

# Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege: Einflussfaktoren auf eine pflegebedingte Erwerbstätigkeitsreduktion und arbeitsbezogene Wünsche pflegender Angehöriger

## Reconciling Employment and Informal Caregiving for an Elderly Person at Home: Factors Influencing a Reduction in Employment due to Caregiving and Work-Related Wishes of Informal Caregivers



Autorinnen/Autoren

Julia-Sophia Scheuermann <sup>ORCID</sup>, Elmar Gräßel, Anna Pendergrass

### Institute

Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung, Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik, Uniklinikum Erlangen, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Erlangen, Germany

### Schlüsselwörter

Pflegebedürftigkeit, ambulante gerontologische Pflege, pflegende Angehörige, Reduktion der Erwerbstätigkeit, Determinanten, arbeitsbezogene Wünsche

### Key words

care need, gerontological outpatient care, informal caregivers, reduction in employment, determinants, work-related desires

### Bibliografie

Gesundheitswesen 2024; 86 (Suppl. 1): S45–S53

DOI 10.1055/a-2191-2074

ISSN 0949-7013

© 2024. The Author(s).

This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>)

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14, 70469 Stuttgart, Germany

### Korrespondenzadresse

Julia-Sophia Scheuermann  
Uniklinikum Erlangen  
Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik  
Zentrum für Medizinische Versorgungsforschung  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Germany  
julia-sophia.scheuermann@uk-erlangen.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Die Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit stellt für viele pflegende Angehörige eine Herausforderung dar. Ziele dieses Beitrags sind die Identifikation von Einflussfaktoren einer pflegebedingten Erwerbstätigkeitsreduktion und die Erfassung arbeitsbezogener Wünsche zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Pflege und Erwerbstätigkeit pflegender Angehöriger.

**Methodik** Die Analysen basieren auf der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver mit 426 erwerbstätigen pflegenden Angehörigen eines pflegebedürftigen älteren Menschen. Die erhobenen Daten beziehen sich auf Charakteristika der Pflegebedürftigen, der pflegenden Angehörigen und der Pflege- sowie der Erwerbstätigkeitssituation. Die potentiellen Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit wurden mittels binär logistischer Regression analysiert. Die Wünsche zur Vereinbarkeit von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit wurden mittels strukturierter Inhaltsanalyse nach Mayring deskriptiv betrachtet.

**Ergebnisse** Ein Viertel der erwerbstätigen pflegenden Angehörigen (n = 108) hat die Erwerbstätigkeit pflegebedingt reduziert. Das Profil der Einflussfaktoren für eine pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit setzt sich aus höherem Arbeitsstundenumfang, höherem Pflegeaufwand für die Aktivitäten des täglichen Lebens und Zusammenleben mit dem Pflegebedürftigen zusammen. Erwerbstätige pflegende Angehörige äußern

vor allem den Wunsch nach Flexibilisierung der Arbeitszeit, Reduktion der Arbeitszeit und Entgegenkommen bei Fehltagen.

**Schlussfolgerungen** Durch eine externe Entlastung der pflegenden Angehörigen bei den Pflegeaktivitäten des täglichen Lebens in Form von formellen und informellen Unterstützungsangeboten kann die Wahrscheinlichkeit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit unter Umständen vermindert werden.

## ABSTRACT

**Objective** Reconciling informal caregiving and gainful employment is a challenge for many informal caregivers. The goals of this paper are to identify factors influencing care-related employment reduction, and to record work-related wishes for improving the compatibility of informal caregiving and being employed.

**Methods** Analyses were based on the cross-sectional Benefits of Being a Caregiver Study of 426 employed caregivers of an older person in need of care. Data were collected on character-

istics of the care receivers and caregivers, and aspects of the caregiving and employment situation. Potential influencing factors of care-related employment reduction (n = 426) were analyzed using binary logistic regression. The wishes regarding the compatibility of informal care at home and employment were examined descriptively using structured content analysis according to Mayring.

**Results** One quarter of the employed informal caregivers (n = 108) reduced their hours of employment due to the demands of caregiving. The profile of influencing factors of a care-related employment reduction was composed of a higher number of working hours, higher effort for activities of daily living, and co-residence with the care receiver. Employed caregivers primarily expressed a desire for flexibility in working hours, a reduction in working hours, and some concessions with regard to absenteeism.

**Conclusions** Relieving the burden on caregivers in the activities of daily living in form of formal and informal support services can probably reduce the likelihood of a care-related reduction in gainful employment.

## ABKÜRZUNGEN

|       |   |
|-------|---|
| ADL   | Aktivitäten des täglichen Lebens                |
| BBCS  | Benefits of Being a Caregiver Skala             |
| HPS-k | Häusliche Pflegeskala – Kurzversion             |
| IADL  | Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens |
| MD    | Medizinischer Dienst                            |
| pA    | pflegende Angehörige                            |
| PB    | pflegebedürftige Person (Singular und Plural)   |
| RUD   | Resource Utilisation in Dementia                |

## Einleitung

Über die Hälfte der pflegebedürftigen Personen (PB) wird aktuell durch erwerbstätige pflegende Angehörige (pA) zu Hause versorgt [1]. Die Zahl der pA, die Erwerbstätigkeit und häusliche Pflege in ihrem Alltag vereinbaren müssen, wird in Deutschland in den nächsten Jahrzehnten deutlich ansteigen. Gründe hierfür sind der demografische Wandel, der damit einhergehende Anstieg der Zahl an PB [2] sowie der prognostizierte Arbeits- und Fachkräftemangel – u. a. im Pflegesektor.

Durch die Kombination von häuslicher Pflege und Erwerbstätigkeit sind pA Mehrfachbelastungen und daraus resultierenden Vereinbarkeitsproblemen ihrer sozialen Rollen ausgesetzt [3]. Dadurch erleben pA u. a. eine erhöhte Pflegebelastung, die mit verschiedenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergehen kann [4]. In der Folge resultiert bei vielen pA eine pflegebedingte Reduktion oder Aufgabe der Erwerbstätigkeit [3, 5, 6], welche für pA, sowohl kurz- als auch langfristig, mit erheblichen finanziellen Einbußen assoziiert ist. Die Doppelbelastung durch Beruf und Pflege impliziert dabei für pA eine hohe zeitliche Gesamtbelastung [5], Überforderung und Rollenkonflikte [7], die mit negativen Auswirkungen auf

die Gesundheit der pA einhergehen kann [7, 8]. Auf Seiten der pA, der PB und des Pflegekontextes wurden bereits Faktoren identifiziert, die den Erwerbstätigkeitsstatus der pA beeinflussen können [5, 9, 10]. Einflussfaktoren auf den Erwerbstätigkeitsstatus sind auf Seiten der pA zum Beispiel deren Alter [5], Geschlecht [11] oder Verwandtschaftsverhältnis zur PB [5]; auf Seiten der PB deren Alter [5, 12], Geschlecht [12, 13] und Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) bzw. instrumentellen ADL (IADL) [5]; sowie auf Seiten der Pflegesituation [5] die häusliche Gemeinschaft, informelle Hilfe durch Angehörige oder Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten. Die meisten Erkenntnisse liegen dabei für den Zusammenhang von informeller Pflege und pflegebedingter Aufgabe der Erwerbstätigkeit sowie in Bezug zu PB mit Demenz vor [14, 15]. Aufgrund des in Deutschland vorherrschenden Fachkräftemangels sind auch aus gesellschaftlicher Perspektive Handlungsansätze zur Entlastung von erwerbstätigen pA und dem Erhalt von deren Erwerbstätigkeit essentiell. Im Zuge der Bemühungen zur Erhöhung des Erwerbstätigkeitsanteils bei pA darf jedoch nicht vernachlässigt werden, dass Erwerbstätigkeit die Wahrscheinlichkeit der informellen Pflege reduzieren kann [16].

