

Artikel erschienen in:

Gesundheits- und Sozialpolitik 77 (2), S. 47-55. DOI: 10.5771/1611-5821-2023-2-47

Iren Bischofberger, Anke Jähnke

„work & care“ - Impulse für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege im Gesundheitswesen

Das Gesundheitswesen ist mehrfach von der Vereinbarkeit von Beruf und Familie betroffen. Der Diskurs dazu geht aber kaum über Teilzeitarbeit und Kinderkrippen hinaus. Im Zentrum dieses Aufsatzes stehen Mitarbeitende von Gesundheitseinrichtungen mit hilfe- und pflegebedürftigen Nächsten und der Herausforderung, Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege zu vereinbaren. Besonderes Augenmerk liegt auf Mitarbeitenden mit einem Pflegeberuf in ihrer Doppelrolle als Fachperson und pflegende Angehörige. Wir zeichnen ihre „doppelte“ Lebenswelt nach, wechseln dann zur Perspektive der Gesundheitsbetriebe und skizzieren den Weg zur Vereinbarkeitskompetenz.

1 Angehörigenpflege und Erwerbstätigkeit vereinbaren – ein Balanceakt

In Deutschland und der Schweiz ist das Engagement von pflegenden Angehörigen die Basis der häuslichen Gesundheitsversorgung. Der Bedarf an ihrer Hilfe und Pflege wird weiter steigen, auch wenn sie erwerbstätig sind (Otto et al., 2019; Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, 2019). Neben der Hochaltrigkeit und Gebrechlichkeit sowie zunehmender Multimorbidität ermöglicht der medizinische Fortschritt bereits in jungen Lebensjahren ein deutlich längeres Leben mit Beeinträchtigung. Zwar ist damit auch gute Lebensqualität trotz Einschränkungen möglich. Dies geht aber mit einer ständigen Anbindung der Betroffenen an ein Unterstützungs- und Behandlungssystem einher – und unterstreicht den seit langem diskutierten Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung von „cure“ zu „care“ (Schaeffer & Ewers, 2006). Dabei setzt die kleinteilig organisierte und fragmentierte Langzeitversorgung – vor allem am „Gesundheitsstandort Privathaushalt“ (Otto & Bischofberger, 2020) – in der geltenden Familien-, Sozial- und Gesundheitspolitik in der Schweiz und in Deutschland eine umfangreiche Mitarbeit der Angehörigen voraus. Sie werden deshalb pointiert als „Deutschlands größter Pflegedienst“ bezeichnet (Wetzstein et al., 2015) oder als „Schattenbelegschaft“ (Bookman & Kimbrel, 2011, S. 1005). Die Corona-Pandemie führte diese tragende Bedeutung der Angehörigen in der Gesellschaft und für die Gesundheitsversorgung eindrücklich vor Augen (Budnick et al., 2021; Wiegmann et al., 2023). Dabei stand auch die Erwerbstätigkeit der Angehörigen auf dem Prüfstand (Ehrlich et al., 2022).

1.1 Datenlage und Relevanz

Im deutschsprachigen Raum besteht zwar inzwischen eine reichhaltige Datenlage zu pflegenden und betreuenden Angehörigen, doch je nach zugrundeliegendem Verständnis von „Angehörigen“ sowie „pflegend“

und „betreuend“ⁱⁱ können die Zahlen stark variieren. Im Hinblick auf die geleistete Unterstützung ist entscheidend, ob vorrangig Pfl egetätigkeiten im Sinne von Handreichungen („hands-on care“ wie z. B. Unterstützung bei der Körperpflege) gezählt werden, oder – wie aufgrund des tatsächlichen Aufgabenspektrums von Angehörigen längst angemahnt – auch „managerial care“ (Giovannetti & Wolff, 2010). Dies umfasst alle organisatorischen Belange wie Terminvereinbarungen oder Transportdienste sowie z. B. die Ermittlung von Informationen zu Behandlungen, Leistungserbringern oder Kostenträgern (Bischofberger, 2011). Nach diesem breiten Verständnis gelten laut einer repräsentativen Umfrage in der **Schweiz** geschätzt 592'000 Personen als pflegende und betreuende Angehörige. Davon sind 543'000 \geq 16-jährig und 49'000 zwischen 9 und 15 Jahre alt. Dies entspricht schätzungsweise 7,6% der Bevölkerung. Von den Personen im Erwerbsalter sind zwei Drittel berufstätig. Bemerkenswert ist, dass die Mehrheit der befragten Angehörigen ab 16 Jahren (61%) mindestens eine weitere Person aus dem nahen sozialen Umfeld nennt, die bei der Unterstützung mithilft (Otto et al., 2019). Deshalb könnten es rund eine Million Personen sein, die sich um ihre kranken, beeinträchtigten oder hochaltrigen Nahestehenden kümmern (zum Vergleich: ständige Schweizer Wohnbevölkerung 2022: 8.8 Mio.). Auch Betriebsumfragen zeigen eine höhere Anzahl von betroffenen Mitarbeitenden, wie bei zwei größeren Arbeitgebenden in der Schweiz untersucht wurde. Zum Zeitpunkt der Befragung waren je 12%, bzw. 15% der Mitarbeitenden pflegende Angehörige (Radvanszky et al., 2016).

In **Deutschland** ergab eine bundesweit repräsentative Beschäftigtenbefragung, dass 9% der Befragten – das heißt jede/r elfte Berufstätige – Pflegeverantwortung für eine oder mehrere Personen übernahm, zudem waren 4% in einer Sandwich-Position (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2017, S. 12). Im Jahr 2021 wurde mit 84% der größte Anteil der knapp fünf Millionen Pflegebedürftigen in Privathaushalten versorgt – entweder vornehmlich durch Angehörige (63%) bzw. zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste (21%) (Statistisches Bundesamt, 2023). Vermutlich leisten noch deutlich mehr Angehörige Unterstützung, doch die amtlichen Statistiken erfassen nur die Pflegebedürftigen im Sinne von SGB XI / Pflegeversicherungsgesetz, sodass der Hilfe- und Unterstützungsbedarf, der häufig schon lange vor einer Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit besteht, nicht berücksichtigt ist. Eine Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2016 ergab einen kontinuierlichen Anstieg der Hauptpflegepersonen im erwerbsfähigen Alter zwischen 16 und 64 Jahren, die eine pflegebedürftige Person betreuen und gleichzeitig erwerbstätig sind (Schneekloth et al., 2017, S. 59). Weibliche Hauptpflegepersonen waren in der Regel seltener erwerbstätig als männliche. Männer arbeiteten eher Vollzeit, während nur rund 20% der weiblichen Hauptpflegepersonen vollzeitbeschäftigt waren (Schneekloth et al., 2017, S. 58). Bei Frauen führen diese konkurrierenden Anforderungen oft zu Lasten der Erwerbstätigkeit, bzw. zu einer Reduktion bis hin zur Aufgabe der Erwerbstätigkeit.

Parallel dazu steigt die Erwartung von Wirtschaft und Politik an die Frauen, vermehrt und in höheren Pensen erwerbstätig zu sein. Dies erfordert mehr Personal in der häuslichen und stationären (Langzeit-)Versorgung und damit mehr Ressourcen just in Betrieben mit ebenfalls einer hauptsächlich weiblichen Belegschaft. Umso mehr erstaunt es, dass die Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters – in der Schweiz für Frauen jüngst von 64 auf 65 Jahre und damit an die Männer angeglichen – ohne Rücksicht auf die Vereinbarkeit diskutiert wurde. Denn in der Generation mit betagten Eltern 85+ Jahren steigt die Wahrscheinlichkeit exponentiell, dass (mehr) Unterstützung erforderlich wird. Deshalb ist eine Erhöhung des gesetzlichen Rentenalters auch mit deutlich mehr Vereinbarkeitssituationen verbunden (bzw. die Frührenten nehmen mangels gelingender Vereinbarkeit zu). Gerade in Gesundheitsberufenⁱⁱ wird der Ruf nach besserer Vereinbarkeit immer

lauter, denn aktuell wird ein zunehmender Mangel prognostiziert, der nur durch die Erhöhung der Ausbildungskapazität gemäß neusten Prognosen nicht bewältigt werden kann (Merçay et al., 2021). Um Fachpersonen den Verbleib im Beruf trotz und mit pflegebedürftigen Angehörigen zu ermöglichen, wird ein Bündel von Maßnahmen empfohlen, so auch die bessere Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Freizeit (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2021).

