C. Turrina / Jean R. Copeland (1999): Development of the EURO-D Scale – A European Union Initiative to Compare Symptoms of Depression in 14 European Centres. In: *The British Journal of Psychiatry* 174: 330–338.
- Raley, Sara / Suzanne Bianchi (2006): Sons, Daughters, and Family Processes: Does Gender of Children Matter? In: *Annual Review of Sociology* 32: 401–421.
- Raschick, Michael / Berit Ingersoll-Dayton (2004): The Costs and Rewards of Caregiving Among Aging Spouses and Adult Children. In: *Family Relations* 53: 317–325.
- Raudenbush, Stephen W. / Anthony S. Bryk (2010): *Hierarchical Linear Models. Applications and Data Analysis Methods*, Bd. 1, 2. Aufl. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Reibling, Nadine / Claus Wendt (2008): *Access Regulation and Utilization of Healthcare Services*. Working Paper Nr. 113. Mannheim: Mannheimer Zentrum für Europäische Sozialforschung.
- Reiter, Daniel (2018): Humankapitaldefizite durch Betreuung und Pflege. In: Behrens, Doris A. / Margareta Kreimer / Maria Mucke / Nele E. Franz (Hrsg.): *Familie – Beruf – Karriere. Daten, Analysen und Instrumente zur Vereinbarkeit*, 43-62. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Reiter, Renate (2017): *Sozialpolitik aus politikfeldanalytischer Perspektive. Eine Einführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Richter, Matthias / Klaus Hurrelmann (Hrsg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Roquebert, Quitarie / Roméo Fontaine / Agnès Gramain / Harriet Coleman (2018): Caring For a Dependent Elderly Parent: Care Arrangements and Sibling Interactions in France. In: *Population* 73: 307–332.

- Rössel, Jörg (2009): *Sozialstrukturanalyse. Eine kompakte Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Rossi, Alice S. / Peter H. Rossi (1990): *Of Human Bonding. Parent-Child Relations Across the Life Course*. New York: Aldine de Gruyter.
- Rothgang, Heinz / Thomas Kalwitzki / Rolf Müller / Rebecca Runte / Rainer Unger (2015): *BARMER GEK Pflegereport 2015. Schwerpunktthema: Pflegen zu Hause*. Siegburg: Asgard-Verlagsservice GmbH.
- Rothgang, Heinz / Rolf Müller (2021): *BARMER Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereformen und Zukunftstrends*. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 32. Berlin.
- Rothgang, Heinz / Anke Vogler (2000): *Die Auswirkungen der Pflegeversicherung auf den Sozialhilfebezug in stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen*. ZeS-Arbeitspapier, 7/00. Bremen: Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik.
- Rummery, Kirstein / Michael Fine (2012): Care. A Critical Review of Theory, Policy and Practice. In: *Social Policy & Administration* 46: 321–343.
- Runde, Peter / Reinhard Giese / Claudia Kaphengst / Julius Hess (2009): *AOK-Trendbericht Pflege II. Entwicklungen in der häuslichen Pflege seit Einführung der Pflegeversicherung*. Hamburg: Universität Hamburg.
- Russell, Dan / Letitia A. Peplau / Mary Ferguson (1978): Developing a Measure of Loneliness. In: *Journal of Personality Assessment* 42: 290–294.
- Sachverständigenkommission zum Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung (2017): *Erwerbs- und Sorgearbeit gemeinsam neu gestalten. Gutachten für den Zweiten Gleichstellungsbericht der Bundesregierung*. Berlin.
- Sarkisian, Natalia / Naomi Gerstel (2004): Explaining the Gender Gap in Help to Parents: The Importance of Employment. In: *Journal of Marriage and Family* 66: 431–451.
- Sarkisian, Natalia / Naomi Gerstel (2008): Till Marriage Do Us Part: Adult Children's Relationships With Their Parents. In: *Journal of Marriage and Family* 70: 360–376.