Dabei können die Wünsche erwerbstätiger pA zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege Politik und Arbeitgebenden mögliche Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Situation der pA liefern. Im Rahmen eines Reviews [17] wurden diese bereits in Form von organisationalen Bedürfnissen zusammengefasst.

Daher sollen in diesem Artikel folgende Aspekte evaluiert werden:

- 1) Identifikation von Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit bei pA,
- 2) Analyse arbeitsbezogener Wünsche von erwerbstätigen pA zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege.

## Methodik

### Stichprobenbeschreibung

Die Daten stammen aus der Querschnittsstudie Benefits of Being a Caregiver. Im Rahmen dieser Befragung verteilten 50 Gutachtende des Medizinischen Diensts (MD) Bayern zwischen Oktober 2019 und März 2020 im Rahmen des Pflegebegutachtungsprozesses ohne Vorselektion verteilt über ganz Bayern 5.000 Fragebögen an pA. Deren PB hatten beim MD Bayern einen Antrag auf Pflegegrad-Ersteinstufung oder -Erhöhung gestellt. Dabei verteilte jeder der 50 Gutachtenden während des Begutachtungsprozesses 100 Fragebögen an die pA der ersten 100 Antragstellenden. Insgesamt wurden 1082 ausgefüllte Fragebögen (Rücklaufquote 21,6%) mit dem Einverständnis zur anonymisierten Datenverwendung an die Studienzentrale Erlangen übermittelt. Die finale Analyse basierte auf 426 pA. Ausschlussgründe waren: fehlende Informationen über den Erwerbstätigkeitsstatus der pA ( $n = 30$ ), keine bisherige oder aktuelle Erwerbstätigkeit der pA ( $n = 502$ ), die invalide Angabe von mehr als 17 Arbeitsstunden pro Tag ( $n = 3$ ) und eine nicht gerontologische Pflege (Alter PB < 65 Jahre;  $n = 121$ ). Die vorliegende Studie wurde von der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg positiv begutachtet (Nr.: 220\_20 B).

### Instrumente

In der Studie wurde mittels Fragebogen Informationen über die Erwerbstätigkeit und arbeitsbezogenen Wünsche der pA, Merkmale der pA und der PB sowie Aspekte der Pflegesituation als Selbstauskunft von den pA erfasst.

### Ergebnisvariable

Bezüglich der Erwerbstätigkeit machten die pA Angaben zu dem wöchentlichen Umfang der Arbeitszeit, der Flexibilität der Arbeitszeit, der pflegebedingten Reduktion der Arbeitszeit, dem Beschäftigungsverhältnis und den arbeitsbezogenen Wünschen. Bei der Angabe einer pflegebedingten Reduktion der Arbeitszeit („Arbeiten Sie derzeit mit reduzierter Stundenzahl, um Ihre Bezugsperson pflegen zu können?“) konnten die pA den Umfang der Reduktion, nicht jedoch den Zeitpunkt angeben. Bei der Angabe der arbeitsbezogenen Wünsche konnten die pA zwischen keine Wünsche und Wünsche an den Arbeitgebenden wählen. Zur Angabe von Wünschen an den Arbeitgebenden waren zum einen die Kategorien flexiblere Arbeitszeiten, weniger Arbeitsstunden und Entgegenkommen bei Fehltagen vorgegeben. Zum anderen konnten die pA eigene Wünsche an die Arbeitgebenden formulieren. Die pA wurden anhand der Angabe einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit in der Variable *Erwerbstätigkeitsreduktion* in erwerbstätige pA mit und ohne Reduktion der Arbeitsstunden dichotomisiert.

Die Arbeitszeit der pA wurde basierend auf dem deutschen Mindestlohn, den OECD und den DEAS-Studien in Gering- (< 11 h/Woche), vollzeitferne Teilzeit- (11–20 h/Woche), vollzeitnahe Teilzeit- (21–29 h/Woche) und Vollzeitbeschäftigung ( $\geq 30$  h/Woche) differenziert.

## Unabhängige Variablen

In Anlehnung an den Resource Utilisation in Dementia (RUD) [18] wurden die von den pA in Anspruch genommenen formellen Unterstützungsdienste erfasst, wobei in der vorliegenden Untersuchung der Fokus auf der derzeitigen Inanspruchnahme von Tagespflegeeinrichtungen, ambulantem Pflegedienst und Haushaltshilfen als pA direkt entlastende Unterstützungsleistungen lag. Die subjektive Pflegebelastung der pA wurde mit der 10-Item-Kurzversion der Häusliche-Pflege-Skala (HPS-k) [19] auf einer vierstufigen Likertskala von 0 (stimmt nicht) bis 3 (stimmt genau) erhoben (Range 0–30). Eine höhere Gesamtpunktzahl entspricht einer höheren subjektiven Belastung. Aus der informellen Pflege erlebte Zugewinne, sog. Benefits, wurden mit der neu entwickelten Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS) [20] auf einer fünfstufigen Likertskala erfasst (Range 0–56), wobei ein höherer Gesamtwert mehr erlebte Benefits impliziert. Die Copingstrategien der pA wurde mit je zwei Items aus den drei Subskalen problemorientiertes, emotionsorientiertes und vermeidendes Coping des Brief COPE [21] erhoben (Range Subskalen 0–8).

Die pA bewerteten ihre Fähigkeit, mit der Pflege zurechtzukommen („Wie schätzen Sie aktuell Ihre Möglichkeiten ein, mit der Pflege zurecht zu kommen?“), auf einer 10-Punkte-Skala von 0 (gelingt mir vollständig) bis 9 (gelingt mir gar nicht). Dabei entsprechen höhere Werte einer geringeren Bewältigungsfähigkeit. Zur Erfassung der selbstbestimmten Motivation der pA für die häusliche Pflege gaben die pA aus sieben Antwortalternativen ihren Hauptgrund für die häusliche Pflege an [22]. Dieser wurde für die Auswertung in selbstbestimmte Übernahme (Wunsch der pA) oder nicht selbstbestimmte Übernahme der Pflege (andere Pflegemotive, z. B. Pflegeplatzkosten) dichotomisiert. Die pA bewerteten die aktuelle („Wie schätzen Sie aktuell Ihre Beziehungsqualität zwischen Ihnen und der von Ihnen unterstützten, betreuten oder gepflegten Person ein?“) und die Beziehungsqualität vor der Pflegebedürftigkeit der PB („Wie schätzen Sie Ihre Beziehungsqualität zwischen Ihnen und der von Ihnen unterstützten, betreuten oder gepflegten Person ein, bevor sie Ihre Hilfe bzw. Unterstützung brauchte?“) mittels dreistufig piktorialen Antwortformat mit positivem, neutralem oder negativem Smiley. Aufgrund der Annahme sozial erwünschter Antworttendenzen wurde davon ausgegangen, dass neutrale Einschätzungen mit größerer Wahrscheinlichkeit negative Einschätzungen sind und für die Analyse dichotomisiert (positiv vs. neutral/negativ).