Dazu gehört ganz wesentlich eine vereinbarkeitsfreundliche Betriebskultur. Diese ist entscheidend, wie, wann und ob überhaupt die Berufstätigkeit mit der Angehörigenpflege vereinbar ist und ob die betreffenden Mitarbeitenden dies offenlegen (können) und von ihnen auch offengelegt wird (Kohler et al., 2012). Die Gründe für das Verschweigen sind vielfältig: manchmal haben Mitarbeitende mit der Offenlegung ihrer privaten Pflegeaufgabe schlechte Erfahrungen gemacht, z. B., weil sie von Kolleg*innen oder Vorgesetzten entweder bemitleidet oder heroisiert wurden. Auch die Angst vor einem Aufgabenwechsel, oder einer Herabstufung, weil sie als nicht mehr leistungsfähig gelten, verringerte Karrierechancen bis hin zum Stellenverlust sind Barrieren für Offenheit am Arbeitsplatz.

Doch eine gelingende Vereinbarkeit ist auch ein Beitrag an ein transparentes Absenzenmanagement, denn es gibt Hinweise, dass sich Mitarbeitende mangels anderer Möglichkeiten krankmelden, um die so gewonnene Zeit ihren pflegebedürftigen Nahestehenden widmen zu können (Rudin et al., 2019). All dies zeigt deutlich, dass „work & care“ ein ausgeprägtes Querschnitt-Thema ist, das einen Rund-um-Blick erfordert.

1.2 Vereinbarkeitskompetenz für ein Querschnitt-Thema

Aus den bisher angesprochenen Dynamiken entsteht unweigerlich ein Zielkonflikt auf individueller, betrieblicher und gesellschaftlicher Ebene – gefördert durch Friktionen zwischen Familien-, Sozial-, Wirtschafts- und Gesundheitspolitik. Allerdings: Das Gesundheitswesen war in der Vereinbarkeitsdebatte im deutschsprachigen Raum bisher nur ein Randthema (Bischofberger et al., 2009; Bischofberger, 2023). Es erhielt lediglich punktuell Aufmerksamkeit in Bezug auf Mitarbeitende in der Doppelrolle als pflegende Angehörige und Gesundheitsfachpersonen (Dichter et al., 2012; Jähnke, 2023; Thümmeler et al., 2020), wie im Kap. 2.3 noch aufgezeigt wird.

Interessanterweise wies ein pflegewissenschaftliches Autorinnenteam aus Kanada bereits vor gut zehn Jahren auf die Bedeutung insbesondere der integrierten und gemeindenahen Gesundheitsversorgung hin (Schroeder et al., 2012). Diese ist wesentlich, um die Erwerbstätigkeit und die private Sorgearbeit zu fördern, v. a. angesichts der gesundheitspolitischen Prämisse „ambulant vor stationär“. Die Autorinnen nutzen dazu das Symbolbild eines Schiffes im Sturm und zeigen die unterschiedlichen Ebenen und Akteursgruppen auf, welche auf die Vereinbarkeit einwirken: 1) die individuelle Lebenswelt der pflegenden Mitarbeitenden („stewards“) steht im Zentrum, (2) ihre Arbeitgebenden („first mates“) unterstützen Lösungen, (3) die Unternehmenswelt als Ganzes („captains“) steuert Lösungen, (4) Regierungen und Behörden („ship owners“) übernehmen die Verankerung sowie (5) die Gemeinschaften („communities“) lotsen als Professionelle oder Freiwillige die Angehörigen durch den Sturm. Die Quintessenz der Autorinnen ist, dass alle Akteur*innen im selben Boot sitzen und die Konsequenzen der gelingenden (oder misslingenden) Vereinbarkeit spüren. Die Metapher illustriert das nötige umfassende Verständnis. Mehr noch: über den Gesamtblick hinaus braucht es eine spezifische Vereinbarkeitskompetenz, um das vielschichtige Mit- und Nebeneinander von Beruf und Familie zu bewältigen (Bischofberger, 2023). Ganz besonders gilt dies für das Gesundheitswesen als rasch wachsendem Wirtschaftszweig mit hohem Frauenanteil und großer gesellschaftlicher und ökonomischer Bedeutung.

2 Vereinbarkeit im Gesundheitswesen – ein facettenreiches Phänomen

Für das Gesundheitswesen ist die Vereinbarkeit von Beruf und Familie in mehrfacher Hinsicht bedeutsam, denn hier gibt es ganz verschiedene Vereinbarkeitskonstellationen mit Personen unterschiedlicher Generationen und Gesundheitszustände. Weil sowohl die Mitarbeitenden als auch die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen von Patientinnen und Klienten Vereinbarkeitsfragen bewältigen müssen, ist das Phänomen in diesem Wirtschaftszweigⁱⁱⁱ komplexer als in anderen Branchen. Dies zeigt die folgende Abbildung 1:

Vereinbarkeitskonstellationen in Betrieben des Gesundheitswesens		
Fokus	„child care»	„ w o r k & c a r e “
Personen	M i t a r b e i t e n d e & E r w e r b s t ä t i g e A n g e h ö r i g e v o n P a t i e n t i n n e n / K l i e n t e n	
Konstellationen	Mitarbeitende mit gesunden (Klein-)Kindern	„Working Caregivers“: ohne Fachkenntnisse im Gesundheitsbereich (Verwaltung, Hotellerie etc.)
		„Double-duty Caregivers“: mit Fachkenntnissen im Gesundheitsbereich (Pflege, Medizin, Therapien, Pharmazie etc.)
		„Distance Caregivers“: nach räumlicher Verlegung des Lebensmittelpunkts der erwerbstätigen Angehörigen oder ihrer Nahestehenden (Binnenmigration und internationale Migration)
	„Triple-duty Caregivers“: mit gesunden (Klein-)Kindern & pflegebedürftigen Nahestehenden & mit einem Gesundheitsberuf	

Abb. 1: Mehrfache Vereinbarkeitskonstellationen im Gesundheitswesen

Im Fokus steht die Vereinbarkeit im Sinne von „work & care“^{iv}, d. h. Erwerbstätige mit kranken, hochaltrigen oder beeinträchtigten Nächsten. Das sind im Einzelnen:

- Erwerbstätige Angehörige der Patientinnen / Klienten
- Mitarbeitende im Gesundheitswesen ohne Gesundheitsberuf und ohne Pflegekenntnisse
- Mitarbeitende mit Gesundheitsberuf und Pflegekenntnissen in der Doppelrolle als Gesundheitsfachperson und zugleich pflegende Angehörige („Double-duty Caregivers“) sowie zusätzlich noch mit Kindern („Triple-duty Caregivers“)
- Besonders relevant ist die Unterstützung über geographische Distanz (sog. „Distance Caregiving“), denn die hohe Binnenmigration der Beschäftigten im Gesundheitswesen, aber auch die internationale Migration führen dazu, dass Mitarbeitende ihre Nahestehenden über teils große geographische Distanzen hinweg unterstützen.
- Schließlich gibt es die Vereinbarkeit im klassischen Sinn als „child care“, d. h. im Fokus stehen Mitarbeitende mit gesunden (Klein-)Kindern. Sie gelten als Sandwich-Generation als besonders vulnerabel, wenn sie gleichzeitig für ihre Kinder und ihre pflegebedürftigen Eltern sorgen (Oulevey Bachmann et al., 2013). Darauf gehen wir in diesem Artikel nicht gesondert ein.