- Saunders, Peter (1990): *Social Class and Stratification*. London & New York: Routledge.
- Scharlach, A. E. / S. L. Boyd (1989): Caregiving and Employment: Results of an Employee Survey. In: *The Gerontologist* 29: 382–387.
- Schäufele, Martina / Leonore Köhler / Ingrid Hendlmeier (2016): Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit Demenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativstudie. In: Zentrum für Qualität und Pflege (Hrsg.): *Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*, 44–59. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Schmidt, Manuela / Ulrich Schneekloth (2011): *Abschlussbericht zur Studie "Wirkungen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes". Bericht zu den Repräsentativerhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. München.
- Schneekloth, Ulrich / Sabine Geiss / Monika Pupeter (2017): *Abschlussbericht zur "Studie zur Wirkung des Pflege-Neuasurichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I)"*. München.
- Schneider, Thorsten / Sonja Drobnič / Hans-Peter Blossfeld (2001): Pflegebedürftige Personen im Haushalt und das Erwerbsverhalten verheirateter Frauen. In: *Zeitschrift für Soziologie* 30: 362–383.

- Schöllgen, Ina / Oliver Huxhold / Clemens Tesch-Römer (2010): Socioeconomic Status and Health in the Second Half of Life: Findings From the German Ageing Survey. In: *European Journal of Ageing* 7: 17–28.
- Schulz, Erika (2012): *Das deutsche Pflegesystem ist im EU-Vergleich unterdurchschnittlich finanziert*. DIW Wochenbericht Nr. 13: DIW Berlin – Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V. Berlin.
- Schulze, Alexander / Peter Preisendörfer (2013): Bildungserfolg von Kindern in Abhängigkeit von der Stellung in der Geschwisterreihe. In: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 65: 339–356.
- Schütze, Yvonne (1989): Pflicht und Neigung. Intergenerationelle Beziehungen zwischen Erwachsenen und ihren alten Eltern – Ergebnisse einer Studie. In: *Zeitschrift für Familienforschung* 1: 72–102.
- Schwinger, Antje / Chrysanthi Tsiasioti / Jürgen Klauber (2016): Unterstützungsbedarf in der informellen Pflege – eine Befragung pflegender Angehöriger. In: Jacobs, Klaus / Adelheid Kuhlmei / Stefan Greß / Jürgen Klauber / Antje Schwinger (Hrsg.): *Pflege-Report 2016*, 189–216. Stuttgart: Schattauer.
- SHARE-ERIC (2019): Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). <http://www.share-project.org/index.php?id=116>. Zugegriffen: 29. August 2022.
- SHARE-ERIC (2020): Dates and Facts About SHARE. <http://www.share-project.org/organisation/dates-facts.html>. Zugegriffen: 2. Juni 2022.
- Shuey, Kim / Melissa A. Hardy (2003): Assistance to Aging Parents and Parents-In-Law: Does Lineage Affect Family Allocation Decisions? In: *Journal of Marriage and Family* 65: 418–431.
- Silverstein, Merril / S. Conroy / Daphna Gans (2008): Commitment to Caring. Filial Responsibility and The Allocation of Support by Adult Children to Older Mothers. In: Szinovácz, Maximiliane E. / Adam Davey (Hrsg.): *Caregiving contexts. Cultural, familial, and societal implications*, 71–92. New York: Springer.
- Silverstein, Merril / Roseann Giarrusso (2010): Aging and Family Life: A Decade Review. In: *Journal of Marriage and Family* 72: 1039–1058.
- Snijders, Tom / Roel Bosker (2012): *Multilevel Analysis. An Introduction to Basic and Advanced Multilevel Modeling*. 2. Aufl. London: Sage.
- Solga, Heike / Peter A. Berger / Justin Powell (2009): Soziale Ungleichheit – Kein Schnee von gestern! Eine Einführung. In: Solga, Heike / Justin Powell / Peter A. Berger (Hrsg.): *Soziale Ungleichheit. Klassische Texte zur Sozialstrukturanalyse*. Campus-Reader, 11–46. Frankfurt, New York: Campus Verlag.