Die soziodemografischen Variablen Alter und Geschlecht wurden für pA und PB erhoben. Für die pA wurden zusätzlich die Bildung mittels Bildungsabschluss – für die Analyse umgerechnet in Jahre – und das Verwandtschaftsverhältnis zu den PB – dichotomisiert in (Schwieger-)Eltern oder Verwandte, die keine (Schwieger-)Eltern sind – erfasst. Zur Beschreibung der Charakteristika der PB gaben die pA die Ursache der Pflegebedürftigkeit – z. B. Demenz, Schlaganfall, Altersgebrechlichkeit – und den Pflegegrad zum Zeitpunkt der Antragsstellung an.

Im Hinblick auf die aktuelle Pflegesituation wurden Informationen über das Zusammenleben von pA und PB sowie die Pflegedauer in Monaten ermittelt. Die von den pA pro Tag aufgewendete informelle Pflegezeit wurde in Stunden pro Tag für die drei Bereiche ADL, IADL und Supervision gemäß den RUD-Richtlinien operationalisiert [23]. Informelle Hilfe für die pA durch das persönliche Um-

feld wurde mit den beiden Items informelle Unterstützung erhalten („Erhalten Sie zurzeit Hilfe von Angehörigen, Freunden, Bekannten bei der Betreuung/Pflege?“) und informelle Unterstützung in Zukunft gewünscht („Würden Sie gerne mehr Hilfe von Angehörigen, Freunden, Bekannten bei der Betreuung/Pflege bekommen?“) auf einem dichotomen Antwortformat erfasst.

## Statistische Analyse

### Quantitative Analyse

Die statistische Analyse erfolgte mit IBM SPSS (V. 28) auf dem 5%-Signifikanzniveau. Bei Vorliegen von fehlenden Werten wurde bis auf die abhängige Variable zur Imputation dieser Werte der EM-Algorithmus für metrische bzw. der Median der Variable für kategoriale Variablen herangezogen. Mittels deskriptiver Statistiken erfolgte die Beschreibung der Stichprobenmerkmale. Mittels t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. Welch-Tests – bei keiner vorliegenden Varianzhomogenität – bei metrischen Variablen und  $\chi^2$ -Tests bei kategorialen Variablen wurden Gruppenunterschiede zwischen pA mit und ohne pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit analysiert. Zur Vermeidung von Ergebnisverzerrungen durch die Alphafehler-Kumulierung wurde die Benjamini-Hochberg Korrekturmethode [24] bei multiplem Testen angewendet. Die Zusammenstellung des Variablenpools erfolgte für die Hauptanalyse der Benefits of Being a Caregiver Studie [20]; die vorliegende Sekundärdatenanalyse hat nach Abgleich mit den in der Literatur identifizierten Faktoren auf diesen zurückgegriffen. Lediglich die Haupt-Variable der Studie – erlebte Benefits –, die bisher im Kontext der Erwerbstätigkeit in der Literatur noch nicht betrachtet wurde, wurde dem Variablenpool hinzugefügt.

Mittels einer binär logistischen Regression in Blöcken wurden die potentiellen Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit analysiert (Kodierung: 0 keine Reduktion, 1 Reduktion). Für die Aufnahme in das Regressionsmodell wurden die Variablen auf Multikollinearität (Pearson  $r > 0,60$  [25]) überprüft. Bei vorliegender Multikollinearität wurde die Variable mit der höheren bivariaten Korrelation mit der Outcomevariable in das Regressionsmodell aufgenommen. Die weiteren Voraussetzungen für die Regressionsanalyse wurden vorab überprüft: anhand der Betrachtung der Hebelwerte nach Igo [26] erfolgte eine Ausreißeranalyse, anhand des Box-Tidwell-Verfahrens mit Bonferroni-Korrektur eine Überprüfung der Linearität von kontinuierlichen Variablen. Nach der Kontrolle für Alter, Geschlecht und Bildung der pA im ersten Block mittels Enter-Methode, wurden im zweiten Block alle anderen nicht multikollinearen Faktoren mittels Vorwärtsselektion einbezogen. Schwellenwert für die Variablenaufnahme war  $p = 0,01$ , für die Entfernung  $p = 0,10$ .

### Qualitative Analyse

Die qualitative Auswertung der Wünsche erfolgte gemäß strukturierter Inhaltsanalyse nach Mayring [27]. Anschließend wurde die Häufigkeit der genannten Kategorien betrachtet und eine geschlechterspezifische Analyse der Wünsche durchgeführt.

## Ergebnisse

### Quantitative Analyse

#### Pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit – bivariate Analyse

Ein Viertel der erwerbstätigen pA (25,4%;  $n = 108$ ) reduzierte pflegebedingt die eigene Erwerbstätigkeit. PA ohne Reduktion arbeiteten durchschnittlich 29,7 Stunden pro Woche ( $SD = 12,2$ ). PA mit Reduktion arbeiteten durchschnittlich 35,5 Stunden vor ( $SD = 11,9$ ) und 24,7 Stunden nach der Reduktion ( $SD = 15,6$ ), siehe ► **Abb. 1**.