Im Folgenden werden diese Vereinbarkeitskonstellationen im Einzelnen erläutert. Dabei spielen die Ergebnisse aus unseren eigenen, vor allem qualitativen Forschungsprojekten während rund 15 Jahren aus der Schweiz und teils länderübergreifend mit Deutschland eine vorrangige Rolle. Wir ergänzen sie mit internationalen Erkenntnissen.

2.1 Lebenswirklichkeit erwerbstätiger Angehöriger von pflegebedürftigen Menschen

Das individuelle Erleben von erwerbstätigen Angehörigen ist von vielfältigen Bedingungen gerahmt und beeinflusst ihre Wahrnehmung und ihr Handeln. Dazu zählen im Wesentlichen Faktoren auf persönlicher, sozialer und gesellschaftlicher Ebene, die zusammenwirken und sich wechselseitig verstärken oder abschwächen können. Diese Zusammenhänge zeigt Abbildung 2 im Überblick:

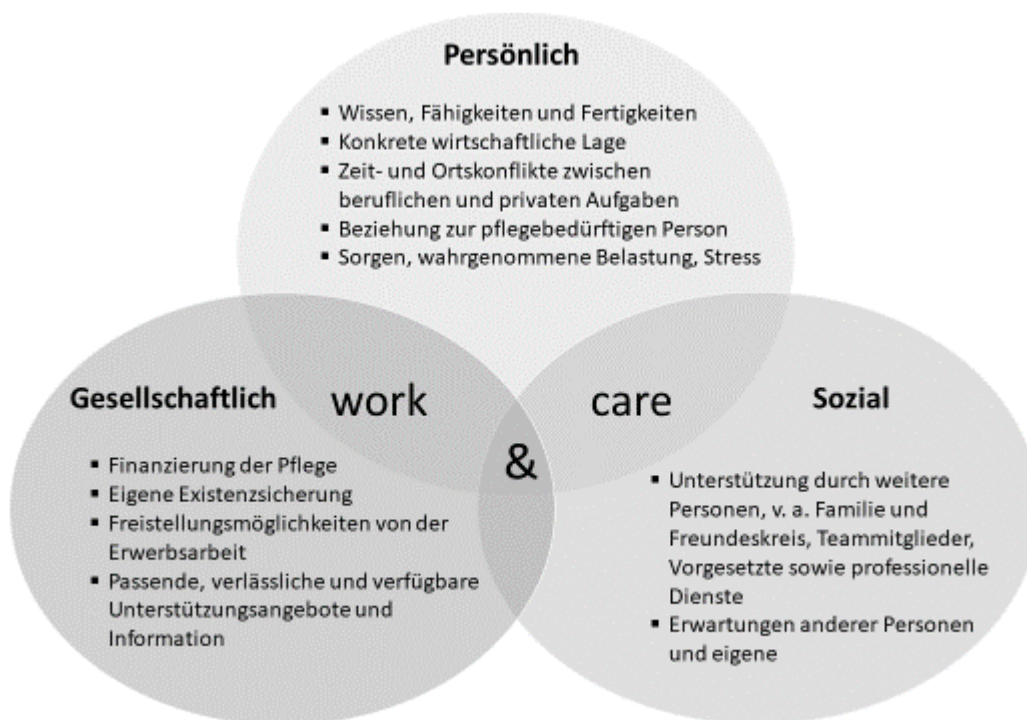


Abb. 2 Herausforderungen von erwerbstätigen pflegenden Angehörigen

Im Krankheitsverlauf der pflegebedürftigen Person verändern sich auch die Herausforderungen für die erwerbstätigen pflegenden Angehörigen. Zum einen dauern Pflege- und Betreuungssituationen oft Monate bis Jahrzehnte. Unterstützungsmaßnahmen müssen deshalb über einen längeren Zeitraum und für wechselnde Anforderungen und Bedarfe funktionieren. Zum andern können den Angehörigen vielfältige Belastungen erwachsen, die ihre Gesundheit, ihre Lebensqualität und ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigen (Bischofberger et al., 2021; Burch et al., 2019). Wichtig ist, dass ihre Erwerbstätigkeit nicht nur als Existenzsicherung verstanden wird, sondern – eine gute Betriebskultur vorausgesetzt – auch als Ausgleich mit sozialen Kontakten, Wertschätzung und Anerkennung sowie Freiraum für die oftmals anstrengende Pflege (Dorant & Boumans, 2016; Jähnke, 2017). Ganz besonders gefordert sind Angehörige in Phasen der Diagnosestellung, bei Krisen sowie am Lebensende (Jähnke, 2023; Jähnke & Bischofberger, 2012). Hier sind gängige Erwartungen von Mitarbeitenden in Gesundheitseinrichtungen besonders ausgeprägt, dass Angehörige als „Scharnier“ zwischen allen Instanzen stets abrufbar sind (Nolan et al., 2001, S. 91) und als „Leim“ die Instanzen auch zusammenhalten (Levine & Rutberg, 2010, S. 6). Deshalb gelten sie bereits seit längerem auch als inoffizielle Case Manager (Bischofberger, 2007).

Entlang aller Phasen von Versorgungsverläufen übernehmen erwerbstätige pflegende Angehörige im häuslichen wie auch im stationären Versorgungssektor umfangreiche Aufgaben. Damit sie konzentriert dem Beruf nachgehen können, sind sie ganz besonders auf reibungslose Versorgungskontinuität und verlässliche Kommunikation angewiesen. Denn sie können ihren Arbeitsplatz meist nicht einfach verlassen, um beispielsweise die Koordination oder den Transport bei Entlassung aus dem Krankenhaus zu übernehmen, sondern sie sind auf die vorausschauende Zusammenarbeit etwa mit dem Case Management angewiesen (Levine, 2014). Allerdings steht im Gesundheitswesen oft die Versorgungslogik im Vordergrund und weniger die Vereinbarkeitslogik, d. h. Gesundheitsfachpersonen fokussieren primär auf ihre Kernaufgabe, die Versorgung von Patientinnen und Patienten. Dabei nehmen sie die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege bislang kaum als Teil der Lebenswelt der Angehörigen wahr (Bischofberger & van Holten, 2015).

2.2 Mitarbeitende ohne Gesundheitsberuf

Mitarbeitende im Gesundheitswesen ohne Gesundheitsberuf arbeiten z. B. in der Verwaltung, im technischen Dienst oder im Facility Management. In ihren Vereinbarkeitsherausforderungen unterscheiden sie sich nicht grundlegend von Mitarbeitenden anderer Branchen. Doch im Unterschied dazu sind sie idealerweise mit den Abläufen ihrer jeweiligen Einrichtung vertraut, kennen Zuständigkeiten und Ansprechpersonen. Sie haben Zugang zu Hintergrundinformationen aus erster Hand und Systemkenntnisse, die für die private Angehörigenpflege von Vorteil sein können, z. B., zum Infektionsschutz während der Corona-Pandemie oder um eine reibungslosere Versorgung im Notfall zu veranlassen.

2.3 „work & care“ bei Mitarbeitenden mit Gesundheitsberuf

Pflegende Angehörige mit einem Gesundheitsberuf erleben wie andere Berufstätige die grundsätzlichen Herausforderungen der Vereinbarkeit wie z. B. Zeitkonflikte, konkurrierende Anforderungen, Sorgen oder emotional belastende Situationen. Darüber hinaus sind sie als „Insider“ (Kaiser & Kaiser, 2017) in der besonderen Lage, einen Teil der Gesundheitsversorgung mit ihren Abläufen aus eigener beruflicher Erfahrung zu kennen, über Hintergrundinformationen zu verfügen oder die Fachsprache zu verstehen. Dies hat für Mitarbeitende in der Doppelrolle einerseits Vorteile, doch andererseits auch Nachteile (Wohlgemuth et al., 2015). Fachwissen ist hilfreich für die Pflege von eigenen Nächsten, kann jedoch auch belastend werden, wenn z. B. die Prognose einer Erkrankung bekannt ist bzw. der Krankheitsverlauf vorweggenommen wird.