- Sörensen, Silvia / Yeates Conwell (2011): Issues in Dementia Caregiving: Effects on Mental and Physical Health, Intervention Strategies, and Research Needs. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 19: 491–496.
- Sozialpolitik aktuell (2022): Pflegebedürftige nach Art der Versorgung. https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/PDF-Dateien/abbVI16.pdf. Zugegriffen: 26. August 2022.
- Spitze, Glenna D. / John R. Logan (1990): Sons, Daughters, and Intergenerational Social Support. In: *Journal of Marriage and Family* 52: 420–430.

- Spitze, Glenna D. / John R. Logan (1991): Sibling Structure and Intergenerational Relations. In: *Journal of Marriage and Family* 53: 871–884.
- Statista (2021): Durchschnittliche weitere Lebenserwartung in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppen laut der Sterbetafel 2017/2019. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1783/umfrage/durchschnittliche-weitere-lebenserwartung-nach-altersgruppen/>. Zugegriffen: 5. Mai 2021.
- Statista (2022a): Anzahl der Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung (SPV) in Deutschland in den Jahren 1995 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/72672/umfrage/soziale-pflegeversicherung-leistungsempfaenger-in-deutschland/>. Zugegriffen: 23. August 2022.
- Statista (2022b): Durchschnittlicher Bruttomonatsverdienst von vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern in Deutschland nach Geschlecht von 1991 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/698806/umfrage/durchschnittlicher-bruttomonatsverdienst-von-arbeitnehmern-in-deutschland-nach-geschlecht/>. Zugegriffen: 27. April 2022.
- Statista (2022c): Erwerbstätigenquote der 20-64-Jährigen in Deutschland nach Geschlecht von 2003 bis 2020. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/198921/umfrage/erwerbstaetigenquote-in-deutschland-und-eu-nach-geschlecht/>. Zugegriffen: 27. April 2022.
- Statista (2022d): Europäische Union: Anteil der Teilzeitbeschäftigung an der Gesamtbeschäftigung in den Mitgliedstaaten, aufgeschlüsselt nach Geschlecht im 1. Quartal 2022. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1098738/umfrage/anteil-der-teilzeitbeschaeftigung-in-den-eu-laendern/>. Zugegriffen: 12. August 2022.
- Statista (2022e): Verteilung sozialversicherungspflichtig Beschäftigter in der Pflege in Deutschland nach Geschlecht im Jahr 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1029877/umfrage/verteilung-von-pflegekraefte-in-deutschland-nach-pflegeart-und-geschlecht/>. Zugegriffen: 25. August 2022.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2010): *Demografischer Wandel in Deutschland. Auswirkungen auf Krankenhausbehandlungen und Pflegebedürftige im Bund und in den Ländern*. Heft 2. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2022): Pflegestatistik. <https://www.forschungsdatenzentrum.de/de/gesundheit/pflege>. Zugegriffen: 24. August 2022.
- Statistisches Bundesamt (2019a): *Bevölkerung im Wandel. Annahmen und Ergebnisse der 14. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2019b): *Statistisches Jahrbuch 2019. Deutschland und Internationales*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2020): *Pflegestatistik 2019 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Statistisches Bundesamt (2022a): Bis 2035 wird die Zahl der Menschen ab 67 Jahre um 22 % steigen. Pressemitteilung Nr. 459 vom 30. September 2021. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_459_12411.html. Zugegriffen: 22. August 2022.

- Statistisches Bundesamt (2022b): Erwerbstätigenquoten 1991 bis 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/Tabellen/erwerbstaetigenquoten-gebietsstand-geschlecht-altergruppe-mikrozensus.html>. Zugegriffen: 23. August 2022.
- Statistisches Bundesamt (2022c): Geburten in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html. Zugegriffen: 22. August 2022.