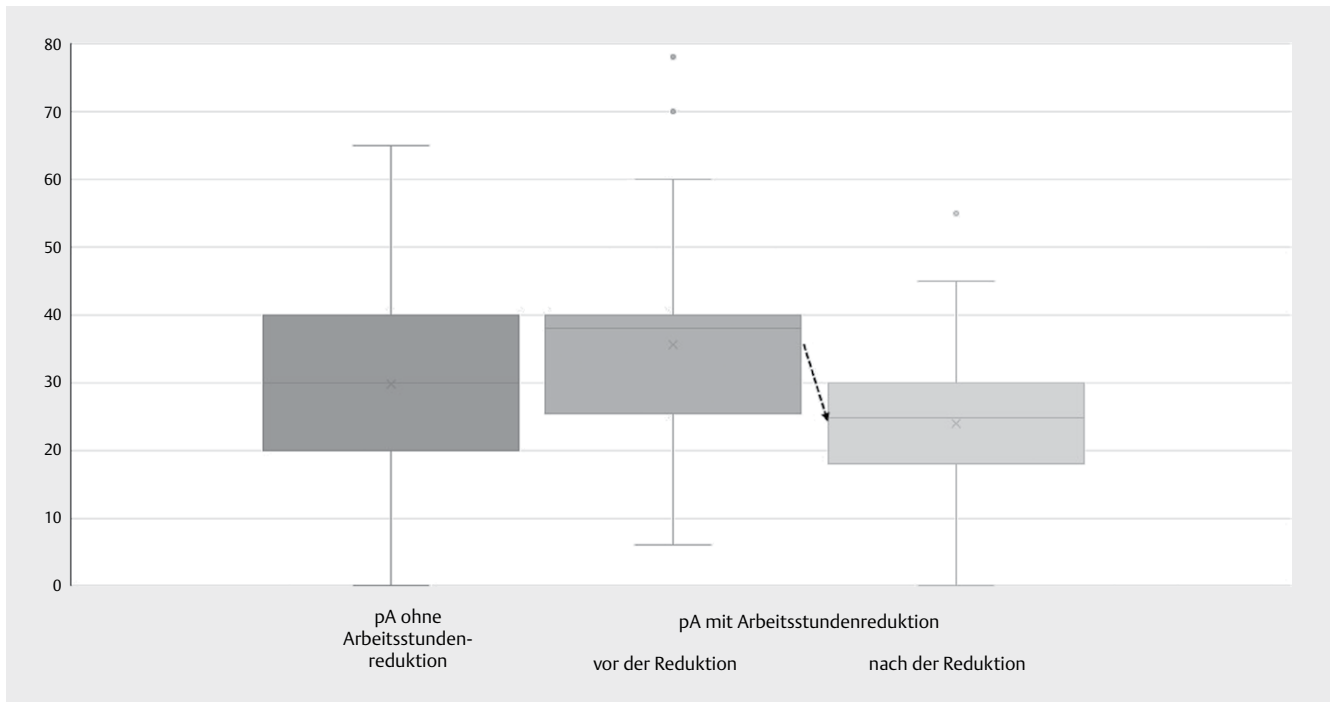
PA mit Reduktion der Erwerbstätigkeit wiesen auf Seiten der beeinflussbaren Faktoren der pA eine höhere subjektive Pflegebelastung auf als pA ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit (► **Tab. 1**). Hinsichtlich der Pflegesituation war die Pflege der pA mit Reduktion durch ein häufigeres Zusammenleben mit der PB und einen höheren ADL-Aufwand charakterisiert, als die von pA ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit. Hinsichtlich der Erwerbstätigkeitssituation unterschieden sich pA mit und ohne Reduktion der Erwerbstätigkeit im Arbeitsstundenumfang sowohl vor als auch nach der Reduktion.

#### Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit – multivariable Analyse

Die Voraussetzungen der Regressionsanalyse waren erfüllt. Die binär logistische Regression (► **Tab. 2**) resultierte in einem signifikanten Modell ( $\chi^2 = 40,67$ ,  $df = 6$ ,  $p < 0,001$ ) mit drei Faktoren. Häusliche Gemeinschaft mit der PB (Odds ratio [OR] = 2,23), höherer ADL-Aufwand (OR = 1,20) und höherer Arbeitsstundenumfang vor der Reduktion (OR = 1,03) waren mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit mit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit assoziiert. Die untersuchten Variablen erklärten 13,5 % der Varianz der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit (Nagelkerke's  $R^2 = 0,135$ ). Die Varianzaufklärung des Regressionsmodells entspricht nach Cohen einem mittleren Effekt [28]. Der Gesamtprozentsatz korrekter Klassifikation war 76,8 %, mit einer Sensitivität von 17,6 % und einer Spezifität von 97,1 %.

#### Qualitative Analyse – Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger

Die genannten Wünsche konnten in sieben Kategorien eingeteilt werden: Neben den drei im Fragebogen vorgegebenen Kategorien Flexibilisierung der Arbeitszeit (z. B. bei festgelegten Arbeitszeiten), Reduktion der Arbeitsstunden und Entgegenkommen bei Fehltagen resultierten die vier weiteren Kategorien Wertschätzung (z. B. Verständnis für die pA-Situation), finanzieller Support (z. B. Zuschüsse, Ausgleich), häusliche Nähe (z. B. Homeoffice-Möglichkeit) und Festlegung der Arbeitszeit (z. B. bei Schichtdienst). An die Arbeitgebenden äußerten 182 pA (42,7 %) mindestens einen Wunsch. Am häufigsten wurden die Wünsche Entgegenkommen bei Fehltagen mit 28 % gefolgt von Flexibilisierung der Arbeitszeit mit 17 % und Reduktion der Arbeitsstunden mit 14 % genannt (► **Tab. 3**), wobei keine signifikanten Geschlechterunterschiede bestanden.



► **Abb. 1** Arbeitsstundenvergleich zwischen pflegenden Angehörigen (pA) mit und ohne Arbeitsstundenreduktion.  $N = 426$ ; pA ohne Arbeitsstundenreduktion:  $n = 318$ ; pA mit Arbeitsstundenreduktion:  $n = 108$ .

## Diskussion

### Einflussfaktoren einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit

In der Studienregion reduzierte jeder vierte erwerbstätige pA den Arbeitsstundenumfang aufgrund der häuslichen Pflege eines chronisch pflegebedürftigen älteren Menschen. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass erwerbstätige pA, die ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflegetätigkeit reduziert hatten, vor der Reduktion einen höheren Umfang an Arbeitsstunden hatten, einen höheren ADL-Stundenaufwand haben oder mit der PB in häuslicher Gemeinschaft leben. Allerdings kann keine Aussage über den zeitlichen Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit getroffen werden.

Auf Seiten der *Pflegesituation* konnte – einhergehend mit bisherigen Forschungsergebnissen [11, 29] – für die *häusliche Gemeinschaft* mit der PB ein Zusammenhang mit einer pflegebedingten Arbeitszeitreduktion identifiziert werden. pA, die in häuslicher Gemeinschaft mit der PB leben, hatten vorher 2,23-mal häufiger ihre Erwerbstätigkeit aufgrund der Pflege reduziert. pA in häuslicher Gemeinschaft mit der PB sind vermutlich eher bereit, einerseits auf Einkommensanteile zu verzichten und andererseits auch mehr Pflegestunden zu leisten. Aufgrund der Alltäglichkeit und der Permanenz der Pflegesituation erleben diese pA allerdings häufiger eine höhere subjektive und objektive Pflegebelastung [19, 30, 31], die ein Einflussfaktor auf eine pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit sein kann.

Die Inanspruchnahme formeller und informeller Unterstützungsangebote kann für pA, insbesondere falls sie mit der PB in

häuslicher Gemeinschaft wohnen, zu einer wichtigen Entlastung und somit zu einer besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege führen. Beispielsweise könnte die (vermehrte) Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegediensts zu einer direkten Entlastung bei den *ADL-Aufgaben* beitragen. Dadurch würde sich die Gesamtzahl der geleisteten Pflegestunden, die sich aus ADL-, IADL- und Supervisionsaufwand zusammensetzt, reduzieren. Denn für pA erhöhte sich mit jeder Stunde Mehraufwand für die ADL-Tätigkeiten die Wahrscheinlichkeit der pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit um 20%. Nach internationalen Studien sollte die Gesamtzahl der geleisteten Pflegestunden nicht mehr als 10 [32] bzw. 15 bis 20 Wochenstunden [9, 33] betragen, um negative Auswirkungen der häuslichen Pflege auf die Erwerbstätigkeit der pA zu vermeiden. Entsprechend dieser kritischen Schwelle, schränkt ein höherer ADL-Aufwand die verfügbare Zeit für die Erwerbstätigkeit ein [34] und kann in einer Reduktion der Erwerbstätigkeit resultieren.