Bei Mitarbeitenden mit Gesundheitsberuf in der Rolle der pflegenden Angehörigen verschwimmen die scheinbar klaren Grenzen zwischen Expert*innen und Laien. Von professioneller Seite werden oftmals System- und Fachkenntnisse vorausgesetzt und konkrete Mitarbeit erwartet. Dies illustriert das folgende Beispiel eines Pflegefach- und Ehemannes, dessen Frau in einer ambulanten psychiatrischen Einrichtung behandelt wurde: „Eines Nachmittags erreichte mich während der Arbeit ein Anruf aus der Tagesklinik. Ich müsse sofort meine Frau abholen. Sie habe suizidale Gedanken geäußert. Dieser Anruf machte mich völlig perplex. Erstens kann ich von meiner Arbeit nicht einfach davonspringen. Und zweitens fragte ich mich, ob denn der Umgang mit suizidalen Äußerungen in einer psychiatrischen Tagesklinik nicht auch zum Kernauftrag gehört? Warum haben sie mich dann angerufen? Gehen sie etwa davon aus, dass ich als ausgebildeter psychiatrischer Krankenpfleger dieser Situation schon gewachsen sein würde? Als Fachperson weiß ich sehr wohl, wie ich mit Menschen in suizidalen Krisen umgehen kann. Betrifft dies aber meine Frau, dann kann ich nicht handeln wie ein Profi.“ (Jähne et al., 2019, S. 35).

Neben der Kritik des Pflegefachmanns an der von ihm erwarteten „Allzeit bereit“-Haltung zeigt dieses Beispiel, wie vertraut Gesundheitsfachpersonen mit dem Versorgungssystem sind, in seinem Fall mit den Spezifika einer psychiatrischen Tagesklinik. Als Ehemann erwartet er, dass das Behandlungsteam seine Frau kompetent betreut und die professionelle Verantwortung wahrnimmt. Doch er findet sich in der typischen Doppelrolle als Gesundheitsfachperson und pflegender Angehöriger wieder: teils zu stark als Fachperson wahrgenommen und einbezogen, teils jedoch auch in seiner persönlichen Mitbetroffenheit als Angehöriger zu wenig anerkannt, seine Grenzen berücksichtigt und entsprechend einfühlsam am Behandlungsprozess beteiligt.

Die Fallgeschichten von Betroffenen sind so grundverschieden, wie sie auch ihre (Vereinbarkeits-)Herausforderungen individuell meistern. Dies ist von verschiedenen Einflüssen abhängig, wie z. B. von den involvierten Personen, den Erwartungen, dem sozialen Kontext, der erfahrenen Unterstützung und Rahmenbedingungen wie in Abschnitt 2.1 Abbildung 2 aufgeschlüsselt. Die aus Kanada stammende idealtypische Unterscheidung (Ward-Griffin et al., 2005) kann helfen, die am stärksten geforderten Personen zu erkennen. Sie basiert auf Erwartungen, Unterstützung und der Abgrenzung bzw. Überlappung der beiden Felder von Sorgearbeiten (beruflich und privat). Drei Schlaglichter auf Gesundheitsfachpersonen in „work & care“ Situationen,^v die unterschiedliche Strategien zur Vereinbarkeit verfolgen, illustrieren dieses Spektrum nun exemplarisch:

Fallgeschichte A: „Making it Work“ - Alles gut hinbekommen	
<p>Sabine Sigrist ist als Gynäkologin in Vollzeit in einer Gemeinschaftspraxis tätig. Ihr Mann ist seit vielen Jahren chronisch nierenkrank und seit 2 Jahren berentet. Bislang kam er im Alltag selbständig und gut zurecht. Doch seit er sich bei einem Sturz die Hüfte gebrochen hatte, braucht er mehr Unterstützung. So fährt sie ihn 3x wöchentlich vor ihrer Arbeit zur Dialyse. Sie informiert sich und ihn über die neuesten Behandlungsmethoden und überprüft seine Medikamente. Die beiden Kinder des Paares sind schon lange aus dem Haus. Sie melden sich regelmäßig bei ihren Eltern und bieten ihre Hilfe an. Das Paar hat einen großen Freundeskreis, auf den sie nicht nur im Notfall immer zählen können.</p>	
Fallgeschichte B: „Working to Manage“ - An der Bewältigung der Aufgaben arbeiten	
<p>Peter Guth ist 52 Jahre alt und arbeitet seit vielen Jahren als Fachpfleger in der Kardiologie. Seine verwitwete Mutter hatte vor knapp 2 Monaten eine große Darmkrebs-Operation. Seitdem hat sie einen künstlichen Darmausgang. Sie kommt mit der Versorgung noch nicht gut allein zurecht, geniert sich aber, fremde Hilfe in Anspruch zu nehmen. Ein häuslicher Pflegedienst ist seit kurzem involviert. Die Mutter lebt 40 km entfernt. Seit der Vater vor 2 Jahren gestorben ist, lebt sie sehr zurückgezogen. Die Mutter ruft ihn oft an, wenn sie Fragen hat, weniger bei den beiden anderen Geschwistern. Demnächst soll die Chemotherapie starten. Peter ist jede freie Minute dort, um seine Mutter zu unterstützen. Er nimmt bisher seine Überstunden und Urlaubstage dafür in Anspruch, doch die sind bald aufgebraucht. Seine Kolleg*innen wissen</p>	

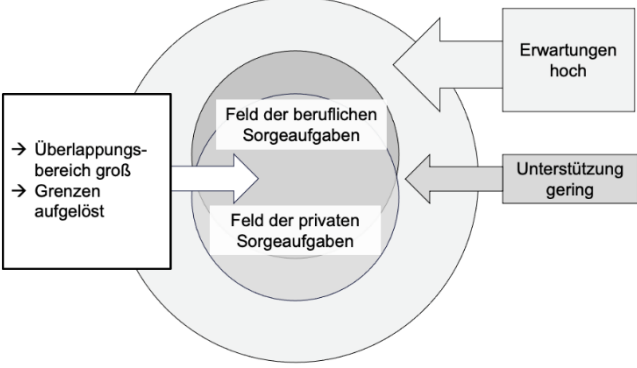
<p>Bescheid und tauschen bzw. übernehmen für ihn Dienste, wenn er sie fragt. Peter will demnächst auch einen Antrag auf Pflegeunterstützungsgeld nach dem Pflegezeitgesetz (PflegeZG) stellen. Er ist nur bislang noch nicht dazu gekommen. Seine Frau macht sich Sorgen, dass er sich zu viel zumutet.</p>	
<p>Fallgeschichte C: „Living on the Edge“ - Am Abgrund leben</p>	
<p>Lorena Botti ist 57 Jahre alt und bei einem häuslichen Pflegedienst als fallführende Pflegefachperson teilzeitbeschäftigt (80%). Sie lebt als einziges Kind mit ihrer gebrechlichen Mutter zusammen, die zunehmend vergesslicher wird. Ihre wenigen Freundinnen leben weit weg. Sie findet es ungerecht, dass ihre Kolleginnen mit kleinen Kindern nur einen kurzen Dienst arbeiten müssen, damit sie zum Mittagessen daheim sein können. Dass sie die Medikamenteneinnahme der Mutter überwachen sollte, wird in ihrem Betrieb als Argument für einen kurzen Dienst nicht anerkannt. Sie ist deshalb verärgert und enttäuscht von ihrem Arbeitgeber. Nun hat sie gekündigt, um sich vollumfänglich der Pflege der Mutter widmen zu können, weil sie damit rechnet, dass diese nicht mehr lange zu leben hat. Sie hofft, dass ihre finanziellen Ressourcen dafür ausreichen.</p>	

Abb. 3: Fallgeschichten (Idealtypen ausgehend von Ward-Griffin et al. 2005, S. 389)

Die idealtypische Unterscheidung nach Ward-Griffin verdeutlicht, dass Mitarbeitende mit pflegebedürftigen Nächsten auf je unterschiedliche Weise gefordert und unterschiedlich vulnerabel sind sowie über verschiedene Ressourcen verfügen. Betriebliche Unterstützungsangebote sollten dies nicht nur berücksichtigen, sondern sorgsam auf die individuelle Belastung von Mitarbeitenden achten und ihre Möglichkeiten der Selbstfürsorge stärken.