- Statistisches Bundesamt (2022d): Gender Pay Gap 2021: Frauen verdienen pro Stunde weiterhin 18 % weniger als Männer. Pressemitteilung Nr. 088 vom 7. März 2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22_088_621.html. Zugegriffen: 17. August 2022.
- Statistisches Bundesamt (2022e): Personen in Elternzeit. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Arbeit/Arbeitsmarkt/Qualitaet-Arbeit/Dimension-3/elternzeit.html>. Zugegriffen: 27. April 2022.
- Statistisches Bundesamt (2022f): Zahl der Beschäftigten im Pflegedienst in Kliniken binnen zehn Jahren um 18 Prozent gestiegen. Pressemitteilung Nr. N026 vom 11. Mai 2022. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/05/PD22_N026_2313.html. Zugegriffen: 29. August 2022.
- Steel, Nicholas / Felicia A. Huppert / Brenda McWilliams / David Melzer (2003): Physical and Cognitive Function. In: Marmot, Michael / James Banks / Richard Blundell / Carli Lessof / James Nazroo (Hrsg.): *Health, Wealth and Lifestyles of the Older Population in England: ELSA 2002*, 249-271. London: Institute for Fiscal Studies.
- Stegbauer, Christian (2011): *Reziprozität. Einführung in soziale Formen der Gegenseitigkeit*. 2. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Steinbeisser, Kathrin / Eva Grill / Rolf Holle / Annette Peters / Hildegard Seidl (2018): Determinants for Utilization and Transitions of Long-Term Care in Adults 65+ in Germany: Results From the Longitudinal KORA-Age Study. In: *BMC Geriatrics* 18: 172.
- Steinmetz, Suzanne K. (1988): *Duty Bound. Elder Abuse and Family Care*, Bd. 166, 1. Aufl. Newbury Park, London/New Delhi: SAGE Publications.
- Stoller, Eleanor P. (1990): Males as Helpers: The Role of Sons, Relatives, and Friends. In: *The Gerontologist* 30: 228–235.
- Stoller, Eleanor P. (1983): Parental Caregiving by Adult Children. In: *Journal of Marriage and Family* 45: 851–858.
- Stratmann, Marlene / Yvonne Forsell / Jette Möller / Yajun Liang (2021): Informal Care and the Impact on Depression and Anxiety Among Swedish Adults: A Population-Based Cohort Study. In: *BMC Public Health* 21: 1263.
- Stuck, Stephanie / Sabrina Zuber / Markus Kotte / Fabio Franzese / Stefan Gruber / Tim Birkenbach / Senta-Melissa Pflüger (2019): *SHARE Release Guide 7.0.0*. München: Munich Center for the Economics of Aging.
- Stuifbergen, Maria C. / Johannes J. M. van Delden / Pearl A. Dykstra (2008): The Implications of Today's Family Structures for Support Giving to Older Parents. In: *Ageing and Society* 28: 413–434.
- Suitor, J. J. / Karl Pillemer (2007): Mothers' Favoritism in Later Life. In: *Research on Aging* 29: 32–55.

- Swartz, Teresa T. (2009): Intergenerational Family Relations in Adulthood: Patterns, Variations, and Implications in the Contemporary United States. In: *Annual Review of Sociology* 35: 191–212.
- Szinovacz, Maximiliane E. (2003): Caring for a Demented Relative at Home: Effects on Parent–Adolescent Relationships and Family Dynamics. In: *Journal of Aging Studies* 17: 445–472.
- Szinovacz, Maximiliane E. (2008): Children in Caregiving Families. In: Szinovacz, Maximiliane E. / Adam Davey (Hrsg.): *Caregiving contexts. Cultural, familial, and societal implications*, 161–190. New York: Springer.
- Szinovacz, Maximiliane E. / Adam Davey (2008): The Division of Parent Care between Spouses. In: *Ageing and Society* 28: 571–597.
- Szydlik, Marc (2012): Generations. Connections Across the Life Course. In: *Advances in Life Course Research* 17: 100–111.