Auf Seiten der *Arbeitssituation* gab es einen Zusammenhang zwischen hohem *Arbeitsstundenumfang* und Reduktion des Erwerbstätigkeitsumfangs. Mit jeder Arbeitsstunde mehr pro Woche erhöhte sich für pA die Wahrscheinlichkeit einer pflegebedingten Reduktion der Erwerbstätigkeit um 3%. Dabei stellt sich die Frage, ob analog zur kritischen Schwelle für die Pflegestunden [9, 32] auch für die Arbeitsstunden eine solche Schwelle existiert. Dies sollte im Rahmen zukünftiger Längsschnittstudien untersucht werden. Um häusliche Pflege zu stärken, sollte das Ziel sein, pA zunächst über bereits existierende Unterstützungsangebote zu informieren, diese leicht zugänglich zu machen und eine weitere Anpassung der Unterstützungsangebote an die Bedürfnisse der pA vorzunehmen.

▶ **Tab. 1** Stichprobencharakteristika pflegender Angehöriger in Abhängigkeit von den pflegebedingten Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit.

| Variablen   | Kohorte <i>M(SD)</i> oder <i>n (%)</i> ( <i>n</i> = 426) | Keine pflegebedingte Reduktion ( <i>n</i> = 318) | Pflegebedingte Reduktion ( <i>n</i> = 108) | <i>p</i> ° a/b           |
|---|--|--|--|--------------------------|
| <b>Pflegende Angehörige</b>   |  |  |  |                          |
| <i>Unbeeinflussbar</i>  |  |  |  |                          |
| Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>  | 54,06 (8,75)   | 53,95 (8,66)                                     | 54,39 (9,04)                               | 0,808 <sup>a</sup>       |
| Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>   | 84 (19,7)  | 65 (20,4)  | 19 (17,6)                                  | 0,687 <sup>b</sup>       |
| Bildung (Jahre), <i>M (SD)</i>  | 10,91 (2,72)   | 10,98 (2,80)                                     | 10,70 (2,47)                               | 0,518 <sup>a</sup>       |
| Verwandtschaftsverhältnis (Schwieger-)Eltern, <i>n (%)</i>  | 376 (88,3)   | 287 (90,3)                                       | 89 (82,4)                                  | 0,076 <sup>b</sup>       |
| Beziehungsqualität vor Pflegebedürftigkeit (pos.), <i>n (%)</i>   | 250 (58,7)   | 188 (59,1)                                       | 62 (57,4)                                  | 0,808 <sup>b</sup>       |
| <i>Beeinflussbar</i>  |  |  |  |                          |
| Subjektive Pflegebelastung (HPS-k), <i>M (SD)</i>   | 16,94 (7,44)   | 16,46 (7,71)                                     | 18,38 (6,40)                               | <b>0,044<sup>a</sup></b> |
| Benefits (BBCS), <i>M (SD)</i>  | 24,19 (11,89)  | 23,53 (12,10)                                    | 26,20 (10,45)                              | 0,089 <sup>a</sup>       |
| Vermeidendes Coping, <i>M (SD)</i>  | 6,14 (1,57)  | 6,17 (1,57)                                      | 6,05 (1,57)                                | 0,673 <sup>a</sup>       |
| Emotionsorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>  | 3,59 (2,23)  | 3,57 (2,22)                                      | 3,66 (2,27)                                | 0,807 <sup>a</sup>       |
| Problemorientiertes Coping, <i>M (SD)</i>   | 4,04 (1,97)  | 3,97 (2,01)                                      | 4,23 (1,85)                                | 0,392 <sup>a</sup>       |
| Aktuelle Beziehungsqualität (pos.), <i>n (%)</i>  | 255 (59,9)   | 182 (57,2)                                       | 73 (67,6)                                  | 0,119 <sup>b</sup>       |
| Selbstbestimmte Pflegemotivation (ja), <i>n (%)</i>   | 98 (23,0)  | 73 (23,0)  | 25 (23,1)                                  | 0,967 <sup>b</sup>       |
| Zurechtkommen mit der Pflege, <i>M (SD)</i>   | 3,22 (1,94)  | 3,26 (1,94)                                      | 3,07 (1,95)                                | 0,561 <sup>a</sup>       |
| <b>Pflegebedürftige Person</b>  |  |  |  |                          |
| Alter (Jahre), <i>M (SD)</i>  | 82,26 (6,64)   | 82,28 (6,53)                                     | 82,20 (6,98)                               | 0,939 <sup>a</sup>       |
| Geschlecht (männlich), <i>n (%)</i>   | 100 (23,5)   | 69 (21,7)  | 31 (28,7)                                  | 0,255 <sup>b</sup>       |
| Pflegegrad, <i>M (SD)</i>   | 1,90 (1,33)  | 1,83 (1,31)                                      | 2,12 (1,35)                                | 0,106 <sup>a</sup>       |
| Pflegeursache Demenz (ja), <i>n (%)</i>   | 50 (11,7)  | 39 (12,3)  | 11 (10,2)                                  | 0,717 <sup>b</sup>       |
| <b>Pflegesituation</b>  |  |  |  |                          |
| Häusliche Gemeinschaft (ja), <i>n (%)</i>   | 134 (31,5)   | 84 (26,4)  | 50 (46,3)                                  | <b>0,005<sup>b</sup></b> |
| Pflegedauer (Monate), <i>M (SD)</i>   | 42,05 (46,76)  | 39,44 (40,26)                                    | 49,72 (61,66)                              | 0,106 <sup>a</sup>       |
| Pflege mehrerer Personen (ja), <i>n (%)</i>   | 39 (9,2)   | 35 (11,0)  | 4 (3,7)                                    | 0,065 <sup>b</sup>       |
| <i>Informelle Pflege (Stunden/Tag), M (SD)</i>  |  |  |  |                          |
| ADL   | 2,34 (2,23)  | 2,06 (1,90)                                      | 3,18 (2,85)                                | <b>0,005<sup>a</sup></b> |
| IADL  | 2,90 (1,93)  | 2,89 (2,37)                                      | 3,51 (2,44)                                | 0,058 <sup>a</sup>       |
| Supervision   | 2,19 (3,17)  | 2,06 (3,17)                                      | 2,57 (3,16)                                | 0,261 <sup>a</sup>       |
| Informelle Unterstützung erhalten (ja), <i>n (%)</i>  | 290 (68,1)   | 218 (68,6)                                       | 72 (66,7)                                  | 0,808 <sup>b</sup>       |
| Informelle Unterstützung in Zukunft gewünscht (ja), <i>n (%)</i>  | 271 (63,6)   | 201 (63,2)                                       | 70 (64,8)                                  | 0,808 <sup>b</sup>       |
| <i>Inanspruchnahme formeller Unterstützungsangebote</i>   |  |  |  |                          |
| Tagespflege, <i>n (%)</i>   | 36 (8,5)   | 25 (7,9)   | 11 (10,2)                                  | 0,645 <sup>b</sup>       |
| Pflegedienst, <i>n (%)</i>  | 21 (4,9)   | 13 (4,1)   | 8 (7,4)                                    | 0,284 <sup>b</sup>       |
| Haushaltshilfe, <i>n (%)</i>  | 109 (25,6)   | 83 (26,1)  | 26 (24,1)                                  | 0,808 <sup>b</sup>       |
| <b>Erwerbstätigkeitssituation</b>   |  |  |  |                          |
| <i>Erbwerbstätigkeitsverhältnis</i>   |  |  |  |                          |
| Selbstständig, <i>n (%)</i>   | 44 (10,3)  | 26 (8,2)   | 18 (16,7)                                  | 0,175 <sup>b</sup>       |
| Mithelfende Angehörige, <i>n (%)</i>  | 8 (1,9)  | 7 (2,2)  | 1 (0,9)                                    |                          |
| Beamte, <i>n (%)</i>  | 20 (4,7)   | 15 (4,7)   | 5 (4,6)                                    |                          |
| Angestellte, <i>n (%)</i>   | 354 (83,1)   | 270 (84,9)                                       | 84 (77,7)                                  |                          |
| Arbeitsstunden/Woche (vor Reduktion), <i>M (SD)</i>   | 30,80 (12,45)  | 29,72 (12,12)                                    | 35,54 (11,92)                              | <b>0,005<sup>a</sup></b> |
| Arbeitsstunden/Woche (aktuell)  | 28,27 (11,92)  | 29,72 (12,12)                                    | 24,71 (15,62)                              | <b>0,005<sup>a</sup></b> |
| Geringbeschäftigung (< 11 h/Woche), <i>n (%)</i>  | 41 (9,6)   | 26 (8,2)   | 15 (13,9)                                  | 0,054 <sup>b</sup>       |
| Vollzeitferne Teilzeitbeschäftigung (11–20 h/Woche), <i>n (%)</i>   | 108 (25,4)   | 75 (23,6)  | 33 (30,6)                                  |                          |
| Vollzeitnahe Teilzeitbeschäftigung (21–29 h/Woche), <i>n (%)</i>  | 60 (14,1)  | 41 (12,9)  | 19 (17,6)                                  |                          |
| Vollzeitbeschäftigung (≥ 30 h/Woche), <i>n (%)</i>  | 217 (50,9)   | 176 (55,3)                                       | 41 (38,0)                                  |                          |
| <i>Anmerkungen. N = 426; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens; IADL = Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens. Subjektive Pflegebelastung gemessen mit der Häusliche-Pflege-Skala – Kurzversion (HPS-k), Range 0–30; Benefits gemessen mit der Benefits of Being a Caregiver Skala (BBCS), Range 0–56; Vermeidendes, emotionsorientiertes, problemorientiertes Coping: gemessen mit je zwei Items des Brief COPE, Range 0–8; Tagespflege, Pflegedienst, Haushaltshilfe entsprechend Resource Utilisation in Dementia (RUD); Pflegegrad, Range 0–4; Zurechtkommen mit der Pflege, Range 0–9; ADL (z. B. Ankleiden), IADL (z. B. Einkaufen) &amp; Supervision (z. B. Zeit zur Vermeidung von Gefahrensituationen) in Anlehnung an RUD. ° = <i>p</i> &lt; 0,05 fett, <i>p</i> &lt; 0,10 kursiv hervorgehoben; <i>p</i>-Werte unter Anwendung der Benjamini-Hochberg Korrektur.</i> |  |  |  |                          |
| <i>a</i> t-Test für unabhängige Gruppen für metrische Variablen; im Falle eines signifikanten Levene-Tests: Welch-Test. <sup>b</sup> $\chi^2$ -Test für nicht-metrische Variablen.  |  |  |  |                          |