Gesundheitsbetriebe sind besonders gefordert, wenn die Nahestehenden ihrer Mitarbeitenden im eigenen Betrieb behandelt werden. Dies geschieht aus vielfältigen Gründen, z. B., weil die Mitarbeitenden von der Qualität des Betriebs überzeugt sind, weil dieser geografisch gut liegt oder weil sie die Nahestehenden in der Nähe versorgt haben möchten. Für alle Mitarbeitenden ist besondere Sensibilität vonnöten und die Klärung verschiedener Fragen, wie etwa: Wo verläuft die Trennlinie von Arbeitszeit und Freizeit? Darf die Betreuung während der Arbeitszeit erfolgen? Wie laufen die Informations- und Kommunikationsprozesse? Dürfen sie von denjenigen Fachpersonen, die ihre Nahestehenden betreuen, während der Berufsarbeit gestört werden (z. B. durch Telefonanrufe)? Sollen oder dürfen die Nahestehenden auf der gleichen Station betreut werden, auf der die Gesundheitsfachperson arbeitet?

Gesundheitsbetriebe können von den Erfahrungen ihrer Mitarbeitenden als pflegende Angehörige profitieren. Zum einen, weil diese sensibilisiert sind für die Belange von Angehörigen und mit ihrer Expertise durch Erfahrung zur proaktiven und gezielten Unterstützung von Angehörigen und damit zu mehr Angehörigenfreundlichkeit im Betrieb beitragen können (Wohlgemuth et al., 2015). Zum anderen sind Gesundheitsfach-

personen mit pflegebedürftigen Nächsten oftmals äußerst wachsam, was die Patientensicherheit und Versorgungsqualität anbelangt (Jähnke et al., 2017; Kjørven, 2019). Diese Wachsamkeit wäre gewinnbringend zu nutzen, um Schwachstellen in der Versorgung zu erkennen.

2.4 "Distance Caregiving" – Hilfe und Pflege aus geographischer Distanz

Angehörige unterstützen wegen der „Multilokalität von Familien“ ihre pflegebedürftigen Nahestehenden immer häufiger aus geographischer Distanz. Gemäß einer Analyse von SHARE-Daten (Wagner et al., 2019) betrifft dies meistens die Altersgruppe der knapp 60-Jährigen, die sich um einen Elternteil kümmern, der zwischen 25 und 100 Kilometer entfernt lebt. Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz leisten rund 15% der Angehörigen über 100 Kilometer entfernt Hilfe und Pflege. Dabei wägen sie jeweils ab, wann sie wie lange vor Ort zu ihren Nahestehenden reisen, wann sie über Telekommunikation nützlich sein können, und wie sie vor Ort ein tragfähiges Unterstützungsnetz bauen (Franke et al., 2019).

Faktisch ist die Erwerbstätigkeit bereits eine Ursache für Distance Caregiving, da die Erreichbarkeit und Kommunikation mit Nahestehenden am Ort der Berufstätigkeit nicht unmittelbar gegeben ist. Allerdings werden in Betrieben die diversen Organisations- und Koordinationsaufgaben, die in der Pause oder auf dem Arbeitsweg, bzw. mit einem Umweg zwischen Wohn-, Pflege- und Arbeitsort erledigt werden, kaum wahrgenommen (Kramer et al., 2019). Diese Aufgaben dürften mit der zunehmenden Verfügbarkeit von technischen Möglichkeiten potenziell zunehmen. Die Kommunikation mit Angehörigen aus Distanz setzt voraus, dass sie von Gesundheitsfachpersonen überhaupt wahrgenommen werden, wenn sie nicht vor Ort etwa im Krankenhaus oder Pflegeheim sein können. Entsprechend sind sie darauf angewiesen, dass Gesundheitsfachpersonen Kommunikationskanäle bespielen, die Angehörigen die nötigen Informationen vermitteln und gleichzeitig unnötige Wegzeit ersparen. Dazu besteht für Angehörige mit und ohne Erwerbstätigkeit noch beträchtliches Verbesserungspotenzial in Gesundheitsbetrieben (Zentgraf et al., 2019), inklusive den häuslichen Pflegediensten (Falzarano et al., 2020).

Schließlich wurde in einer Fallstudie von zwei binationalen Pflegesituationen zwischen der Schweiz und Deutschland deutlich, dass ein moderneres Verständnis von Pflege auch das Haushalts- und Therapiemanagement umfasst, verbunden mit Entscheidungs- und Motivationshilfen, ebenso die klinische Unterstützung mittels digital gemessener Verlaufsparemeter und die Kommunikation dazu mit Fachpersonen (Bischofberger et al., 2017). „Pflege“ ausschließlich als Handreichungen zu verstehen, wird der Arbeit der aus Distanz mitwirkenden Angehörigen deshalb nicht gerecht.

3 Gesundheitsbetriebe – Vereinbarkeit für die Mitarbeitenden auf dem Prüfstand

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass Teilzeitarbeit und Kinderkrippen als betriebliche Vereinbarkeitsangebote nur eine Schmalspurstrategie sein können. Teilzeit ist in Frauenbiographien und damit ganz besonders in weiblich dominierten Branchen im deutschsprachigen Raum ohnehin die Norm, und Kinderkrippen mit üblichen Tagesöffnungszeiten von Montag bis Freitag sind in Schichtbetrieben nur begrenzt wirksam (Kühnel et al., 2020). Ein vereinbarkeitsfreundlicher Arbeitgeber berücksichtigt vielmehr alle Ebenen, wie sie in Abb. 2 aufgeführt wurden. Allerdings finden sich in der Literatur zu Gesundheitsbetrieben im deutschsprachigen Raum nur wenige Handlungsansätze, die über Teilzeitarbeit und Krippenplätze hinausreichen. Eine Schrift aus Deutschland zeigt diesbezüglich Handlungsbedarf und Handlungsmöglichkeiten auf: Informationsangebote und -materialien zur Unterstützung der Nahestehenden und ebenso die Vermittlung und Koor-

dination, wie z. B. für Essen auf Rädern, betreutes Wohnen, einen geeigneten Pflegedienst, einen Haushaltshilfe- und Einkaufsservice oder die Begleitung für Arztbesuche (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, 2016, S. 72). Für den Zugang zu diesen Unterstützungsangeboten sind Fachpersonen mit einem Gesundheitsberuf im Vorteil im Vergleich etwa zu Mitarbeitenden der Reinigung oder der Hotellerie. Denn sie können – wie im vorangehenden Kapitel deutlich wurde – das Gesundheitswesen besser navigieren und sich Zugang zu relevanten Informationen und Hierarchieebenen verschaffen.