- Tang, Fengyan / Heejung Jang / Jennifer Lingler / Lisa K. Tamres / Judith A. Erlen (2015): Stressors and Caregivers' Depression: Multiple Mediators of Self-Efficacy, Social Support, and Problem-Solving Skill. In: *Social Work in Health Care* 54: 651–668.
- Tarlow, Barbara J. / Stephen R. Wisniewski / Steven H. Belle / Mark Rubert / Marcia G. Ory / Dolores Gallagher-Thompson (2004): Positive Aspects of Caregiving. In: *Research on Aging* 26: 429–453.
- Tennstedt, Sharon L. / Lisa M. Sullivan / John B. McKinlay / Ralph B. D'Agostino (1990): How Important is Functional Status as a Predictor of Service Use by Older People? In: *Journal of Aging and Health* 2: 439–461.
- Thielemann, Patricia A. / Norma E. Conner (2009): Social Support as a Mediator of Depression in Caregivers of Patients With End-Stage Disease. In: *Journal of Hospice & Palliative Nursing* 11: 82–90.
- Thompson, Edward H. (2001): What's Unique About Men's Caregiving? In: Kramer, Betty J. / Edward H. Thompson (Hrsg.): *Men as caregivers. Theory, research, and service implications*. Springer Series, Focus on Men, 20–47. New York: Springer Publishing Company.
- Thornton, Arland (2005): *Reading History Sideways. The Fallacy and Enduring Impact of the Developmental Paradigm on Family Life*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tolkacheva, Natalia / Marjolein van Broese Groenou / Theo van Tilburg (2010): Sibling Influence on Care Given by Children to Older Parents. In: *Research on Aging* 32: 739–759.
- Tronto, Joan C. (1993): *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York, London: Routledge.
- Tronto, Joan C. (2013): *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York, London: New York University Press.
- Umberson, Debra / Tetyana Pudrovska / Corinne Reczek (2010): Parenthood, Childlessness, and Well-Being: A Life Course Perspective. In: *Journal of Marriage and Family* 72: 612–629.
- UNESCO Institute of Statistics (2021): International Standard Classification of Education (ISCED). <http://uis.unesco.org/en/topic/international-standard-classification-education-isced>. Zugegriffen: 2. Juni 2022.

- Unger, Rainer / Klaus Giersiepen / Michael Windzio (2015): Pflegebedürftigkeit im Lebensverlauf. Der Einfluss von Familienmitgliedern und Freunden als Versorgungsstrukturen auf die funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im häuslichen Umfeld. In: *KZfSS Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 67: 193–215.
- United Nations Economic Commission for Europe (UNECE) (2019): *Die schwierige Rolle informeller Pflegepersonen*. Policy Brief – UNECE Kurzdossier zum Thema Altern Nr. 22.
- Vergauwen, Jorik / Dimitri Mortelmans (2021): An Integrative Analysis of Sibling Influences on Adult Children's Care-Giving for Parents. In: *Ageing and Society* 41: 536–560.
- Waite, Linda J. / Frances K. Goldscheider / Christina Witsberger (1986): Nonfamily Living and the Erosion of Traditional Family Orientations Among Young Adults. In: *American Sociological Review* 51: 541–554.
- Walker, Alexis J. / Katherine R. Allen (1991): Relationships Between Caregiving Daughters and Their Elderly Mothers. In: *The Gerontologist* 31: 389–396.
- Walter, Johann (2002): Qualität und Prävention im Gesundheitswesen. In: *Wirtschaftsdienst* 82: 160–166.
- Wang, Xuefeng (2014): Firth Logistic Regression for Rare Variant Association Tests. In: *Frontiers in Genetics* 5: 187.
- Ward, Russel A. / Susan R. Sherman / Mark LaGory (1984): Informal Networks and Knowledge of Services for Older Persons. In: *Journal of Gerontology* 39: 216–223.