► **Tab. 2** Binär logistische Regressionsanalyse – pflegebedingte Reduktion der Erwerbstätigkeit als abhängige Variable ( $n = 426$ ; 0 = keine Reduktion, 1 = Reduktion); Modell: Enter (Block I), Vorwärtsselektion (Block II).

| Variable  | Regressionskoeffizient <i>B</i> | <i>p</i> | Odds Ratio | KI          |
|---|---------------------------------|----------|------------|-------------|
| Block I <sup>a</sup>  |                                 |          |            |             |
| Geschlecht <sup>b</sup> (männlich)  | -0,57                           | 0,076    | 0,56       | [0,29;1,06] |
| Alter (Jahre)   | 0,00                            | 0,980    | 1,00       | [0,97;1,03] |
| Bildung (Jahre)   | -0,03                           | 0,589    | 0,98       | [0,89;1,07] |
| Block II <sup>c</sup>   |                                 |          |            |             |
| ADL (Stunden/Tag)   | 0,18                            | <0,001   | 1,20       | [1,09;1,33] |
| Häusliche Gemeinschaft (ja)   | 0,80                            | 0,001    | 2,23       | [1,38;3,59] |
| Arbeitsstunden/Woche (vor Reduktion)  | 0,03                            | 0,002    | 1,03       | [1,01;1,06] |
| Anmerkungen. KI = Konfidenzintervall; ADL = Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Multikollinearitätsanalyse ergab keine Multikollinearität, sodass alle Prädiktoren in das Regressionsmodell aufgenommen werden konnten. <sup>a</sup> Adjustierungsvariablen mittels Enter-Methode; Variablen beziehen sich lediglich auf pflegende Angehörige. <sup>b</sup> Dichotome Variable: weiblich = 0, männlich = 1. <sup>c</sup> Finales Regressionsmodell: Variablen in der Gleichung mittels Vorwärtsselektion; Nagelkerke's $R^2 = 0,135$ , $\chi^2 = 40,67$ ( $df:6$ ), $p < 0,001$ ; 3 Schritte. |                                 |          |            |             |

► **Tab. 3** Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege.

|  | Kohorte n(%) (n=426) | Weiblich (n=342) | Männlich (n=84) | <i>p</i> |
|--|----------------------|------------------|-----------------|----------|
| Flexibilisierung der Arbeitszeit   | 74 (17,4)            | 60 (17,5)        | 14 (16,7)       | >0,999   |
| Reduktion der Arbeitsstunden   | 58 (13,6)            | 42 (12,3)        | 16 (19,0)       | 0,784    |
| Entgegenkommen Fehltag   | 117 (27,5)           | 91 (26,6)        | 26 (31,0)       | >0,999   |
| Wertschätzung  | 3 (0,7)              | 3 (0,9)          | 0 (0,0)         | >0,999   |
| Finanzieller Support   | 10 (2,3)             | 9 (2,6)          | 1 (1,2)         | >0,999   |
| Häusliche Nähe   | 5 (1,2)              | 4 (1,2)          | 1 (1,2)         | >0,999   |
| Festlegung der Arbeitszeit   | 6 (1,4)              | 6 (1,8)          | 0 (0,0)         | >0,999   |
| Anmerkungen. Flexibilisierung der Arbeitszeit: z. B. bei festgelegten Arbeitszeiten; Wertschätzung: Verständnis für die Situation pflegender Angehöriger; Finanzieller Support: Wunsch nach finanzieller Unterstützung, Ausgleich, zusätzlicher Freistellung; Häusliche Nähe: Wunsch nach Homeoffice und Arbeitsplatz in Wohnortnähe; Festlegung der Arbeitszeit: Wunsch nach feste Arbeitszeit und besserer Planbarkeit, z. B. bei Schichtdienst. |                      |                  |                 |          |

## Arbeitsbezogene Wünsche erwerbstätiger pflegender Angehöriger

Arbeitsbezogene Wünsche der erwerbstätigen pA zur Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege waren in der vorliegenden Studie in erster Linie folgende: Entgegenkommen der Arbeitgebenden bei Fehltagen, Möglichkeit zur Arbeitsstundenreduktion und Flexibilisierung der Arbeitszeit. Diese Kernpunkte stellen geeignete und umsetzbare Anpassungen der Arbeitswelt dar, die die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und häuslicher Pflege effektiv stärken können. Der Wunsch nach Flexibilisierung der Arbeitszeit wurde in der Literatur bereits berichtet [17, 35].