Auf individueller Ebene sind auch Präventionskurse zur Unterstützung der Selbstsorge Teil eines umfassenden Vereinbarkeitsangebotes, ganz besonders für Double- und Triple-duty Caregivers. Denn auch bei einem gelingenden Vereinbarkeitsarrangement ist die zeitliche Beanspruchung für unterschiedliche Rollen und Aufgaben ein Risiko für zu wenig Erholungszeit. Dem Management kommt deshalb eine bedeutende Rolle zu. Dazu gehört die Haltung als „the understanding boss“ (Clendon & Walker, 2017, S. 97) für die individuelle Situation von Mitarbeitenden im Allgemeinen, und im Speziellen auch das Engagement für Mitarbeitendengespräche, Jahresziele zu „work & care“ oder die Sensibilisierung in Teams (Clasen et al., 2020). Dies ist deshalb besonders relevant, weil bei „work & care“ - anders als bei der Geburt eines gesunden Kindes – sensible Gesundheitsinformationen transportiert werden. Betroffene Mitarbeitende legen daher – wie bereits erwähnt – ihre persönliche Situation meist nicht gleich zu Beginn oder auch gar nicht offen und schützen so ihre persönliche Situation und auch diejenige ihrer Nahestehenden (Heitink et al., 2017). Dies führt dazu, dass Vorgesetzte oder Personalverantwortliche die private Situation und die doppelte Rolle bei Gesundheitsfachleuten oft nicht kennen. Sie offenbart sich ihnen erst in einer dringlichen Situation oder gar einer Krise. Um dies und damit verbunden überstürzte Handlungen zu vermeiden, ist Präventions- und Sensibilisierungsarbeit für Vereinbarkeitskonstellationen auch auf Führungs- und Organisationsebene bedeutsam.

4 Fazit – Vereinbarkeitskompetenz in Gesundheitsbetrieben als Beitrag zum Fachkräftebedarf

Unsere Ausführungen haben gezeigt, dass die Akteur*innen in der Gesundheitsversorgung eine besonders hohe Komplexität für eine gelingende Vereinbarkeit zu bewältigen haben – einerseits für und mit ihren Mitarbeitenden und andererseits für und mit Angehörigen von Patientinnen und Klienten. Allerdings: Bei genauere Betrachtung sind Lösungsansätze mitten in der Gesundheitsbranche vorhanden, liegen aber noch weitgehend brach. Unsere Quintessenz ist, dass die Gesundheitsbranche zur Vorreiterin für die Vereinbarkeitskompetenz werden könnte. Weshalb, und was wäre zu tun? Drei Ansätze stehen dazu im Zentrum:

(1) Die koordinierte und integrierte Versorgung und Finanzierung wird seit Jahrzehnten als Standard in der europäischen Gesundheitsversorgung empfohlen, um Zugang und Sicherheit der Nutzenden zu garantieren (Gröne & Garcia-Barbero, 2001). Verbunden mit Ansätzen der sorgenden Gemeinschaften (Kaspar et al., 2021) und generationenübergreifenden Wohn- und Pflegeformen (Pock et al., 2021) erhalten pflegende Angehörige so das nötige Versorgungsnetz, das ihnen die Gewissheit gibt, dass während ihrer Abwesenheit am Arbeitsplatz alles möglichst reibungslos verläuft. Mit diesem Netz wird auch vermieden, dass Angehörige Defizite der Gesundheitsversorgung kompensieren, etwa bei der (besseren) Koordination an der Bruchstelle Spitalaustritt. Zwar ist „caregiver integration“ gut gemeint (Rodakowski et al., 2017), jedoch ist die Koordination und damit auch die Vermeidung von ungeplanten Wiedereintritten die vordringliche Aufgabe der Gesundheitsfachpersonen. Dies zeigt das folgende pointierte Zitat: „While the case manager’s job is to coordinate services, a family caregiver’s job is to coordinate life“ (Levine, 2014, S. 15).

(2) Immer mehr Angehörige sind Expertinnen und Experten aus Erfahrung, etwa in der Handhabung technischer Pflegeverrichtungen (McDonald et al., 2016) oder als doppelt Sorgende mit einem Gesundheitsberuf in der Patientensicherheit, die Risiken erkennt (Jähnke et al., 2017). Zudem kennen sie die Lebenswelt der Angehörigen und können so dabei den Gesundheitsfachpersonen – teils in ihren eigenen Teams – helfen, die erwähnte Versorgungslogik hin zur Vereinbarkeitslogik zu erweitern. Mehr noch: Erfahrene Angehörige, und ganz besonders diejenigen mit einem Gesundheitsberuf, können als Qualitätsmarker dienen, denn sie haben einen geschärften Blick für Fehler bis hin zu ernsthaften Komplikationen. Durch die integrierte Versorgung „aus einer Hand“ gewinnen sie die nötige Sicherheit, dass auftretende Probleme handhabbar sind und ohne sie gemeistert werden. Dadurch können sie sich getrost auf ihre Berufsarbeit konzentrieren oder die Erholung genießen.

(3) Die Gesundheitsbranche wird zunehmend eine Frauenbranche, auch aufgrund der seit längerem geführten Debatte um die Feminisierung der Medizin (Vetters et al., 2003). Damit rückt nicht nur die klassische Vereinbarkeit von Beruf und Familie mit gesunden (Klein-)Kindern vermehrt ins Bewusstsein, sondern auch die Verantwortung vieler Frauen für die Sorge von kranken oder beeinträchtigten Nahestehende – dies entlang der gesamten Lebensspanne. Allerdings sind die Bildung auf Hochschulstufe – dies auch in Pflegeberufen – ein Grund, die Erwerbstätigkeit weniger zu reduzieren oder ganz aufzugeben und damit auch „the right not to care“ (Lewis, 1997, S. 173) für sich zu beanspruchen. Entsprechend muss die Arbeitsteilung der privaten Sorgearbeit noch stärker in Partnerschaften oder größeren Hilfenetzen gedacht und ausgehandelt werden. Dies erfordert darüber hinaus mehr Geschlechtergerechtigkeit in der Zuständigkeit für Sorgeaufgaben (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2022). Angesichts dieser Emanzipationsbewegungen sei der Gedanke erlaubt, dass zukünftig auch in familienergänzenden Einrichtungen mehr Männer arbeiten.

Kurzum: All diese Ansätze zusammengenommen, könnte die Gesundheitsbranche die schlummernden Potenziale nutzen und darüber hinaus nicht nur den eigenen Fachkräftebedarf besser handhaben, sondern auch Impulse für andere Branchen vermitteln, die mit der Gesundheitsversorgung weniger vertraut sind. Sie kann so die verschiedenen Diskurse befruchten und die Fäden weiterspinnen, damit sie letztlich zu einem starken Seil werden, das Orientierung bietet auf dem Weg zu einer verbesserten Vereinbarkeitskompetenz.

5 Literatur

- Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit. (2016). *Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und Gesundheitsberuf: Unter besonderer Berücksichtigung des ländlichen Raums*. Erlangen.
- Bischofberger, I. (2007). Familienorientiertes Case Management: Konzept für pflegende Angehörige. *Krankenpflege*, 100(5), 10–13.
- Bischofberger, I. (2011). Angehörige als wandelnde Patientenakte: Ausgewählte Ergebnisse aus einem Projekt zur Klärung der Rolle der Angehörigen. *Care Management*, 4(5), 27–29.
- Bischofberger, I. (2023). "work & care" - Der Weg zur Vereinbarkeitskompetenz: Erwerbstätigkeit und Angehörigenpflege kompetent vereinbaren. Hogrefe.
- Bischofberger, I., Lademann, J. & Radvanszky, A. (2009). work & care – Erwerbstätigkeit und Pflege vereinbaren: Literaturstudie zu Herausforderungen für pflegende Angehörige, Betriebe und professionelle Pflege. *Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 22(4), 277–286.
<https://doi.org/10.1024/1012-5302.22.4.277>