- Weaver, Raven H. / Karen A. Roberto (2017): Home and Community-Based Service Use by Vulnerable Older Adults. In: *The Gerontologist* 57: 540–551.
- Wenzelburger, Georg / Sebastian Jäckle / Pascal König (2014): *Weiterführende statistische Methoden für Politikwissenschaftler. Eine anwendungsbezogene Einführung mit Stata*. Oldenbourg: de Gruyter.
- West, Candace / Don H. Zimmerman (1987): Doing Gender. In: *Gender & Society* 1: 125–151.
- Wetzstein, Matthias / Alexander Rommel / Cornelia Lange (2015): *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- Windzio, Michael (2017): *Die Mehrebenenanalyse als Regressionsmodell für hierarchische Daten*. https://www.researchgate.net/publication/266464403_Die_Mehrebenenanalyse_als_Regressionsmodell_fur_hierarchische_Daten. Zugegriffen: 24. Februar 2022.
- Winqvist, Marianne (1999): *Vuxna barn med hjälpbehövande föräldrar: En livsformsanalys*. Dissertation. Uppsala, Schweden: Uppsala Universität.
- Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2020): *Zu den Pflegesystemen in EU-Ländern*. Dokumentation des Fachbereichs WD 9: Gesundheit, Familie, Senioren, Frauen und Jugend, WD 9 - 3000 - 048/20.
- Wolf, Douglas A. / Vicki A. Freedman / Beth J. Soldo (1997): The Division of Family Labor: Care for Elderly Parents. In: *Journal of Gerontology: Social Science* 52B: 102–109.
- Wolf, Douglas A. / Beth J. Soldo / Vicki A. Freedman (1996): The Demography of Family Care for the Elderly. In: Hareven, Tamare K. (Hrsg.): *Aging and Generational Relations over the Life Course*, 378–399. Berlin, NY: de Gruyter.
- Wolff, Jennifer L. / Sonja Nowossadeck / Svenja M. Spuling (2017): Altern nachfolgende Kohorten gesünder? Selbstberichtete Erkrankungen und funktionale Gesundheit im Kohortenvergleich. In: Mahne, Katharina / Julia K. Wolff / Julia Simonson / Clemens

- Tesch-Römer (Hrsg.): *Altern im Wandel. Zwei Jahrzehnte Deutscher Alterssurvey (DEAS)*. Springer eBook Collection, 125-138. Wiesbaden: Springer VS.
- Wong, Rebeca / Kathy E. Kitayama / Beth J. Soldo (1999): Ethnic Differences in Time Transfers from Adult Children to Elderly Parents. In: *Research on Aging* 21: 144–175.
- Zelizer, Viviana A. (2005): *The Purchase of Intimacy*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (2013): *Einflussfaktoren auf Versorgungssettings in Deutschland*. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Kurzbericht_Versorgungsformen_Deutschland.pdf. Zugegriffen: 29. August 2022.
- Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.) (2017): *Junge Pflegende*. Berlin: Zentrum für Qualität in der Pflege.
- Ziller, Conrad (2018): Multiple Regression mit voneinander abhängigen Beobachtungen: Random-Effects und Fixed-Effects. In: Wagemann, Claudius / Achim Goerres / Markus Siewert (Hrsg.): *Handbuch Methoden der Politikwissenschaft*, 1-27. Wiesbaden: Springer VS.
- Zorn, Christopher (2005): A Solution to Separation in Binary Response Models. In: *Political Analysis* 13: 157–170.
- Zwar, Larissa / Hans-Helmut König / André Hajek (2020): Psychosocial Consequences of Transitioning Into Informal Caregiving in Male and Female Caregivers: Findings From a Population-Based Panel Study. In: *Social Science & Medicine* 264: 113281.
- Zwar, Larissa / Hans-Helmut König / André Hajek (2021): Do Informal Caregivers Expect to Die Earlier? A Longitudinal Study with a Population-Based Sample on Subjective Life Expectancy of Informal Caregivers. In: *Gerontology* 67: 467–481.