Wenngleich in Deutschland in den letzten Jahren auf gesetzlicher Ebene Maßnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wie z. B. Familienpflegezeit und Pflegeunterstützungsgeld (§ 7 Abs. 1 PflegeZG) und das Vereinbarkeitsrichtlinienumsetzungsgesetz, verabschiedet wurden, setzen die bisherigen gesetzlichen Regelungen die Hauptwünsche der pA noch nicht konsequent genug um. Hinzu kommt, dass die praktische Umsetzbarkeit der Gesetze durch die dafür erforderlichen Voraussetzungen, wie z. B. Mindest-Arbeitsstundenumfang, Mindest-Arbeitnehmendenzahl und zeitliche Begrenztheit der Maßnahmen, eingeschränkt ist. Deshalb werden zahlreiche erwerbstätige pA durch diese Maßnahmen noch nicht erreicht. Wenngleich mittlere und größere Unternehmen mittels Betriebsvereinbarungen versuchen, die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen [35, 36], sind pA in kleineren Betrieben

auf individuelle Vereinbarungen mit dem Arbeitgebenden angewiesen [35].

Auf Seiten der Arbeitgebenden – insbesondere bei kleineren Unternehmen – könnten einerseits betriebliche Gründe zur Ablehnung der Wünsche erwerbstätiger pA für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege geführt haben. Andererseits sind die betrieblichen Folgen durch die mangelnde Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, wie z. B. Präsentismus oder Absentismus [37], Arbeitszeitreduktion oder sogar Kündigung [38], auch in deutschen Unternehmen enorm [37] – Stichwort Fachkräftemangel. Dabei sind die Arbeitgebenden neben der Politik die zweite zentrale Instanz, die die Möglichkeit hat, durch geeignete Maßnahmen – wie z. B. Einführung eines Pflegebeauftragten – zur Stärkung des größten deutschen Pflegediensts [39] und Rückgrat des deutschen Pflegesystems [40], den pA, beizutragen. Da anzunehmen ist, dass pA, Arbeitgebende und Politik unterschiedliche Bedürfnisse und Wünsche bezüglich Arbeitszeit und Pflegeaufwand haben, ist es notwendig, die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege für pA in zukünftigen Studien aus allen drei Blickwinkeln zu betrachten. Dabei sollte ein Konsens der verschiedenen Sichtweisen angestrebt werden, um für erwerbstätige pA langfristig eine Vereinbarkeit von Beruf und Pflege ohne negative Konsequenzen für Familie, Beruf, Finanzen und Gesundheit zu ermöglichen.



## Stärken und Limitationen

**Stärken** der Studie sind die Stichprobenrepräsentativität für bayerische erwerbstätige pA gesetzlich versicherter PB und die Betrachtung eines breiten Spektrums potentieller Einflussvariablen. **Limitationen** der Studie sind: die fehlende Repräsentativität für pA von PB, die noch keinen Antrag auf Pflegegradeinstufung gestellt haben, die geringe Stichprobengröße für die Betrachtung der arbeitsbezogenen Wünsche, die fehlende überregionale Repräsentativität – z. B. Ost-West-Unterschiede in der Erwerbstätigkeits- und Pflegesituation –, die geringe Sensitivität des Regressionsmodells, sowie das Querschnittsdesign der Studie, sodass keine Auswirkungen der Reduktion der Erwerbstätigkeit ermittelt werden konnten und die identifizierten Faktoren keine gesicherten Ursachen darstellen können.

### FAZIT FÜR DIE PRAXIS

- PA, die mehr ADL-Pflege leisten, eher mit ihrer PB zusammenleben und einen höheren Arbeitsstundenumfang aufweisen, sollten in den Fokus von Interventionen und Entlastungsangeboten kommen.
- Zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege ist die Entwicklung praktisch umsetzbarer gesetzlicher Maßnahmen für *alle* erwerbstätigen pA unter Berücksichtigung der arbeitsbezogenen Wünsche – Entgegenkommen Fehltag, Arbeitszeitflexibilität und Arbeitsstundenreduktion – erforderlich.

## Danksagung

Das Studienteam bedankt sich bei allen pflegenden Angehörigen für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen, und bei den Pflegegutachtenden des Medizinischen Dienstes Bayern für die Verteilung der Fragebögen. Besonderer Dank gilt dem Förderer der Studie, der G. & I. Leifheit Stiftung, die diese Studie ermöglicht haben.

Die vorliegende Arbeit wurde von Julia-Sophia Scheuermann als Teil der Erfüllung der Voraussetzungen für die Erlangung des Doktorgrads „Dr. rer. biol. hum.“ an der Medizinischen Fakultät der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) durchgeführt.

## Ethische Richtlinien

Alle beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethik-Kommission (Votums-Nr. 220\_20 B), im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

## Fördermittel

Die Studie ‚Benefits of Being a Caregiver‘ wurde durch die G. & I. Leifheit Stiftung gefördert.

## Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Völz S, Schnecke JH. Beruf und Pflege besser vereinbaren: Individuelle und betriebliche Perspektiven als regionaler Gestaltungsansatz. In: Institut Arbeit und Technik, Hrsg. Forschung Aktuell 2021. Gelsenkirchen: IAT; 2021
- [2] Eggert S, Teubner C, Budnick A et al. Vereinbarkeit von Pflege und Beruf: Generelle und aktuelle Herausforderungen Betroffener. In: Jacobs K, Kuhlmeier A, Greß S, et al., Hrsg. Pflege-Report 2021. Berlin, Heidelberg: Springer; 2021: 59–69. DOI: 10.1007/978-3-662-63107-2\_4
- [3] Naumann D, Teubner C, Eggert S. ZQP-Bevölkerungsbefragung „Vereinbarkeit von Pflege und Beruf“. In: Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin: ZQP; 2016: 73–86
- [4] Grau H, Graessel E, Berth H. The subjective burden of informal caregivers of persons with dementia: extended validation of the German language version of the Burden Scale for Family Caregivers (BSFC). *Aging Ment Health* 2015; 19: 159–168. DOI: 10.1080/13607863.2014.920296
- [5] Neubert L, König H-H, Mietzner C et al. Dementia care-giving and employment: a mixed-studies review on a presumed conflict. *Ageing Soc* 2021; 41: 1094–1125. DOI: 10.1017/S0144686X19001545
- [6] Ciccarelli N, Van Soest A. Informal caregiving, employment status and work hours of the 50+ population in Europe. *De Economist* 2018; 166: 363–396. DOI: 10.1007/s10645-018-9323-1
- [7] Bidenko K, Bohnet-Joschko S. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege: Wie wirkt sich Erwerbstätigkeit auf die Gesundheit pflegender Angehöriger aus? *Gesundheitswesen* 2021; 83: 122–127. DOI: 10.1055/a-1173-8918
- [8] Wang Y-N, Hsu W-C, Yang P-S et al. Caregiving demands, job demands, and health outcomes for employed family caregivers of older adults with dementia: Structural equation modeling. *Geriatr Nurs* 2018; 39: 676–682. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2018.05.003
- [9] Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing* 2015; 8: 113–145. DOI: 10.1007/s12062-015-9116-0
- [10] Andersson MA, Walker MH, Kaskie BP. Strapped for Time or Stressed Out? Predictors of Work Interruption and Unmet Need for Workplace Support Among Informal Elder Caregivers. *J Aging Health* 2019; 31: 631–651. DOI: 10.1177/0898264317744920
- [11] Ruiz-Adame Reina M, González-Camacho MC, Mainar-Causapé A. An analysis of caregiver profile and its impact on employment situation: Primary caregivers of patients of Alzheimer's and other dementias in the South Western of Spain. *Atl Rev Econ* 2015; 2: 1–18
- [12] Ruiz-Adame Reina M, González-Camacho MC, Romero-García JE et al. Profiles of Alzheimer's caregivers in Spain: social, educational and labor characteristics. *Scand J Caring Sci* 2017; 31: 867–877. DOI: 10.1111/scs.12408
- [13] Schäufele M, Köhler L, Hendlmeier I. Erwerbstätigkeit und Pflege von Menschen mit Demenz: Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativstudie. In: Zentrum für Qualität in der Pflege, Hrsg. Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Berlin: ZQP; 2016: : 44–59
- [14] Vicente J, McKee KJ, Magnusson L et al. Informal care provision among male and female working carers: Findings from a Swedish national survey. *Plos one* 2022; 17: e0263396. DOI: 10.1371/journal.pone.0263396