- Bischofberger, I., Otto, U., Franke, A. & Schnepf, W. (2017). Pflegebedürftige Angehörige über Landesgrenzen hinweg unterstützen: Erkenntnisse aus zwei Fallstudien. *Pflege & Gesellschaft*, 22(1), 84–93.
- Bischofberger, I. & van Holten, K. (2015). Berufstätige Angehörige im Gesundheitswesen: Von der Versorgungslogik zur Vereinbarkeitslogik. *International Journal of Health Professions*, 2(1), 38–48. <https://doi.org/10.1515/ijhp-2015-0007>
- Bischofberger, I., Zentgraf, A., Abegg, A., Jähnke, A. & van Holten, K. (2021). work & care – Concilier une activité professionnelle et une activité de proches aidant-e-s dans le système de santé suisse. In A. Oulevey Bachmann, C. Ludwig & S. Tétréault (Hrsg.), *Proches aidant-e-s: Des alliés indispensables aux professionnels de la santé* (374-408). Georg Editeur.
- Bookman, A. & Kimbrel, D. (2011). Families and elder care in the twenty-first century. *The Future of Children*, 21(2), 117–140. <https://doi.org/10.1353/foc.2011.0018>
- Budnick, A., Hering, C., Eggert, S., Teubner, C., Suhr, R., Kuhlmeier, A. & Gellert, P. (2021). Informal caregivers during the COVID-19 pandemic perceive additional burden: findings from an ad-hoc survey in Germany. *BMC Health Services Research*, 21, 353. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06359-7>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2021). *Pflegende Beschäftigte brauchen Unterstützung: Leitfaden für eine gute Vereinbarkeit von Beruf und Pflege*. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2022). *Kinder, Haushalt, Pflege – wer kümmert sich? Ein Dossier zur gesellschaftlichen Dimension einer privaten Frage*. Berlin. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).
- Burch, K. A., Dugan, A. G. & Barnes-Farrell, J. L. (2019). Understanding what eldercare means for employees and organizations: A review and recommendations for future research. *Work, Aging and Retirement*, 5(1), 44–72. <https://doi.org/10.1093/workar/way011>
- Clasen, H., Beckmann, W. & Haubold, A.-K. (2020). Double-Duty Carers: Doppelt Pflegende unterstützen. *Pflege Zeitschrift*, 73(1-2), 64-66.
- Clendon, J. & Walker, L. (2017). Nurses as family caregivers: Barriers and enablers facing nurses caring for children, parents or both. *Journal of Nursing Management*, 25(2), 93–101. <https://doi.org/10.1111/jonm.12445>
- Dichter, M. N., Holle, B., Schmidt, S. G., Hasselhorn, H. M., Schnepf, W. & Simon, M. (2012). Pflege als doppelte Aufgabe: Eine Sekundärdatenanalyse zu Pflegenden mit zusätzlichen privaten Pflegeaufgaben. *Pflege & Gesellschaft*, 17(4), 330–346.
- Dorant, E. & Boumans, N. P. (2016). Positive and negative consequences of balancing paid work and informal family care: A survey in two different sectors. *International Journal of Health and Psychology Research*, 4(1), 59–76.
- Ehrlich, U., Kelle, N. & Bünning, M. (2022). *Pflege und Erwerbsarbeit: Was ändert sich für Frauen und Männer in der Corona-Pandemie?* Berlin. Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Falzarano, F., Cimarolli, V. R., Minahan, J. & Horowitz, A. (2020). Long-distance caregivers: What are their experiences with formal care providers? *Clinical Gerontologist*, 26(June), 1–12. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1783043>
- Franke, A., Kramer, B., Jann, P. M., van Holten, K., Zentgraf, A., Otto, U. & Bischofberger, I. (2019). Aktuelle Befunde zu «distance caregiving» – Was wissen wir und was (noch) nicht? *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 521–528. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01596-2>
- Giovannetti, E. R. & Wolff, J. L. (2010). Cross-survey differences in national estimates of numbers of caregivers of disabled older adults. *The Milbank Quarterly*, 88(3), 310–349. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00602.x>
- Gröne, O. & Garcia-Barbero, M. (2001). Integrated Care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services. *International Journal of Integrated Care*, 1(1), 1–10.
- Heitink, E., Heerkens, Y. & Engels, J. (2017). Informal care, employment and quality of life: Barriers and facilitators to combining informal care and work participation for healthcare professionals. *Work (Reading, Mass.)*, 58(2), 215–231. <https://doi.org/10.3233/WOR-172607>

- Institut DGB-Index Gute Arbeit. (2017). *Der Report 2017: Themenschwerpunkt: Arbeit, Familie, private Interessen - wodurch die Vereinbarkeit behindert wird und wie sie zu fördern ist*. Berlin.
- Jähnke, A. (2017). Ein Balanceakt? Als Gesundheitsfachperson eigene Angehörige pflegen. *Onkologiepflege*, 11(2), 13–14.
- Jähnke, A. (2023). *Pflegeschwestern als pflegende Angehörige: Eine qualitative Studie zum Erleben der Doppelrolle*. Springer.
- Jähnke, A., Andersson, S., Rühle Andersson, S. & Hegedüs, A. (2019). Wie kann «gute Zusammen-Arbeit» gelingen? Perspektiven zum Dialog. *Psychiatrische Pflege*, 4(6), 35–39. <https://doi.org/10.1024/2297-6964/a000275>
- Jähnke, A. & Bischofberger, I. (2012). «work & care»: Berufstätigkeit und Angehörigenpflege vereinbaren – zur Situation pflegender Angehöriger im Kontext Onkologie. *palliative-ch*(4), 29–32.
- Jähnke, A., Liebert-Keller, Y., Käppeli, A., van Holten, K. & Bischofberger, I. (2017). «Wachsam? Aber sicher!» Gesundheitsfachpersonen als fachkundige Angehörige und ihre Rolle in der Patientensicherheit. *Pflege – Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe*, 30(6), 375–386. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000588>
- Kaiser, R. M. & Kaiser, S. L. (2017). The insiders as outsiders: Professionals caring for an aging parent. *The Gerontologist*, 57(1), 46–53. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw104>
- Kaspar, H., Pelzelmayer, K., Schürch, A., Bäumer, F., Ertl, T., Gashi, S., Müller, C., Sereflioglu, T. & van Holten, K. (2021). Können sorgende Gemeinschaften die häusliche Langzeitversorgung verbessern? *Primary and Hospital Care*, 21(6), 188–190.
- Kjorven, M. C. (2019). *Keeping dad safe: An autoethnography of double-duty caregiving in the context of risk as an advanced practice nurse in geriatrics caring for a hospitalized frail older adult parent* [Dissertation (PhD)]. University of British Columbia.
- Kohler, S., Döhner, H., Kofahl, C. & Lüdecke, D. (2012). «Ich bin dann selbst in so einer Art Hamsterrad...»: Töchter zwischen Beruf und Pflege: Eine qualitative Untersuchung mit Töchtern von hilfe- und pflegebedürftigen Eltern. *Pflege & Gesellschaft*, 17(4), 293–311.
- Kramer, B., Engler, S. & Bischofberger, I. (2019). «Distance Caregiving» – empirische Einblicke aus betrieblicher Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 546–551. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01608-1>
- Kühnel, M., Ehlers, A., Bauknecht, J., Hess, M., Stiemke, P. & Strünck, C. (2020). *Personalfuktuation in Einrichtungen der pflegerischen Versorgung: Eine Analyse von Ursachen und Lösungsmöglichkeiten*. Dortmund. Forschungsgesellschaft für Gerontologie e.V., Institut für Gerontologie an der Technischen Universität Dortmund.
- Levine, C. (2014). Family caregivers and case managers working together to coordinate care. *Care Management*, 20(4), 12–15.
- Levine, C. & Rutberg, J. L. (2010). Monitoring care transitions: Make sure the next caregiver knows the patient's needs. *Aging Well*, 3(1), 6. <https://www.todaygeriatricmedicine.com/archive/020110p6.shtml>
- Lewis, J. (1997). Gender and welfare regimes: Further thoughts. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 4(2), 160–177. <https://doi.org/10.1093/sp/4.2.160>
- McDonald, J., McKinlay, E., Keeling, S. & Levack, W. (2016). Becoming an expert carer: The process of family carers learning to manage technical health procedures at home. *Journal of Advanced Nursing*, 72(9), 2173–2184. <https://doi.org/10.1111/jan.12984>
- Merçay, C., Grünig, A. & Dolder, P. (2021). *Gesundheitspersonal in der Schweiz – Nationaler Versorgungsbericht 2021: Bestand, Bedarf, Angebot und Massnahmen zur Personalsicherung*. Neuchâtel.
- Nolan, M., Davies, S. & Gordan, G. (2001). *Working with older people and their families*. Open University Press.
- Otto, U. & Bischofberger, I. (2020). Gesundheitsstandort Privathaushalt – mehr Aufmerksamkeit nötig. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 71(2), 115–123. <https://doi.org/10.3262/TUP2002115>
- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C. & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung*.