- [15] Montano D, Peter R. Informal care-giving and the intention to give up employment: the role of perceived supervisor behaviour in a cohort of German employees. *Eur J Ageing* 2021; 1–11. DOI: 10.1007/s10433-021-00660-4
- [16] He D, McHenry P. Does formal employment reduce informal caregiving? *Health Econ* 2016; 25: 829–843. DOI: 10.1002/hec.3185
- [17] Plöthner M, Schmidt K, de Jong L et al. Needs and preferences of informal caregivers regarding outpatient care for the elderly: a systematic literature review. *BMC Geriatr* 2019; 19: 1–22. DOI: 10.1186/s12877-019-1068-4
- [18] Wimo A, Gustavsson A, Jonsson L et al. Application of Resource Utilization in Dementia (RUD) instrument in a global setting. *Alzheimers Dement* 2013; 9: 429–435. DOI: 10.1016/j.jalz.2012.06.008
- [19] Graessel E, Berth H, Lichte T et al. Subjective caregiver burden: validity of the 10-item short version of the Burden Scale for Family Caregivers BSFC-s. *BMC Geriatr* 2014; 14: 1–9. DOI: 10.1186/1471-2318-14-23
- [20] Pendergrass A, Weiss S, Rohleder N et al. Validation of the Benefits of Being a Caregiver Scale (BBCS) – further development of an independent characteristic of informal caregiving. *BMC Geriatr* 2023; 23: 26. DOI: 10.1186/s12877-022-03650-y
- [21] Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the Brief COPE. *Int J Behav Med* 1997; 4: 92–100. DOI: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- [22] Gräßel E. Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Z Gerontopsychol psychiatr* 2000; 13: 85–94. DOI: 10.1024/1011-6877.13.2.85
- [23] Wimo A, Wetterholm A, Mastey V et al. Evaluation of the healthcare resource utilization and caregiver time in anti-dementia drug trials – a quantitative battery. In: Wimo A, Jönsson B, Karlson G et al., Hrsg. *Health Economics of Dementia*. 1. Aufl. Chichester: Wiley & Sons Ltd; 1998: 465–499
- [24] Benjamini Y, Hochberg Y. Controlling the false discovery rate: a practical and powerful approach to multiple testing. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol*. 1995; 57: 289–300
- [25] Scheuermann J-S, Gräßel E, Pendergrass A. Predictors of expressed, felt, and normative needs for informal caregiver counseling. *Z Gerontol Geriatr* 2023; 56: 395–401. DOI: 10.1007/s00391-022-02097-5
- [26] Igo RP. Influential Data Points. In: Salkind NJ, Hrsg. *Encyclopedia of Research Design*. Los Angeles: Sage; 2010: 600–602
- [27] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K, Hrsg. *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010: 601-613
- [28] Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155–159. DOI: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- [29] Heitmueller A. The chicken or the egg?: Endogeneity in labour market participation of informal carers in England. *J Health Econ* 2007; 26: 536–559. DOI: 10.1016/j.jhealeco.2006.10.005
- [30] Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D et al. Caregiver burden: a clinical review. *JAMA* 2014; 311: 1052–1060. DOI: 10.1001/jama.2014.304
- [31] Lindt N, van Berkel J, Mulder BC. Determinants of overburdening among informal carers: a systematic review. *BMC Geriatr* 2020; 20: 1–12. DOI: 10.1186/s12877-020-01708-3
- [32] King D, Pickard L. When is a carer's employment at risk? Longitudinal analysis of unpaid care and employment in midlife in England. *Health Soc Care Community* 2013; 21: 303–314. DOI: 10.1111/hsc.12018
- [33] Walsh E, Murphy A. Investigating the causal relationship between employment and informal caregiving of the elderly. *BMC Res Notes* 2018; 11: 1–6. DOI: 10.1186/s13104-018-3684-z
- [34] Covinsky KE, Eng C, Lui L-Y et al. Reduced employment in caregivers of frail elders: impact of ethnicity, patient clinical characteristics, and caregiver characteristics. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56: M707–M713. DOI: 10.1093/gerona/56.11.M707
- [35] Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. *Pflegende Beschäftigte brauchen Unterstützung – Leitfaden für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflege* (26.10.2020). Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161690/afd185be09cf84ad9a6e38fd3ee637a/pflegende-beschaeftigte-brauchen-unterstuetzung-data.pdf>; Stand: 13.03.2023
- [36] Eggert S, Sulmann D, Teubner C. *Unternehmensbefragung Vereinbarkeit von Beruf und Pflege – 2018*. Berlin: ZQP; 2018
- [37] Schneider H, Heinze J, Hering D. *Betriebliche Folgekosten mangelnder Vereinbarkeit von Beruf und Pflege. Expertise im Rahmen des Projektes Carers@ Work – Zwischen Beruf und Pflege: Konflikt oder Chance?* Forschungszentrum Familienbewusste Personalpolitik; 2011
- [38] Scheuermann J-S, Gräßel E, Pendergrass A. *Pflegebedingte Beendigung der Erwerbstätigkeit von pflegenden Angehörigen: Identifikation eines Risikoprofils*. *Gesundheitswesen* 2024; 86 (Suppl. 1): S37–S44. DOI: 10.1055/a-2183-6741
- [39] Wetzstein M, Rommel A, Lange C. *Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst*. In: Robert Koch-Institut, Hrsg. *GBE kompakt*. Berlin: RKI; 2015: 12. DOI: 10.17886/rki-gbe-2016-018
- [40] Klie T. *DAK Pflegereport: Häusliche Pflege – Das Rückgrat der Pflege in Deutschland: Analysen, Befunde, Perspektiven*. Heidelberg: medhochzwei; 2022