- Schlussbericht Forschungsprojekt G01a Förderprogramm Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017-2020. Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG). Careum Hochschule Gesundheit/gfs.bern. Zürich/Bern.*
- Oulevey Bachmann, A., Wild, P., Rotz, U. von, Danuser, B. & Morin, D. (2013). La «Génération Sandwich» en Suisse romande: Mieux comprendre les facteurs associés avec la santé perçue afin de mieux agir en promotion de la santé. *Recherche en soins infirmiers*, 115(4), 68–84. <https://doi.org/10.3917/rsi.115.0068>
- Pock, L., Althaus, E., Otto, U., Greusing, M.-H., Kaspar, H. & Glaser, M. (2021). *Generationenwohnen in langfristiger Perspektive - von der Intention zur gelebten Umsetzung: Eine Dokumentation von 19 Generationenwohnenprojekten im Rahmen des Forschungsprojekts*. Zürich. ETH Wohnforum.
- Radvanszky, A., Craviolini, J. & Bischofberger, I. (2016). Erwerbstätige mit privaten Pflegeaufgaben am Beispiel zweier schweizerischer Unternehmen. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 42(3), 543–571. <https://doi.org/10.1515/sjs-2016-0024>
- Rodakowski, J., Rocco, P. B., Ortiz, M., Folb, B., Schulz, R., Morton, S., Leathers, S. C., Hu, L. & James, E. (2017). Caregiver integration during discharge planning of older adults to reduce resource utilization: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 65(8), 1748–1755. <https://doi.org/10.1111/jgs.14873>
- Rudin, M., Stutz, H., Jäggi, J., Guggenbühl, T. & Bischofberger, I. (2019). *Massnahmen für eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Angehörigenbetreuung in Unternehmen der Schweiz: Schlussbericht des Forschungsmandats G12 des Förderprogramms «Entlastungsangebote für betreuende Angehörige 2017–2020»*. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. Bern. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.
- Schaeffer, D. & Ewers, M. (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft*, 11(3), 197–209.
- Schneekloth, U., Geiss, S. & Pupeter, M. (2017). *Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I): Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. München. Infratest.
- Schroeder, B., MacDonald, J. & Shamian, J. (2012). Older workers with caregiving responsibilities: A Canadian perspective on corporate caring. *Ageing International*, 37(1), 39–56. <https://doi.org/10.1007/s12126-011-9134-z>
- Statistisches Bundesamt. (2023). *Mehr Pflegebedürftige: Über 80 % werden zu Hause versorgt*. Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Hintergruende-Auswirkungen/demografie-pflege.html> aufgerufen am 15.03.2023
- Thümmler, K., Hováth-Kadner, I., Clasen, H., Beckmann, W., Haubold, A.-K. & Fischer, T. (2020). Pflegende mit doppelter Pflegeverpflichtung - Double Duty Care: Angehörigenpflege - Ergebnisse eines Projekts, das eine besondere Form privater Pflegearrangements untersucht hat. *Die Schwester | der Pfleger: Die Fachzeitschrift für Pflegeberufe*, 59(1), 84–86.
- Unabhängiger Beirat für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf. (2019). *Erster Bericht des unabhängigen Beirats für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf*. Berlin. Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben.
- Vetters, K., Buddeberg, C. & Vetter, K. (Hrsg.). (2003). *Feminisierung in der Medizin - Chance oder Risiko? Am Beispiel der Frauenheilkunde ; [interdisziplinäre Aspekte (1. Aufl.)*. Akademos. <https://doi.org/1054>
- Wagner, M., Franke, A. & Otto, U. (2019). Pflege über räumliche Distanz hinweg: Ergebnisse einer Datenanalyse des Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 529–536.
- Ward-Griffin, C., Brown, J. B., McNair, S. & Dashnay, I. (2005). Double duty caregiving: Women in the health professions. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 24(4), 379–394. <https://doi.org/10.1353/cja.2006.0015>
- Wepf, H., Kaspar, H., Otto, U., Bischofberger, I. & Leu, A. (2017). Betreuende und pflegende Angehörige – Präzisierung und Öffnung eines schwierigen Begriffs. *Pflegerecht*, 6(3), 140–146.

- Wetzstein, M., Rommel, A. & Lange, C. (2015). Pflegende Angehörige – Deutschlands größter Pflegedienst. *GBE kompakt / Robert Koch Institut*, 6(3), 1–11. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-018>
- Wiegmann, H., Hess, M., Domhoff, D., Heinze, F., Schmidt, A., Seibert, K., Stolle, C., Preuss, B., Rothgang, H. & Wolf-Ostermann, K. (2023). Die Situation pflegender Angehöriger im erwerbsfähigen Alter in der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse einer Onlineumfrage in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 66(3), 265–274.
- Wohlgemuth, C., Auerbach, H. & Parker, V. (2015). Advantages and challenges: The experience of geriatrics health care providers as family caregivers. *The Gerontologist*, 55(4), 595–604. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt168>
- Zentgraf, A., Jann, P. M., Myrczik, J. & van Holten, K. (2019). Pflegen auf Distanz? Eine qualitative Interviewstudie mit Distance Caregivers. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 52(6), 539–545. <https://doi.org/10.1007/s00391-019-01607-2>

ⁱ Angehörige verstehen wir als Gruppe von Personen, deren gelebte biographische Beziehung zu kranken, beeinträchtigten oder hochaltrigen Nahestehenden durch Verbundenheit, Verbindlichkeit, Verpflichtung und somit einer umfassenden Verantwortung geprägt ist (Wepf et al., 2017). In diese Verantwortung und damit den Alltag pflegender Angehöriger fließen vielfältige unterstützende Aufgaben ein: körpernahe, emotionale, koordinative, organisatorische, kommunikative und häusliche Hilfen ebenso wie Maßnahmen der Untersuchung und Behandlung bei Krankheit oder Beeinträchtigung.

ⁱⁱ Darunter fallen in Deutschland im Wesentlichen Heilberufe und Berufe nach Berufsbildungsgesetz sowie Gesundheitshandwerke (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsberufe/gesundheitsberufe-allgemein.html>) und in der Schweiz nach dem Medizinalberufegesetz, Psychologieberufegesetz und Gesundheitsberufegesetz. Hinzu kommen Berufe der Sekundarstufe II, die ebenfalls einen wesentlichen Anteil der Belegschaft in Gesundheitsbetrieben ausmachen.

ⁱⁱⁱ z. B. häusliche, ambulante, teilstationäre, stationäre Versorgung und Langzeitpflege

^{iv} Die Webseite www.workand.care mit dem «ABC für Arbeitnehmende und Arbeitgebende» bietet dazu einen umfassenden Einblick.

^v Die Fallgeschichten beruhen auf pseudonymisierten Daten aus unseren Interviews.